

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Styrning och stöd
Kansli

MÖTESANTECKNINGAR
2024-11-21

Samverkansmöte med de kommunala pensionärsråden (KPR)

Datum 2024-11-05
Tid 13:00-15:30
Plats Landstingssalen, Landstingshuset, Hantverkargatan 45 Stockholm

1 Inledning

Alfhild Petrén (S), ordförande hälso- och sjukvårdsnämndens seniorvårdsberedning

Alfhild Petrén hälsar alla deltagare välkomna. Vid vårens KPR-samverkan lyftes arbetet med God och nära vård, vilket vi kommer att fortsätta följa. Vi är nu inne i första halvåret av sjuårsplanen för God och nära vård. Vi har vi tidigare möten också lyft Beställarplan vård av äldre som vi också återkommer till. Vid dagens möte lyfts status kring förstärkt utskrivning som tangerar dessa områden. Vår första punkt behandlar projektet Sammanhållen vård i hemmet som i högsta grad är relevant för vår äldre befolkning.

2 Workshop: Sammanhållen vård i hemmet

Eva Printz och Marie Brantestad, hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Marie och Eva projektleder arbetet Sammanhållen vård i hemmet. Projektet deltog vid vårens KPR-samverkan för information, nu är arbetet mycket längre framskridet. Projektet har fört dialog med beredningen kring hur KPR kan involveras i arbetet. Genom dagens workshop önskar projektet inhämta synpunkter och inspel från medverkande.

Uppdraget har sitt ursprung i Omställningsplan vårdval, plan för revidering av befintliga vårdval för att möta ett ökat vårdbehov. Idag har vi ett antal uppdrag som ges i hemmet. Projektets uppdrag var att se över om det skulle

vara bättre att hela eller delar av dessa områden/avtal skulle samlas och därmed skapa färre gränssytor i den regionala vården. Projektet har kommit fram till att sammanslagning/ar inte skulle få sådan effekt man önskat.

Projektet har däremot fått medskick från det stora flertalet av de intressenter som involverats. Dessa menar att det inte är vårdområdesgränserna i sig som är problemet, utan bland annat kommunsamverkan, samordnad individuell plan osv. Vi behöver komma till rätta med dessa delar innan vi ser över eventuella framtida sammanslagningar av vårdområden, därmed kommer projektet inte att föreslå avtalsförändringar men att vårdområdena behöver utvecklas enligt ovan. Det gäller då inte enbart vård i hemmet utan bredare.

Workshopens syfte är att medverkande lämnar förslag på problemformuleringar, vilka utmaningar medverkande ser inom nedan tre områden:

- Kommunsamverkan
- Vårdövergångar
- Informationsdelning

Synpunkter/inspel tas vidare till förvaltningen och redovisas i bilaga 1 till dessa anteckningar.

3 Uppföljning av utskrivningsprocessen (LUS)

*Charlotta Ryd och Åsa Hedberg Rundgren,
Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum*

Charlotta Ryd arbetar som utredare och forskare och Åsa Hedberg Rundgren är direktör för Stiftelsen Äldrecentrum.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum instiftades 1986 av Region Stockholm och Stockholms stad i syfte att främja äldres levnadsbetingelser. Äldrecentrum arbetar med forskning och utredningar på uppdrag av regionen, staden, andra kommuner eller andra aktörer som efterfrågar kunskapsunderlag, exempelvis Socialstyrelsen och SKR. Äldrecentrum ger också stöd till verksamhetsutveckling.

Lag (2017:162) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (LUS) infördes i januari 2018. Lagen har olika syften, utskrivningsprocessen ska vara trygg och säker, patienten ska inte behöva

tillbringa tid i slutenvård i onödan och den enskildes delaktighet och självbestämmande regleras.

Äldrecentrum har erbjudit stöd och genomfört ett antal uppdrag relaterat till LUS sedan 2018, exempelvis olika former av samverkansstöd mot vårdgivare och kommun.

Pilotprojektet "LUS-omstart" genomfördes i stadsdelen Enskede-Årsta-Vantör under 2021-2022 (rapport publicerad 2023). Sedan projektavslut har det skett ett byte av kommunikationsverktyg (till LifeCare från WebCare), och nämnas ska att pandemin tvingades hanteras under projektets genomförande.

Syftet med projektet var att återuppta implementeringsarbetet med LUS. Det fanns vid tiden en del riktlinjer för detta men också signaler om att dessa inte fungerade. Under projektet genomfördes intervjuer med personer som arbetade med frågan på strategisk nivå och mer konkret. Man följde också ett antal äldre personer som skrevs ut från slutenvård.

Fyra centrala teman identifierades; samordningsansvar hos fast vårdkontakt, SIP, kommunikation och informationsöverföring och konsekvenser för den enskilde.

Gällande samordningsansvar syntes att ansvaret inte togs av fast läkarkontakt utan av distriktssköterska, vilket inte ansågs följa lagen. Man såg att administrationen var betungande och att det var otydligt vad ansvaret innebar. Biståndshandläggare fick kompensera för brister i samordningen.

Väldigt få, om några, SIP-möten genomfördes. Detta ska också ses i ljuset av pandemin. Man likställde processen med ett möte, har vi haft möte eller ej? Men SIP ska vara en process som följer den enskilde över tid. Administration och tidsbrist påverkade SIP och man ifrågasatte värdet av SIP för den enskilde, exempelvis att den enskilde inte haft förutsättningar för att delta vid/kunna ta del av möte. Det fanns då heller inga digitala möjligheter att genomföra möten.

Man identifierade en stor mängd kommunikation/informationsöverföring, framför allt mellan slutenvård och biståndshandläggning.

Biståndshandläggaren tog en stor börda kring inhämtande av information. Den fasta vårdkontakten var inte i högre utsträckning involverad. Fokus låg vid att få hem patienten snabbt. För den enskilde kunde det innebära en stressig/rörig utskrivning, samordning kunde ofta hamna på anhörig och möjligheten att vara delaktig var ganska liten.

Sammanfattningsvis syntes mycket kommunikation och samverkan för att få hem personer men väldigt lite samordning kring och med den enskilde. Man såg att den fasta vårdkontaktens roll och ansvar för samordning inte uppfylldes. SIP genomfördes inte i hög utsträckning. Det fanns en kunskapsbrist kring utskrivning, både vad gäller lagen och de överenskommelser som fanns.

En kartläggning och sammanställning av kunskapsläget kring LUS genomfördes hösten 2023 som förberedelse för framtida uppdrag. Viktigt att lyfta ur den litteratur som identifierats är att lag, riktlinjer och överenskommelser finns men att dessa av någon anledning inte fungerar eller följs. Förändringar har skett på tjänstemannanivå men i lägre utsträckning på utförarnivå. Det är svårt att få till samordningsansvaret och att skapa förutsättningar för den äldres delaktighet. Det är låg grad av avvikelserapportering. Det finns rekommendationer om åtgärder men det saknas övergripande uppföljning.

