

Samverkansmöte med de kommunala pensionärsråden (KPR)

<i>Datum</i>	2026-05-25
<i>Tid</i>	13.00-16.00
<i>Plats</i>	Landstingssalen, Landstingshuset

Innehåll

Samverkansmöte med de kommunala pensionärsråden (KPR)	1
1 Inledning.....	3
2 Information om vården och beredskapsfrågor för äldre.....	4
3 Munhälsa för äldre	7
4 Tandvårdsreformen - så fungerar den för äldre	10
5 God och nära vård – lägesuppdatering med fokus på samverkan	17
6 Digitala invånarinteraktioner - utmaningar	20
7 Digitala invånarinteraktioner – vägar framåt	22
8 Egenvård i praktiken.....	26
9 Regionstyrelsens pensionärsråd	29
10 Avslutning.....	31

Bilagor

1 Frågor och svar KPR	
2 Läget i vården och beredskapsfrågor presentation	
3 Munhälsa för äldre presentation	
4 Tandvårdsreformen - så fungerar den för äldre presentation.....	
5 God och nära vård – lägesuppdatering med fokus på samverkan presentation	
6 Digitala invånarinteraktioner – utmaningar presentation	
7 Digitala invånarinteraktioner – vägar framåt presentation.....	
8 Egenvård i praktiken presentation.....	

Region Stockholm

Box 30017
104 25 Stockholm

Telefon: 08-123 132 00

E-post: registrator.hsf@regionstockholm.se

Säte: Stockholm

Org.nr: 232100-0016

www.regionstockholm.se

Besök oss: Lindhagensgatan 98.

MÖTESANTECKNINGAR
2026-05-27

MÖTESANTECKNINGAR
2026-05-27

1 Inledning

Alfhild Petrén (S), ordförande seniorvårdsberedningen

Ordförande Alfhild Petrén öppnade mötet genom att hälsa deltagarna välkomna och beskriva syftet med dagen. Hon betonade att mötet var en viktig del av den löpande dialogen mellan Region Stockholms seniorvårdsberedning och de kommunala pensionärsråden (KPR). En central tanke var att skapa en mötesplats där politiska beslut och strategiska frågor kan kopplas samman med erfarenheter från den praktiska verksamheten ute i kommuner och stadsdelar.

Alfhild började med att presentera de närvarande representanterna från seniorvårdsberedningen och uppmanade samtliga politiker att också göra sig tillgängliga under pauserna för informella samtal och frågor. Därefter fick alla deltagare presentera sig med namn och partitillhörighet, vilket bidrog till att skapa en tydlig bild av den politiska och organisatoriska representationen i rummet.

Alfhild beskrev seniorvårdsberedningens uppdrag som att arbeta med övergripande strategiska frågor inom äldreområdet i Region Stockholm. Det handlar bland annat om:

- vårdstruktur,
- tillgänglighet,
- samverkan mellan kommun och region,
- utveckling av äldreomsorg och geriatrik,
- frågor om vårdkvalitet och framtida behov.

Hon betonade samtidigt att pensionärsråden har en annan men lika viktig funktion. Medan seniorvårdsberedningen arbetar på system- och beslutsnivå fångar pensionärsråden upp hur besluten fungerar i verkligheten. Där synliggörs:

- hur äldre upplever vården,
- hur samverkan fungerar lokalt,
- vilka problem som uppstår i vardagen,
- vilka behov som finns i olika kommuner och stadsdelar.

Alfhild lyfte fram att dessa två perspektiv behöver mötas. Hon beskrev det som att politiska beslut riskerar att bli för långt ifrån verkligheten om de inte förankras i människors faktiska erfarenheter, samtidigt som lokala problem behöver lyftas till regional nivå för att kunna påverka större beslut. Hon betonade också att äldreomsorgen och sjukvården blir allt mer sammanflätade, vilket gör dialogen mellan region och kommun ännu viktigare framöver.

2 Information om vården och beredskapsfrågor för äldre

Johan Bratt, chefsläkare, hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Chefsläkaren Johan Bratt gav en omfattande genomgång av läget i hälso-och sjukvården samt Region Stockholms pågående arbete med civil och medicinsk beredskap.

Situationen inom vården

Bratt beskrev att sommaren varje år innebär ett stort tryck på vården. Samtidigt som vårdbehovet är fortsatt högt går många medarbetare på semester, vilket leder till ansträngda situationer inom:

- akutsjukvård,
- ambulansverksamhet,
- geriatrik,
- primärvård.

Han betonade att regionen därför arbetar med flera olika scenarier inför sommaren. Målet är att säkerställa att vården fungerar även vid:

- hög belastning,
- värmeböljor,
- personalbrist,
- större olyckor eller kriser.

Chefläkare och regionala ledningsfunktioner har regelbundna möten för att följa situationen och kunna agera snabbt om belastningen ökar.

Ambulans och ASIH

Bratt lyfte att regionen har förstärkt ambulanskapaciteten jämfört med tidigare somrar. Samtidigt satsar man mer på:

- avancerad sjukvård i hemmet (ASIH),
- mobila vårdformer,
- samverkan mellan sjukhus och primärvård.

ASIH beskrevs som särskilt viktigt för äldre och sköra patienter eftersom vård i hemmet ofta:

- minskar behovet av sjukhusinläggning,
- minskar infektionsrisker,
- ökar tryggheten,

- frigör vårdplatser på sjukhusen.

Beredskapsarbete

Därefter gick Johan Bratt in på sitt andra ämne som handlade om det omfattande beredskapsarbete som byggts upp efter pandemin och det förändrade säkerhetsläget i Europa.

Bratt beskrev att Region Stockholm idag arbetar intensivt med:

- civilförsvaret,
- katastrofmedicin,
- reservsystem,
- skyddade vårdmiljöer,
- utbildning och övningar.

Det sker återkommande samverkansövningar tillsammans med:

- polis,
- räddningstjänst,
- Försvarsmakten,
- länsstyrelsen,
- kommuner.

Han beskrev beredskapssystemet som ett stort pussel där olika delar av regionen har olika roller och ansvar.

Reservkapacitet och skyddade lokaler

Bratt berättade att regionen arbetar med:

- alternativa vårdlokaler,
- skyddade utrymmen,
- reservkraft,
- mobila ledningscentraler.

Han betonade att om exempelvis el eller digital infrastruktur slås ut måste vården ändå kunna fortsätta fungera.

Flera projekt pågår därför kring:

- reservsystem,
- skyddade lokaler,

- robust materialförsörjning,
- alternativa kommunikationsvägar.

Efter pandemin har regionen även ökat sina lager av:

- läkemedel,
- skyddsutrustning,
- sjukvårdsmaterial.

Målet är att gå från cirka 14 dagars lager till upp mot en månads försörjning inom vissa områden.

Katastroftillstånd och kvalificerat katastroftillstånd

Bratt gick igenom nya juridiska begrepp inom hälso- och sjukvårdslagen.

Katastroftillstånd

Detta gäller när en region eller kommun inte längre kan tillhandahålla vård som är nödvändig för liv och hälsa på grund av resursbrist.

Då uppstår:

- hjälpskyldighet från andra regioner,
- statlig samordning,
- stöd via Socialstyrelsen.

Kvalificerat katastroftillstånd

Om situationen blir ännu allvarigare och tillräcklig hjälp inte går att få kan regeringen besluta om kvalificerat katastroftillstånd.

Då handlar det om att upprätthålla så mycket vård som möjligt trots mycket begränsade resurser.

Frågor och svar beredskapsarbetet

Fråga 1:

Hur fungerar samverkan med kommunerna, särskilt äldreomsorgen?

Svar 1:

Bratt beskrev att det finns regionala samverkansgrupper där:

- region,
- kommuner,
- länsstyrelse,
- blåljusmyndigheter

ingår. Han betonade dock att mycket utvecklingsarbete återstår, särskilt kring den medicinska delen av äldreomsorgen.

Fråga 2:

Finns det skyddade vårdlokaler under Södersjukhuset?

Svar 2:

Han bekräftade att det finns särskilda lokaler men ville inte gå in på detaljer eftersom informationen är säkerhetsklassad.

Fråga 3:

Behöver människor skriva ut journaler och recept om systemen slås ut?

Svar 3:

Han svarade att det kan bli aktuellt med analoga lösningar vid större störningar och att regionen arbetar med reservrutiner. Han nämnde även diskussioner kring läkemedelsförsörjning och behovet av viss egen beredskap.

3 Munhälsa för äldre

Erik Kollinius, klinikchef och specialisttandläkare

Erik Kollinius höll en omfattande presentation om äldres munhälsa och hur tandvården förändrats i takt med att människor lever längre och behåller fler egna tänder.

Han arbetar på Folktandvården Stockholms sjukhem Orofacial medicin, och beskrev specialistkliniken som ett unikt samarbete mellan:

- Folktandvården,
- Karolinska Institutet,
- Region Stockholm,
- Stockholms sjukhem.

Verksamheten kombinerar:

- klinisk tandvård,
- forskning,
- utbildning,
- utveckling av äldretandvård.

Förändrad tandhälsa hos äldre

Kollinius beskrev hur dagens äldre skiljer sig från tidigare generationer. Förr hade många äldre:

- helproteser,
- få egna tänder,
- enklare tandstatus.

Idag har många istället:

- fler egna tänder,
- implantat,
- avancerade kronor och broar,
- omfattande tidigare tandbehandlingar.

Detta innebär att äldre idag ofta har bättre munhälsa men också betydligt mer komplicerade vårdbehov.

Åldrandets påverkan på munnen

Han beskrev flera biologiska förändringar:

- tandköttet drar sig tillbaka,
- salivproduktionen minskar,
- muntorrhet ökar,
- tänder slits,
- benmassan minskar,
- tidigare lagningar behöver göras om.

Många läkemedel bidrar dessutom till muntorrhet och ökad kariesrisk.

Den sköra fasen

Ett centralt tema var den så kallade "sköra fasen".

Det handlar om personer som:

- fortfarande bor hemma,
- har många egna tänder,
- börjar få nedsatt ork eller kognitiv förmåga,
- successivt får svårare att hantera munvård.

Kollinius beskrev att just denna period är kritisk eftersom tandhälsan ofta försämras snabbt när egenvården börjar svikta.

Demens och neurologiska sjukdomar

Han betonade att:

- demens,
- Parkinsons sjukdom,
- stroke,
- andra neurologiska sjukdomar

kraftigt påverkar förmågan att sköta munhygien och genomgå tandbehandling.

Seniortandvårdsteam

För att möta utvecklingen har Folktandvården skapat särskilda seniortandvårdsteam i:

- Jakobsberg,
- Tumba,
- Rosenlund,
- Sickla.

Teamen består bland annat av:

- tandläkare,
- tandsköterskor,
- vårdhygienister.

Syftet är att skapa specialiserad kompetens kring äldre och sköra patienter.

Frågor och svar

Fråga 1:

Varför tas frisktandvården bort för äldre?

Svar 1:

Kollinius beskrev att den nya tandvårdsreformen gjort abonnemangsmodellen mindre ekonomiskt fördelaktig för många äldre.

Fråga 2:

Hur sprids kunskapen till pensionärsorganisationer?

Svar 2:

Han betonade att pensionärsorganisationerna har en viktig roll i att sprida kunskap om äldres munhälsa och vilka stöd som finns.

4 Tandvårdsreformen - så fungerar den för äldre

Suzanna Lundholm, hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Suzanna Lundholm presenterade den nya tandvårdsreformen för äldre och gick igenom hur de olika tandvårdsstöden är uppbyggda. Hon betonade att tandvårdsområdet idag består av flera parallella system, vilket gör att många äldre upplever regelverket som svårt att förstå. Därför var en viktig del av presentationen att tydliggöra skillnaden mellan:

- statligt tandvårdsstöd,
- regionalt tandvårdsstöd,
- särskilda stödformer för äldre och personer med funktionsnedsättning.

Hon beskrev reformen som en av de största förändringarna inom svensk tandvård på länge.

Historisk bakgrund

Suzanna började med att ge en historisk bakgrund till tandvårdsreformer i Sverige. Hon beskrev hur tandvården länge varit mer privatfinansierad än övrig sjukvård och att det därför funnits en återkommande politisk diskussion om:

- jämlikhet,
- kostnader,
- tillgänglighet,
- förebyggande vård.

Hon förklarade att äldre personer ofta drabbas särskilt hårt ekonomiskt eftersom tandvårdsbehoven ökar samtidigt som pensionen ofta är begränsad.

Tiotandvården (STE)

Den största förändringen i reformen är införandet av den så kallade Tiotandvården, som började gälla den 1 januari 2026.

Hur systemet fungerar

Suzanna förklarade att personer födda 1959 eller tidigare omfattas automatiskt av systemet.

Principen är:

- patienten betalar 10 procent,
- staten betalar resterande 90 procent av referenspriset.

Man behöver inte själv ansöka om stödet eftersom det är kopplat till personnumret.

Vilka behandlingar omfattas i STE?

Hon gick noggrant igenom vilka behandlingar som omfattas av reformen:

Ingår:

- behandling av sjukdom och smärta,
- lagning av hål,
- rotfyllningar,
- tandutdragningar,
- avtagbara proteser,
- kronor och implantat i främre delen av munnen.

Hon betonade att fokus ligger på funktionellt viktiga behandlingar.

Vad omfattas inte i STE?

Flera deltagare reagerade på att vissa delar inte ingår:

- undersökningar,
- röntgen,
- förebyggande vård,
- tandstensborttagning,
- implantat och kronor långt bak i munnen,
- estetiska behandlingar.

Suzanna förklarade att reformen främst fokuserar på behandling av sjukdom och återställande funktion, inte förebyggande eller kosmetisk tandvård.

Varför omfattas inte de bakre tänderna?

En större diskussion uppstod kring att reformen främst omfattar framtänder och främre kindtänder.

Flera deltagare uttryckte frustration över att:

- tuggytan längst bak är viktig,
- äldre riskerar att dra ut tänder istället för att laga dem,
- förebyggande tandvård fortfarande blir dyr.

Suzanna svarade att reformen bygger på prioriteringar och kostnadsberäkningar från statliga utredningar. Hon betonade dock att:

- vanliga lagningar,
- rotfyllningar,
- enklare behandlingar

fortfarande omfattas även längre bak i munnen.

Övriga tandvårdsstöd

Suzanna gick därefter igenom de andra stöden som fortfarande finns kvar parallellt med Tiotandvården.

Allmänt tandvårdsbidrag (ATB)

Alla vuxna har rätt till ett allmänt tandvårdsbidrag.

För personer över 67 år:

- 600 kronor per år.

Bidraget kan sparas i två år och används främst till:

- undersökningar,
- förebyggande vård,
- hygienbehandlingar.

Särskilt tandvårdsbidrag (STB)

Vissa personer med sjukdomar eller läkemedelsbehandlingar som påverkar munhälsan kan få:

- 1 000 kronor per halvår.

Exempel:

- muntorrhet,
- neurologiska sjukdomar,
- vissa kroniska sjukdomar.

Det kräver läkarintyg.

Regionens tandvårdsstöd

Suzanna gick sedan in på de regionala stöden:

- nödvändig tandvård,
- F-tandvård.

Hon betonade att dessa stöd ofta är underutnyttjade eftersom många äldre inte känner till dem.

Nödvändig tandvård

Suzanna Lundholm gick mer ingående igenom det regionala tandvårdsstödet för personer med stora och långvariga omsorgsbehov, det som kallas nödvändig tandvård. Hon betonade att detta stöd skiljer sig från den vanliga tandvården genom att det inte främst handlar om estetiska eller avancerade behandlingar, utan om att säkerställa en grundläggande och fungerande munhälsa för personer som har svårt att själva ta hand om sin tandvård.

Syftet med nödvändig tandvård är att personer med omfattande omsorgsbehov ska kunna:

- äta och tugga ordentligt,
- undvika smärta och infektioner,
- bibehålla en rimlig livskvalitet,
- förebygga att dålig munhälsa leder till ytterligare sjukdom eller försämrat allmäntillstånd.

