DOKUMENTATION: Samråd om framtagande av förslag till nationell strategi och handlingsplan för rehabilitering och habilitering kopplat till hälso- och sjukvården

Skriftlig dokumentation från Socialstyrelsens samråd 13 och 14 oktober 2025

Sammanställt oktober 2025

Innehållsförteckning

Sammanfattning **4**

Rekommendationer för strategiarbetet **5**

Deltagare **7**

Bakgrund **9**

Genomförande **9**

Resultat från samrådens gruppdiskussioner **10**

Barn och unga – Diskussionspass 1 ..... *10*
Barn och unga som målgrupp 10
Attityder och kompetens 11
Civilsamhällets roll 11
Stärk arbetet med förebilder 12
Samverkan 12
Dela information om civilsamhället 13
Skolan 13

Barn och unga – diskussionspass 2 ..... *15*
Civilsamhället som brygga mellan det offentliga och individen 15
Inkludera patient-, brukar- och anhörigorganisationer i vårdutbildningarna 16
Stärk civilsamhället förutsättningar och roll 16
Stärk det offentliga 17
Centralisering 18
Fördjupad samverkan med det offentliga 18
Nyanlända och språk 19

Mitt i livet – diskussionspass 1 ..... *20*
Nya lagar 20
Koordinatorer och nationell samordning 20
Teknisk utveckling och digitalisering 21
Pre-rehab och post-rehab inom cancervården 21
Övergång från barn- till vuxenhabilitering 22
Sexuell och reproduktiv hälsa 22
Hälsoekonomiskt perspektiv 23

Mitt i livet – diskussionspass 2 ..... *24*
Stärkt samverkan inom civilsamhället 24
Inkludera civilsamhället 24
Ett erkännande av civilsamhället 25
Livslångt lärande inom vården 26
Kommunikation och kultur 26
Arbetsliv och ökad delaktighet 27

Äldre – diskussionspass 1 ..... *28*
Samhällets syn på äldre 28
Okunskap hos offentliga 28
Rättigheter och kommunikation 29
Patientregister 30

Äldre – diskussionspass 2 ..... *31*
Strategin och dess efterlevnad 31
Civilsamhällets roll 32
Svårnådda grupper 32
Index & kartläggningar 33

Sammanfattning

Socialstyrelsen har tillsammans med Nationellt organ för dialog och samråd (NOD) genomfört samråd med civilsamhällets organisationer som ett led i arbetet med tt ta fram ett förslag till nationell strategi och handlingsplan för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel inom hälso- och sjukvården. Syftet med samråden har varit att samla in erfarenheter och perspektiv från brukar-, patient- och anhörigorganisationer för att samla inspel från civilsamhället i arbetet med strategin.

Samråden genomfördes tematiskt utifrån tre målgrupper: barn och unga, mitt i livet och äldre. Diskussionerna fokuserade på behov, hinder och utvecklingsmöjligheter inom rehabilitering och habilitering, samt civilsamhällets roll i att komplettera och förstärka det offentliga stödet.

Deltagarna lyfte fram behovet av individcentrerade insatser, där rehabilitering inte enbart utgår från medicinska parametrar utan även inkluderar psykosocialt och existentiellt stöd. Övergångar mellan vårdnivåer och livsfaser upplevs ofta som fragmenterade, vilket skapar otrygghet och bristande kontinuitet.

Civilsamhället spelar en viktig roll i att komplettera det offentliga genom att erbjuda nätverk, förebilder och lågtröskelaktiviteter. Samverkan mellan vård, skola, kommuner och civilsamhälle behöver stärkas, liksom tillgången till information och stöd på olika språk. Regionala skillnader i tillgång till insatser och hjälpmedel är ett återkommande hinder, vilket motiverar behovet av nationell samordning och riktlinjer.

För att strategin med handlingsplan ska få genomslag ska krävs långsiktig finansiering, tydlig rollfördelning och en inkluderande process där civilsamhällets kunskap tas tillvara tidigt och systematiskt.

Rekommendationer för strategiarbetet

1. Stärk samverkan mellan relevanta aktörer

- Utveckla strukturer för samverkan mellan vård, skola, kommuner och civilsamhället.
- Inför nationella riktlinjer för samverkan, med tydlig rollfördelning och gemensamma mål.
- Skapa nationella kunskapscentra för rehabilitering och habilitering.

2. Säkerställ jämlik tillgång till habilitering och rehabilitering

- Centralisera vissa delar av vårdens arbete med habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för att minska regionala skillnader.
- Utgå från individens behov. Bostadsort ska inte vara en faktor vid bedömning av insatser.
- Ersätt rekommendationer med föreskrifter där det är relevant för att öka efterlevnaden.

3. Inkludera civilsamhället i utbildning och planering

- Integrera civilsamhällets kunskap i vårdutbildningar och vårdprogram.
- Skapa strukturer för tidig inkludering av brukarorganisationer i utvecklingsarbete.
- Ge civilsamhället möjlighet att sprida information om verksamhet, nätverk och sammanhang via offentliga kanaler, till exempel 1177.

4. Utveckla individcentrerade insatser

- Stärk arbetet med förebilder och peer-to-peer-stöd.

- Utveckla insatser som inkluderar psykosocial och existentiell rehabilitering.
- Anpassa stöd efter livssituation, ålder och kulturell bakgrund.

Deltagare

Barn och unga:

NUFT – Nätverket unga för tillgänglighet

RG Aktiv Rehab

Riksorganisationen Unga med synnedsättning

Sveriges Downsförening

Sveriges Dövas riksförbund

Unga Rörelsehindrade

Unga Reumatiker

Ung Cancer

Mitt i livet:

Barndiabetesfonden

BOSSE, råd, stöd och kunskapscenter

Bröstcancerförbundet

CP-Sverige

Delaktighet Handlingskraft Rörelsefrihet - DHR

Funktionsrätt Sverige

Hörselskadades RF

ILCO – Tarm-uro och stomiförbundet

OCD-förbundet

Neuroförbundet

NSPH

Nätverket mot Cancer

Prostatacancerförbundet

RFSU

RG Aktiv Rehab

Riksförbundet Ehlers-Danlos Syndrom

Riksförbundet för ME-patienter

Strokeförbundet

Äldre:

Föreningen för de neurosedynskadade

Demensförbundet

Parkinsonförbundet

Reumatikerförbundet

Riksförbundet HjärtLung

SIOS

SPF Seniorerna

Synskadades RF

Representanter från Socialstyrelsen och NOD deltog på samtliga samråd som samtalsledare och möte

Bakgrund

Socialstyrelsen (SoS) har ett regeringsuppdrag att ta fram förslag till en strategi och handlingsplan för rehabilitering och habilitering kopplat till hälso- och sjukvården. Slutrapporten ska vara Socialdepartementet tillhanda 30 maj 2026.
Syftet med uppdraget är att säkerställa en effektiv och jämlik rehabilitering, habilitering och användning av åtgärden hjälpmedel i hela landet. I uppdraget finns inskrivet att myndigheten ska beakta flera perspektiv i framtagandet av den nya strategin, till exempel patient-, beslutsfattar-, professions- och organisationsperspektiven. Socialstyrelsen samverkar med civilsamhällesorganisationer med syfte att informera om arbetet med att ta fram strategin och handlingsplanen och att få ta del av organisationernas inspel som en del i arbetet med att ta fram underlag.