Under 2025 kommer Äldrecentrum erbjuda stöd för utveckling av samverkanskultur, riktade till ledare inom primärvården, hemtjänsten och biståndshandläggningen. Stödet utgår genom lokala samverkansforum och workshopserier kring implementering av planerad utveckling av samverkanskultur och uppföljning och analys av utvecklingsarbetet.

Äldrecentrum kommer också arbeta med projekt för tryggt mottagande och särskilda team inom hemtjänst för personer med stora behov och särskilda team kopplade till geriatriken för stöttning vid hemgång efter utskrivning.

Angående pensionärsrådets roll i implementeringen föreslås att respektive råd lyfter frågan i sin kommun/stadsdel kring status implementering och uppföljning av lagen, och då kanske särskilt vad gäller primärvården. Frågan om den enskildes delaktighet och trygghet bör bevakas.

Fråga från salen: finns någon region där LUS fungerar bra?

Charlotta menar att det finns regioner där det fungerar bättre. I regioner där hemsjukvården ligger under kommunerna kan det vara lättare att samordna.

Fråga från salen: har primärvårdens samordnade ansvar setts över?

Charlotta berättar att Äldrecentrum varit ute i primärvården och talat med distriktssköterskor, men att man inte vet så mycket om vad som händer just nu. De signaler Äldrecentrum fått är att det är svårt att få till samordningsansvar och att det handlar mycket om resurser.

Fråga från salen: under 2019 genomförde [pensionärsorganisation] en undersökning av vårdcentralerna i regionen. En fråga gällde SIP och av svaren att döma talar man om två typer av SIP, en enklare och en mer fullständig. Mycket av problemen handlar om att ingen har huvudansvaret för samarbetena, detta behöver tydliggöras/slås fast.

Charlotta menar att primärvården måste sägas ha det största ansvaret och frågan är då hur man arbetar för att ta detta ansvar. De projekt Äldrecentrum arbetar med relaterar till detta, att stötta i att ta ansvar. Vad gäller SIP finns egentligen bara en definition, även man kan förstå varför svaren blev som de blev.

Avslutningsvis tipsas medverkande att besöka Äldrecentrums hemsida, länk; [Äldrecentrum](#)

Den 29 november hålls ett frukostseminarium kring hur hemtjänsten kan förbättras, här kan man delta via länk.

Äldrecentrum utkommer också med en tidskrift, Äldre i centrum, fyra gånger om året. Prenumeration kostar 100 kronor om året för pensionärer. Äldrecentrum och Demenscentrum anordnar tillsammans Demensdagen, mer information finns på hemsidan.

4 Dialog kring framtida KPR-samverkan

Alfhild Petré (S), ordförande hälso- och sjukvårdsnämndens seniorvårdsberedning

Med anledning av synpunkter på mötesupplägget som lämnades vid föregående KPR-samverkan ställer Alfhild frågan till medverkande om vad man vill ha mer/mindre av och inspel på hur frågor ska följas upp för framtida KPR-samverkan.

Vi har ett antal stora samverkansprojekt och inom detta faller Plan för vård av äldre samt Sammanhållen vård i hemmet. Nu när mycket av planeringsarbetet är klart vill vi kanske vara med mer i genomförandet.

Synpunkter från salen: medverkande tycker det var bra med gruppdiskussionerna under dagen. Nu behöver synpunkterna också tas om hand. När vi samlas från olika kommuner/stadsdelar är det viktigt att vara delaktiga med synpunkter och kunskaper i frågor som inte är färdiga. Sedan är det bra att få information i aktuella frågor, kompletterat med skriftlig information.

Synpunkter från salen: det går att utveckla frågeställningar som diskuteras men formen med workshop/diskussionsgrupper behöver vi ta med oss. Gällande innehåll, exempelvis Nära vård, finns riktlinjer och samverkan mellan region-kommuner och vi har vi flera tillfällen fått information. En del av dessa redovisningar börjar bli ointressanta. Vi vill se hur det fungerar nere på kommunal nivå, t.ex. med exempel hur arbete lagts upp i kommunerna. Vi vill se mer representativt hur arbeten implementerats/framskridit i kommunerna. Alla från KPR bör känna att man får med sig något hem efter samverkansmötena. En del KPR får inga föredragningar alls kring frågor som faller under regionens ansvar, denna uppdelning kan inte hållas. KPR representanterna behöver få underlag för att kunna ställa frågor till ansvariga vid kommunerna.

Synpunkter från salen: ett önskemål är att representant från kommunerna medverka/håller i samverkansmötet tillsammans med Alfild. Det har dels symbolvärde men regionen behöver också ha mycket god insikt i hur kommunerna arbetar.

Synpunkterna tas emot och läggs till grund för framtida samverkansmöten.

5 Information om vården och aktuellt vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Anders Ahlsson, hälso- och sjukvårdsdirektör

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen arbetar nu intensivt med budget 2025. Vi ser trots minskad inflation ett fortsatt utmanande ekonomiskt läge. Förvaltningen arbetar också med vårdbehovsanalyser som ska ligga till grund för att avgöra det framtida vårdbehovet och vårdutbudsplaneringen i regionen. Förvaltningen arbetar fortsatt med att kapa vårdköer och med primärvårdens roll i sjukvårdssystemet. Vi har en handlingsplan för god och nära vård och en huvudöverenskommelse på området tillsammans med kommunerna i länet via Storsthlm. Förvaltningen arbetar också med att ta fram en målbild för hälso- och sjukvården till 2040 (HS2040). Den

MÖTESANTECKNINGAR
2024-11-21

befintliga planen, som har legat till grund för flera förändringar exempelvis vid Karolinska, löper ut och en ny målbild och strategisk plan upprättas.

Vi har ett högt men hanterbart tryck i vården. Belastningen relaterad till Covid19 är måttlig, vi har ca. 140 inneliggande patienter där majoriteten har Covid19 som bidiagnos. Vi har ingen nämnvärd mängd RS-virus. Vaccinationskampanjen för säsongsinfluensa/Covid19 startade den 15 oktober och riktar sig till personer födda 1959 och tidigare samt vissa riskgrupper. Vi har i dagsläget ca. 153 000 influensavaccinerade varav 37 000 är 65+. Vid SÄBO ligger täckningsgraden på ca. 52% och en liknande siffra för Covid19. Det är framför allt vaccinationsmottagningarna och vårdcentralerna som står för vaccinering. I vissa områden med låg vaccinationstäckning genomförs insatser med mobila verksamheter och hälsoinformatörer.