Det betonades att munhälsa är starkt kopplat till den allmänna hälsan, särskilt hos äldre och sköra personer. Infektioner i munnen, svårigheter att tugga eller dåligt fungerande proteser kan leda till undernäring, försämrad hälsa och ökad vårdtyngd.

Vilka har rätt till nödvändig tandvård?

Rätten till stödet är kopplad till individens omsorgsbehov snarare än ålder.

Exempel på grupper som kan omfattas är:

- personer som bor på särskilt boende, exempelvis vård- och omsorgsboenden eller demensboenden,
- personer som har omfattande hemtjänst och behöver hjälp med personlig omvårdnad flera gånger per dag och även nattetid,
- personer som omfattas av LSS och har en beviljad insats,

- personer som vårdas av anhöriga i hemmet och har stora omvårdnadsbehov.

För att få rätt till stödet krävs vanligtvis ett intyg eller beslut från kommunen, ofta via biståndshandläggare eller ansvarig omsorgspersonal. Regionen gör sedan bedömningen och utfärdar ett särskilt tandvårdskort.

Vad omfattar nödvändig tandvård?

Behandlingarna ska vara medicinskt motiverade och syfta till att personen ska kunna fungera i vardagen. Fokus ligger på det som är nödvändigt snarare än omfattande rehabilitering eller avancerad estetisk tandvård.

Exempel på behandlingar som kan omfattas:

- undersökningar,
- lagningar och enklare fyllningar,
- tandutdragningar,
- behandling av infektioner och smärta,
- avtagbara proteser,
- förebyggande insatser och viss munhygienisk behandling.

Däremot ingår normalt inte:

- avancerade implantatbehandlingar,
- större protetiska rehabiliteringar,
- estetiska behandlingar,
- omfattande kronor och broar, särskilt inte i de bakre delarna av munnen.

Suzanna betonade att bedömningen alltid utgår från patientens allmänna hälsotillstånd och förmåga att genomgå behandling. För mycket sköra patienter kan målet istället vara att lindra smärta och obehag snarare än att genomföra större tandvårdsåtgärder.

Avgifter

Personer som omfattas av nödvändig tandvård betalar tandvårdsavgifter motsvarande den vanliga sjukvårdstaxan:

- personer under 85 år betalar patientavgift per besök,
- personer som fyllt 85 år betalar ingen avgift alls.

Detta gör stödet ekonomiskt mycket förmånligt jämfört med vanlig tandvård.

F-tandvård

Suzanna beskrev även den så kallade F-tandvården, som riktar sig till personer med vissa långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar som påverkar möjligheten att sköta sin munhygien eller genomgå tandvårdsbehandling.

Till skillnad från nödvändig tandvård är F-tandvård inte kopplat till omsorgsbehov eller boendeform, utan till medicinska och funktionella svårigheter.

Syftet med F-tandvård

F-tandvården finns för personer som på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning:

- har svårt att sköta sin munhygien själva,
- har svårt att genomgå tandbehandling,
- löper högre risk för försämrad munhälsa,
- behöver ett anpassat tandvårdsomhändertagande.

Tanken är att dessa personer ska få tandvård till samma avgifter som inom sjukvården istället för till vanliga tandvårdspriser.

Vilka sjukdomar och tillstånd kan omfattas?

Suzanna nämnde flera exempel på grupper som ofta kan bli aktuella för F-tandvård:

- neurologiska sjukdomar, exempelvis Parkinsons sjukdom eller multipel skleros,
- svår stroke,
- demenssjukdomar,
- vissa psykiska funktionsnedsättningar,
- omfattande rörelsehinder,
- långvariga sjukdomar som påverkar motorik eller kognition.

Gemensamt för grupperna är att funktionsnedsättningen gör det svårt att självständigt upprätthålla en god munhälsa eller genomföra tandvårdsbehandling på vanligt sätt.

Hur går bedömningen till?

För att få F-tandvård krävs:

1. att läkare gör en medicinsk bedömning,
2. att ett särskilt läkarintyg skrivs,
3. att Region Stockholms tandvårdsenhet prövar och godkänner ansökan.

Det betonades att många patienter sannolikt har rätt till stödet utan att känna till det. Därför uppmanades deltagarna att sprida kunskap om möjligheten och uppmana personer att fråga både läkare och tandvårdspersonal.

Vad omfattar F-tandvård?

F-tandvård omfattar framför allt:

- bastandvård,
- undersökningar,
- förebyggande vård,
- lagningar,
- avtagbar protetik.

Även här gäller att behandlingen ska vara funktionellt motiverad snarare än estetiskt inriktad.

Frågor och svar

Fråga 1:

Flera deltagare uttryckte kritik mot att reformen främst omfattar framtänder och att:

- förebyggande vård fortfarande kostar,
- röntgen inte ingår,
- många äldre riskerar ökade kostnader ändå.

Svar 1:

Suzanna svarade att reformen bygger på statliga prioriteringar och att man försökt fokusera på de mest funktionellt och socialt betydelsefulla delarna.

Fråga 2:

Varför ingår inte förebyggande vård?

Svar 2:

Suzanna beskrev att detta fortfarande diskuteras politiskt och att reformen kan komma att utvecklas över tid.

Alfhild Petrén betonade också att detta i grunden är en politisk prioriteringsfråga.

5 God och nära vård – lägesuppdatering med fokus på samverkan

Rebecka Strandberg och Therese Billberg, hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Karin Bülow, Stockholm Stad

Linda Roos Murphy och Shyi Klint, Tyresö kommun

Presentationerna kring God och nära vård handlade om den stora omställning som sker inom svensk vård och omsorg där målet är att vården ska bli:

- mer sammanhållen,
- mer tillgänglig,
- mer personcentrerad,
- närmare invånarna.

Det betonades att äldre personer ofta påverkas mest av brister i samverkan mellan kommun och region eftersom de ofta har:

- många vårdkontakter,
- komplexa behov,
- både sjukvård och omsorg samtidigt.

Regional samverkan

Föredragshållarna beskrev att Region Stockholm och kommunerna arbetar utifrån ett sjuårigt länsövergripande mål för samverkan.

Målet är att invånare inte ska behöva:

- samordna sin egen vård,
- själva förstå ansvarsfördelningen,
- hamna mellan olika organisationer.

GSA och KSA

Två viktiga samordningsfunktioner presenterades.

GSA

Regionens samordnande funktion via vårdcentraler.

Varje kommun eller stadsdel har:

- en vårdcentral med särskilt samordningsansvar.

Under pandemin fick dessa en viktig roll kring:

- vaccination,
- informationssamordning,
- kontaktvägar.

Funktionen har sedan permanentats.

KSA

Kommunens samordnande funktion.

Syftet är att:

- tydliggöra ansvar,
- skapa fasta kontaktvägar,
- förbättra samarbetet mellan vård och omsorg.

Revidering av samverkansöverenskommelser

Det framkom att det idag finns:

- 17 olika samverkansöverenskommelser,
- många olika dokument,
- otydlig struktur.

Detta beskrevs som svårt både för personal och invånare.

Ett omfattande arbete pågår därför för att:

- skapa gemensamma strukturer,
- bygga ett digitalt system,
- göra ansvarsfördelningen tydligare.

Projektet beräknas ta cirka tre år.

Prioriterade områden

Sex områden lyftes fram som särskilt viktiga:

1. Egenvård med praktisk hjälp
2. Kontaktvägar
3. Korttidsplatser

4. Nutrition
5. Läkemedel
6. Hälso- och sjukvård på särskilt boende

Det betonades att arbetsgrupper redan startats inom samtliga områden.

Stockholm stad

Karin Bülow beskrev hur Stockholm stad arbetar med statliga stimulansmedel för att utveckla äldreomsorgen.

Hon betonade att pengarna ska användas nära verksamheten där de äldre faktiskt finns.

Exempel på projekt:

- förstärkt sjuksköterskebemanning,
- bättre samverkan mellan läkare och korttidsboenden,
- utveckling av SIP,
- kompetensutveckling,
- gemensamma patientråd mellan region och kommun.

Tyresö kommun

Linda Roos Murphy och Shyi Klint från Tyresö beskrev sitt arbete med konkret samverkan.

De betonade att:

- relationer är avgörande,
- samverkan måste vara praktisk,
- man måste förstå varandras verksamheter.

Exempel:

- gemensamma rutiner för egenvård,
- gemensamma kontaktvägar,
- samma telefonnummer oavsett vårdcentral,
- gemensamma pärmar och strukturer.

De betonade vikten av:

- tydlighet,
- konkreta rutiner,

- lokal förankring.

Frågor och svar

Fråga 1:

Hur många vårdcentraler och biståndshandläggare arbetar i samverkan?

Svar 1:

I Tyresö arbetar fem vårdcentraler tillsammans med kommunen. Exakt antal biståndshandläggare framgick inte.

6 Digitala invånarinteraktioner - utmaningar

Josef Driving, regionledningskontoret

Josef Driving, regionjurist vid Region Stockholm, presenterade de juridiska problemen kring digital åtkomst till journaler och 1177.

Problemet med anhörigåtkomst

Han beskrev att många äldre:

- saknar digital kompetens,
- behöver hjälp av anhöriga,
- har svårt att använda 1177.

Trots detta får anhöriga ofta inte tillgång till systemen.

Patientdatalagen

Problemet grundar sig i patientdatalagen från 2008.

Lagen säger att:

- direktåtkomst endast får ges med tydligt lagstöd,
- patientens integritet ska skyddas.

Det saknas dock tydliga regler för:

- anhöriga,
- framtidsfullmakter,
- gode män.

Ombudsfunktionen

2012 infördes en ombudsfunktion på 1177.

Men efter tillsyn ansågs den:

- strida mot dataskyddsregler,
- ge för bred åtkomst.

Den togs därför bort.

Framtida utveckling

Josef beskrev att:

- regionerna försökt hitta gemensamma lösningar,
- lagförslag tagits fram,
- frågan fortfarande inte är löst nationellt.

Han nämnde dock att EU:s hälsodataförordning kan tvinga fram förändringar framöver. Den kommer göra det obligatoriskt att tillgängliggöra att visa hälsodata elektroniskt samt även möjliggöra anhörighetsmöjlighet att tillgå viss hälsodata.

7 Digitala invånarinteraktioner – vägar framåt

Göran Nilsson, hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Göran Nilsson presenterade det pågående utvecklingsarbetet kring digitala invånarinteraktioner inom Region Stockholm, med särskilt fokus på 1177 och hur digitala vårdtjänster ska bli mer tillgängliga, användarvänliga och sammanhållna för invånarna.

Han beskrev att projektet är kopplat till den nationella målbild som Inera tagit fram för 1177 och som ska vara fullt utvecklad till år 2030. Målet är att skapa ett mer sammanhängande digitalt vårdssystem där invånare enkelt ska kunna:

- kommunicera med vården,
- få överblick över sina vårdkontakter,
- boka och hantera tider,
- förnya recept,
- följa sin vård och behandling.

Han betonade att dagens system fortfarande upplevs som splittrat och svårt att använda, särskilt för äldre personer och personer med begränsad digital vana.

Bakgrund till projektet

Göran beskrev att Region Stockholm under flera år fått återkommande synpunkter från invånare kring:

- otydliga digitala tjänster,
- svårigheter att hitta information,
- olika arbetssätt mellan vårdgivare,
- bristande samordning.

Många invånare upplever att:

- vissa funktioner finns på en vårdcentral men inte på en annan,
- det är svårt att se sina bokningar,
- receptförnyelse fungerar olika beroende på mottagning,
- information om vårdkontakter är splittrad.

Han betonade att systemet länge varit uppbyggt utifrån vårdgivarnas behov snarare än invånarnas perspektiv.

Målbilden för 1177

Projektets övergripande mål är att skapa:

- enklare kontaktvägar,
- tydligare information,
- bättre översikt,
- mer jämlik tillgång till digital vård.

Samtidigt betonade Göran att digitalisering inte får innebära att personer utan digital kompetens lämnas utanför. Därför ska det alltid finnas:

- alternativa kontaktvägar,
- möjlighet till personlig kontakt,
- stöd för personer med låg digital vana.

Tre grundprinciper

Tre principer lyftes fram som vägledande för arbetet:

1. Invånarperspektivet

Systemet ska utformas utifrån hur människor faktiskt använder vården och inte enbart utifrån vårdorganisationens behov.

2. Sammanhållen vård

Invånaren ska uppleva vården som en helhet även om flera vårdgivare är inblandade.

3. Tillgänglighet

Digitala tjänster ska vara:

- tydliga,
- enkla,
- begripliga,
- tillgängliga även för äldre och personer med funktionsnedsättning.

Vad projektet arbetar med

Göran gick igenom flera konkreta områden som kartläggs inom projektet.

Kallelser och bokningar

Många invånare upplever idag att:

- bokningar är svåra att hitta,
- kallelser skickas på olika sätt,
- information är splittrad mellan olika mottagningar.

Projektet arbetar därför med att skapa:

- bättre översikt,
- samlad information,
- tydligare bokningsfunktioner.

Receptförnyelse

Detta beskrevs som den mest använda digitala tjänsten på 1177 men också ett område där många problem uppstår.

Intervjuer och fokusgrupper har visat att:

- många äldre tycker systemet är svårt,
- svarstider varierar,
- det ibland är oklart vart förfrågningar skickas,
- vårdpersonalen upplever att systemen skapar extra administration.

Projektet undersöker därför:

- hur processen kan förenklas,
- hur kommunikationen kan bli tydligare,
- hur systemen kan samordnas bättre.

Digital kommunikation

En annan del handlar om möjligheten till:

- chattfunktioner,
- digital kontakt med vårdpersonal,
- säkrare meddelandefunktioner.

Göran betonade att många invånare vill kunna ställa enklare frågor digitalt istället för att behöva ringa vården.

Intervjuer och fokusgrupper

Projektet bygger mycket på:

- intervjuer,

- enkäter,
- fokusgrupper,
- dialog med vårdpersonal och invånare.

Det betonades att äldre personers erfarenheter varit särskilt viktiga eftersom många upplever:

- digital osäkerhet,
- svårigheter att navigera systemen,
- rädsla för att göra fel.

Resultat och framtida åtgärder

Göran beskrev att vissa förbättringar kan genomföras relativt snabbt medan andra kräver:

- stora tekniska förändringar,
- nya journalsystem,
- nationell samordning.

Han betonade att projektet vill flytta fokus från vårdgivarnas interna strukturer till invånarnas behov av en sammanhängande vård.

Frågor och svar

Fråga 1:

Hur skyddar man personer utsatta för våld i nära relationer om anhöriga får större digital tillgång?

Svar 1:

Göran svarade att detta är en mycket viktig fråga som måste byggas in i systemen från början. Det krävs lösningar där åtkomst kan begränsas och anpassas beroende på situation.

Josef Driving tillade att juridiken kring detta fortfarande är komplex.

Fråga 2:

Har man tittat på lösningar i andra nordiska länder?

Svar 2:

Göran svarade att man främst tittat på svenska regioner som Skåne och Västra Götaland men att internationella erfarenheter också kan bli aktuella längre fram.

Josef Driving kompletterade med att kommande EU-regler sannolikt kommer kräva större kompatibilitet och gemensamma standarder i Europa.

8 Egenvård i praktiken

Ruha Cerrato, medicinsk rådgivare, hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Ruha Cerrato höll en omfattande presentation om egenvård och hur egenvård blir en allt viktigare del av framtidens hälso- och sjukvård. Hon betonade att egenvård inte handlar om att vården lämnar över ansvar till patienten utan om:

- samarbete,
- delaktighet,
- individanpassning,
- tydlig planering.

Vad är egenvård?

Ruha började med att beskriva egenvård utifrån vardagliga exempel. Ett vanligt exempel på egenvård är när den skadade själv får ta del av:

- material,
- instruktioner,
- kontaktvägar,
- ansvar för delar av behandlingen hemma.

Detta användes för att visa att de flesta människor redan någon gång tagit del av egenvård utan att tänka på det som ett särskilt begrepp.

Definition av egenvård

Egenvård definierades som:

när en patient själv eller med hjälp av någon annan utför hälso- och sjukvårdsåtgärder utanför sjukvårdens direkta verksamhet.