Genomförande

Tillsammans med Socialstyrelsen planerade och genomförde NOD tre samråd med företrädare från brukar-, patient- och anhörigorganisationer under oktober månad 2025. De tre samråden delades in tematiskt i perspektiven ”barn & unga”, ”mitt i livet” samt ”äldre” för att möjliggöra att fler organisationer kunde delta utifrån sin expertis. Samråden utgick från frågeställningar som skickats till deltagarna innan mötet. Samtalen genomfördes i mindre grupper under samtalsledning från tjänstepersoner från Socialstyrelsen samt med personal från NOD som tog mötesanteckningar. Dokumentationen från samråden är en sammanställning av gruppdiskussionerna och har delats upp utifrån den tematiska ålderuppdelningen. Totalt genomfördes sju gruppdiskussioner. Dokumentationen har utgått från *vad* som sagts inte *vem* som sagt.

Resultat från samrådens gruppdiskussioner

Barn och unga – Diskussionspass 1

1. Vilka är de viktigaste aktiviteterna, åtgärderna och insatserna för er målgrupp som bidrar till en mer jämlik och effektiv rehabilitering, habilitering och hjälpmedel?

2. Beskriv på vilket sätt och hur aktiviteterna, åtgärderna och insatserna bidrar till mer jämlik och effektiv rehabilitering, habilitering och nyttjande av hjälpmedel

Barn och unga som målgrupp

Majoriteten av de rehabiliterande insatserna sker inte inom vården och måste därför hänga ihop med övriga delar som rör individens sjukvårdsbehov. Vilken form av hjälpmedel man kan erhålla är idag avhängigt vilken region man bor i. Att regionerna är de som fattar beslut om hjälpmedel skapar stora ojämlikheter, eftersom regionerna gör olika bedömningar. För att nå en mer jämlik situation bör insatser och åtgärder utgå från individens behov. Involvera de unga i sin egen rehabilitering och låt individens mål och drömmar vara styrande, inte bara medicinska parametrar.

Övergången mellan barn och vuxenvård eller fortsatt habilitering/rehabilitering är ett annat problem, där många upplever övergången som att ”börja om från noll”, vilket är orimligt och påfrestande för målgruppen.

Unga som insjuknar i allvarliga sjukdomar kommer ofta från ett väldigt aktivt liv som ställer andra krav på rehabilitering än den som sjukvården ofta erbjuder, inte minst den psykosociala rehabiliteringen. Den psykosociala rehabiliteringen är ett viktigt komplement till den som sjukvården erbjuder. De barn och unga som drabbas av sjukdomar och olyckor som kräver rehabiliterande insatser är en ganska liten målgrupp och den kognitiva situationen är ofta oförändrad. De barnen hamnar ofta i sammanhang där de inte känner sig hemma. Då kan patientorganisationer spela stor roll, eftersom de ofta har insatser som möter hela människan, och dessutom också jobbar med närstående.

Attityder och kompetens

Civilsamhället vill se rehabiliteringen som en längre process. När en person lämnar vården är det svårt att veta vart personen ska vända sig för fortsatt stöd och vägledning. Kunskapen om vad som händer efter vården är bristfällig. De personer som får kontakt och inlemmas in en civilsamhällesorganisation får ofta fortsatt stöd och kommer längre i rehabiliteringen med bättre mående och större självständighet som resultat.

Här krävs ett nytänk och att man suddar ut gränserna mellan vården och civilsamhällets olika organisationer. Detta gäller i synnerhet de insatser som sker mot barn och unga. Det är en grupp som växer samtidigt som de genomgår rehabilitering, vilket ställer andra krav på insatserna. Därför finns det inte ett vårdkoncept att applicera på alla individer. I stället behövs här en bredare kontaktyta mellan vård och olika organisationer för att kunna möta barnen och de ungas växlande behov. Genom utsuddade gränser kommer man till exempel kunna möta målgruppens behov av att över tid testa olika metoder och hjälpmedel för att hitta rätt lösning för individen.

Här kommer även frågan om fritidshjälpmedel in i bilden. De är lika viktiga för ett barn eller ungdom som att få en fungerande vardag. Att ha en fungerande och meningsfull fritid bryter risken för isolering och hemmasittande och skapar förutsättningar till delaktighet.

Civilsamhällets roll

Om man sätter individen i centrum och anpassar rehabiliteringen utifrån individen tillsammans med ett starkt förebildsarbete så skapas långt bättre förutsättningar för att personen ska kunna bilda sig en egen uppfattning om vägen och livet framåt. Att skapa sådana sammanhang är en viktig del av civilsamhällets insatser i rehabiliteringsarbetet. När det fungerar som det ska ges individen fler möjligheter att själv rå över sin framtid och är stärkt i att kunna göra egna och framåtsträvande val i sitt liv. Att skapa nätverk för målgruppen är en annan viktig verksamhet som civilsamhället bidrar med. Nätverk som stärker individen, ökar självkänslan och självständigheten och bidrar till grundläggande saker som att flytta hemifrån. Gemenskap, sammanhang och förebilder är för barn och unga civilsamhällesverksamhet som bidrar till ett erfarenhetsutbyte och stärkande av individen på ett sätt som ingen annan aktör förmår.

Stärk arbetet med förebilder

Att få förebilder, personer som har egna erfarenheter och gått igenom liknande saker är centralt för barn och unga. Det inkluderar även de existentiella dimensionerna av, det är

en verksamhet som idag till stor del drivs av civilsamhället. Mycket av fokus inom vården ligger på att få kroppen att fungera – men livet är mer komplext än så. Att kunna få ta del av sammanhang och gemenskap där man delar erfarenheter och har möjlighet att ställa frågor till de som varit i en liknande situation och tagit sig vidare är av stor vikt för att stärka individen. Ur ett patientperspektiv är det ett faktum att individen inte vill bedriva rehabiliteringen inom vårdens väggar, utan man vill träffa andra i samma situation som kan agera förebilder Peer-to-peer är oomtvistat det som målgruppen vill ha.