Fråga från salen: angående tillgänglighet, kan Anders utveckla detta och säga något kring politikens påverkan.

Anders berättar att Stockholm jämfört andra regioner ligger bra till vad gäller tillgänglighet. Vi har ett mål om att 70% av patienterna ska fått besöka specialist inom 30 dagar och 80% fått genomförd behandling inom 90 dagar. Vi ligger något under detta (ca. 58% besök, 70-72% behandling) men vi ser att det går åt rätt håll.

Inom vissa områden, som psykiatri, har vi problem med att nå besök inom 30 dagarna. Gällande behandlingar ser vi utmaningar framför allt inom ortopedin att få genomförd behandling inom 90 dagar. Politiken har skjutit till resurser för att åtgärda detta. Förvaltningen följer utvecklingen varje månad, men det är svårt att säga när vi når målet. Vi har ett antal specifika områden som vi ska arbeta mer intensivt mot.

Fråga från salen: angående vårdbehovsanalyser och den åldrande befolkningen. Kommer detta innebära att man kommer skärpa kriterierna för att driva vårdcentral i regionen? Primärvården måste få mer resurser och kompetens, men enligt LOV kan man sätta kriterier för vem som får driva verksamhet. Kan det betyda att kriterierna uppgraderas för att bättre svara mot befolkningens behov?

Anders berättar att vad gäller behov levereras det just nu mer vård än vad det någonsin gjort i regionen. Betyder det att vi reflekterar ett ökat behov? Detta är svårare att svara på. Vi har ingen pågående pandemi, när vi mäter folkhälsan ser vi att vi blir friskare och vi har större möjligheter att behandla. Att vi har en ökad tillgänglighet kan innebära att vi får en ökad

konsumtion av vård. Vårdbehovsanalyserna kommer att rikta in sig på t.ex. hur det ser ut med ortopedi inom den närmaste fem åren, hur cancervården utvecklas osv. Vi ska göra estimat kring uppskattat behov av antal vårdplatser. När det gäller vårdcentralerna ser vi ingen rörelse annat än att stärka den nära vården, vi ser alltså ingen risk att man kommer slå ut vårdcentraler på grund av strängare kriterier. Däremot kommer vi vid revideringar av förfrågningsunderlag se över vad som behöver justeras, enligt praxis.

6 Avslutning

Alfhild Petrén tackar medverkande för dagens möte och för inspelen som tas vidare i bevakningen av de frågor som behandlats vid samverkansmötet och för planering inför kommande möte.

Workshop: problemformuleringar/förbättringsområden Sammanhållen vård i hemmet

Kommunsamverkan

- Problem och brister med samordning kommun-region
- Medicinföreskrivning av hemsjukvården alternativt hemtjänst
- Gemensamma ekonomiska mål kommun-region
- Kommunen ska ta över hemsjukvården
- Mer pengar till vård och omsorg
- Kvalitetsuppföljning – regelbundet gemensam uppföljning
- Slå ihop avtal för att få färre vårdövergångar
- Hur är det ens möjligt att inte redan idag som ex medicin vid måltider
- Organisera vården med tanke på anhörigas påtvingade samordningsansvar
- Övergång från intensivsjukvård till rehabilitering. Rehab ska vara kontinuerlig till patienten blir frisk. Ska även fungera i hemmet om inte plats/tid finns på avdelning
- Fungerande SIP?
- Uppföljning saknas, bör ansvarsfördelas
- Informationsutbyte bör förbättras
- VC bör vara navet i det samordnande arbetet – både gentemot "sjukhusvård", andra vårdcentraler i området och kommunal vård t.ex. biståndshandläggare (MAS)
- Modern teknik i bostaden behöver utvecklas
- Kommuner bör ta större ansvar för "lämpliga" boendeformer för äldre
- Samordnande SIP/genomförandeplaner
- För mycket stuprör mellan region och kommun, mellan vårdgivarna, olika journalsystem
- Bättre kommunikation, även inom kommunen/stadsdelen resp. regionen
- Gemensam vårdplan för den enskilde som kan läsas av både kommunen och regionen
- Kontinuitet hos personalen = öka lönen och bättre schema!
- Vi vill förenkla systemet så det blir mer lättförståeligt
- Det vore bättre att ha en huvudman som i Norrtälje vilket medför att en skatteväxling måste ske

- Dålig kommunikation vid utskrivning från sjukhus
- Bättre samordning kommuner och region
- Hemtjänsten fungerar inte, t.ex. samordning i tider med hemsjukvården
- Stora skillnader i kompetensnivå inom och mellan verksamheter
- Generellt för låg kompetensnivå, problem med språket
- Ingen tydlighet för äldre sjuka, olika ansvarsområden
- Olika regelverk och rutiner i verksamheterna, det gemensamma uppdraget får inte riskeras!
- Digitalisering på rätt sätt, utifrån den enskildes perspektiv
- Dålig kommunikation vid utskrivning från sjukhus
- Bättre samordning region-kommuner
- Bra med sjukhus med specialisering mot äldre, ev. bör det gälla även VC
- Problem med huvudmannaskap och risk att hamna mellan stolarna
- Det får inte bli fel vid medicinering
- Skälig levnadsnivå enligt Socialstyrelsen – ämne för diskussion/bedömning

Vårdplanering

- En omsorgsdagbok bör finnas hos varje individ som vårdas av region och/eller kommun. Den bör vara digital, så att även anhöriga kan ta del av den
- Läkemedelsgenomgång måste alltid göras regelbundet så att läkemedelslistan alltid är aktuell, så gott det går borde man också kolla egenvård. Bra om läkemedelslistan finns kopplad till omsorgsdagboken
- SIP ska fungera och patient ska informeras om rätten att få en SIP, även med anhöriga
- Mer information ska ges mellan sjukvården och hemtjänsten om behoven i hemmet
- Det ska finnas ett gemensamt planeringssystem som alla kommuner och regioner följer. Det behöver vara gemensamma rutiner hur man använder systemet. Det hänger mycket på anhöriga att ta kontakter som behöver göras
- Ett ökat ansvar på äldremottagningarna
- Husläkarmottagningarna i länet bör ha liknande rutiner för hur man bokar tider
- Använd SIP – en plan för varje omsorgstagare/patient
- Anteckna i journalen så att ambulansen kan se allt
- Ett journalsystem – inga val ska göras