Det kan handla om:

- läkemedelshantering,
- omläggningar,
- träning,

- egen monitorering,
- behandling i hemmet.

Individuell bedömning

Ruha betonade att egenvård aldrig får vara generell utan alltid måste byggas på:

- individens förmåga,
- hälsotillstånd,
- stöd i omgivningen,
- motivation,
- säkerhet.

Hon beskrev att det finns mycket stora skillnader mellan människors egenvårdsförmåga.

Viktiga delar i en egenvårdsplan

En fungerande egenvård kräver tydlighet kring:

- vad patienten ska göra,
- vad vården ansvarar för,
- vem man kontaktar vid problem,
- när uppföljning ska ske,
- när egenvården ska omprövas.

Det betonades att otydlighet kan skapa:

- osäkerhet,
- patientsäkerhetsrisker,
- konflikter mellan vård och omsorg.

Exempel 1: Förmaksflimmer

Ruha beskrev ett exempel från hjärtsjukvården.

En patient med förmaksflimmer:

- ville undvika inläggning,
- fick utbildning,
- utrustades med EKG-apparat,

- skickade värden digitalt till vården.

Detta gjorde att:

- behandlingen kunde anpassas bättre,
- patienten fick större förståelse för sin sjukdom,
- medicineringen kunde optimeras.

Exempel 2: Hemdialys

Hon beskrev också hemdialys för personer med kronisk njursvikt.

Patienterna får:

- utbildning,
- teknisk utrustning,
- stöd från vården,
- möjlighet att själva genomföra dialys hemma.

Fördelar:

- större frihet,
- bättre livskvalitet,
- bättre kontroll över vardagen,
- ofta bättre medicinska resultat.

Egenvård och livskvalitet

Ruha betonade att väl fungerande egenvård kan:

- stärka självständighet,
- minska sjukhusvistelser,
- förbättra hälsa,
- öka trygghet,
- stärka social funktion.

Samtidigt krävs:

- kontinuerlig uppföljning,
- tydliga kontaktvägar,
- samarbete mellan vård, kommun och anhöriga.

Frågor och svar

Fråga 1:

Begreppet egenvård används om väldigt många olika saker. Riskerar det att bli otydligt?

Svar 1:

Ruha höll med om att tydlighet är avgörande. Därför behövs:

- tydliga planer,
- tydliga ansvar,
- strukturerad uppföljning.

Fråga 2:

Vad är en egenvårdsremiss?

Svar 2:

Hon förklarade att det handlar om att patienten själv ska kunna initiera kontakt kring egenvård via vården och att remissen tydliggör ansvarsfördelningen.

Fråga 3:

Kommer det införas egenvårdsintyg?

Svar 3:

Diskussioner pågår om mer enhetliga system och tydligare dokumentation kring egenvård inom hela regionen, inklusive privata vårdgivare.

9 Regionstyrelsens pensionärsråd

Kent Ivarsson (C), ordförande regionstyrelsens pensionärsråd

Kent Ivarsson avslutade mötet med ett mer övergripande resonemang om framtidens äldreomsorg och vård.

Han betonade att pensionärsråden spelar en mycket viktig roll som länk mellan:

- invånare,
- kommuner,
- regionen,

- politiken.

Samverkan mellan kommun och region

Kent återkom flera gånger till att de största problemen ofta uppstår i gränslandet mellan:

- sjukvård,
- äldreomsorg,
- kommunala insatser,
- regional vård.

Han betonade att:

- ingen aktör kan lösa problemen ensam,
- samverkan måste fungera praktiskt,
- frågor måste lyftas lokalt i kommunerna.

Viktiga framtidsfrågor

Han lyfte flera områden som särskilt viktiga framöver.

God och nära vård: Arbetet måste fortsätta och inte fastna på tjänstemannanivå.

Digitalisering: Digital utveckling måste fungera även för äldre personer.

Bostäder och särskilda boenden: Antalet äldre ökar kraftigt och fler boendeplatser kommer behövas.

Kompetensförsörjning: Både kommuner och region konkurrerar om samma personal.

Demografisk utveckling: Den stora ökningen av personer över 85 år beskrevs som den största långsiktiga utmaningen.

Pensionärsorganisationernas roll

Kent betonade att pensionärsorganisationerna behöver:

- föra vidare kunskap,
- driva frågor lokalt,
- påverka kommunpolitiken,
- bidra med erfarenheter från äldre själva.

Han beskrev mötet som ett viktigt exempel på kunskapsutbyte mellan nivåer.

10 Avslutning

Alfhild Petrén (S), ordförande seniorvårdsberedningen

Alfhild Petrén avslutade dagen genom att tacka deltagarna för ett engagerat möte och betonade att många viktiga frågor hade lyfts.

Hon påminde om att nästa möte kommer att hållas efter valet och uppmanade deltagarna att:

- fortsätta diskussionerna lokalt,
- lyfta äldrefrågorna i kommunerna,
- använda kunskapen från mötet i det fortsatta arbetet.

Frågor och svar KPR 2026-05-25**Avsändare: KPR Sundbyberg****Datum: 2026-05-05**

Vilket ansvar har regionen och vilket ansvar har kommunen för äldre personer boende på särskilda boende och de som har hemtjänst efter sjukhusvistelse.

Svar: Enhet allmänmedicin, hälsö- och sjukvårdsförvaltningen

Svaret blir att den kommunfinansierade vården är ansvarig för rehabilitering på särskilda boendena och i Stockholms län är regionen ansvarig för de som bor i ordinärt boende och har tex hemtjänst, personlig assistans.

Sedan har utskrivande enhet ett ansvar att säkerställa inför hemgången – vet att vissa produkter behöver individ/patient vara på plats för att en förskrivning ska kunna göras.

Fick denna sammanställning för de olika boendeformerna

För rehabiliteringsansvar

- *på primärvårdsnivå i särskilda boenden enligt LSS: kommunalt hälsö- och sjukvårdsansvar (gäller både permanent plats och på korttids väl hemma i det ordinära boendet så är det regionens ansvar)*
- *på primärvårdsnivå i samband med vistelse på daglig verksamhet enligt LSS och dagverksamhet Socialpsykiatri enligt SoL: kommunalt hälsö- och sjukvårdsansvar*

För rehabiliteringsansvar

- *i ordinärt boende, med beviljad assistans enligt LSS: regionens ansvar*
- *korttidsboende och korttidsverksamheter enligt LSS: regionens ansvar*

För rehabiliteringsansvar

- *på särskilda boenden med inriktning socialpsykiatri enligt HSL kap 12 1 §: kommunalt hälsö- och sjukvårdsansvar*
- *stöd-, tröskel-, träningsboenden samt ordinärt boende etc: regionens ansvar*

2026-05-27

Individer som bor på särskilt boende enligt socialpsykiatri och LSS har också möjlighet att vända sig till den regionala primärvården för ex hjälpmedelsutprovning samt andra hälso- och sjukvårdsbehov utifrån överenskommelse vid skatteväxling 2016-01-01.

I övriga Sverige så kan det se annorlunda ut då man har växlat hemsjukvården.

Avsändare: KPR Järfälla

Datum: 2026-05-11

Jag fastnade för beredskapsfrågorna: vid krig/kris p g a elavbrott, energibrist, översvämningar, extrem värme mm. Hur kommer de äldre att stöttas? Hur ser det ut med skyddsrum? Är de tillgängliga? Hur ska man ta sig dit och därifrån? Hur blir färdtjänsten involverad? Tecknas avtal med de som täcker beredskap? Om det digitala slås ut hur klarar äldreomsorgen och sjukvården det? Hur sker samordning mellan kommunala/regionala aktörer och privata aktörer?

Svar: Enhet Patientsäkerhet och beredskap, Hälso-och sjukvårdsförvaltningen

Region Stockholm arbetar med risk- och sårbarhetsanalyser samt kontinuitetsplaner för att prioriterade verksamheter som vi ansvarar för ska kunna upprätthållas trots störningar i samhället. Det sker även samverkan med andra aktörer, exempelvis privata vårdgivare och kommuner, i syfte att gemensamt kunna möta kommande utmaningar. På krisinformation.se finns samlad information från svenska myndigheter där de även hänvisar vidare till betrodda källor. Exempelvis har krisinformation.se en informationssida avseende skyddsrum [Skyddsrum - Krisinformation.se](https://www.krisinformation.se/forbered-dig/skyddsrum-utrymning-och-varningssystem/skyddsrum/)
<https://www.krisinformation.se/forbered-dig/skyddsrum-utrymning-och-varningssystem/skyddsrum/>

Avsändare: PRO Bergshamra-Ulriksdal

Datum: 2026-05-05

Jag vill få en tydligt bild av ansvarsfördelningen mellan kommun och region rörande sjukvårdsinsatser på korttidsboenden, då flera upplever att primärvården och kommunen skyller på varandra?

2026-05-27

Svar: Enhet allmänmedicin, hälso- och sjukvårdsförvaltningen

På kommunfinansierat korttidsboende för äldre har kommunen ansvar upp till och med sjuksköterskenivå, de ansvar även för att ha tillgång till fysioterapeut, arbetsterapeut samt en viss del dietist. De som vistas på korttidsboende är listade på vårdcentral. På korttidsboendet finns också tillgång till läkare men då handlar det oftast om vård som inte kan anstå. Om den enskilde skulle vara i ett sent palliativt skede ansvarar dock läkaren på korttidsboendet för den enskilde på samma sätt som om patienten varit permanent boende på ett Särskilt boende för äldre. Vid hemgång från korttidsboende är det viktigt med samarbete med primärvårdsrehabilitering och vårdcentralen.

Övrigt: Korttidsboende är ett av de prioriterade områden för samverkan som nu tillsatts en arbetsgrupp för som, under 2026, ska arbeta med att ta fram underlag för en ny samverkansöverenskommelse. I arbetsgruppen sitter personer från både region och kommun och frågan om förtydligande av ansvar kommer att lyftas i den.

Hälso- och sjukvårdens beredskapsarbete

Johan Bratt
Chefläkare HSF



Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Enheten för katastrofmedicinsk beredskap

RN grund hösten 2025



Beslutsfattare- Stabschefsutbildning

Inbjudan

Lokal utvärderare

Inbjudan

Regional och Lokal Särskild Sjukvårdsledning

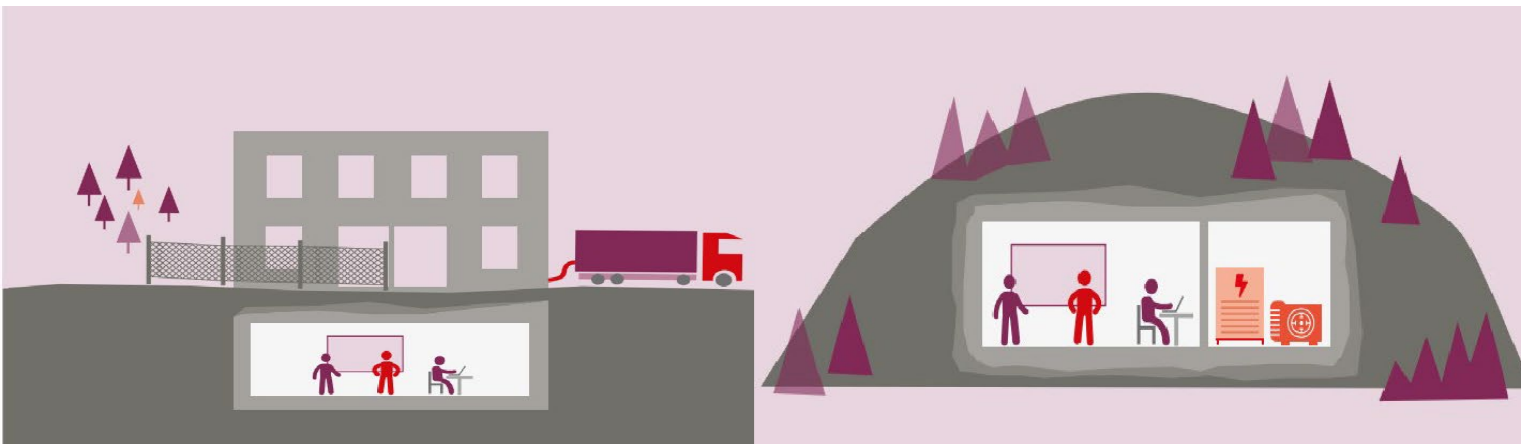
Personal

- RLK Säkerhet och Beredskap har ökat fokus civilt försvar
- 89 utbildningstillfällen
- 43 samverkansövningar
- Utvärderingar

	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI		
	Januari 2025			Februari 2025			Mars 2025			April 2025			Mei 2025			Juni 2025			Juli 2025			Agustus 2025			September 2025			Oktober 2025			November 2025			Desember 2025		
01	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
02	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
03	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
04	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
05	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
06	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
07	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
08	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
09	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
10	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
11	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
12	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
13	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
14	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
15	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
16	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
17	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
18	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
19	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
20	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
21	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
22	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
23	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
24	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
25	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
26	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
27	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
28	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
29	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
30	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
31	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
32	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
33	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
34	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
35	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
36	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
37	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
38	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.33		
39	Rekrutasi	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.19	1.20	1.21	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	1.27	1.28	1.29	1.30	1.31	1.32	1.		

Lokaler

- Pilotprojekt skyddade utrymmen genom Socialstyrelsen
- Påbörjat investeringar i utbyggnationen av skyddade utrymmen
- Robusthöjande åtgärder
- Mobil ledningsplats
- Skyddade ledningsplatser



Utrustning

- 14 dagars omsättningslager
- 30 dagars vårdnära lager av inom traumavårdskedjan
- Ökat redundansen för blodförsörjningen
- Förstärkningsresurser i skärgården
- Central roll i nationell satsning för bårsystem

Regionledningskontoret
Säkerhet och beredskap
Enheten för katastrofmedicinsk beredskap

Överenskommelse
2025-01-01

Diarienummer
RS 2025 - 0419

Överenskommelse

Avtalsområde Blodförsörjning Karolinska Universitetssjukhuset
Medicinsk Diagnostik