Samverkan

Det krävs en bättre och ökad samordning mellan relevanta aktörer så som skola, vård, Arbetsförmedlingen med mera för att kunna skapa en överblickbar situation för den enskilde individen och individens möjligheter i samhället. Dagens stuprörsarbete gagnar inte någon, allra minst målgruppen som eftersträvar mer av ett ”teamtänk” med olika ansvariga professioner som utifrån sitt ansvarsområde har ett helhetsperspektiv på rehabiliteringsarbetet. Införande av resurscentra för kunskap, stöd och rådgivning inom specifika områden, som hörsel och syn, skulle främja arbetet och individens möjligheter till delaktighet. Idag upplever målgruppen att ansvaret att ta reda på vilken tillgång till rehabilitering och habilitering som finns att tillgå vilar på den enskilde. Det uppfattas som svårt och betungande. Med ett stärkt gemensamt arbete och bättre samordning mellan berörda aktörer skulle situationen förenklas. I ett sådant stärkt samverkansarbete bör även relevanta civilsamhällesorganisationer inkluderas, eftersom de kan spela en viktig roll i rehabilitering och habilitering, genom att fokusera på värden som vården inte alltid har tid eller resurser till, som egenmakt. Det finns redan idag patientorganisationer som arbetar nära och på uppdrag av det offentliga, till exempel inom cancervården. Det arbetet borde utvidgas.

Dela information om civilsamhället

Genom att skapa verksamhet utifrån individens situation får man både aktiviteter och åtgärder på köpet. Barn och unga är det en heterogen grupp där individfokus är avgörande av flera skäl. En femårings och en femtonårings behov skiljer sig markant. Dessutom växer barn både fysiskt och kognitivt. Det måste man acceptera som en grundförutsättning i rehabiliteringsarbetet. För att lyfta civilsamhällets insatser är det viktigt att offentliga aktörer i allmänhet, och vården i synnerhet, tydligt kommunicerar med målgruppen om vilka organisationer, föreningar och nätverk som finns utanför det offentligas verksamhet. Denna information är ofta svår för civilsamhällesorganisationerna att förmedla själva eftersom det är svårt att få tillgång

till vårdens fysiska rum. För många organisationer är det naturligt att sjukvårdens fysiska utrymmen ska vara neutrala, men det uppfattas ändå som riskfyllt att civilsamhällets resurser inte tas tillvara. En tydligare idé om hur denna information kan förmedlas bör därför tas fram gemensamt för att framåt vara en naturlig del i både sjukvårdens och civilsamhällets roll inom rehabilitering och habilitering. Ett förslag som lyfts är till exempel att det i 1177 borde finnas en funktion för patienter, brukare och anhöriga för att nå civilsamhället.

Skolan

Att erhålla rätt skolform eller anpassning innebär idag ofta att genomgå en komplicerad process. För att söka till specialskola krävs ofta att barnet ”misslyckas” i den vanliga skolan först, vilket är ett orimligt sätt att hantera barn med behov av anpassning.

Kommuner och skolledningar lägger ofta ansvarat på varandra vilket medför att utredningar tar orimligt lång tid och barnet hamnar i kläm. Här behöver tydligare riktlinjer och stöd införas för att tydliggöra ansvar och underlätta för barn att erhålla den skolgång man har rätt till. Samtidigt underlättar det för vårdnadshavare att veta vart man ska vända sig för att utkräva ansvar och säkerställa att skolgången genomförs på individens villkor. Det finns även bristande samordning mellan folkhögskolornas utbildningar kopplat till rehabilitering, särskilt inom praktiska färdigheter som matlagning och städning. Med en bättre koordination mellan dessa aktörer skulle fler se en ökad självständighet och ett mindre samhällsberoende.

Barn och unga – diskussionspass 2

3. På längre sikt, utifrån rehabilitering, habilitering och hjälpmedel – vad krävs för att nå målen om en jämlik och effektiv situation? Vad kan civilsamhället bidra med, vad kan det offentliga bidra med och vad kan man göra mer tillsammans?

4. Hur kan rehabilitering, habilitering och tillgång till hjälpmedel anpassas så att alla, oavsett språk, kultur, funktionsförmåga, ekonomi eller bostadsort får likvärdig tillgång?

Civilsamhället som brygga mellan det offentliga och individen

Civilsamhällesorganisationerna är bron mellan de offentligas instanser och individen. En person i behov av insatser möter många offentliga verksamheter i sin vardag: vården, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, skolan med flera.
Civilsamhällesorganisationerna är ett komplement för individen genom att i denna kedja bistå med kommunikation åt båda håll. Delar av civilsamhället beskriver att det idag är svårare att vara denna brygga, efter som man i högre grad möts av motstånd och okunskap när man uppvaktar de offentliga aktörerna för att bistå med ´expertis och informera om verksamhet.

Civilsamhället kommer ofta individen väldigt nära. Genom att göra det skapas förtroende och tillit på ett sätt som det offentliga sällan kan. Kunskap både om individen och målgruppen är en outnyttjad resurs hos civilsamhällets organisationer. Enkäter, rapporter och målgruppsundersökningar kommer inte alltid de berörda offentliga aktörerna tillhanda. För att kunna nyttja civilsamhället som ett verktyg i det offentligas arbete och skapa tillit mellan sektorerna behöver gemensamma ytor och kommunikationskanaler skapas. Civilsamhället är självständigt och driver ofta påverkansarbete men det ska inte blandas ihop med rollen som experter på målgruppens behov och förutsättningar.

Inkludera patient-, brukar- och anhörigorganisationer i vårdutbildningarna

Ett förslag från deltagarna är att man bör se över hur man kan inkludera patientorganisationerna i vårdutbildningarna. Genom att inlemma kontakt, möten och kunskap om civilsamhällesorganisationernas roll och funktion i de olika vårdutbildningarna skapas ett naturligt samband och en brygga mellan de för individen två viktigaste aktörerna. Ett konkret exempel är att vårdstudenter kan få vara med på

civilsamhällets lägerverksamheter för patientgrupper. Genom att delta under hela lägret får studenterna en bättre uppfattning om hur livet för patienten ser ut i andra miljöer än sjukhusmiljön. Ett annat exempel med gott resultat är civilsamhällesorganisationer som bjuder in andra professioner, till exempel kockar, till sin verksamhet för att öka kunskapen om målgruppens olika förutsättningar. Det finns redan idag exempel på vårdutbildningar som inkluderar civilsamhället och dess organisationer, men inkluderingen sker slumpmässigt och utan en tydlig form och metod. Inom viss högspecialiserad vård, där samverkan med brukarorganisationer står inskrivet, är problemet i stället att organisationerna ofta kommer in sent i processen och att vården redan tagit fram planer för till exempel patientflöden utan att inkludera organisationerna i arbetet. En tidig inkludering av organisationerna i sådant arbete hade bidragit till ett bättre patientflöde och en förankring hos målgruppen. Genom att ta fram tydligare riktlinjer och stöd i hur man kan inkludera civilsamhällesorganisationer tidigare i olika offentliga processer skulle arbetet med inkludering öka kvalitén, skapa förankring och ge tydligare förutsättningar för syftet och målet med inkludering.