- Hög kvalitet!
- Anhöriga ska veta var man ska vända sig och vem som är ansvariga
- Vården i hemmet ska samordnas mellan läkare, sjuksköterska, hemtjänsten. Det medför minskad patientsäkerhet. Vem har ansvaret för vårdplaneringen för patient?
- SIP måste upprättas i högre utsträckning
- Regelsystem måste harmoniseras
- Samverkan mellan områdesansvariga i region och kommun
- Patient och anhörig behöver tillgång till informationsflödet
- Gemensam pärm (fysisk) och medicinlista hos vårdgivaren på "hittbar" plats
- Distriktssköterskan är spindeln i nätet
- Viss "överkapacitet" av vårdpersonal på VC kan löna sig!
Välfungerande arbetsmiljö är viktigt, så det inte blir många personalbyten
- Kunna dela information mellan vårdgivare (sammankopplade journalsystem) – medgivande
- MAR uppföljning hemma
- Delat ansvar är ingens ansvar

Informationsdelning

- Viktigt att nödvändig information delas mellan tjänstgörande personal och att åtkomst garanteras
- Tvingande kontakter vid utskrivning för att garantera bra mottagande på hemmaplan
- Fungerande vårdplanering. Informationsdelning ska löpa som en kedja mellan berörda vårdgivare. Informera vårdtagaren och få bekräftelse att informationen förstås. Vem äger SIP:en?
- Den enskilde individen har ett ansvar själv
- Information är också en fråga om vilken information kommun vill ge. Om du bara vill ha vanlig undersökning och inte en omfattande bedömning.
- Videomöten med läkare har sina begränsningar och det kan bli missförstånd
- Om man inte kan språket fullt ut kan det bli missförstånd
- Det är ofta tidspress när man ska göra bedömningar eller ska förklara vad man har för problem
- Kontinuitet i vårdpersonal (som kan informera mig när jag vill veta något om mig??)

- Kan PRO/SPF göra träffar med tema om åldrandet/döden för att informera om t.ex. vilka boendialternativ som finns och hur det fungerar – innan jag behöver
- En vårdplan – med godkänt för att alla ska kunna ta del
- Tvång att allt ska fungera
- Anhöriga ska informeras efter samtal
- Omsorgsdagbok
- Viktigt att jobba nära programvaruutvecklare så att man får så optimala system som möjligt
- Beställare och utförare har olika kompetenser och olika erfarenheter som kan minska effektiviteten
- Långsiktighet är viktigt så att man inte hoppar mellan tuvorna
- Kompetensutveckling viktigt på flera områden
- Det behövs (är nödvändigt) med ett enhetligt informationssystem för överföring av information
- Informationsbehovet omfattar även sådan information som är viktig för bemötande av omsorgstagare, t.ex. ”dolda funktionsnedsättningar” som påverkar förmågan att kommunicera/ta del av information
- Vid kris blir data sårbar och säkerheten behöver prioriteras hos region/kommun
- Lyssna på behov hos patient/anhörig och personal
- Brukare måste med i planeringen av informationssystem

Frågor inför samverkansmöte KPR 2024-11-05

Frågeställare: Värmdö anhörigförening

Datum: 2024-10-29

Fråga angående problemet kring äldre som kommer till de stora akutmottagningarna. De senaste åren har man talat om att äldre inte ska behöva vänta i timtal på akutmottagningar. Att förvirrade patienter på över 90 år ska utsättas för detta är en mardröm. Hur ser planerna ut nu? Ser man en lösning på t ex Södersjukhuset, där väntetiderna ofta är extrema och miljön svår för vilsna patienter.

Svar från enhet sjukhus- och LOU-avtal, hälso- och sjukvårdsförvaltningen:

Det är akutsjukhusen som har i ansvar att se till att det är en god tillgänglighet. Förvaltningen är emellertid medveten om att det kan vara ett högt tryck på akutmottagningarna och akutsjukhusen jobbar kontinuerligt med att förbättra omhändertagande av patienterna.

På ett flertal akutsjukhus i länet pågår vidare arbete med att minska väntetiderna, med särskilt fokus på äldre och patienter med komplexa vårdbehov. Ett exempel som nyligen genomförts på S:t Eriks Ögonsjukhus är projektet Silverslingan vars syfte är att stärka omvårdnaden av äldre och sköra personer på ögonakuten vilket bidrar till en ökad trygghet både för patienterna i behov av tillsyn och för de som jobbar på akuten. När patienten kommer till akutmottagningen identifieras patientens vårdbehov och omvårdnadsbehov. Om det är en person som har behov av extra tillsyn finns det i och med Silverslingan numera två personer som är ansvariga för omvårdnaden varav minst en är sjuksköterska.

Frågeställare: PRO Huvudsta-Råsunda Datum: 2024-10-29
--

Hur fungerar delegering av läkemedel till sjuksköterskor och
USK/hemtjänstpersonal?

Hur ser organisationen ut för hälso- och sjukvårdsförvaltningen och er
samverkan mellan kommunerna?

***Svar från enhet psykiatri och samverkan, hälso- och
sjukvårdsförvaltningen:***

Fråga 1: Sedan några år tillbaka tillåter inte kommunerna i Stockholms län
att personal inom hemtjänst får ta emot delegeringar från legitimerad
personal som arbetar på regionens uppdrag.

Fråga 2: I Stockholms län struktureras regional samverkan utifrån vår
huvudöverenskommelse om samverkan kring hälsa vård och omsorg:
[Huvudöverenskommelse om samverkan kring hälsa, vård och omsorg, HÖK](#)

Här beskrivs strukturen med en politisk styrgrupp för samverkan
(VIS) med 7 representanter från kommunerna och regionen vardera,
en beredande tjänstestyrgrupp med deltagare från kommunerna
delregionalt samt regionen i form av hälso- och sjukvårdsförvaltningen och
Storsthlm (kommunernas intresseförbund).

Fem samrådsgrupper finns tillsatta med representanter från regionen,
kommunerna och Storsthlm:

- Samrådsgrupp Barn och ungas hälsa
- Samrådsgrupp Psykisk ohälsa och beroende
- Samrådsgrupp Hälsa för personer med funktionsnedsättning
- Samrådsgrupp för Äldres Hälsa
- Samrådsgrupp för digitalisering

Mer går att läsa på vår gemensamma plattform på Storsthlm:
[Vård och omsorg i samverkan | Storsthlm](#)



Utredning sammanhållen vård i hemmet

Eva Printz

Marie Brantestad

Ursprungligt uppdrag

Att ge mer vård i hemmet är ett sätt att möta det framtida vårdbehovet hos en växande och åldrande befolkning.

Idag ges vård i hemmet i många olika vårduppdrag.

Utred **om** ett samlat uppdrag för vård i hemmet skulle kunna införas - och i så fall **hur** det utformas bäst.

