

Samverkansmöte med de kommunala pensionärsråden (KPR)

Datum 2021-05-06

Plats Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen, Lindhagensgatan
98, Stockholm

1 Inledning

Samuel Klippfalk (KD), seniorvårdsberedningens ordförande hälsar välkomna till samverkansmötet.

Dagens program rör de områden som har varit allra mest aktuellt det senaste året. Vi kommer att prata om dagsläget i vården med anledning av covid-19 och arbetet med vaccinationen. Vi kommer att också kort prata om de frågor som har skickats in inför detta samverkansmöte.

2 Vården under sommaren samt Covid-19

Patrik Söderberg, chefsläkare Region Stockholm presenterar sig.

Inför sommaren behövs en viss planering av vården med bland annat anledning av att personalen behöver kunna ta semester. Sedan mars/april förra året har akutvården gått på högvarv med anledning av pandemin. Med anledning av hur belastad vården har varit under det gångna året kommer vi inte kunna förvänta oss att personalen kommer vilja senarelägga sina semestrar i år. Ett sätt att hantera det här är genom att minska den planerade vården under sommaren. Dock kvarstår faktumet att den akuta vården alltid måste fungera och att vi som medborgare alltså ska kunna ringa till 1177, vi måste alltid kunna besöka vår hurläkarmottagning etcetera.

Till skillnad från normalläget så är vi dessutom mitt i en pandemi. Pandemin innebär ett ökat tryck på sjukvården. Det finns dock ett hopp till att vaccinationen och sommarvärmen kommer att leda till att smittalen går

ner i samhället och att vi därmed får ett minskat tryck på vården. Det är svårt att i dagsläget se hur sommaren kommer att bli så vi arbetar efter att planera efter olika förutsättningar.

Pandemin har också lett till mycket uppskjutenvård, det här kommer att behöva hanteras. Detta leder till en målkonflikt: en trött personal, uppskjuten vård och samtidigt en pandemi. Det gäller alltså att få till detta på ett så pass bra sätt som möjligt.

Sommaren kan i sin tur leda till vissa sommarplågor så som värmebölja, skyfall, hög luftfuktighet, sommarboende i skärgård och landsbygd och skogsbrand. Även det här något som vi behöver planera och ha en viss beredskap för. Sommaren 2020 blev ovanligt bra och vi hade något fler vårdplatser än trots pandemin. Vi hoppas att detta även kommer att gälla 2021.

Inför det här samverkansmötet har förvaltningen fått in en fråga om den uppskjutna vården. Patrik Söderberg svarar att det som tidigare nämnt finns en målkonflikt vad gäller vårdens resurser. Vi försöker ha igång så mycket vård som möjligt även i dagsläget pågår trots pandemin en hel del planerad vård. Privata vårdgivare hjälper till exempel till med operationer och andra behandlingar. Innan den nuvarande vågen hölls också operationer på extra pass under kvällar och helger vilket hjälper till för att beta av vårdköerna. Det finns planer för att hantera vårdskulden och det finns också resurser för att komma ikapp men det kommer att kräva en hel del prioriteringar. Det är en svår ekvation att få ihop.

3 Vaccination mot covid-19

Leyla Jalilian, operativ vaccinsamordnare, ger en lägesrapport rörande den pågående vaccinationen mot covid-19. Till och med den 4 maj 2021 är 82,1 % av medborgare över åldern 65 vaccinerade med minst en dos. Den här siffran kan ha en viss eftersläpning eftersom vårdgivarna har upp till en vecka på sig att registrera vaccinationerna in i journalsystemet. Täckningsgraden per femårsklasser visar att ju högre upp i ålder desto högre täckningsgrad vilket stämmer väl överens med den strategi som hålls. För alla över 65 år är det glädjande att notera att vi har en väldigt hög täckningsgrad.

Huvudansvaret för att vaccinera hittills har varit husläkarmottagningar som alltså framförallt har agerat vaccinationen. I de olika stadsdelarna kan man se en viss skillnad, det är en hög täckningsgrad som stort i regionen men det skiljer sig något mellan olika stadsdelar och kommuner. Det här försöker man kompensera så att täckningsgraden blir jämnare över hela regionen.