Stärk civilsamhället förutsättningar och roll

Genom att ge civilsamhället bättre förutsättningar för att verka inom området för brukar-, patient- och anhörigorganisationer kan mycket vinnas. Komplexa problem kräver flexibla lösningar. Arbetet med stödpersoner för individer inom rätts- och tvångspsykiatrien ses inte som en del av rehabilitering och skulle med bättre stöd kunna ge fler personer förutsättningar att hantera psykisk ohälsa. Ett relevant civilsamhälle uppnås delvis genom en stärkt, trygg och långsiktig finansiering. Det uppnås också genom att ge civilsamhällets organisationer möjlighet att få bidra, genom att inkludera dem i relevanta sammanhang, där rollen som röstbärare kan bidra till bättre förutsättningar för rehabilitering och habilitering av målgrupperna. För att ge civilsamhället möjlighet att delta måste man också anpassa sammanhanget. Det kan handla om så enkla saker som att förlägga möten med föreningar på kvällstid i stället för på dagtid då företrädarna går i skolan, vilket omöjliggör deltagande under dagtid. Vad gäller de ekonomiska förutsättningarna finns idag krav för att kunna söka statsbidrag som är svåra eller omöjliga för organisationerna att uppnå. Det tydligaste exemplet är kravet om lokal förankring och geografisk spridning av lokalföreningar.
Det är krav som delar av det berörda civilsamhället har svårt att nå upp till. En anledningarna är att målgruppen kan vara för liten och därmed inte kan skapa den geografiska eller kvantitativa spridning som förordningarna kräver. Detta är olyckligt och en hämmande faktor i att utveckla och stärka målgruppens möjlighet att organisera sig.

Stärk det offentliga

De offentliga aktörer som arbetar med målgruppen måste ges mer resurser för att kunna möta det ökande behovet av rehabilitering bland barn. Att driva besparingar inom sjukvården slår ofta hårt mot dem som behöver den mest, inte minst de i behov av habilitering och rehabilitering- Här krävs att andra prioriteringar styr vården. Det offentliga måste stärka arbetet mot föräldrarna. De är i stort behov av både praktiskt och emotionellt stöd och fungerar idag ofta som koordinatorer av vården för sina barn. Ett stärkt stöd från de offentliga riktat mot föräldrarna skulle gynna både föräldrarna och barnen. Vården måste även bli bättre på att tillgänglighetsanpassa sin verksamhet. Det gäller till exempel vid införandet av ny teknik. Idag finns funktioner som röstuppringning som vissa grupper inte kan använda. Primärvården är ofta dåligt rustad att möta personer med till exempel synnedsättning, och man vet ofta inte vart personerna ska hänvisas. Inom vissa yrken finns en brist på utbildad personal, som synpedagoger Bristen på tolkar påverkar också både utbildning, fritid och arbetsliv för personer med tolkbehov. Genom att stärka och rusta vården kan fler individer få hjälp, föräldrarna stärkas och systemet kommer att i högre grad lyckas utföra de uppgifter det är ämnat för.

Centralisering

För att nå en likvärdig tillgång till rehabilitering, habilitering och hjälpmedel krävs en centralisering av systemet. Regionerna kommer inte göra nödvändiga anpassningar om inte Socialstyrelsen eller annan myndighet med ansvar för frågan skickar en tydlig rekommendation om att en centralisering krävs. Genom att samla alla funktioner inklusive kommunikationen på ett centralt ställe, hos en myndighet eller nationellt kansli skulle både vården och civilsamhället kunna få stöd och råd i arbetet och likvärdigheten öka. Ett sådant grepp skulle underlätta för alla parter och vara det samhällsekonomiskt bästa sättet att skapa en likvärdig tillgång till insatser. Det skulle även underlätta i övergången mellan barn- och vuxenvård. Systemet idag ger regionerna stort inflytande och utrymme att tolka både behov och insatser. Det skapar ojämlikhet som påverkar individen. Ett exempel är att systemets utformning inte per automatik ger brukaren rätt till samma insatser på vid en flytt mellan kommuner och regioner Det är en orimlig situation som antingen hämmar flyttar eftersom man riskerar att förlora tillgången till insatser, eller främjar flyttar, eftersom man vill få tillgång till insatser. Lösningen är att sätta individen i fokus, att inrätta behovsstyrd utprövning och centralisering och minska eller ta bort omprövningskraven. Insatserna måste vara kopplade till individen, inte till bostadsorten.

Fördjupad samverkan med det offentliga

Fortsatt och fördjupad samverkan med alla relevanta aktörer, från kommun, region och statlig nivå är centralt för att kunna uppnå en förändring på alla nivåer i samhället. En viktig aktör att ha med i det fortsatta arbetet och dialogen är Sveriges kommuner och regioner (SKR). En aktör som deltagarna menar är en central i arbetet och att dialogen med dem, både från nationellt myndighetshåll och civilsamhället måste stärkas. Ska regeringen eller myndigheter ta fram strategier, handlingsplaner och andra styrdokument ska samverkan med relevanta civilsamhällesorganisationer alltid vara en del av det arbetet.

Nyanlända och språk

Information kopplad till olika insatser bör finnas tillgänglig på flera språk hos det offentliga. Det finns initiativ från civilsamhället där man anpassar och utvecklar både verksamhet och stöd på olika språk inom den egna organisationen för att kunna nå fler ur målgruppen. Andra initiativ är till exempel kurser för att kunna förstå och navigera svenska vardagsförutsättningar. Dessa kurser har varit viktiga för att stärka målgruppen både i det praktiska vardagslivet och för att kunna ta tillvara rättigheter och erhålla det stöd som samhället erbjuder.
Nyanlända i behov av insatser faller ofta mellan stolarna då det råder brist på tolkar, även om civilsamhällesorganisationer försöker täppa till detta problem efter bästa förmåga.

Mitt i livet – diskussionspass 1

1 Vilka är de viktigaste aktiviteterna, åtgärderna och insatserna för er målgrupp som bidrar till en mer jämlik och effektiv rehabilitering, habilitering och hjälpmedel?