Detta behöver förbättras

- Kommunsamverkan
- Vårdplanering/samverkan
- Informationsdelning

Workshop

Fem områden att ge inspel på

1. Kommunsamverkan
2. Vårdplanering, inklusive SIP
3. Informationsdelning

- Prata i grupp om cirka 7 personer
- Vi håller tiden. Ni ansvarar för dokumentation på utdelade papper
- Inspel till första frågan – 15 min
- Inspel till andra frågan – 15 min
- Inspel till sista frågan – 15 min

Kommunsamverkan

Många personer har behov av insatser från både regionens hälso- och sjukvård och kommunens vård och omsorg. Dels har en stor del av de patienter som har hemsjukvård även kommunala insatser, dels har personer boende i socialpsykiatrins- samt LSS-boende ibland behov av vård i hemmet. Samverkan och samarbete mellan regionens vårdgivare och kommunala vård- och omsorgsgivare har stora utmaningar, både utifrån olikheter i regelverk, organisationer, rutiner, kompetenser och brister i informationsdelning. Vid brister i samverkan mellan region och kommun drabbas patienten genom att insatser som är beroende av varandra inte samordnas, exempel att medicin som ska tas i samband med måltid inte samordnas med måltidsutdelning vilket riskerar att leda till en försämrad vård för patienten.

Vårdplanering

Vården i hemmet kännetecknas av att det är flera aktörer som besöker patienten i dennes hem, både genom planerade och kontinuerliga insatser samt ibland vid tillstånd som kräver akut omhändertagande. Patienten kan tillexempel behöva insatser från jourläkarbilarna genom en kontakt med 1177 eller behöva mer akut omhändertagande genom ambulans eller akutläkarbil. När en ambulans kommer till en patient saknas det möjlighet för denne att veta om patienten har någon pågående vård i hemmet. Ett stort ansvar faller då på patienten och dennes möjlighet att kommunicera vilka insatser som den har. Det saknas idag möjligheter att på ett enkelt sätt gemensamt planera vården eller ta del av andra aktörers vårdplaner. Genom att vårdplaner inte samordnas och upprättas i gemenskap ökar risken för ett patientsäkert omhändertagande eller överkonsumtion av vård.

Informationsdelning

Det finns utmaningar i förutsättningarna för vård- och omsorgsgivares informationsdelning runt enskilda patienter som får vård i hemmet, exempelvis kopplat till vårdplanering, utskrivningsprocessen, konsultationer, oplanerade medicinska bedömningar samt strategisk samverkan. Ett konkret exempel på ett område där informationsdelning är centralt är hur informationsbehovet ser ut vid vårdövergångar samt vilka verktyg som behövs för att möta behovet. Men även i andra situationer då flera aktörer är involverade i individens vård och omsorg i hemmet behövs möjlighet att dela information, vilket många gånger inte är möjligt idag. Alternativt finns möjlighet genom Lifecare SP, men brister i både användarvänlighet och anslutna aktörer och grad av användande innebär att Lifecare SP idag inte fullt ut tillgodoser behovet av informationsdelning mellan regionala och kommunala aktörer.

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård - LUS

Innehåll idag:

- Äldrecentrum och LUS
- LUS-omstart, pilotprojekt EÅV
- Kartläggning LUS
- Pågående stöd
- Övriga projekt som adresserar utskrivning till hemmet
- Vad kan pensionärsråden bistå med?

Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum

"Att förbättra de äldres levnadsbetingelser genom att tillvarata och praktiskt omsätta erfarenheter och forskningsresultat inom områden av särskild betydelse för de äldres situation i samhället, samt att själv initiera och genomföra forskning och utveckling avseende de äldres förhållanden, i egen verksamhet eller i samarbete med eller på uppdrag av andra kommuner eller organisationer."



FORSKNING



UTREDNINGAR



STÖD TILL
VERKSAMHETSUTVECKLING

Lagen

- Infördes januari 2018
- Syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av **god kvalitet** för personer som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppenvården.
- Den enskildes **integritet, självbestämmande och delaktighet** ska främjas i alla delar av utskrivningsprocessen i enlighet med patientlagen.
- Målsättningen är att den enskilde ska ha en **trygg och säker** utskrivningsprocess och att den enskilde **inte behöver tillbringa tid i den slutna vården i onödan**.
- Den **enskildes delaktighet och självbestämmande** samt en **fungerande samverkan** mellan verksamheter och huvudmän är en förutsättning för att denna lag ska ge önskat resultat.

Äldrecentrums stöd/uppdrag

2018

- Samverkansstöd genom lokala workshops för slutenvård, primärvård och kommun

2019

- Samverkansstöd genom lokala workshops för slutenvård, primärvård och kommun

2020

- Stöd att ta fram samverkansöverenskommelser på stadsdelsnivå (avbröts pga pandemin)

2021

- LUS-omstart (projekt i Enskede-Årsta-Vantör)

2024

- Biståndshandläggare på Sabbatsbergsgeriatriken (projekt Norra innerstaden)

2025-2026

- Stöd att förbättra samverkanskultur



LUS-OMSTART

Ett pilotprojekt inom stadsdelen Enskede-Årsta-Vantör

Charlotta Ryd
Lars Sonde

Syfte och metod

- Syfte: Återuppta implementeringsarbetet enligt riktlinjerna. Undersöka vilka delar som inte fungerar idag
- Metod: Intervjuer med personal samt fallstudier – äldre personer följdes genom utskrivningsprocessen

Teman

- Samordningsansvaret hos den fasta vårdkontakten
- SIP – samordnad individuell planering
- Kommunikation och informationsöverföring
- Konsekvenser för den enskilda

Samordningsansvaret hos den fasta vårdkontakten

- Ansvar för samordning tas ej av fast vårdkontakt i tillräcklig utsträckning
 - Betungande administration, tidsbrist, bristande kunskap, ej meningsfullt, otillräcklighet (omöjlig uppgift)
 - Rutin att DSK i det område patient bor utses, ej i linje med lagen.
 - Biståndshandläggare kompenserade (delvis pga pandemi)

Ett fåtal eller inga samordnade individuella planeringar

- Mycket få SIP-möten genomfördes
- SIP likställdes med möte ej process
- Betungande administration och tidsbrist
- Värde för patient/brukare? Kan de vara delaktiga?
- Digital lösning för möte fanns ej

Vägar för kommunikation och informationsöverföring

- Det mesta skedde via webcare men även via remiss, telefon
- Ansvar/arbetsbörda för att inhämta nödvändig information hamnade på biståndshandläggare
- Mest direkt kommunikation sjukhus – bistånd.
Fast vårdkontakt utanför. Tidspress

Konsekvenser för den enskilda

- Stressig/rörig utskrivning
- Samordningsansvar på enskild/anhörig
- Liten möjlighet till delaktighet

Citat

Brukare: ”De som planerade kunde ha berättat för mig vilken dag som jag skulle åka hem [från sjukhus] med någorlunda framförhållning, det hade gett mig viss trygghet. Det var som att jag svävade i det blå.”