Vårdgivare	Karolinska universitetssjukhuset
Organisationsnummer	232100-0016



Styrning

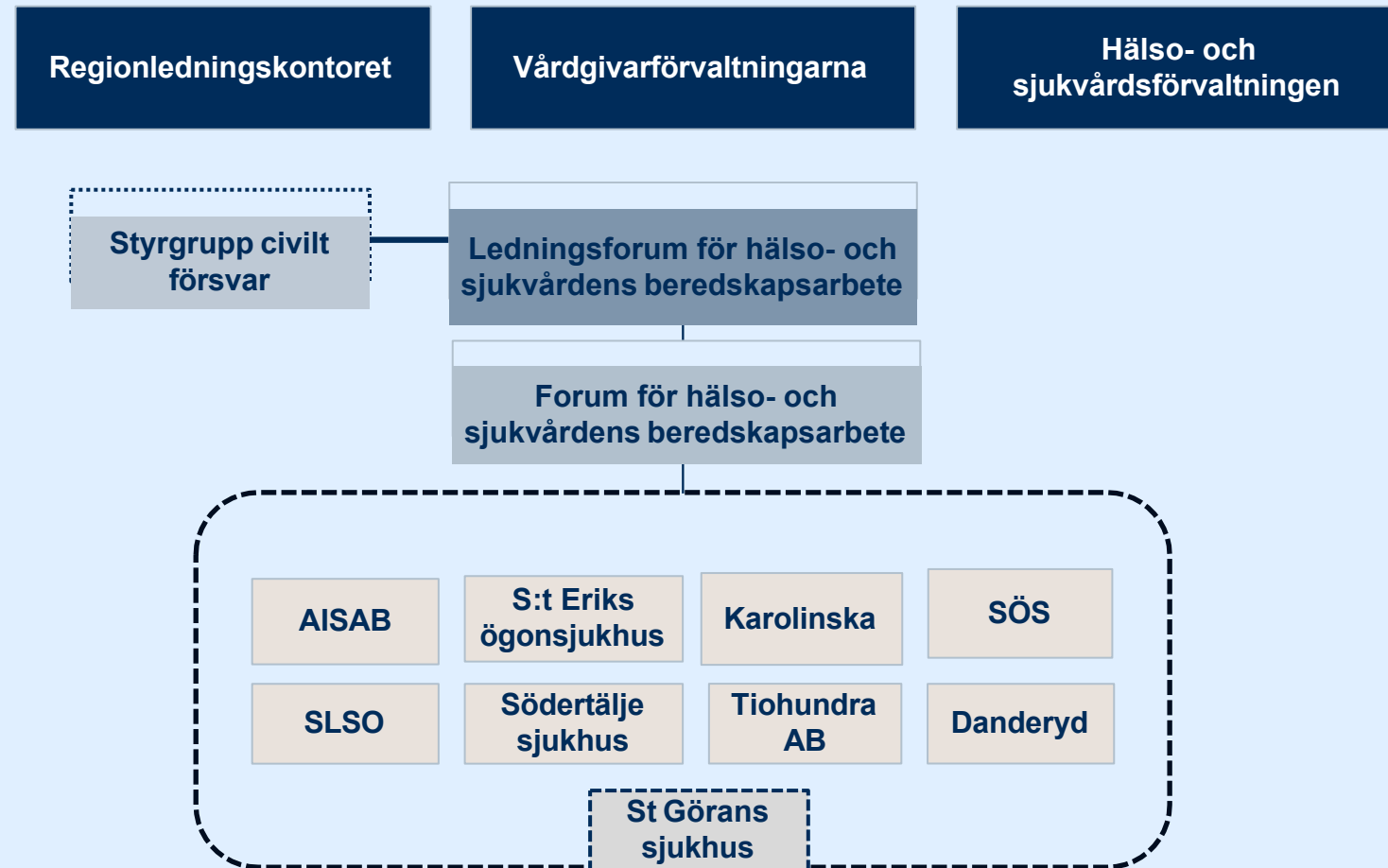
- Krigsuppgifter
- Kontinuitetshantering
- Avbolagisering
- Uppdaterat planverk
- Risk- och sårbarhetsanalyser
- Säkerhetsskyddsavtal och säkerhetsskyddsöverenskommelser
- Nästa generations kommunikationssystem – SWEN
- Vård som är nödvändig för liv och hälsa



Samordningsforum för säkerhet och beredskap inom hälso- och sjukvård

Förvaltningsgemensamma
forum för samordning och
samverkan

Katastrof- och
beredskapskommittéer



Nya begrepp

Katastroftillstånd

Om en kommun eller region inte kan tillhandahålla vård som är nödvändig för liv och hälsa på grund av otillräckliga resurser, och inte heller inom kort kan tillföra nödvändiga resurser, befinner sig

den drabbade regionen eller kommunen i ett så kallat katastroftillstånd enligt 2 kap. 9 § i HSL. När en region eller kommun befinner sig i katastroftillstånd infinner sig en hjälpskyldighet för andra kommuner och regioner. Det är regeringen som fattar beslut om hur hjälpen ska lämnas och i vilken omfattning. Socialstyrelsen ansvarar för att utreda omfattningen av hjälpbehovet och framställa ett underlag till regeringen.

Kvalificerat katastroftillstånd

Om det råder katastroftillstånd i en kommun eller region och det inte går att ge den hjälp som krävs för att tillståndet ska upphöra, får regeringen

besluta om kvalificerat katastroftillstånd i den kommunen eller regionen (se 16 a kap. 9 § HSL). Vid kvalificerat katastroftillstånd ska regionen eller kommunen upprätthålla den vård som är möjlig så långt det är möjligt.

Hjälpanmälan

Enligt 16 a kap. 3 § HSL och 6 a kap. 9 § HSF ska en kommun eller region som behöver eller kan antas komma att behöva hjälp av andra kommuner eller regioner anmäla detta skyndsamt till

Socialstyrelsen.

Samordning och planering inför och under höjd beredskap
och krig

Ny Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan

2026

Patrik Söderberg, Johan Bratt och Annica Liss Carlson

Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan

Utgår från Riktlinje Krisberedskap och civilt försvar

Skapar övergripande strategi och planering för Region Stockholm i relation till katastrofmedicinsk beredskap



Bildkälla: Annica Liss Carlson/ Region Stockholm

Bidrar till att stärka arbetet i relation till krisberedskap och skapar en grund ("en bottenplatta att bygga vidare från") för det fortsatta arbetet för arbete under höjd beredskap och krig.

Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan beslutas i HSN 17/3.

Katastrofmedicinska beredskapsplanen kompletteras med:

Regionala katastrofmedicinska tillämpningsanvisningar för specifika områden som bla akutsjukhus, prehospital vård samt närsjukvård.

Beslutas av Hälso- och sjukvårdsdirektör HSF, föreslagen delegation via HSN 17/3.

Kliniken på Folktandvården Stockholms sjukhem

Kommunala pensionärsrådet

2026-05-25

Erik Kollinius, klinikchef och specialisttandläkare

Erik.kollinius@regionstockholm.se

Klinik och akademi hand i hand!

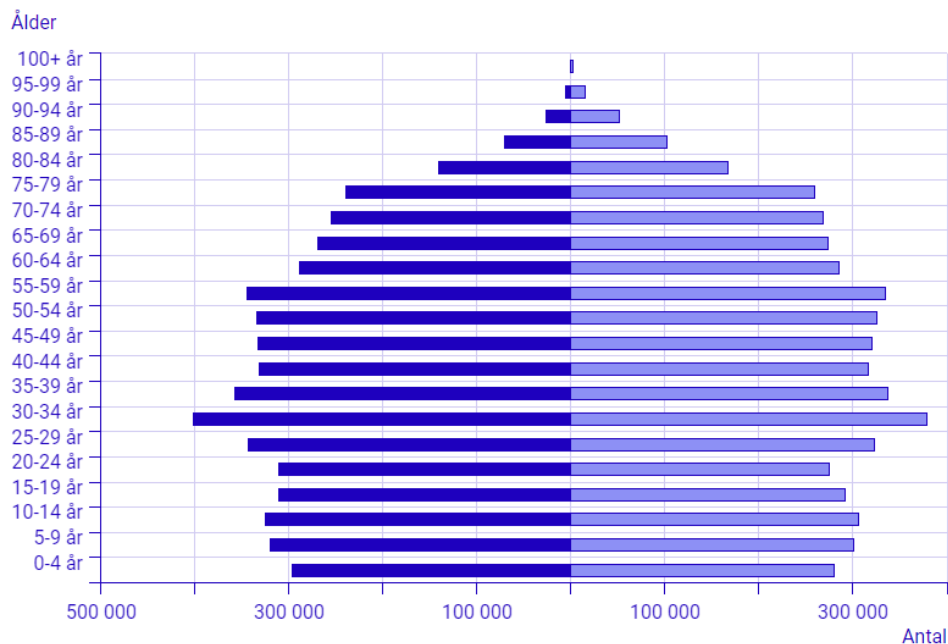
Folk tandvården Orofacial medicin Stockholms sjukhem

ACT (Akademiskt centrum för äldretandvård)

- Klinik
- Forskning
- Utbildning



Folkmängd efter ålder och kön 2022



Diagramförklaring

- Män
- Kvinnor



Något att tänka på: *"Hälften av alla som föds på 2000-talet förväntas bli 100 år. Hälften av alla som är över 90 år har en demenssjukdom!"*



Folktandvården

ÅRSRAPPORT 2024



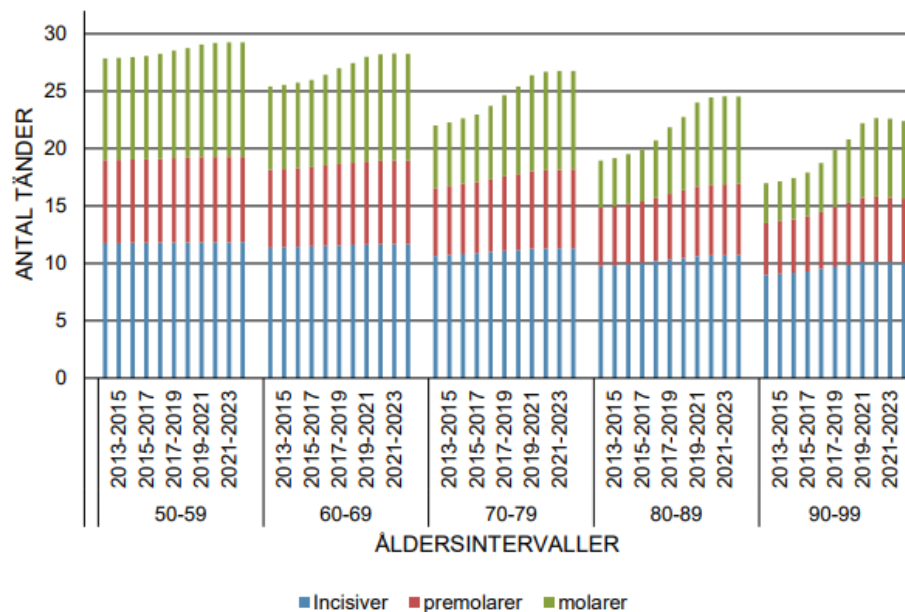
SKaPa

SVENSKT
KVALITETSREGISTER
FÖR KARIES
OCH PARODONTIT

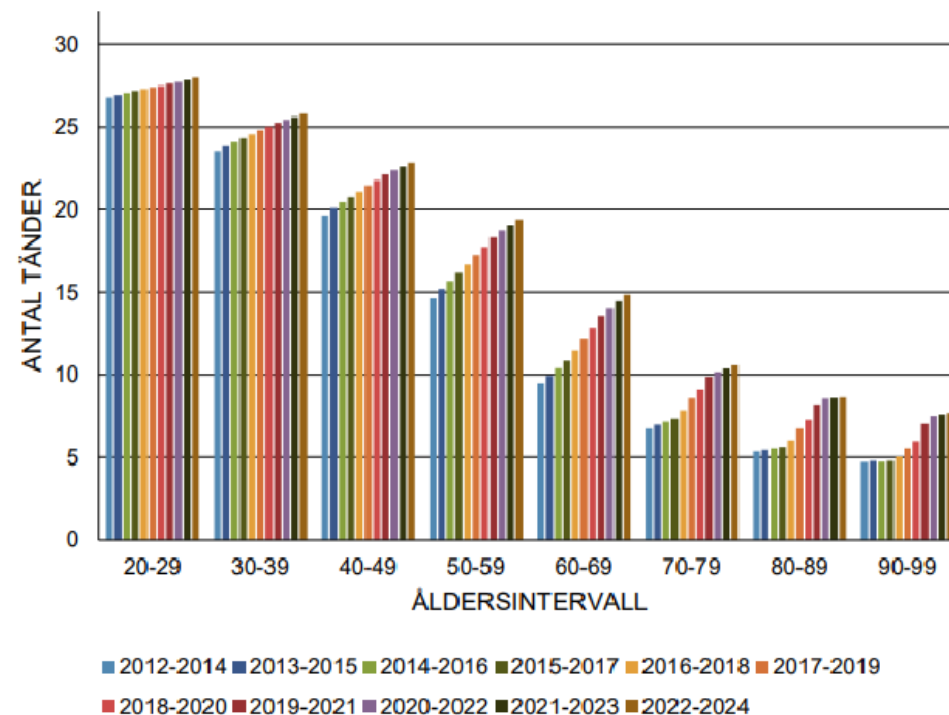
www.skapareg.se

Allt fler tänder hos äldre

RAPPORT 2A Genomsnittligt antal tänder hos individer 50 år och äldre med egna tänder uppdelat på incisiv, premolarer och molarer. Uppgifter avser personer som kommit för undersökning under en treårs period mellan 2012–2014 och 2022–2024



RAPPORT 2B Genomsnittligt antal intakta tänder hos individer 20 år och äldre (2012–2014 till 2022–2024)





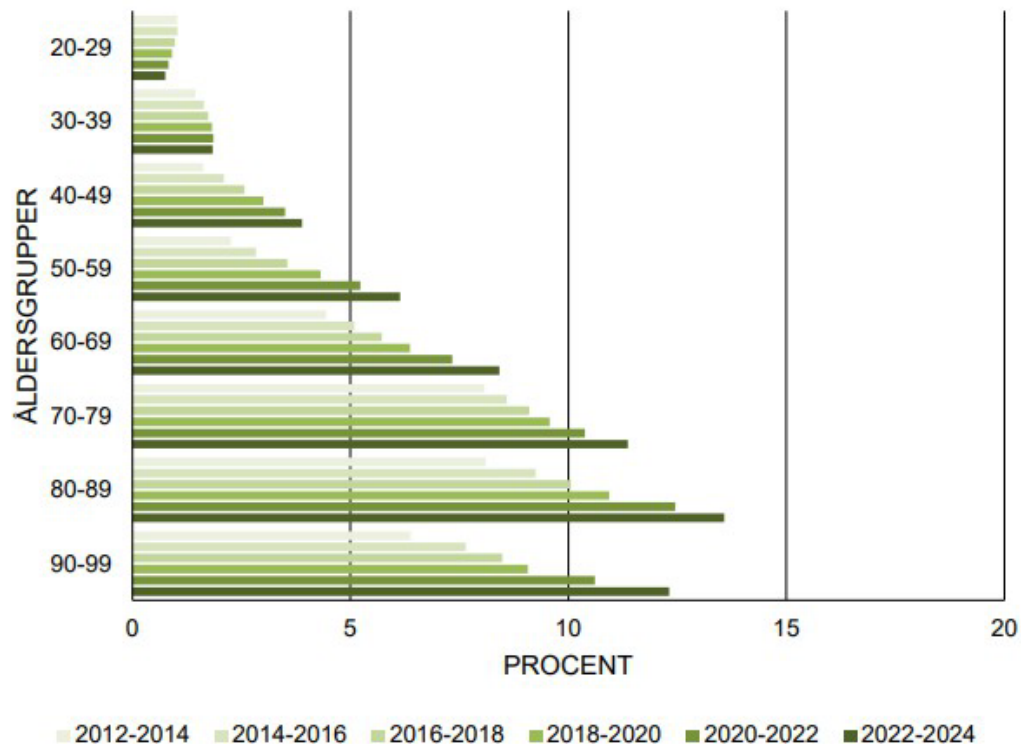
Folktandvården

ÅRSRAPPORT 2024



Mer än var tionde patient över 70 år har tandimplantat

RAPPORT 4A Andel individer 20 år och äldre med tandimplantat, uppdelat på åldersgrupper mellan 2012–2014 och 2022–2024



Hälsosamt/normalt åldrande i munnen...?

"Healthy ageing is the process of developing and maintaining the functional ability that enables wellbeing in older age." WHO, 2015."