2 Beskriv på vilket sätt och hur aktiviteterna, åtgärderna och insatserna bidrar till mer jämlik och effektiv rehabilitering, habilitering och nyttjande av hjälpmedel

Nya lagar

Framtagande av en ny sjukvårdslag ses som en av de viktigaste förändringarna för en jämlik rehabilitering, habilitering och tillgång till hjälpmedel. Idag regleras insatserna och hjälpmedlen under sjuk- och hälsovårdslagen, så för att få tillgång till insatserna måste man därför per definition vara sjuk. Det är inte alltid fallet, vilket exkluderar en rad människor från dessa insatser.
En ny sjukvårdslag bör i stället utgå från rättighetsperspektivet för att inkludera och ge fler personer tillgång till insatser. För att stärka rätten till hjälpmedel bör en ny lag, en hjälpmedelslag, som möjliggör överklaganden av beslut inrättas. Det skulle stärka rättighetsperspektivet.

Koordinatorer och nationell samordning

För att underlätta att brukaren eller patienten får tillgång till insatser och hjälpmedel bör man i högre grad använda sig av koordinatorer. Dessa kan ge bra stöd och vägledning för brukaren och kompensera för eventuella lokala skillnader. De kan också förbättra förutsättningarna för sjukvården i små kommuner och regioner, vilket skulle minska ojämlikhet- och tillgångsproblematiken som genomsyrar rehabiliteringen och habiliteringen idag Genom en ökad statlig styrning, i kombination med nationell kunskapsstyrning, stödinsatser, screening och inkludering av fler diagnosgrupper i arbetet skulle likvärdigheten mellan regionerna öka. Genom att införa ett nationellt kunskapscentrum skulle jämlikhet främjas och det skulle framför allt bli enklare att samordna och följa upp insatser och samtidigt sprida enhetlig information. Nationell styrning skulle även öka incitamenten att inkludera aspekter som friskvård och fritidshjälpmedel genom att skapa en enhetligare bild av målen med insatserna.

Teknisk utveckling och digitalisering

Den tekniska utvecklingen går idag väldigt snabbt inom vissa områden, både i fråga om hjälpmedel men även inom vissa behandlingar. Många gånger har brukarna eller organisationerna bättre koll än vården på den senaste utvecklingen, vilket skapar frustration. Digitaliseringen av vården är generellt bra – den gör vården tillgänglig och skapar förutsättningar att kunna ta till sig information på ett snabbt och enhetligt sätt. Baksidan är att alla inte har eller klarar av att ha ett mobilt bank-id, eller den digitala mognad och kompetens som krävs vilket leder till nya hinder och barriärer för den som inte hänger med. En digitalisering av vården får heller inte leda till att ansvaret förskjuts till individen. Den tekniska utvecklingen gör att riktlinjer från myndigheter blir daterade och inte överensstämmer med de möjligheter som finns. Här måste det offentliga bli bättre på att följa den snabba utvecklingen och anpassa sina dokument och digitala lösningar så att de följer utvecklingen och främjar implementering av både nya verktyg och kunskap.

Pre-rehab och post-rehab inom cancervården

Personer som insjuknar i framför allt cancer ställas ofta inför svåra val innan en sjukvårdsinsats påbörjas. Man erbjuds olika val och tillvägagångssätt för behandling men har svårt att förstå konsekvenserna av dessa val och vad de har för fördelar och nackdelar, och andra effekter på till exempel efterkommande rehabilitering. Civilsamhällesorganisationer gör idag en stor del av arbetet med att stötta individen i dessa val genom samtal och stöd. Hade man i stället stärkt vården och ökat samordningen mellan olika experter inom vården hade det blivit mycket enklare för individen att fatta grundade beslut pre-rehab.

Efter genomgången behandling, och med viss uppföljning som säkerställer att behandlingen lyckades, så räknas man som frisk. Vården är fokuserad på att bota den fysiska cancern, men det finns ett efter både fysiskt och mentalt. En del effekter uppkommer först år efter en behandling och då räknas man inte längre som cancerpatient, vilket ställer till det. Rehabilitering från cancer är en livslång process vilket systemet i högre grad måste ta hänsyn till. I rehabiliteringsfasen glöms ofta anhöriga bort – de är också drabbade och att ge dem adekvat stöd hade framför allt gynnat psykosociala aspekter och bidragit till en bättre rehabilitering. Det gäller till exempel par, som ofta har svårt att ta sig igenom sjukdomsförlopp och behandlingar som påverkar intima relationer i hög utsträckning.

Övergång från barn- till vuxenhabilitering

Övergången från barnvården till vuxenvården haltar. Som barn har man ofta ett bra stöd med en teambaserad vård och habilitering, något som saknas inom vuxenhabiliteringen. Har du en lindrigare funktionsnedsättning kan du helt nekas habilitering, även om det behövs för att klara vardagen. För barn som föds med vissa missbildningar finns ingen vuxenhabilitering, så vuxna tvingas vända sig till barnavdelningen. Risken finns att man hamnar mellan stolarna, i synnerhet för grupper som har lindrigare funktionsnedsättningar. Personer som hamnar i detta mellanrum får rådet att söka medel från fonder för att kunna betala för de hjälpmedel man behöver, men individen har ett arbete som inbringar en månadslön på över 19 000 kronor har man inte rätt att söka de medlen. Det regelverket behöver ändras så att fler personer med arbete har möjlighet att söka fondfinansiering för hjälpmedel.

Sexuell och reproduktiv hälsa

Många ur organisationernas målgrupper lyfter behovet av många olika sorters stöd kopplat till sexuell och reproduktiv hälsa. Det gäller till exempel samtalsterapeuter, sexologer och dietister. En del brister inom vården som rör sexuell hälsa skulle kunna förbättras genom en kombination av kompetenshöjning inom olika yrkesgrupper och information riktad till målgrupperna. Det är viktigt att personal inom vården har kunskap kring sexuell och reproduktiv hälsa men även har verktyg och kompetens att lyfta sexualitet och samtycke i samtal. Hjälpmedel och rehabilitering kopplat till sexuell och reproduktiv hälsa bör utgå från hur man skapar rättvis hälsa.

Hälsoekonomiskt perspektiv

Delar av rehabilitering- och habiliteringsarbetet är underfinansierat. Bristande insatser leder till flera typer av utanförskap: från samhällsgemenskap, från skola/arbetsmarknad och från sociala sammanhang. Tankar om att vissa grupper, som äldre, inte går eller är gynnsamma att rehabilitera är ett kortsiktigt tänk som dessutom inte understöds av forskning. Det är alltid värt att satsa på rehabilitering – även om det kostar mycket i början är samhällsvinsterna på längre sikt alltid större. Samhället, politiken och det offentliga måste börja se på rehabilitering ur ett hälsoekonomiskt perspektiv och i högre grad se det som en investering.