Vaccinationstakten har ständigt ökat över tid, framförallt har en kan man se en tydlig ökning från och med april månad. Det beror delvis på tillgång till mer vaccin men en också en ökas kapacitet inom regionen.

Inför detta samverkansmöte har det kommit in en fråga kring fördelningen av vaccin mellan regionerna. Leyla Jalilian svarar följande. Fördelningen av vaccin mellan regionerna hanteras via fördelningsnycklar. T.om. vecka 9 har regionens fördelningsnyckel baserats på andelen i befolkningen över 70 år. Under vecka 10 gick regionens fördelningsnyckel över till en bas på andelen 65 år och äldre. Slutligen kommer regionen under vecka 20 att få fördelning utifrån andelen av medborgare över 18 år. Det kommer innebära att den procentuella tilldelningen kommer att öka något eftersom regionen har en relativt ung befolkning.

Fas 1 och Fas 2 är i stort klara men givetvis är de fortfarande prioriterade vad gäller de som än inte har fått vaccinet, t.ex. om man flyttar till särskilt boende och än inte har vaccinerat så kommer man att erbjudas vaccin. Fokus i dagsläget är framförallt fas 3 och fas 4.

Inom fas 3 tillhör personer mellan 60–65 år med eller utan riskfaktorer, personer mellan 18–59 med riskfaktorer samt personer med tillstånd som gör det svårt att följa gällande restriktioner t.ex. hemlösa. Vaccinationen sker på en av regionens 14 vaccinationsmottagningar. För dessa vaccinationsmottagningar ser man till den geografiska täckningen och det kommer troligt att bli fler vaccinationsmottagningar längre fram.

Fas 4 är den allmänna vaccinationen där alla över 18 år ingår. Inom fas 4 har man dock valt att även här börja med de äldre först och den 5 maj började man därför att ge möjligheten till personer födda 1966 eller tidigare. Det här startade alltså en vecka före tidplan vilket är glädjande. Inom fas 4 försöker man också att särskilt satsa på de områden som behöver särskilda insatser både vad gäller tillgänglighet men också andra åtgärder.

Det har inför mötet också kommit in frågor på ämnet personalvaccinering. Vaccinering av personal pågår löpande för personer som jobbar nära prioriteringsgrupper inom fas 1. Men när fas 4 rullar igång kommer även personalen att kunna vaccineras i det normala flödet.

Det svenska vaccinationsbeviset kallas det gröna beviset och det är en digital tjänst. Vaccinationsbeviset är ett samarbete med E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten och Myndigheten för digital förvaltning. Tidplanen är att vaccinationsbeviset ska öppnas i slutet av juni men det krävs först ett godkännande av EU-parlamentet innan.

Samuel Klippfalk (KD) tackar Leyla Jalilian för presentationen.

4 Avslutning

Svar på övriga inskickade frågor läggs som en bilaga till mötesanteckningarna i samband med utskicket. Frågor gäller bland annat samverkan mellan regionen och kommunerna, läkarmedverkan i särskilt boende, äldrepsykiatri, brytpunktssamtal.

Om det finns frågor går det att mejla till Anja Johansson, anja.johansson@sll.se.

Samuel Klippfalk (KD) tackar samtliga deltagare för visat intresse!

Frågor och svar på inkomna frågor inför samverkansmöte med de kommunala pensionärsråden (KPR) den 6 maj 2021

Fråga: Under coronapandemin har nya framgångsrika samverkansformer för äldre utvecklats mellan regionens hälso- och sjukvård och kommunernas vård- och omsorg och sker numera via kluster. Syftet har varit att ge bättre förutsättningar för god vård och omsorg.