Distriktssköterska: ”[...] det är något man ska göra som inte leder till något, eller förändrar något. Det tar bara massa tid... det ger merarbete för oss och en känsla av att man inte gör rätt.” (samordningsansvar)

Biståndshandläggare: ”Inhämtningen av information, där får vi ju ligga på för att få någon och så har det varit länge. Ibland kommer utskrivningsdatum samtidigt som ADL-status. Då blir det svårplanerat. Ofta går det att få till i alla fall, men det följer ju inte stegen som det är tänkt. Så vi försöker direkt vid inskrivningen tala om vad vi behöver för information, via telefon eller chatt, coacha lite hur vi vill ha det, för att planeringen ska bli bra. Så vi sitter sällan och väntar, utan ligger på.”

Citat

Anhörig: ”Ja, i det stora hela har jag fått relevant information. Har dock behövt kontakta flera olika inblandade personer, och ibland kontakta samma person igen för att få svar på nödvändiga frågor och vara säker på 19 att jag inte missat något, till exempel kring medicinering för NN. Det har varit tidskrävande och från början lite rörigt att hålla koll på allt.”

Hemtjänst: ”Det skulle vara väldigt värdefullt att samlas kring en person med stora behov, att ha en SIP. I stället för att personalen får rodde i det. Det påverkar personalens arbetsmiljö och den enskildas väl och ve.

Slutsatser

- Mycket kommunikation och samverkan för att den enskilde ska kunna komma hem.
- Lite samordning kring och med den enskilde (koordinering av resurser och arbetsinsatser)

Slutsats

- Fasta vårdkontaktens roll och ansvar för samordningen av utskrivningsprocessen uppfylls inte.
- Den samordnade individuella planeringen (SIP) görs sällan, varken som möte eller process. Det påverkar samordningen av insatser och patienten/brukarens möjlighet till delaktighet.
- Kunskapen om utskrivningsprocessen (lagen och överenskommelser) behöver säkerställas hos alla aktörer runt patienten/brukaren.

Kartläggning

- Sammanställning av kunskapsläget kring LUS som förberedelse till uppdrag
- Forskning och annan litteratur, bl a FoU-rapporter och rapporter från myndigheter
- Gjordes hösten 2023

Identifierad litteratur

- Granskning av samverkan vid utskrivning från slutenvård Utförd på uppdrag av revisorerna i Region Stockholm, Stockholms stad, Haninge kommun, Huddinge kommun, Järfälla kommun, Nacka kommun, Sollentuna kommun, Sundbybergs stad och Värmdö kommun. 2021.
- LUS-omstart: Ett pilotprojekt inom stadsdelen Enskede-Årsta-Vantör. C., Ryd & L. Sonde. Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum. 2023
- När samverkan ställs på sin spets. En studie av samverkan och utskrivning av äldre enligt samverkanslagen (LUS) under coronapandemins första våg i södra Stockholms län. E. Åhlfeldt, H. Lieberman-Ram. Nestor FoU, 2021.
- Att göra det osynliga synligt – Erfarenheter av att samverka i samband med äldres utskrivning från slutenvård under coronapandemin- FoU-Nordost. 2021.
- Uppföljningen av omställningen till en mer nära vård 2022. Utvecklingen i regioner och kommuner. Socialstyrelsen 2023
- Ordnat för omställning? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport.Vårdanalys 2023
- Samverkan vid utskrivning från slutenvård – framgångsfaktorer och utvecklingsområden. Uppföljning av kommunernas och landstingens arbete med införandet av lagen. SKR. 2018
- Laga efter läge – Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården.Vårdanalys. 2020.
- Spangler, D., Linder, W., & Winblad, U. (2023). The Impact of the Swedish Care Coordination Act on Hospital Readmission and Length-of-Stay among Multi-Morbid Elderly Patients: A Controlled Interrupted Time Series Analysis. International Journal of Integrated Care, 23(2).

- Lagen, riktlinjer och lokala överenskommelser finns men följs ej/fungerar ej
- Förändringar skett på tjänstemannanivå men inte i större omfattning på utförarnivå
- Samordning – samordningsansvar tas inte enligt lagens intentioner, SIP-möten görs inte, SIP uppfattas som ett möte och ej som process för samordning, samordning utförs ofta av kommun (biståndshandläggare, tryggt mottagande, hemtjänst) eller anhörig.
- Förutsättningar för den äldre individens delaktighet skapas inte på det sätt som lagen avsett - (relaterat till bl a samordningsansvar)
- Avvikelserapportering utförs i låg utsträckning
- Otillräckliga resurser (framförallt i primärvård för samordning)
- Rekommendationer om åtgärder finns, ingen samlad bild av vad som utförts
- Ingen övergripande uppföljning av samverkansprocessen eller effektmålen i överenskommelsen

Stöd för utveckling av samverkanskultur

1. Samverkansforum med lokala diskussioner: Ledarskap för att skapa god samverkanskultur mellan organisationer
2. Workshopserie: Implementering av planerad utveckling av samverkanskultur
3. Workshopserie: Uppföljning och analys av utvecklingsarbetet

Övriga projekt som adresserar utskrivning

- Tryggt mottagande – särskilda team inom hemtjänst för personer med stora behov
- Förstärkt utskrivning – särskilda team kopplat till geriatriken som kan stötta vid övergång till hemmet

Pensionärsrådets roll?

Lyft frågan – hur ser läget ut när det gäller implementering och uppföljning av lagen?

Sätt fokus på den enskildes delaktighet och trygghet – kan lätt hamna i skuggan av snabb hemgång

Använd oss som kunskapskälla!

- www.aldrecentrum.se , nyhetsbrev
- Frukostseminarier (sista fredagen i månaden)
 - På plats eller via länk:
29 november: Forskning för att förbättra hemtjänst
- Tidskriften Äldre i Centrum, med vetenskapligt supplement
 - Pappersprenumeration
 - Läs på webben, www.aldreicentrum.se
 - Nyhetsbrev
 - [Äldre i Centrum-podden](#)
 - Digitala seminarier
- Arrangerar Stockholms demensdag årligen tillsammans med Svenskt demenscentrum



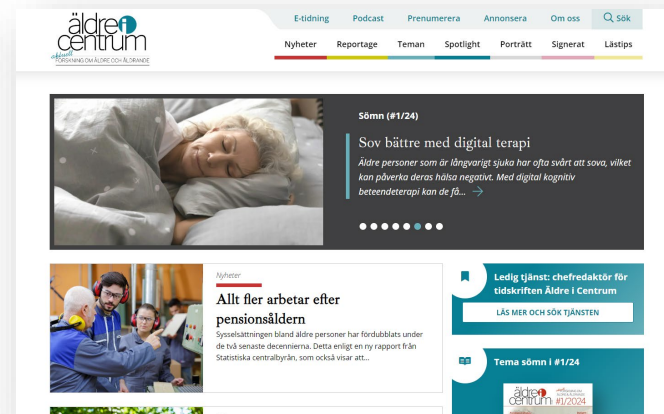
Läs mer på våra hemsidor!