Mitt i livet – diskussionspass 2

3 På längre sikt, utifrån rehabilitering, habilitering och hjälpmedel – vad krävs för att nå målen om en jämlik och effektiv situation? Vad kan civilsamhället bidra med, vad kan det offentliga bidra med och vad kan man göra mer tillsammans?

4 Hur kan rehabilitering, habilitering och tillgång till hjälpmedel anpassas så att alla, oavsett språk, kultur, funktionsförmåga, ekonomi eller bostadsort får likvärdig tillgång?

Stärkt samverkan inom civilsamhället

En ökad samverkan inom civilsamhället skulle bidra till stärkt kunskap om varandra, målgrupper, vården och andra offentliga aktörer. Det skulle bidra till att aktörerna hittade sätt att komplettera och stärka varandras roller och funktioner. Det är även viktigt att samverka med civilsamhällesorganisationer som inte kommer från funktionsrättsområdet för att stärka både arbetet inom rörelsen och göra andra delar av civilsamhället tillgängligt och inkluderande för personer med behov av insatser och hjälpmedel. Genom att arbeta mer tillsammans skulle det stärka civilsamhällets möjligheter att arbeta med idéburet offentligt partnerskap (IOP) och bidra till att öka delen av vård som bedrivs av idéburna organisationer. Ett ökat användande av IOP skulle kunna bidra till bättre resursanvändning inom habilitering- och rehabiliteringsarbetet, öka kvalitén på vården och stärka valmöjligheterna för individen. Genom en stärkt intern samverkan kan även information delas inom organisationerna och till och från målgrupperna på ett effektivare och mer resurssnålt sätt.

Inkludera civilsamhället

För att ta del av den kunskap och expertis som finns i stället för at gissa bör målgrupper inkluderas tidigare och i högre grad i olika processer med det offentliga. Civilsamhällesstrukturer som patientråd och liknande bör i högra användas för samverkan med det offentliga. Den direktkontakt som civilsamhället har med målgrupperna är en unik resurs som, när den används på rätt sätt, kan vara en katalysator för att nå stora både individuella och samhälleliga vinster. Att delta i råd eller referensgrupper och liknande är dock kostsamt, och mindre organisationer är resurssvaga vilket kan göra det svårt att delta. För att medelålders och yngre ska delta i sådana sammanhang är det därför viktigt att det offentliga tar ansvar för att möjliggöra deras inkludering. Det kan ske genom att ersätta inkomstbortfall, betala resor till och

från möten eller att möten förläggs till tider när arbetstagare och studenter kan delta. Det är även viktigt att det offentliga arbetar med att bjuda in brett och att syftet med inkluderingen av civilsamhället är tydligt.

Ett erkännande av civilsamhället

Endast civilsamhället kan bidra med erfarenhetsbaserat stöd och kunskap. Det är en unik kompetens och resurs som sällan får det erkännande det förtjänar. Delar av civilsamhället erbjuder även stöd till individer genom verktyg och metoder som framtagna av och målgruppen själv. Bland många av målgrupperna så finns en eller flera diagnoser eller behov samtidigt, något som leder till att målgrupperna ofta klumpas ihop av det offentliga. Gruppsynen är något civilsamhället med ett starkt individcentrerat synsätt motverkar. Att ge civilsamhället ekonomiska resurser är en form av erkännande från samhället. Ett annat är att inkludera organisationer i olika samverkansprocesser med offentliga aktörer. Många menar att man idag löpande måste ”bevisa sig” och sin relevans gentemot det offentliga. Ett tydlig erkännande från samhället om civilsamhällets värde hade varit en enklare väg att gå. Demokratin utmanas på flera håll runt om i världen och den kan inte tas för given, inte heller i Sverige. Det är en fråga som går bortom frågan om tillgång på rehabilitering och habilitering och handlar om att ett erkänt, starkt och fritt civilsamhälle inte är en självklarhet. Det hänger samman med frågan om människosyn och vilka värderingar vi vill ska vara rådande. Att måna om civilsamhällets förutsättningar, i synnerhet för de organisationer som företräder resurssvaga grupper, är därför en signal att civilsamhället ses som en central del av vår demokrati.

Livslångt lärande inom vården

Vårdpersonal bör i högre grad se civilsamhällets organisationer som en möjlig källa till kunskap och expertis. Många civilsamhällesorganisationer vill arbeta tillsammans med relevanta aktörer inom vården. Idag är många av vårdprogrammen skrivna i termer av att man *bör* samverka med civilsamhällesorganisationer. det borde oftare bytas till *ska.* Fler professioner borde också inkluderas i samverkan under utbildningen. Idag har ofta fysioterapeuter god kompetens om fysiska funktionsnedsättningar medan läkare och psykologer saknar kompetensen. Civilsamhället är gärna med och bidrar redan på vårdutbildningarna genom att dela kunskap och erfarenheter. Det är samhällets ansvar att sedan utforma dessa professioners möjlighet att under karriären löpande få fortsatt möjlighet att utvecklas och öka sin kompetens om patient-, brukar och anhörigorganisationerna och deras målgrupper.

Kommunikation och kultur

Att tillgängliggöra information på flera språk ses som en grundläggande del av det offentligas ansvar – men att översätta information räcker inte alltid hela vägen fram. Ibland måste den kompletteras med kulturell förståelse och vissa praktiska anpassningar. I vissa kulturer finns ett starkt stigma till funktionsnedsättningar och i andra fall kan det handla om hederskultur som försvårarar insatser till individen. Det är aspekter som i högre grad behöver uppmärksammas bland de som arbetar nära målgrupperna. Även om ansvaret att tillgängliggöra information ligger på det offentliga så har även civilsamhället ett ansvar för att kunna kommunicera och inkludera fler grupper inom sina verksamheter. Många organisationer är homogena trots att det finns en medvetenhet om att stora grupper borde vara inkluderade i organisationen står utanför den. Många mötesplatser är inte utformade för att möta grupper på deras villkor utan utgår från en norm som blir exkluderande. De organisationer som arbetat med att aktivt söka upp grupper och sammanhang, till exempel genom möten med trossamfund och etniskt grundade föreningar, har ofta med stor framgång lyckats diskutera svåra frågor och nått framgång i att kunna omhänderta även dessa gruppers erfarenheter. I samhällsdebatten har frågor om rätten till tolk och att behöva kvalificera sig till vården skapat en diskussion om hur man ska ta sig an arbetet med en jämlik vård i områden där samhället redan idag är ganska frånvarande och där medellivslängden är kortare än i övriga samhället. Där kan civilsamhället spela en viktig roll, men för att kunna agera röstbärare för utsatta grupper behöver civilsamhället bli ännu bättre på att inkludera marginaliserade grupper.