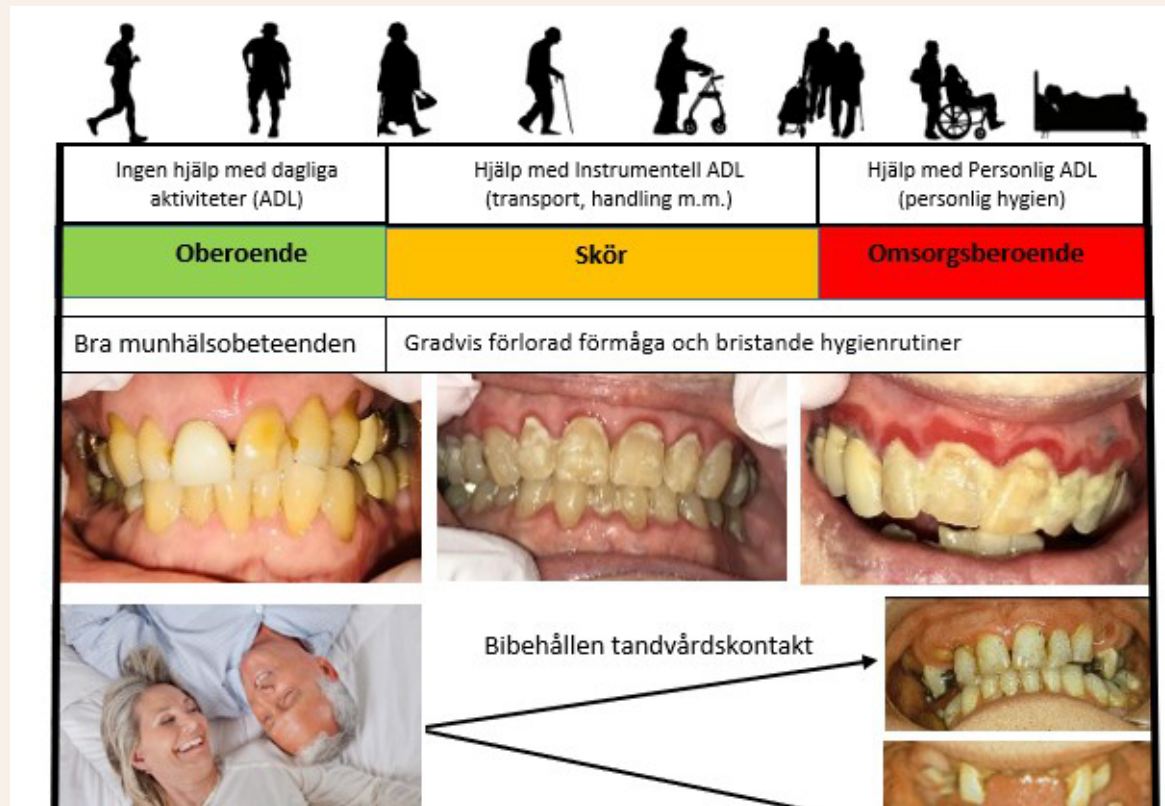
- Tandköttet drar sig tillbaka / blottade rotytor
- Muntorrhet
- Viss bensänkning kring tänderna
- Tänder slits och går sönder / missfärgningar
- Tandförluster
- "Det som är lagat behöver lagas"



"Många äldre drabbas av karies, speciellt de äldre som har sjukdomar"

Sköra patienter

- Bor hemma
- Många egna tänder
- Saknar tandvårdskontakt
- Flera läkemedel
- Många personer inblandade
- Karies
- Tandlossning





Folktandvården

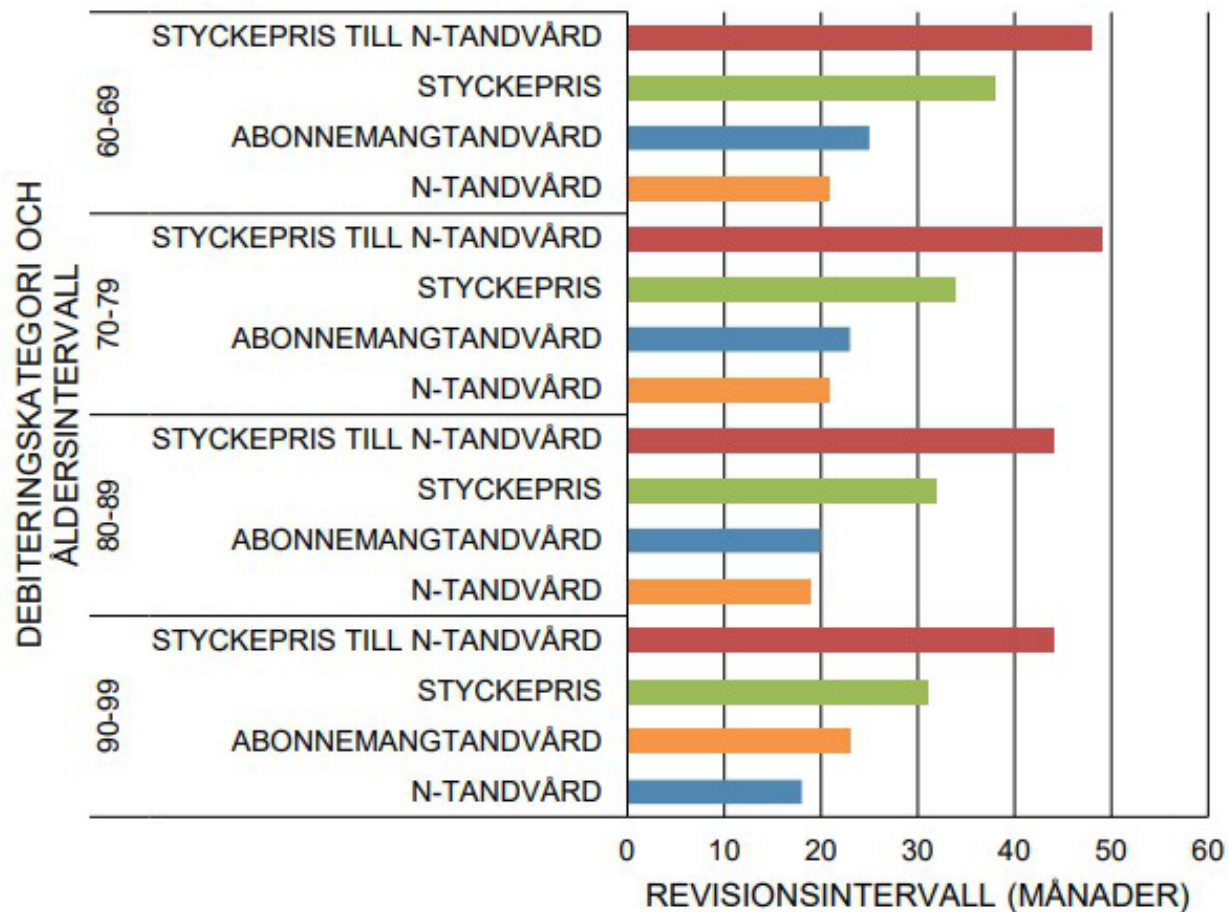
ÅRSRAPPORT 2024



SKaPa

Under den sköra
perioden förlorar
många patienter
sin regelbundna
tandvårdskontakt

RAPPORT 6A Intervall mellan basundersökningar hos patienter som behandlats inom olika ersättningssystem





Folktandvården

Folktandvården Stockholms sjukhem

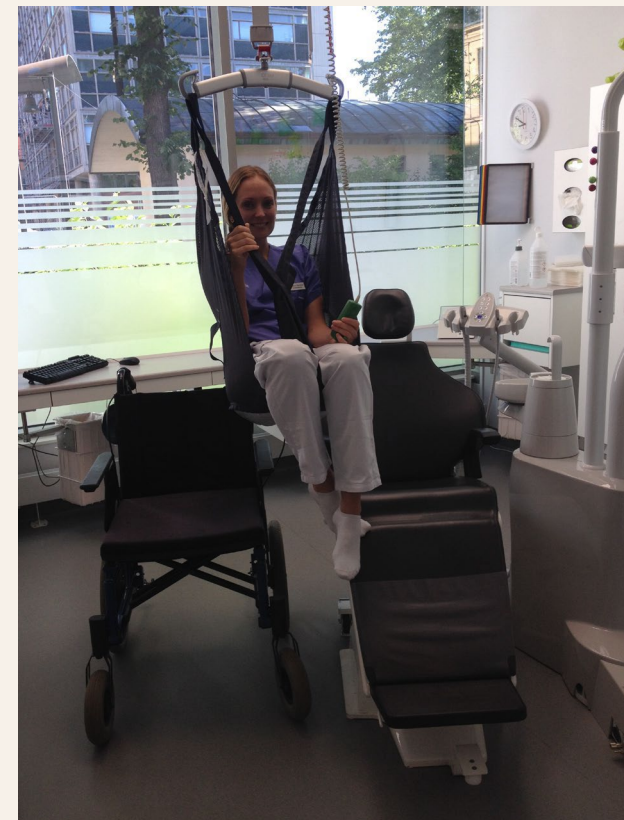




Folktandvården

Kliniken

- Led i sjukdomsbehandling
- Vuxna med behov av särskilt stöd
- Nodfunktion för äldres munhälsa i Folktandvården Stockholm



Vuxna med behov av särskilt stöd

- Kognitiv svikt / demenssjukdom
- Neurologiska sjukdomar (strokedrabbade, parkinsons sjukdom)
- Sällsynta diagnoser

Vanligtvis remisskrav



Folk tandvården satsar på äldre!

- Stora satsningar på att möta fler äldre
- Tidigare mycket fokus på barntandvård





Folktandvården

Seniortandvårdsteam

Danderyd

Sollentuna

Kungsängen

Liljeholmen

Fridhemsplan

Tumba

Ekerö

Årsta

Gustavsberg

Tyresö

Vällingby

Sickla

Jakobsberg

Södertälje

Skogås

Karlaplan

Brommaplan

Rosenlund

Lidingö

Solna

Björkhagen

Norrtälje

Viksjo

Kista

Tandvårdsreformen- så fungerar den för äldre

Suzana Lundholm

Övertandläkare/ tandvårdsstrateg HSF

Tandvårdsreformer historiskt

- 1924 tillsattes en tandvårdsutredning
- 1938 Folktandvården bildas
- 1974 allmän tandvårdsförsäkring, statlig prisstyrning, etableringskontroll för tandläkare
- 1985 ny tandvårdslag (1985:125) ersätter folktandvårdslagen
- 1999 stor reform fri prissättning, regionerna får ansvar för viss tandvård

Tandvårdsreformer historiskt forts.

- 2002 högkostnadsskydd för patienter 65+tröskelmodell
- 2008 ny tandvårdsmodell som leder till dagens grundstruktur (ATB, referenspriser, högkostnadsskydd)
- 2013 Särskilt tandvårdsbidrag (STB) införs
- 2026 Tiotandvården (STE) införs

Två tandvårdsstöd

- Det statliga tandvårdsstödet

Riktar sig till
hela den vuxna
befolkningen

- Regionens tandvårdsstöd

Riktar sig till
vuxna med
särskilda behov

Det statliga tandvårdsstödet





Nya tandvårdsreformen- tiotandvården

- Beslutades 3 december 2025
- Började gälla 1 januari 2026

Bra att veta

- Du kan välja om du vill gå till folktandvården eller till en privat mottagning.
- Alla kontakter med tandvården inleds med en undersökning.
- Du ska få veta kostnaden för hela behandlingen innan den börjar. Du har rätt att få den uppgiften skriftligt.
- Du har rätt att få en skriftlig behandlingsplan. Det är bra när du behöver stora och omfattande behandlingar.
- Du har nästan alltid rätt att läsa din journal. Kontakta din tandläkare för att få veta hur du ska göra.

Det statliga tandvårdsstödet



Tiotandvård (STE)

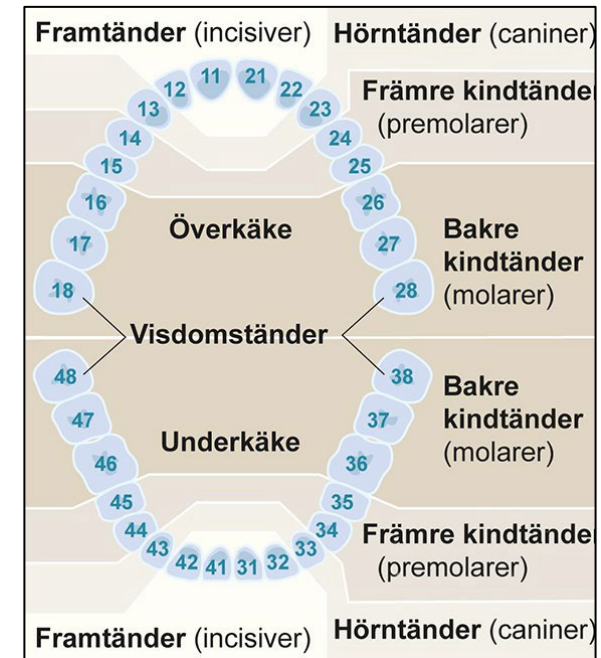
- Du betalar 10 procent av ett fast pris (kallas referenspris) för många behandlingar. Resten betalar staten.
- Samma pris hos alla tandläkare och tandhygienister. De får inte ta ett högre pris än referenspriset.
- Gäller dig som är född 1959 eller tidigare.
- Du behöver vara folkbokförd i Sverige och inskriven hos Försäkringskassan.
- Du behöver inte ansöka.
- Det riktiga namnet på tiotandvård är *särskild tandvårdsersättning* (STE).

**Gäller
67+**

Gäller 67+

Vilka behandlingar omfattas av tiotandvård?

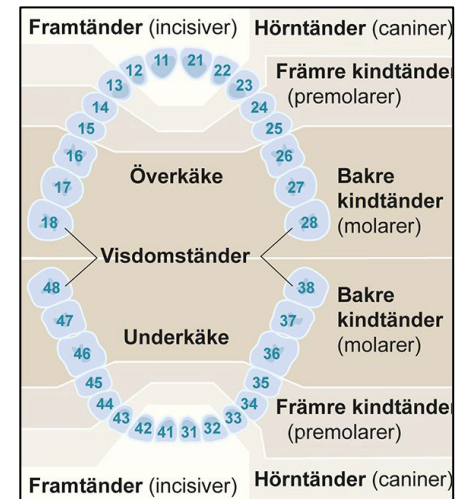
- Behandlingar vid sjukdom, smärta och tandlossning
- Lagning av hål (fyllningar)
- Tandborttagningar (extraktioner)
- Rotfyllningar
- Avtagbar protes
- Tandkronor, broar och implantat långt fram i munnen, dvs. för framtänder, hörntänder och främre kindtänder.



Vilka behandlingar omfattas inte av tiotandvård?

**Gäller
67+**

- Undersökningar
- Röntgen
- Förebyggande vård (t.ex. rengörning och tandsten)
- Tandkronor, broar och implantat långt bak i munnen (bakre kindtänder)
- Estetisk tandvård (skönhetsvård)



Det statliga tandvårdsstödet



Vad gäller för tandvård som inte omfattas av tiotandvård?

- Tandläkarens priser (inte fast pris)
- Försäkringskassans vanliga högkostnadsskydd, *allmän tandvårdsersättning* (ATE) gäller som tidigare för alla från det året personen fyller 20 år, även personer som är 67+.
- Den allmänna tandvårdsersättningen omfattar:
 - Undersökningar och förebyggande vård
 - Tandkronor, broar och implantat långt bak i munnen

Allmän tandvårdsersättning (ATE) för alla vuxna

1. De första 3 000 kronorna betalar du själv.
2. Sedan betalar du
 - 50 procent av kostnader över 3 000 kronor
 - 15 procent av kostnader över 15 000 kronor

Tandläkarna och tandhygienisterna får ta ett högre pris än referenspriset. Då behöver du betala mellanskillnaden själv.