www.aldrecentrum.s

e



www.aldrecentrum.se



www.aicvs.se



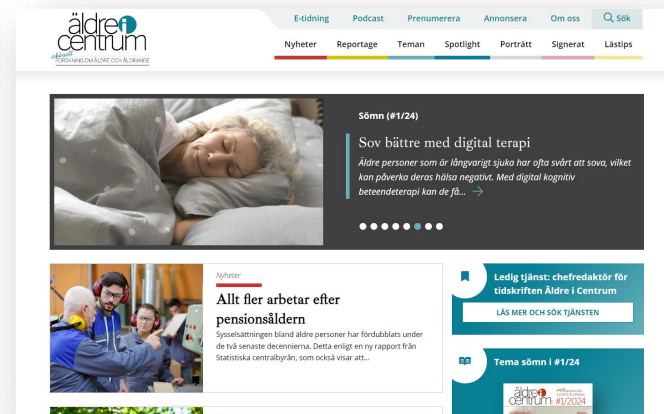
Läs mer på våra hemsidor!

www.aldrecentrum.s

e



www.aldrecentrum.se



www.aicvs.se



Information om vården och aktuellt vid hälsö- och sjukvårdsförvaltningen

Anders Ahlsson, hälsö- och sjukvårdsdirektör

Aktuellt på hälso- och sjukvårdsförvaltningen

- Budget 2025
 - Fortsatt utmanande ekonomiskt läge
 - Vårdbehovanalyser som grund för vårdutbudsplaneringen betonas
 - Tillgänglighet och kökningsåtgärder
 - Tidigare aviserade reformer fortsätter, såsom att primärvårdens andel av sjukvården ska öka, sammanhållen och nära vård i hela länet
- Arbete med verksamhetsplan 2025
- Handlingsplan för god och nära vård och omsorg i Stockholms län – arbete med prioriterade aktiviteter
- Målbild och strategisk plan 2040

Läget i vården

- Högt tryck men hanterbart
- Covid cirka 140 patienter på akut sjukhus/geriatrik
 - Majoriteten bidiagnos
 - Sjunkande trend
- Ingen RS el influensa ännu

Vaccinationsinsats 2024/2025 säsongsinfluensa och covid-19

Pågår from 15 oktober 2024 fram till årsskiftet
viss beredskap fram till 29 februari 2025

Personer födda 1959 eller tidigare
Gravida efter vecka 12
Medicinska riskgrupper oavsett ålder

Säsongstatistik andel vaccinerade 241004

Rapportering av vaccinering sker med en viss fördröjning (upp till 30 dagar)

Säsongsinfluensa

Ca 153 000 doser registrerade totalt

Ca 137 000 doser registrerade 65 år och äldre

Andel vaccinerade; 35% 65 år och äldre, 52% SÄBO

Covid-19

Ca 165 000 doser registrerade totalt

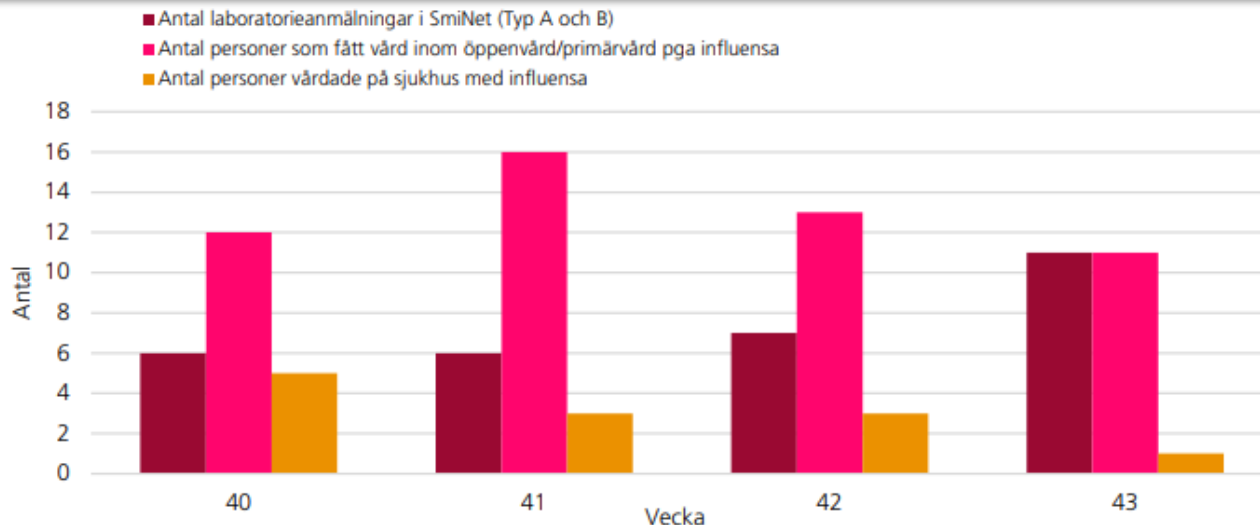
Ca 151 000 doser registrerade 65 år och äldre