Vi i Stockholms KPR önskar att den här formen av samarbete vidareutvecklas och blir bindande för båda parter genom att rättsliga eller på annat sätt bindande avtal skrivs. Sådana avtal skulle fortsättningsvis garantera en sömlös samverkan mellan de båda huvudmännen. Hur ser regionen på detta?

Svar: Vårdcentralerna kommer att fortsätta att arbeta i kluster. Den 24 november 2020 beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden att husläkarmottagningarna senast den 30 april 2021 ska utse en mottagning i kommunen respektive stadsdelen som ska ansvara för samordningen för samverkan mellan vårdgivare och vård- och omsorgsgivare i den egna kommunen respektive stadsdelen (HSN 2020–0222). Uppdraget handlar bland annat om att samordna processer och rutiner på utförarnivå, både i regionens och kommunens verksamheter.

Den 16 februari 2021 beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden därefter om en överenskommelse med SLSO innebärande att SLSO ska stödja och vägleda de vårdcentraler som utses att vara samordnande för samverkan i sin kommun respektive stadsdel (HSN 2020–1821). Överenskommelsen trädde i kraft den 1 mars. En arbetsgrupp bestående av representanter från både HSN och SLSO fortsätter att utveckla vilka processer som SLSO ska stödja, i enlighet med vad som står i överenskommelsen.

Fråga: Önskar ni tar upp vad som händer/inte händer med MAL, medicinskt ansvarig läkare i kommunerna.

Svar: I december gav regeringen Socialstyrelsens generaldirektör Olivia Wigzell i uppdrag att utreda en ny äldreomsorgslag. I uppdraget ingår också att titta på om det finns behov av att låta kommunerna utföra patientnära läkarinsatser.

Utredningen ska dessutom se över om varje kommun bör ha en medicinskt ledningsansvarig läkare (MAL). Uppdraget ska redovisas senast den 30 juni 2022.

Fråga: Samarbetet mellan Region Stockholm och kommunerna vad gäller läkarinsatser i SÄBO? Det gångna året har visat hur eftersatt (minst sagt skamligt dåligt) detta så kallade samarbete varit, hur läkarbolagen inte följt avtal eller besökt äldreboenden, haft bristande tillgänglighet och dialog med boenden mm. Vad tänker HSF göra för att förbättra avtalen och samarbetet med SÄBO/kommunerna i denna fråga? Nu höjs röster om att anställa läkare i kommunerna vore det inte bättre att se till att regionens hygiensjuksköterskor ansvarar för basal hygien och dess uppföljning även på SÄBO?

Svar:

Samarbete mellan RS och kommunerna vad gäller läkarinsatser i SÄBO
Stockholms län står fortfarande mitt uppe i en stor och omfattande kris som påverkar hela samhällets förutsättningar och funktionssätt. Coronaviruset har dragit fram över hela världen och orsakat ett stort antal sjuka och döda.

Hälsa- och sjukvården och den omsorgsverksamhet som kommunerna ansvarar för har under 2020 varit satt under extrem belastning och extraordinära förhållanden. Den omställning som har skett av hälsa- och sjukvårdsverksamheten i Region Stockholm har möjliggjort att invånarnas behov av hälsa- och sjukvård i stort har kunnat mötas. Detta är en följd av stora och ingripande beslut i det ordinarie vårdutbudet, omställningar av arbetssätt, prioriteringar av befintliga resurser men framförallt av extraordinära insatser av alla medarbetare.

Regionens riktlinjer som togs fram i mars 2020 och har reviderats innan nuvarande version. Riktlinjen förordade individuella bedömningar. Inledningsvis skulle riktlinjerna fungera som stöd till verksamheterna vid en eskalerade katastrofsituation som befarades. Syftet var att förstärka den nära sjukvården utanför sjukhusen. Ett annat viktigt syfte med riktlinjen var att skydda den äldre multisköra personen från att behöva lämna sitt hem och trygg miljö för att hamna i en under pandemins första månader förmodad kaotisk akutvårdsmiljö. Äldre multisjuka personer är extra känsliga för förflyttningar och akutvårdsmiljö kan i dessa fall upplevas traumatiska vilket inte gagnar den äldre i alla lägen.