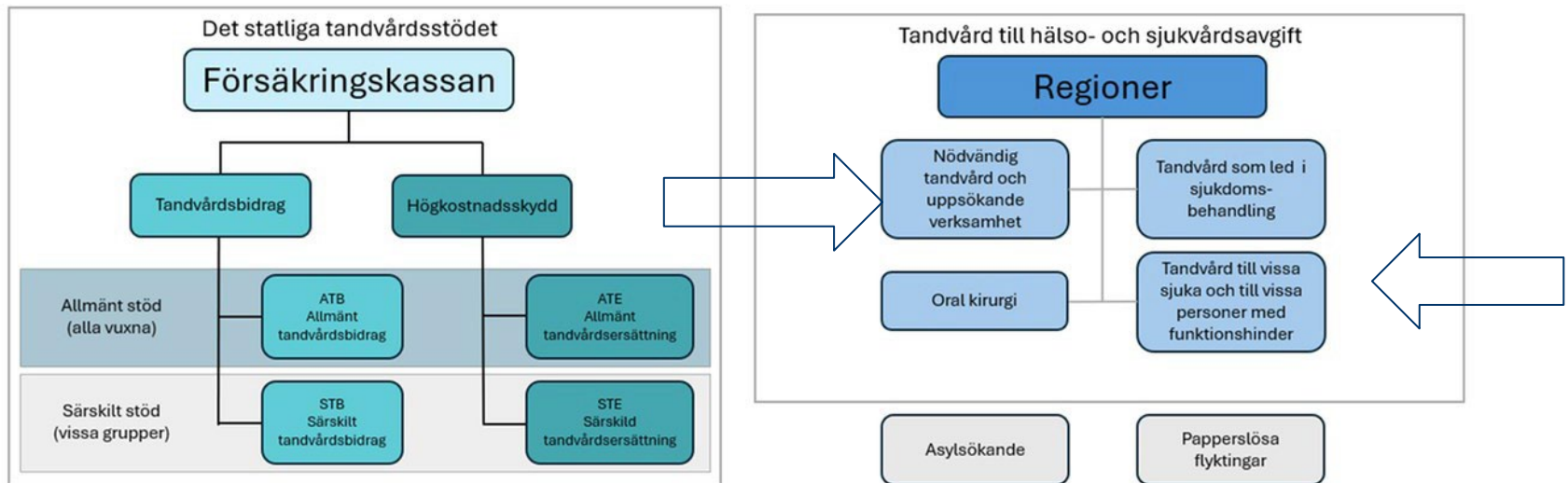
Det statliga tandvårdsstödet



Allmänt och särskilt tandvårdsbidrag

- Allmänt tandvårdsbidrag (ATB) för alla vuxna
 - 600 kronor från året du fyller 67 år, 300 kr i åldrarna 24-66 år och 600 kr i åldrarna 20-23 år.
 - Kan sparas i två år.
 - Till bl.a. undersökningar och förebyggande vård.
- Särskilt tandvårdsbidrag (STB) för vissa grupper
 - 1 000 kronor per halvår
 - Kan sparas i ett år.
 - Vid vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar som påverkar tandhälsan (t.ex. muntorrhet av behandling med läkemedel).
 - Fråga din tandläkare, tandhygienist eller läkare om du har rätt till särskilt tandvårdsbidrag.
 - Läkare behöver intyga att du har rätt till bidraget.

Regionens tandvårdsstöd



Regionens tandvårdsstöd till vissa grupper

Hälsa och sjukvårdsförvaltningen

Vuxna under 85 år betalar 275 kr vid varje besök.
Personer 85 år och äldre betalar ingen avgift.
Resten betalar regionen.

- Nödvändig tandvård

Personer som har ett stort behov av vård och omsorg som väntas pågå under en längre tid eller som omfattas av LSS och har en beviljad insats.

- F-tandvård

Personer som har vissa långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättning.

Vilka har rätt till nödvändig tandvård?

- Personer som bor på särskilt boende (t.ex. demensboende eller vård- och omsorgsboende)
- Personer som får hjälp av hemtjänsten eller anhörig med personlig hygien och omvårdnad flera gånger om dagen och även på natten.
- Personer som omfattas av LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) och har en beviljad insats.
- Nödvändig tandvård beviljas av kommunens socialtjänst, t.ex. biståndshandläggare.

Personer som vårdas av närstående

- Det kan vara så att du får vård i hemmet av närstående och inte har någon kontakt med kommunen.
- I dessa fall kan Tandvårdsenheten bevilja dig rätt till nödvändig tandvård.
- Men du måste ha ett intyg som bevisar ditt omvårdnadsbehov. Intyget kan skrivas av din läkare, distriktssköterska, kurator eller liknande.

Vilka behandlingar omfattas av nödvändig tandvård?

- Den tandvård som krävs för att en person ska kunna äta. Om personen inte klarar av en omfattande tandbehandling ska behandlingen i stället motverka smärta och obehag.
- Tandkronor, broar och implantat ingår normalt inte och aldrig om de avser de bakre kindtänderna.

Vad är F-tandvård?

- Tandvård till patienter som har svårt att ta hand om sin munhygien eller gå igenom en tandvårdsbehandling.
- Tandvårdsstödet omfattar bastandvård och avtagbar protetik.
- Läkare bedömer patientens funktionsnedsättning och fyller i ett särskilt läkarintyg. Region Stockholms tandvårdsenhet beviljar F-tandvård.
- Fråga din läkare om du har rätt till F-tandvård.

Diagnoser:

- svår psykisk funktionsnedsättning
 - Parkinsons sjukdom
 - multipel skleros
 - cerebral pares
 - reumatoid artrit
- systemisk lupus erythematosus
 - sklerodermi
- amyotrofisk lateralskleros
- orofacial funktionsnedsättning
- symtom som kvarstår sex månader efter stroke
- sällsynt diagnos (sällsynt hälsotillstånd).

- Man kan tillhöra flera tandvårdsstöd
- Tiotandvården omfattar inte alla tandvårdsbehandlingar
- Vid omfattande omsorgsbehov eller långaring sjukdom/funktionshinder kan man vara berättigad stöd inom regionens tandvårdsstöd



God och nära vård – Lägesuppdatering med fokus på samverkan

25 maj

Målgrupp för samverkan

Målgruppen för samverkan är invånare, patienter och brukare, oavsett ålder, som har behov av sammanhållna insatser från både kommun och region.

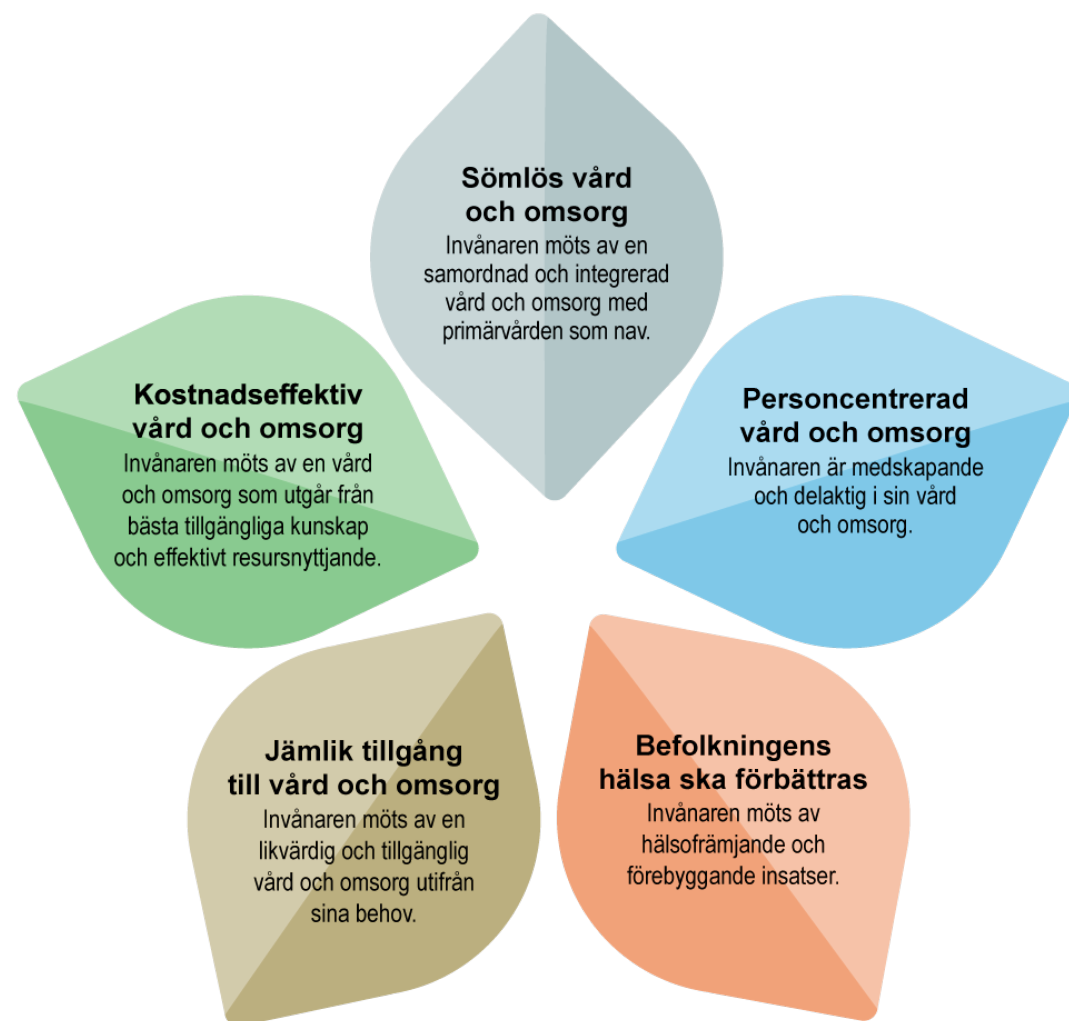


Målet med samverkan

Det övergripande målet med samverkan mellan regionen och kommunerna är också målet för den länsgemensamma handlingsplanen för en God och nära vård och omsorg.

Den enskilde ska få en god, sömlös och personcentrerad vård och omsorg, samt att befolkningens hälsa ska förbättras.

Det ska ske på ett samordnat, jämlikt och kostnadseffektivt sätt för invånarna i Stockholms län.



Handlingsplanen ska genomföras i samverkan

Samordnande funktioner för lokal samverkan

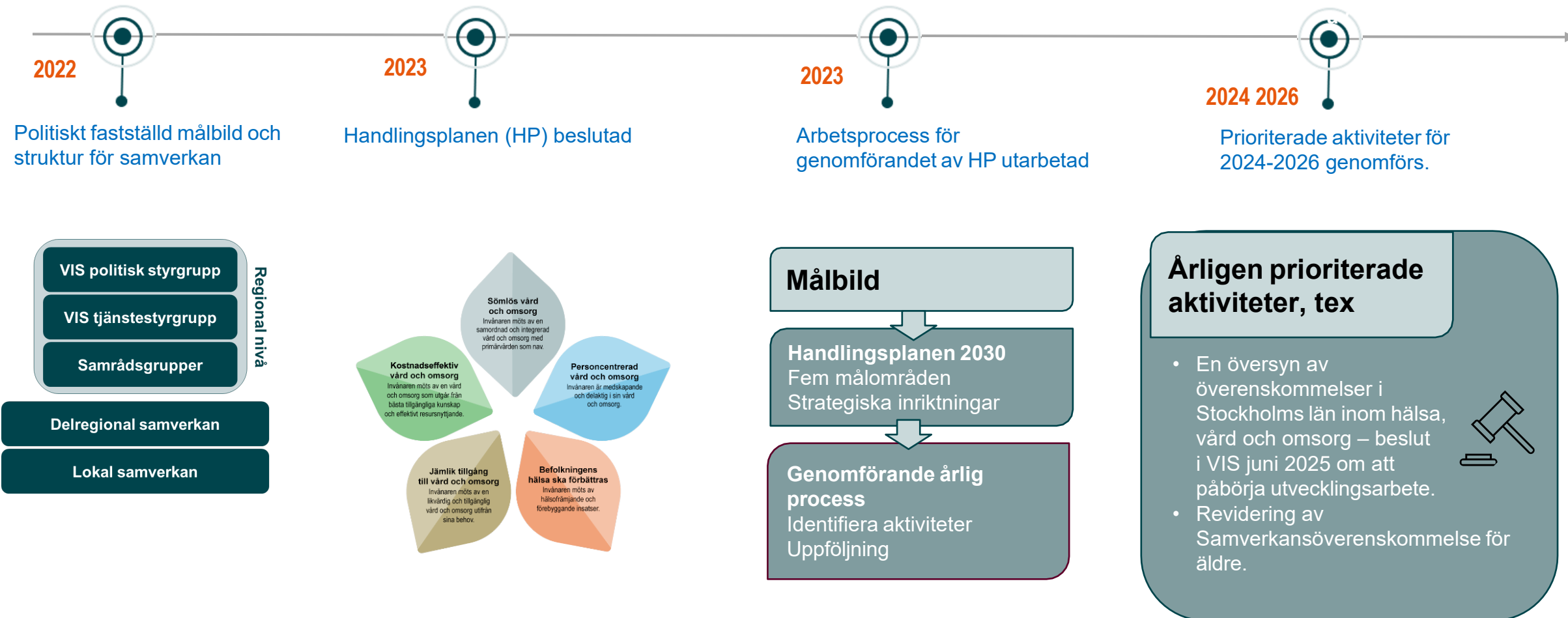
GSA - regionens samordnande funktion

- Vårdcentralerna i en kommun, eller stadsdel (Stockholm stad), utser tillsammans en samordnande vårdcentral (GSA). Det kan vara en vårdcentral i privat eller egen regi.
- Den samordnande funktionen ska:
 - organisera regionens hälso- och sjukvård som berörs av lokal samverkan,
 - sammankalla till och facilitera återkommande lokala samverkansmöten, eller andra former som överenskommits mellan parterna.
- Uppdraget för den samordnande vårdcentralen regleras av regionens förfrågningsunderlag för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård.
- Stockholms länssjukvårdsområde (SLSO) stödjer och vägleder de samordnande vårdcentralerna.

KSA – kommunens samordnande funktion

- En kommuns samordnande funktion är en länk för samverkansaktörer in till kommunens eller stadsdelens berörda verksamheter, inklusive utförarverksamhet i privat regi.
- Kommunens samordnande funktion ska:
 - vara kontaktperson för olika aktörer i samverkan med kommunens hälso- och sjukvård och omsorg,
 - delta i lokala samverkansmöten med samordnande vårdcentral, och eventuella andra aktörer,
 - kunna föra frågor till och från kommunens verksamheter, inklusive utförarverksamheter i privat regi.

Länsövergripande arbete med God och nära vård och omsorg – 2022 till idag



Revidering av *Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg för äldre*

- I årsplanering för 2025 ingår att revidering av *Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg för äldre* påbörjas under året.
- Behov av revideringar med utgångspunkt i:
 - den demografiska utvecklingen
 - att förtydliga ansvarsområden,
 - att utveckla samverkan kring den enskilde
 - att anpassa innehållet till huvudöverenskommelsen kring hälsa, vård och omsorg (HÖK) och den länsövergripande Handlingsplanen för god och nära vård i Stockholms län.

Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg för äldre

Överenskommelse mellan Region
Stockholm och kommuner i Stockholms
län

Reviderad februari 2020

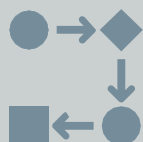
Genomförande av nytt system för samverkansöverenskommelser



Vad vi gör

Bygger ett gemensamt, digitalt och förvaltningsbart system för överenskommelser inom hälsa, vård och omsorg.

Arbetet drivs i flera parallella delprojekt under 2026–2028.



Varför det är viktigt

Dagens överenskommelser är många, olika och svåra att tillämpa och följa upp.

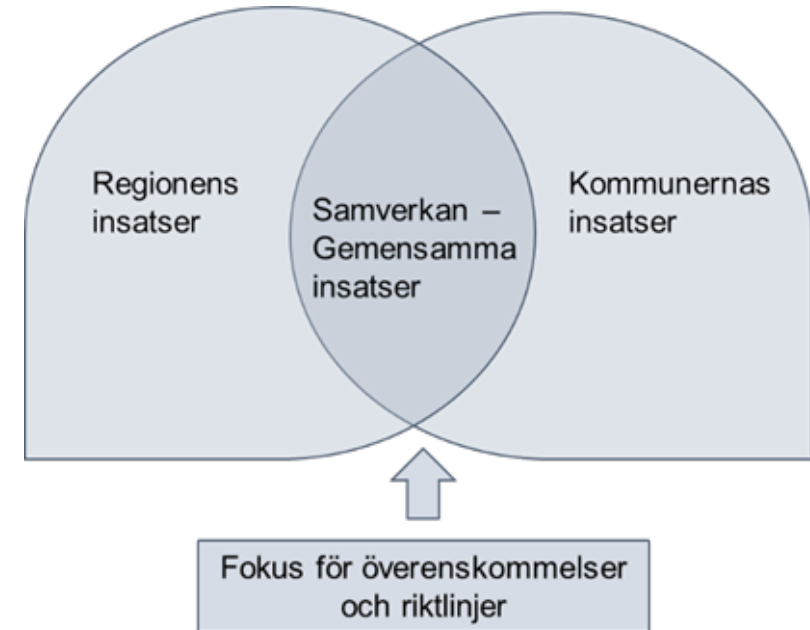
Det nya systemet gör det lätt att hitta, förstå och tillämpa det som är överenskommet.