Arbetsliv och ökad delaktighet

Det finns ett behov av ökad kunskap kring diskrimineringsgrunderna och diskrimineringslagstiftningen i relation till arbetslivet, både hos målgruppen och hos arbetsgivarna. Med små och relativt enkla anpassningar av arbetsplatser skulle flera personer som idag står utanför arbetsmarknaden kunna inkluderas i högre grad. Personer med neurologiska sjukdomar är en grupp som med vissa mindre justeringar på arbetsplatsen i högre utsträckning skulle kunna arbeta. Genom att skapa bättre förutsättningar för funktionsnedsatta att kunna arbeta och vara självförsörjande stärks individen vilket leder både till bättre psykiskt mående och inkludering i samhället. I förlängningen är det en samhällsekonomisk vinst. Även här är arbetet med förebilder viktigt, både för individen och för arbetsgivare som tydligt kan se att en mindre anpassning och ökad inkludering på arbetsplatser inte är en dålig investering.

En ekonomisk grundtrygghet är central pusselbit för individen i arbetet med rehabilitering och habilitering. Många som är i behov av insatser och hjälpmedel lider av dålig ekonomi och har inte råd med de insatser de är berättigade till. Det kan handla om att man inte har råd att resa till och från vissa insatser, eller inte har råd att införskaffa hjälpmedel utan måste prioritera mat och hyra då pengarna inte räcker till. Det blir en ond cirkel som förstärker utanförskapet, ökar trösklarna för att ta sig in på arbetsmarknaden och leder till dåligt psykiskt mående.

Äldre – diskussionspass 1

1. Vilka är de viktigaste aktiviteterna, åtgärderna och insatserna för er målgrupp som bidrar till en mer jämlik och effektiv rehabilitering, habilitering och hjälpmedel?

2. Beskriv på vilket sätt och hur aktiviteterna, åtgärderna och insatserna bidrar till mer jämlik och effektiv rehabilitering, habilitering och nyttjande av hjälpmedel

Samhällets syn på äldre

Det råder en förlegad syn och inställning från samhället på äldre. Idag sätts av resursskäl åldersgränser på olika rehabiliteringar även om det formellt inte ska göras. Hos målgruppen finns det en rädsla för att bli äldre, passera åldersgränsen och mista tillgången till den habilitering och rehabilitering man kanske har just nu. Rehabilitering av äldre bör grundas i forskning, som visar att det är värdefullt att rehabilitera äldre. De åldersgränser som finns för diagnoser bör också tas bort, eftersom en del rehabiliterande insatser är beroende av en diagnos för att kunna implementeras. Det omöjliggör preventiva insatser., Detta trots att det är bevisat att det för vissa målgrupper finns modeller som skulle kunna införas innan insjuknande. Som det är nu måste till exempel en Alzheimerdiagnos ställas för att tillämpningen av behandling ska godkännas från vården. Om man i stället hade implementerat vissa metoder preventivt syfte hade det varit en vinst både för samhället och individen. Därför bör hälsoekonomiskt perspektiv styra insatserna i högre grad. En del sjukdomar pågår under en lång tid innan en diagnos ställs, de kommer ”smygande” utan att individen är medveten om att man egentligen redan är sjuk. Genom preventivt arbete skulle man få en bättre hälsa längre och vara mer förberedd, och de rehabiliterande insatser skulle bli effektivare.

Okunskap hos offentliga

Hos många offentliga organisationer finns en okunskap om kring äldres livssituation. Ofta lever äldre med samsjuklighet och med anhöriga som vårdar.
Okunskap syns till exempelhos de olika professionerna som möter äldre i sin yrkesutövning, till exempel handläggare inom Försäkringskassan, LSS eller bistånd. Avsaknaden av multidisciplinära team är ett problem för många inom målgruppen. Det finns också en brist på stöd från kuratorer och psykologer.
Inom professioner som idag driver och leder rehabiliterande aktiviteter för äldre, som bassängträning saknas adekvat kunskap om hur aktiviteter ska utformas och implementeras. Det beror på svaga utbildningar. Det leder till att aktiviteternas effekt blir sämre och till att en del rehabilitering till och med blir fel om inte kompetens finns för att lära ut tekniken till de äldre i målgruppen. De rehabiliterande aktiviteter som civilsamhället erbjuder fungerar ofta väldigt bra ur ett effektperspektiv. Dessutom bidrar de till att bryta isolering hos äldre genommöten med andra i en liknande situation. Att utbilda patientgrupper inom civilsamhället är en annan verksamhet som är bra och sätter individen i fokus. Efter pandemin har dock delar av den verksamheten försvunnit och inte återkommit till samma nivå som innan pandemin, anledningen till detta är oklar enligt deltagarna men menar att besparingar kan vara en faktor.

För att öka kunskapen om äldres situation bör vårdutbildningarna ges stärkta resurser. De professioner som arbetar med äldre bör också ges högre status. Detta för att göra det attraktivare att välja ett yrke som specialiserat sig på målgruppen. Staten bör även säkerställa att undervisningen inom vården och andra yrken som är relevanta för äldre inkluderar de äldres egna erfarenheter. Genom att målgrupperna inkluderas i utbildningarna ökar förståelsen kring målgruppens specifika situation och utmaningar, men också möjligheter till adekvat rehabilitering.

Rättigheter och kommunikation

Vissa patientgrupper har svårt att få fungerande kommunikation om vilka möjligheter för stöd som finns. Det är otydligt vilka möjligheter som finns, vad man är berättigad till och vilka val man kan göra. På enkäter efter genomförda ingrepp och behandlingar finns en risk att patienterna skattar sig som friska och därmed inte får tillgång till rehabiliterande insatser, trots att behovet kvarstår efter ett ingrepp. Här behövs bättre kommunikation mellan hälso- och sjukvården och de rehabiliterande aktörerna, men även mot målgruppen för att den ska kunna tillgodose sig sina rättigheter. Idag läggs för stort ansvar på individen att kunna söka och ta till sig information på egen hand. För personer med fysiska nedsättningar, till exempel synnedsättning, kan det också vara

svårt att ta till sig information rent praktiskt. För att alla ska få tillgång till information måste den vara tillgänglighetsanpassad.