Individuell bedömning och kontakt med läkare kan ske via fysiska besök, via telefon och digitalt. De olika kontaktvägarna utesluter inte att individuell bedömning är möjlig. Digitala möten kan även ha inneburit

möjligheter till tätare avstämningar mellan sjuksköterska och läkare för boende, vilket i sin tur kan ha inneburit förbättrad kontinuitet för den enskilde.

Översyn av Vårdval Läkarinsatser i Särskilt boende för äldre

Översyn av uppdrag och avtalsmodell för vårdval Läkarinsatser i särskilt boende för äldre är ett budgetuppdrag och kommer att genomföras under 2021, erfarenheter från pandemin ska också tillvara tas i uppdraget. Översynen ska möjliggöra en bättre och mer jämlik vård för patienten och ett förbättrat och mer kvalificerat medicinskt omhändertagande.

Vårdhygien

Vårdhygien Stockholm verkar att via avtal stötta verksamheter med kunskapshöjande insatser och rådgivning i systematiskt vårdhygieniskt kvalitetsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. I dagsläget har Vårdhygien Stockholm avtal med 26 kommuner, 13 stadsdelar och 28 privata aktörer i länet.

Vårdhygien har en nyckelroll i arbete med att förhindra och minska smittspridning av covid-19. Beslut fattades tidigt under pandemin att Vårdhygiens arbete skulle omprioriteras från stöd för enbart avtalskunder till att stödja samhället. Arbetet skulle ske centralt, sprida gemensamt material och prioritera åtgärder som ger mest effekt för att minska smittspridningen i samhället.

Det har skett och pågår fortfarande regelbundna möten med kommuner i länet- deltagare på dessa möten är utsedda personer från kommunerna, tjänstemän från HSF samt representanter från SLSO. Mötena är fördelade över länet Norr, Söder och Stockholms stad

Vårdgivare för läkarinsatser har regelbundet möten med kommunernas MAS ar samt de privata MASarna. HSF/SLSO upprättade en funktionsbrevlåda för avvikelser vilket är ett led att vårdgivare avviker i överenskommelsen kan rapportera detta.

Fråga: Ett annat område som är mycket viktigt för våra medlemmar och som vi upplever är starkt eftersatt är Äldrepsykiatri. Ensamheten bland äldre med följande psykiska besvär har under året som gått ökat? Hur planerat HSF att agera i denna fråga?

Nämnden uppdrogs i budget 2019 att inleda ett arbete med att ta fram ett stöd för primärvården att identifiera och i samverkan med civilsamhälle och kommuner hänvisa äldre vidare som riskerar att drabbas av ofrivillig ensamhet. Nämnden startade 2019 ett samverkansprojekt med relevanta aktörer som tittade på evidensläge kopplat till arbetssätt i primärvård, kommun och civilsamhälle. Sedan våren 2020 har ett arbetssätt testats i en pilotstudie med några vårdcentraler (Forum vc, tidigare Boo vc som ersatts av Gustavsbergs vc, Hässelby vc, Östra vc) i Nacka, Upplands Väsby och Stockholm stad. Projektet avslutas i slutet av 2021, men förvaltningen ser över möjligheten att som en konsekvens av pandemin, utvidga uppdraget till ytterligare VC.

När det gäller suicid så finns det en strategi beslutad för koncernen, dvs gäller samtliga nämnder och bolag. Hur HSF ska svara upp mot den bereds för närvarande. Beslut om handlingsplan för HSF tas under senhösten i HSN.

Fråga: Vill framföra en fråga kopplat till patientsäkerheten. Hur ser siffrorna ut på Regionnivå kopplat till brytpunktsamtal och mänsklig närvaro i dödsögonblicket för 2020 - jämförbart med andra år.