Invånaren får en mer sömlös, trygg och begriplig vård och omsorg.

Områden som kräver samverkan

Ett antal områden som kräver samverkan mellan kommun och region har identifierats när det kommer till hälsa, vård och omsorg för äldre personer.

➤ Fokus vuxna inkl. äldre



När revideringsarbetet nu påbörjas har ett antal områden identifierats som prioriterade att påbörja arbetet med

1. Egenvård med praktiska hjälp

4. Nutrition

2. Kontaktvägar

5. Läkemedel

3. Korttidsplatser/ Korttidsboende

6. Hälso- och sjukvård på särskilt boende för äldre

Motiveringen till varför dessa anges som prioriterade skiljer sig till viss del åt för respektive område, men i stort bedöms här finnas stora behov av att utveckla samverkan.

- I vissa fall grundar sig bedömningen på att nuvarande lagstöd kunskapsstöd och/eller överenskommelser inte ger tillräcklig vägledning för berörda verksamheter.
- I andra fall grundar den sig på att eventuella brister i samverkan innebär stora risker för den enskilde.



Stadens process

Stadsövergripande handlingsplan, 2024-2030 (ÄN, SoN, UtbN)

Aktivitetsplan, ettårig, bryter ner handlingsplanen i konkreta aktiviteter

Årlig genomförandeprocess

1. Beslut i äldre nämnden om aktuellt års ansökningsprocess, total summa samt prioriteringar
2. Stadsdelsförvaltningar och berörda fackförvaltningar ansöker (14 förvaltningar)
 - Konkreta aktiviteter/projekt med tillhörande kostnad
 - Mätbara mål där möjligt
3. Äldreförvaltningen handlägger ansökningarna i förhållande till prioriteringar och bedömd kostnad
4. Slutrapportering till äldreförvaltningen; redogörelse av genomfört arbete, vilken effekt som uppnåtts samt kostnader
5. Rapportering/uppföljning till äldre nämnden, bilaga till T1



2025, exempel på genomförda aktiviteter i stadsdelarna

- **Samverkan KSA – GSA**
- Projekt - utökad sjuksköterskebemanning på korttidsboende för att kunna utveckla samarbetsstrukturer med läkare i primärvård
- Vårdlärare på KTC och planering för ytterligare ett KTC (LSS-inriktning)
- Projekt – utökning av tjänster, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Samordning med primärvårdsrehab.
- Kartläggning av användande och resultat av SIP
- Finansiering av doktorandtjänst; DöBra i samarbete med KI
- Förberedelse för uppstart av patientråd



2026, pågående aktiviteter, exempel

- **GSA – KSA samverkan, löpande arbete i stadsdel och återkommande workshops hela staden, inkl introduktionsstruktur för nya KSA**
- Kompetensutveckling i specialiserad vård, respiratoriska tillstånd, i syfte att bygga upp nytt profilboende
Kompetensutvecklingen sker på kliniskt träningscentrum, KTC, i samverkan med specialistmottagning på Danderyds sjukhus
- Fortsatt utvecklingsarbete kopplat till samverkan vid utskrivning från korttidsboende till hemmet
- Investeringar och uppstart av nytt KTC, kliniskt träningscentrum, med inriktning LSS
- Utveckling av samverkan och struktur kring egenvårdsbeslut och uppföljning av dessa
- Samordning av utbildningsinsatser på KTC i syfte att stärka och säkra kompetensförsörjning



Tillsammans i Tyresö

Vår lokala samverkan



tyresö kommun



Så här tänker vi i Tyresö om samverkan

- Vi behöver lyssna och försöka förstå varandra
- Vi försöker lära oss om varandras verksamheter
- Vi vågar vara öppna om våra egna brister och lära om
- Det är inte vi och dem utan det är vi tillsammans
- Här ska vi ge och ta
- Vi gör det konkret och vi gör det med hjärtat

Gemensamma projekt

- Egenvård olika etapper
- Hemtjänsttjänstens pärmar har gemensam logga där vårdplaner kan sättas in
- Gemensamma kontaktvägar – samma väg in till alla utförare
- Collabodoc
- Likvärdig avvikelshantering
- Biståndshandläggare på vårdcentral
- Komplexa fall i ordinärt boende - omstart



Samverkansforum som finns idag

- Verksamhetsnära samverkansråd
- Regelbundna samverkansträffar med GSA, MAS, KSA och verksamhetsutvecklare inom hemtjänst, enhetschef för myndighet
- Regelbundna samverkansträffar mellan GSA och MAS

Planer framåt

- Starta upp lokalt samverkansråd för äldre
- Palliativ vård och minska återinläggning till sjukhus
- Primärvårdsrehab och egenvård
- Gemensam broschyr
- Bjuda in brukarorganisationer till samverkan

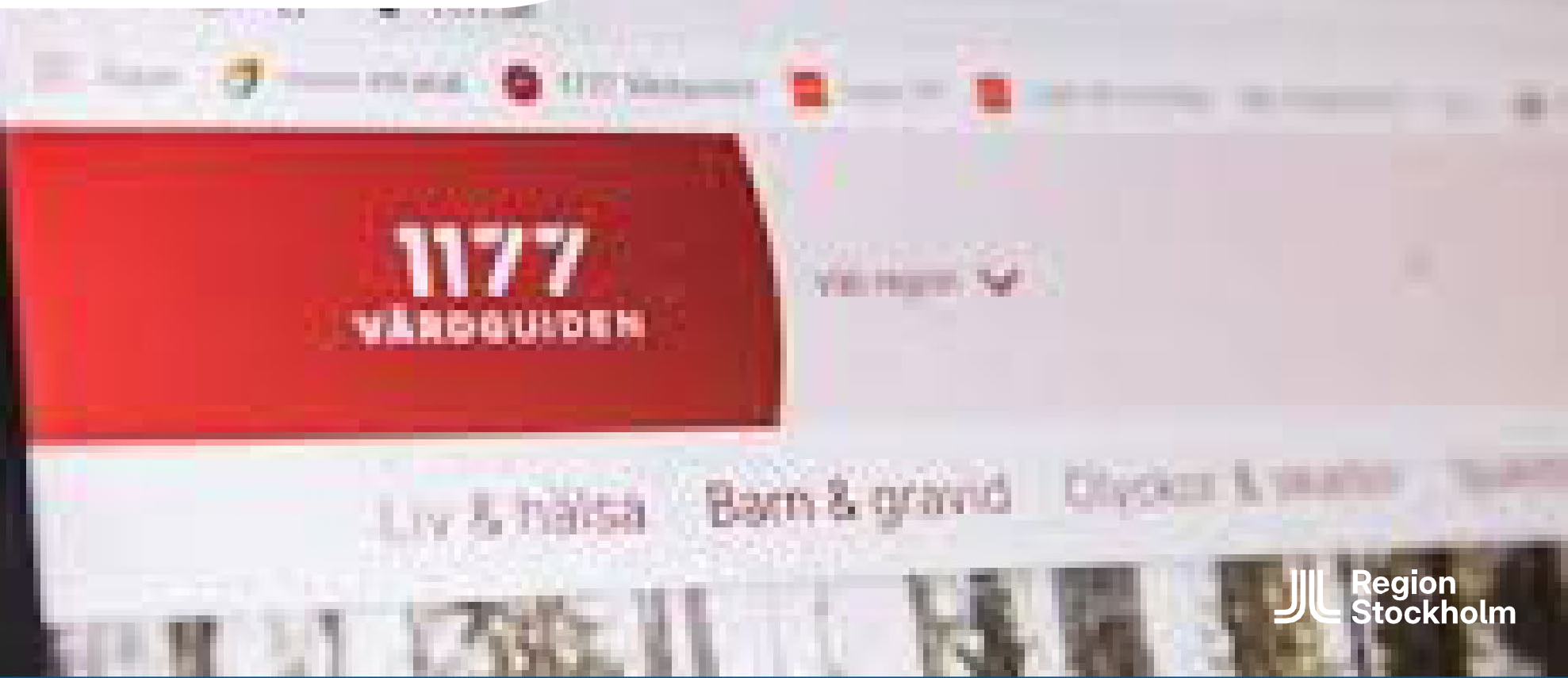
Våra framgångar i samverkan beror på att vi gör det
Tillsammans i Tyresö

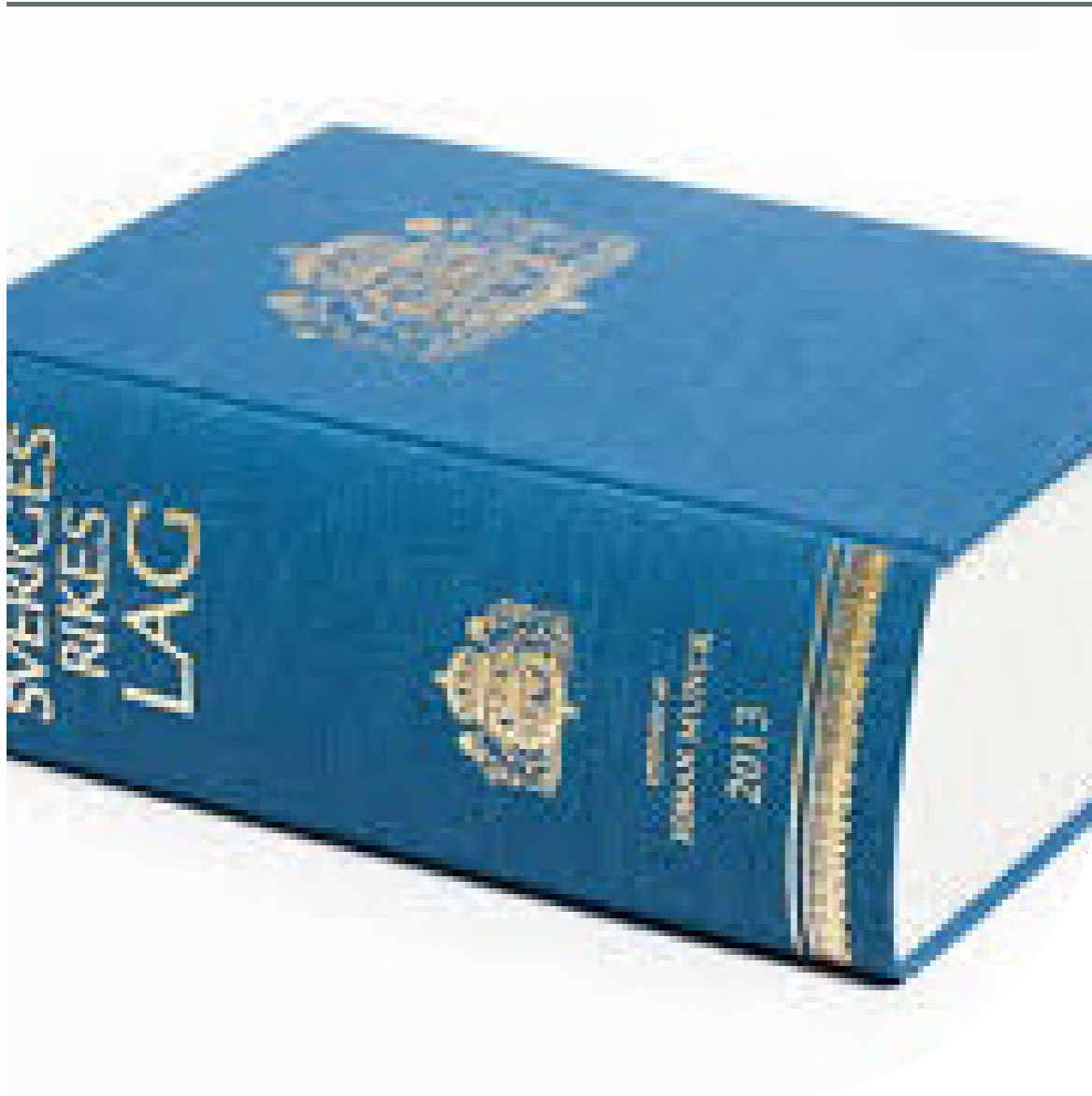


Digitala invånarinteraktioner

Patientens företrädare i 1177 E-tjänster

Josef Driving, regionjurist





Patientdatalagen (2008:355), PDL

5 kap. 4 §: Utlämnande genom direktåtkomst till personuppgifter är tillåten endast i den utsträckning som anges i lag eller förordning.

5 kap. 5 §: En vårdgivare får medge en enskild tillgång, genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, till sådana uppgifter om den enskilde själv som får lämnas ut till honom eller henne.

Uttryckligt stöd i lagen saknas för att ge någon annan än patienten själv direktåtkomst!

Tillsyn av Journal via nätet 2014

När Journal via nätet först lanserades av Landstinget i Uppsala län 2012 fanns möjlighet för patienten att själv utse ombud.

Datainspektionen (numera Integritetsskyddsmyndigheten) uttalade dock att den s.k. ombudsfunktionen stred mot PDL.

Patientens samtycke inte tillräckligt. Högsta förvaltningsdomstolen fastställde beslutet år 2017 och ombudsfunktionen stängdes av.



Förslag på lagreglering 2021

”Om den enskilde medger det får en vårdgivare ge en annan fysisk person som den enskilde uppger sig känna personligen tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande...”

+ Skyddsbestämmelser för att förhindra missbruk

Förslaget har inte lett till lagstiftning



Legala ställföreträdare

I tillsynsärendet 2014 godtogs dock att vårdnadshavare kunde få åtkomst till Journalen fram till dess att barnet fyllt 12 år (numera 13

Andra legala ställföreträdare anses också kunna företräda patient vid användning av e-tjänsterna.

En förutsättning är att alla tillgängliga uppgifter kan lämnas ut till den legala ställföreträdaren utan hinder av sekretess.



Nationellt ramverk för legala ställföreträdare

- Förvaltare
- God man

Region Stockholm medger endast förvaltare åtkomst till huvudmannens 1177-konto.

Vissa andra regioner tillåter även gode män.

- Anhörigbehörighet
- Framtidsfullmakt

Ännu oklart på vilka områden dessa nya företräderskap kan användas, hur kontroll av dess giltighet ska ske samt hur de förhåller sig till sekretessreglerna.

Under 2025 har regionerna och Inera AB inte kunnat enas om en gemensamt ramverk. Fortsatt bevakning av rättsutvecklingen och punktvisa utvecklingsinsatser.

Framtidsspaning - EHDS

EU-förordningen om det europeiska
hälsodataområdet (EHDS), artikel 4

”Medlemsstaterna ska säkerställa att det inrättas tjänster för enskildas tillgång till sina elektroniska hälsodata. Inom ramen för dessa tjänster ska det vara möjligt inte bara för legala ställföreträdare utan också för andra som den enskilde själva väljer att få sådan tillgång. Tjänsterna för tillgång till elektroniska hälsodata och fullmakts-tjänsterna ska vara lättillgängliga för personer med funktionsnedsättning, utsatta grupper och personer med låg digital kompetens.”

The image shows the European Union flag, which is a blue rectangle with twelve yellow stars arranged in a circle. The flag is waving and is set against a background of a clear blue sky with some white clouds. The flag is attached to a black pole on the right side.

EHDS gäller i denna del från den 26 mars 2029 och kräver anpassning av det svenska regelverket.

Författningsförslag kommer att presenteras senast den 30 november 2026.

Invånarens digitala interaktion med hälso- och sjukvård

Från målbild till användarresor och en plan

Agenda

- Bakgrund
- Målbild
- Leveranser
- Metod
- Resultat

Bakgrund

2022 fattades Hälso- och sjukvårdsnämnden beslut om att stå bakom Målbild 1177, framtagen av Inera tillsammans med regionerna.

Målbilden för 1177 sammanfattar långsiktiga och övergripande principer för 1177 med ambitionen att den ska vara realiserad 2030.

Med avseende på nuläget i regionen är det angeläget att avsevärt förbättra dagens splittrade digitala landskapet för invånarnas digitala interaktion med hälso- och sjukvården.