Andel vaccinerade; 34% 65 år och äldre, 52% SÄBO

Influensastatistik säsongen 2024/2025

tom v.43 2024

2. Antalet fall av influensa i Sminet, öppenvård och slutenvård per kalendervecka 2024/2025



Influensastatistik säsongen 2024/2025

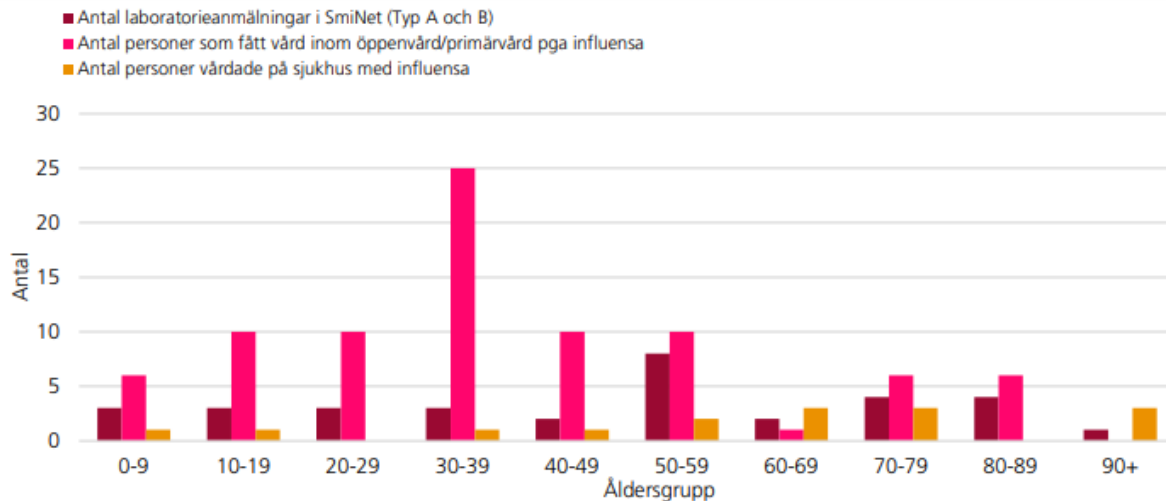
tom v.43 2024

Influensastatistik säsongen 2024/2025

Bild 3 visas åldersfördelningen för influensafallen. Av fallen anmälda i SmiNet är 33% över 60 år, medan 60% av de sjukhusvårdade är över 60 år.



3. Åldersfördelning för influensafall i SmiNet, öppenvård och slutenvård

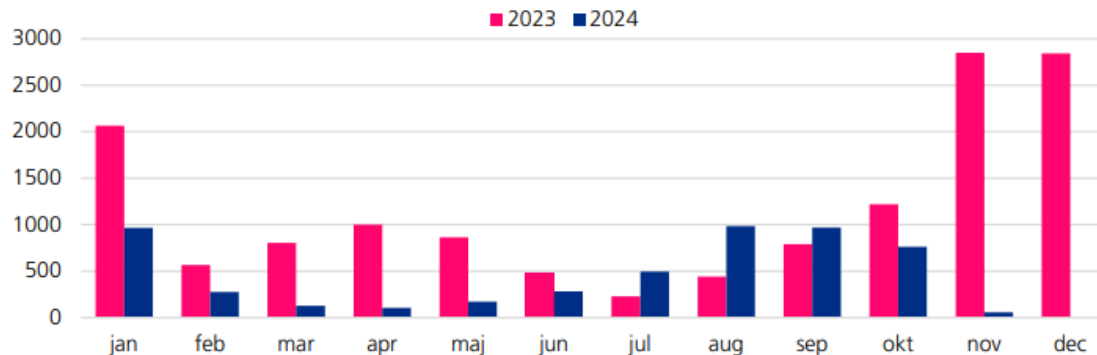


Covid-19 statistik säsongen 2024/2025

tom v.44 2024

- Ca 650 rapporterade fall under månad oktober (alla åldrar, laboratorieverifierade)

Figur 1. Anmälda fall av covid-19 per månad t.o.m. vecka 44 2024 i Stockholms län



Figur 2. Anmälda fall av covid-19 per vecka 2023 – vecka 44 2024 i Stockholms län

Covid-19 statistik säsongen 2024/2025

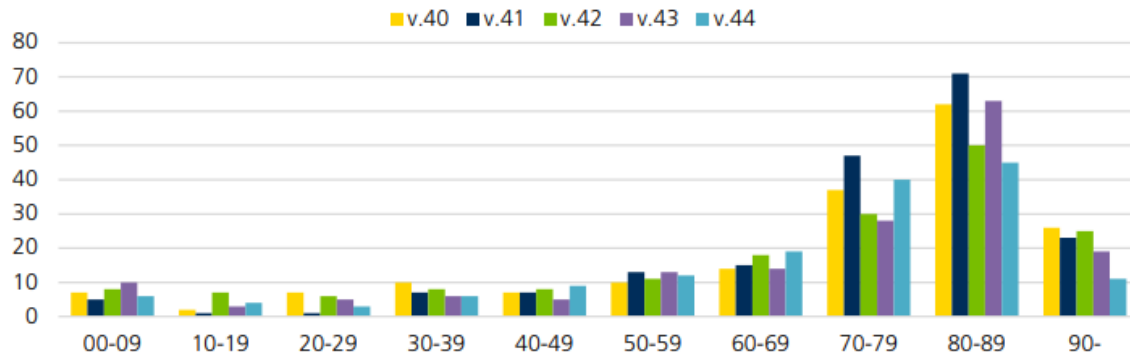
tom v.44 2024

Antalet sjuka i covid-19

Figur 3 visar åldersfördelning för anmälda fall per vecka, de senaste fem veckorna.



Figur 3. Anmälda fall av covid-19 uppdelat på åldersgrupp per vecka (vecka 40 – vecka 44 2024), 2024 Stockholms län



Var sker vaccinationerna?

Covid-19

Vaccinationsmottagningar	40%
Vårdcentraler	46%
Apotek	4%
ASIH/Sjukhus	0,3%

Säsongsinfluensa

Vaccinationsmottagningar	43%
Vårdcentraler	47%
Apotek	4,2%
ASIH/Sjukhus	0,5%

Pilotprojekt Skärholmen hösten 2024

Mobil verksamhet varje lördag 19/10-30/11 kl. 12-15

- Andel över 65 år vaccinerade 2023/2024
40% influensa, 42% (de lägsta i länet)
- Sjuksköterskor som vaccinerar
- Hälsokommunikatör, representant HSF/Smittskydd som informerar
- Hälsoinformatörer – slussa in, hjälpa till med bokning
- Flyers på olika språk
- Affischer på olika språk
- Vykort skickade till alla över 65 år

Resultat

Sammanställning av vaccinationsinsats i Skärholmen

	Totalt	Lördag 1 19 oktober	Lördag 2 26 oktober	Lördag 3 2 november	Lördag 4 9 november	Lördag 5 16 november	Lördag 6 23 november	Lördag 7 30 november
Totalt	98	45	22	31				
Samvaccinerade	60 (61%)	27 (60%)	18 (82%)	15 (48%)				
Endast influensa	34 (35%)	15 (33%)	4 (18%)	15 (48%)				
Endast covid-19	4 (4%)	3 (7%)	0	1 (3%)				
Man	71 (72%)	36 (80%)	15 (68%)	20 (65%)				
Kvinna	27 (28%)	9 (20%)	7 (32%)	11(35%)				
00-64 år	25 (26%)	5 (11%)	8 (36%)	12 (39%)				
65+ år	54 (74%)	40 (89%)	14 (64%)	19 (61%)				
Ej vaccinerad 2023*	32 (33%)	16 (35%)	11 (50%)	5 (16%)				
Vårberg VC	11	1	10	0				
Skärholmen VC	87	44	12	31				

*Den här siffran går endast att titta på för de som var 65 förra året. De som tillhör riskgrupp kan vi inte veta om de var riskgrupp även förra året.