Politiken har en tendens att utlova rättigheter som samhället inte förmår att efterleva. Detta skapar både frustration och tillitsproblem. Idag påverkar socioekonomiska skillnader tillgången till insatser. Det syns till exempel på kommunnivå där olika delar av en kommun kan ha olika utfall beroende på individers kunskaper om rätt till hjälp. Det är undermåligt. I stället bör samhället ha en lägstanivå nationellt som tillämpas aktivt och är konsekvent. Det skulle skapa tydlighet i vilket ansvar samhället har.

Patientregister

Tillgången till och inskrivning i olika patientregister ses som ett bra verktyg för att kunna följa individen över tid och möjliggör bättre uppföljning. Även vårdpersonal bör kunna bistå patientgrupper i detta arbete eftersom registren är digitala och äldre kan behöva stöd i genomförandet.

Äldre – diskussionspass 2

3 På längre sikt, utifrån rehabilitering, habilitering och hjälpmedel – vad krävs för att nå målen om en jämlik och effektiv situation? Vad kan civilsamhället bidra med, vad kan det offentliga bidra med och vad kan man göra mer tillsammans?

4 Hur kan rehabilitering, habilitering och tillgång till hjälpmedel anpassas så att alla, oavsett språk, kultur, funktionsförmåga, ekonomi eller bostadsort får likvärdig tillgång?

Strategin och dess efterlevnad

Arbetet med att ta fram strategin är lovande, men får inte stanna vid ord utan måste tillföras både resurser och en tydlig handlingsplan. Detsamma gäller den nya socialtjänstlagen som är väldigt ambitiös, vilket är bra, men utan resurser och verktyg att implementera lagen kan den bli tandlös. Om det offentliga inte tar sitt ansvar i implementeringen av strategin eller den nya socialtjänstlagen, om den blir en konstruktion utan resurser och förankring, finns stor risk att man tappar både förtroende och tid i det fortsatta arbetet med målgrupperna. Myndigheterna ser olika ut med olika ansvar och befogenheter, och regionerna har olika förutsättningar att efterleva och implementera lagar och strategier. Att bo i en glest bebodd region eller att bo i en storstadsregion spelar roll för vilka möjligheter och hjälpmedel man ges, även om det inte ska göra det i den höga grad det gör idag. Att bo nära eller att ha tillgång till ett universitetssjukhus är till exempel tydligt förknippat med bättre förutsättningar för en bra rehabilitering idag.

De rekommendationer som Socialstyrelsen har idag efterlevs inte alltid från regionerna, eftersom de bara ses som rekommendationer. För att minska ojämlikheten och få tydligare gensvar i verksamheten bör de därför i framtiden omformuleras till föreskrifter eller direktiv.

Civilsamhällets roll

Civilsamhället är en mötesplats där både äldre i allmänhet och målgrupperna kan mötas. Inom de patientnära organisationerna bedrivs idag många verksamheter och rehabiliterande aktiviteter som bidrar till ett sammanhang för de berörda, inklusive de anhöriga som ofta är de som ombesörjer en stor del av vården. En del organisationsdrivna aktiviteter är ett direkt svar på bristen inom vården och sker på målgruppens initiativ även utan finansiering av det offentliga. I andra fall finns

verksamheter som är upphandlade och drivs av civilsamhället på uppdrag av det offentliga. Sammantaget finns här en outnyttjad potential där vården och civilsamhället i högre grad kan använda sig av varandra och samproducera verksamhet och stöd. Den kunskap som finns inom civilsamhället genom till exempel rapporter och undersökningar är en resurs som de gärna delar med det offentliga för att kunna bidra till bättre stöd och insatser för målgrupperna.

Det offentliga bör också i högre grad hänvisa individer till civilsamhällets insatser till individer, särskilt personer som är i behov av ett sammanhang socialt. Genom att ge civilsamhället det erkännande och de resurser som krävs inte bara för att förvalta utan utveckla verksamheten kommer både samhället och individen att gynnas. Äldre är en heterogen grupp och många pigga pensionärer både kan och vill axla ett större ansvar för att skapa relevanta sammanhang för berörda och möjliggöra ett socialt och rikt liv.

Svårnådda grupper

Socioekonomi, språk och kultur kan vara hämmande faktorer för att arbeta och få tillgång till rehabilitering. Viss verksamhet går att anpassa, som att sprida information på olika språk. Generellt är dock både det offentliga och civilsamhället dåligt rustade för att arbeta med grupper från socioekonomiskt svaga områden eller med personer med annat modersmål än svenska. Ett förslag är att tillsammans arbeta ut och ta fram nya arbetssätt och partnerskap som kompletterar det arbete som görs idag. Många äldre med bakgrund i andra kulturer använder barn och barnbarn för att kunna navigera systemet. Det fungerar någorlunda i de fall man har tillgång till anhöriga som kan ställa upp, men det är inte en lösning på ett strukturellt problem. Tillgång till tolk är en viktig aspekt som underlättar för individen att tillgodose sig den rehabilitering som krävs och förstå vårdkedjan. Många äldre återgår även till barndomens språk, vilket bidrar till behovet av språkstöd för att kunna navigera systemet. Samtidigt måste civilsamhället bli bättre på att möta nya grupper och vara villiga att ändra och omvärdera gamla sanningar och rutiner kring hur man möter olika människor.

Genom att låta föreningarna spegla samhället kommer fler personer i framtiden att få tillgång till den så viktiga ”peer-to-peer”-verksamheten som civilsamhället driver.

Index & kartläggningar

Tillgången till habilitering och rehabilitering är ojämlik över landet. Insatser i en kommun kan vara gratis men kosta i grannkommunen. Att få en bild av hur det ser ut i landet är svårt, primärt för att Socialstyrelsen endast ger rekommendationer – vilket

lämnar åt regioner och kommuner att själva bedöma insatserna och tillgången på dem. Nationell styrning är en del av lösningen på detta. Samtidigt är det ingen som har den verkliga bilden av hur det ser ut, även om en del görs genom rapporter och enkäter inom civilsamhället, som till exempel ”Hemtjänstindex” som väger samman data och indikerar kvalitet i hemtjänsten runt om i Sveriges kommuner. Hemtjänstindexet har blivit ett verktyg både för utförare och brukare för att kunna jämföra och analysera hemtjänstens situation i landet. Och mer offentliga data krävs. Genom tillgång till öppna jämförelser utifrån de nationella riktlinjerna kopplade till habilitering och rehabilitering skulle ojämlikheter, kvalitet och tillgång synliggöras på ett transparent sätt både för offentliga aktörer, upphandlare och brukare.

Dokumentationen är framtagen av Nationellt organ för samråd och dialog mellan regeringen och det civila samhället (NOD) på uppdrag av Socialstyrelsen.

För frågor om dokumentationen kontakta info@nodsverige.se.

Socialstyrelsen

N-O-D