Ensamhet vid död i covid-19

Jämfört med 2019 dog en betydligt högre andel ensamma både inom kommunal vård och sjukhusvård när dödsfallet var relaterat till covid-19. Som jämförelse kan sägas att siffran för 2019 var 13 % ensamma i den kommunala vården och 23% i sjukhusvården. Under 2020 ses att andelen ensamma tydligt minskar över tid inom den kommunala vården där fler närstående efterhand har kunnat vara närvarande. På sjukhus är andelen som avled ensamma relativt oförändrad under året.

Text hämtad ur SKR:s rapport "Palliativ vård i SÄBO"

Statistik är hämtat från palliativregistret och är inte nedbrutet på regionnivå. Regionen följer inte denna statistik då uppgifterna kan vara osäkra (se svar från förvaltningen nedan).

Svar: Svenska palliativregistret^[1] är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att förbättra vården i livets slut, oberoende av diagnos och vem som utför vården. Det finns vissa svagheter med detta register. Vårdpersonal besvarar en enkät med cirka 30 frågor som handlar om hur vården kring personen har varit sista veckan i livet. De åtta första frågorna besvaras vid alla dödsfall och frågorna 9–30 besvaras vid de väntade dödsfallen. Registrets statistik bygger huvudsakligen på den dokumenterade givna vård som finns skriven i personens journal. Det innebär att den vård som inte finns dokumenterad i personens journal som regel inte räknas som utförd. En god dokumentation är därför en förutsättning för att verksamheten ska kunna mäta kvaliteten av vården som ges och för att möjliggöra sammanställningar av resultat jämförbara såväl lokalt som nationellt. Det aggregerade resultatet kan vårdgivarna använda i utvecklingsarbetet. En av frågorna som finns i enkäten är: Var någon närvarande i dödsögonblicket? I samband med dödsfallet bedöms, utifrån vårdpersonalens kännedom och med stöd av befintlig dokumentation, om någon medmänniska var närvarande i samma rum i dödsögonblicket. Vårdgivare som arbetar i vårdområdet tolkar situationen vid dödsfallet olika vilket innebär att svaren blir olika och därför är resultaten inte jämförbara.

Att någon finns hos den döende kan vara betydelsefullt, liksom respekten för önskningsar. Därmed måste det ges möjlighet för den enskilde att få bestämma om sin död, om det ska finnas någon närvarande, och i så fall vem, eller om den som ska dö vill vara ensam. Detta är en av frågor som vid inrapporteringen är behäftat med tolkningsutrymme. Hur stort utrymmet är och hur mycket det påverkar resultat, är oklart. Det innebär att skillnader mellan vårdgivare inte nödvändigtvis beror på reella skillnader i vården av patienter i livets slutskede, utan på vilken tolkning som görs vid ifyllande av dödsfallsenkäten. Till exempel om dödsfallet sker i hemmet och där närstående också är delaktig i vården, så kan det vara svårt att avgöra om någon varit på plats i rummet och är inte etiskt försvarbart att ställa detta krav på närstående. Många människor dör i sömnen. Det viktiga är att närvaro finns livets sista timmar för att tolka symptom och säkerställa att symptomlindrande behandling ges vid behov. Sker dödsfallet inom slutenvården och personal eller närstående går ut på toaletten eller hämtar en kopp kaffe och patienten dör just då, blir svaret i enkäten ingen mänsklig närvaro, eller om den som fyller i enkäten inte hittar information i journalen, blir svaret vet inte. Frågans utformning har diskuterats men har än så länge inte justerats

[1] <http://palliativregistret.se/>

Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen
Kansli

BILAGA

Fråga: Jag har en fråga som är viktig för många i målgruppen. Det handlar om de demensutredningar inom geriatriken som inte blivit gjorda pga Corona. Att få höra om förvaltningens plan för att beta av dessa (förhoppningsvis med start i höst) skulle vara värdefullt och uppskattat.

Svar: Alla geriatriska kliniker började beta av remisser redan hösten 2020 och många är ifatt. Huddinge gör inga akuta utredningar på inneliggandes än.

Bromma har ont om remisser vilket kan bero på att de behövde hänvisa remisser i höstas och nu inte får lika många som tidigare.