Målbild

Under projektet **Målbild för invånarens interaktion med hälso- och sjukvård** under hösten 2024 togs en målformulering och grundläggande principer fram för hur invånaren ska kunna möta vården.



Målformulering

- De digitala invånartjänsterna ska vara utformat så att alla som kan hantera enklare digitala tjänster (tex. Swish, BankID och Facebook) också ska kunna interagera digitalt med hälso- och sjukvården.
- För de invånare som saknar digitala förutsättningar ska det finnas goda alternativ, tex. via digitala ombud, brev eller telefon.

Tre principer till grund för regionens arbete framåt

- En digital samlingsplats för invånarens interaktion med hälso- och sjukvården
- Invånarens digitala information ska följa med invånaren och vara tillgänglig i de tjänster där den behövs
- Det ska finnas goda alternativ för de som saknar egen digital förmåga

Målbild och strategi 2040

Samma målbild och principer återfinns i Målbild och strategi för hälso- och sjukvården 2040 som fastställer den långsiktiga inriktningen för hälso- och sjukvården, inklusive tandvården, i Region Stockholm.

Inriktningen är fortsatt att Region Stockholm står bakom målbild för 1177 - en samlingsplats som är nationell, som förses med regional information från regionala lösningar



Leveransen

- A. ett förslag på en första version av grundläggande funktioner på 1177
- B. användarfall/användarresor som visualiserar invånarens respektive medarbetarens nuvarande och önskade resa
- C. analys över olika typer av hinder och förutsättningar för varje förlopps börläge.
- D. rekommendationer för hur hinder och förutsättningar kan hanteras per användarfall och förlopp.
- E. alternativa förslag på kommande steg, som innefattar övergripande planer och ansvar för genomförande.

Områden att kartlägga

Projektet startade i januari och pågår under 2026.

1. Översikt av bokningar och kallelser. Digitalt kunna om- och avboka besök.
2. Förnya recept
3. Kunna se och boka tid på en digital kallelse
4. Asynkron kommunikation med vårdpersonal

Metod och tillvägagångssätt

- Intervjuer, fokusgrupper, enkäter
- Användarresor, för både invånare och vårdpersonal, som visualiserar insikter om nuläge samt ett önskat börläge

Resultat

Resultatet per område presenteras utifrån vad som kan göras kortsiktigt med befintlig funktionalitet respektive långsiktigt med hjälp av kravställning mot Inera eller t.ex. via nytt huvudjournalssystem.

Att ställa högre krav på vårdgivare kommer i någon mån innebära en inskränkning i deras möjlighet att styra över sina verksamhetsprocesser. Det blir då viktigt att lyfta upp invånarens rätt till en sammanhållen vård som motvikt till detta.

Egenvård i praktiken

Exempel från hälso-och sjukvården i Region Stockholm

Ruha Cerrato, Överläkare Kardiologi

Medicinsk Rådgivare, Avdelning för kunskapsutveckling

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Stockholm



Vad är egenvård?



Egenvård är när patienten själv, eller med hjälp av någon annan, utför hälso- och sjukvårdsåtgärder utanför hälso- och sjukvården.



Om personen får hjälp av någon utanför hälso- och sjukvården kan det till exempel vara en närstående (anhörig coach), en personlig assistent eller personal på ett HVB-hem eller annat boende.

Vägen till önskad egenvård



Hänsyn behöver tas till personens individuella förutsättningar, drivkrafter och mål.

Innan egenvården startas så klargörs vad som ska ingå

- Vilken åtgärd som har bedömts som egenvård.
- Om patienten själv eller med hjälp av någon annan ska utföra egenvården. (*Egenvårdsförmåga*)
- Hur information och instruktioner till dem som ska utföra egenvården ska ges.
- Vilka åtgärder som ska vidtas och vem som ska kontaktas om patienten har drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av skada eller sjukdom i samband med egenvården.
- När en omprövning av bedömningen av egenvården ska göras.

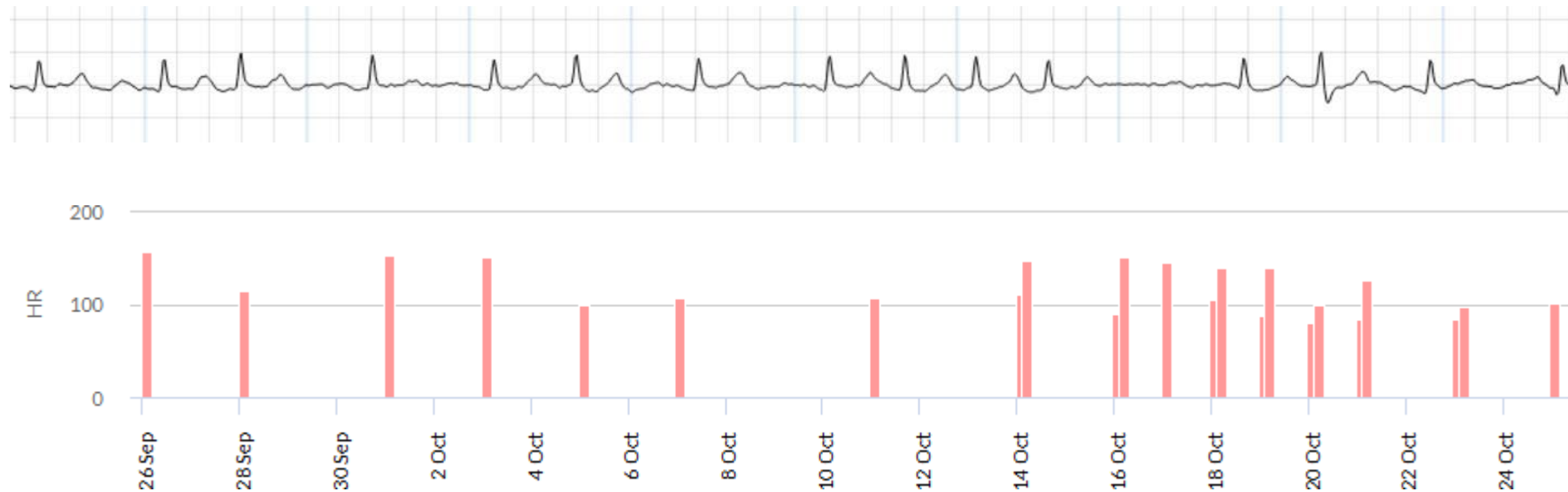
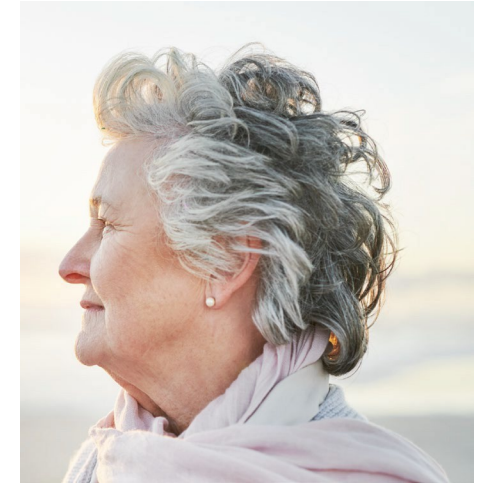
Egenvård i praktiken

Exempel från vården:

- Hjärtsjukvården: Förmaksflimmer och hypertoni
- Kronisk njursjukdom och hemdialys
- Diabetesdagvården

Patientberättelse

- Kvinna 82 år
- Insjuknar med andfåddhet och trötthet
- Går med stöd
- Fysiskt aktiv och arbetar gärna i trädgården

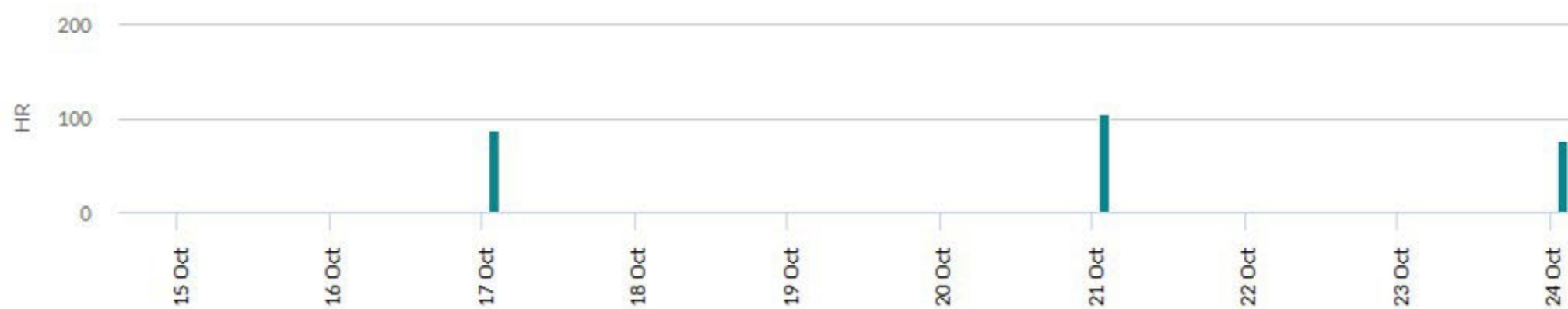


Egenvård i praktiken

- En sjukhusinläggning kunde undvikas (till stor glädje för patienten)
- Djupare förståelse från vårdgivare för patientens förmaksflimmer
- Optimerad läkemedelsbehandling
- Direkt feedback
- Dynamisk monitorering

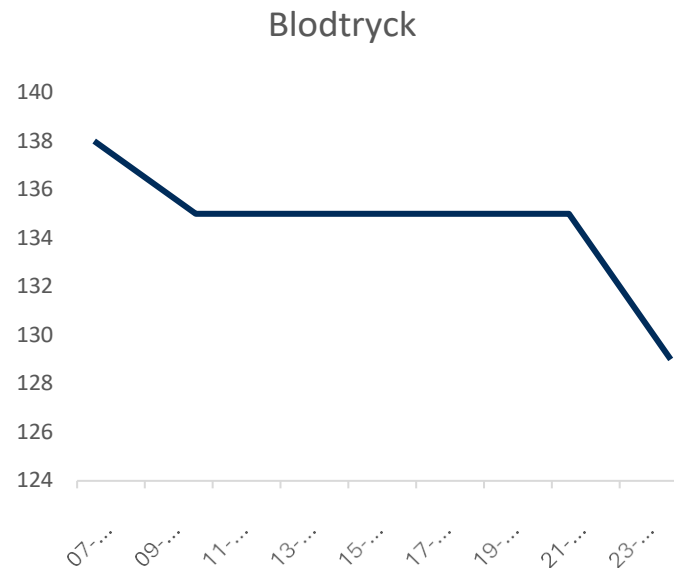
Patientberättelse

- Man 51 år
- Arbetar skift och under stressiga förhållanden
- Högt blodtryck



Hur kan egenvård vara till hjälp?

- Optimerad patient
- Målblodtryck uppnått
- Adekvat puls



Pilotstudie visar på signifikant ökad social funktion i gruppen som erbjöds egenvård

Remote patient monitoring and clinical management of atrial fibrillation in an outpatient cardiology clinic: feasibility and social functioning outcomes

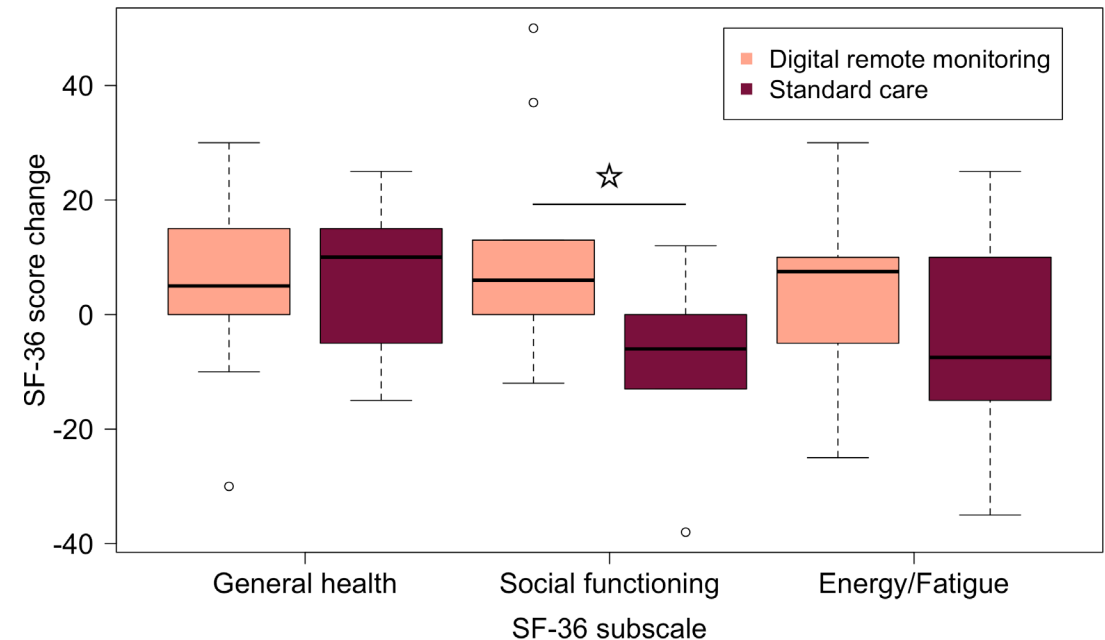
Oskar Ahnlund¹, Dina Melki², David Waldenhjort², Ruha Cerrato¹

¹Division of Cardiology, Department of Clinical Science and Education, Center for Heart Failure and Arrhythmia, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.

²Cardiology unit, Department of Internal medicine, Ersta Hospital, Stockholm, Sweden.

• *"I vilken utsträckning har din fysiska hälsa eller dina känslomässiga problem stört dina normala sociala aktiviteter under de senaste 4 veckorna?"*

• *"Hur mycket har din hälsa påverkat ditt sociala liv?"*



Kronisk njursvikt och hemdialys

- Bloddialys innebär extern filtrering av blodet med en extern maskin
- Hemdialys erbjuds vid flera sjukhusinrättningar i Regionen
- Innan start så görs en noggrann kartläggning om individen har förutsättningar för att klara egenvården
- En samordningsplan fastställs



Hemodialys: Hur ser det ut i praktiken?



Starten kan vara akut eller växa fram naturligt → första tillfällena sker på sjukhus men kan efter medicinskt övervägande och patientens önskan ställas om



Introduktionsvecka med självdialys på sjukhuset



Grupputbildning med teman: kalk/vätskebalans, maskin, risker



“Learning by doing” – praktiska moment görs under handledning

Implementeringen

- **Avancerad behandling** – tar månader att lära sig
- **Stickteknik** är ofta svårast i början
- **Maskin- och vattenrening** – säkerhet och hygien i fokus
- **Bostadsanpassning** via kommunen efter hembesök med tekniker
- **Trygghet**: patienten kan alltid avbryta om något känns fel



Vad säger patienterna?

- **Det är frivilligt val** – det resulterar i hög motivation och positiva erfarenheter
- **Flexibilitet**: dialys på natten vilket inte går att få till på mottagningen eller sjukhuset, kan få ihop livspusslet och leder till ökad livskvalitet
- **Arbete och familj** möjliggör fortsatt yrkesliv och föräldraskap
- **Tidsvinst** – en patient berättade att hon sparar upp till 17 timmar/vecka
- **Stödjande kultur** – ”det smittar av sig”.

Vad säger sjukvårdspersonalen?

- Förbättrade värden i njurfunktion hos patienter som har egenvård
- Patienterna är mycket mer delaktiga och ”det är så tacksamt att arbeta med hemdialys”
- **Jourtelefon** erbjuds för stöd dygnet runt
- **Regelbunden uppföljning:** blodprover, läkarkontakter, BT/vikt
- **Övervätskningskontroll** – viktiga egenkontroller (BT/vikt)
- **Patientgemenskap** – gruppträffar stärker motivationen



När behöver hemdialysen avbrytas?

- **Generellt sker det mycket sällan**
- **Sjuklighet/ålder** kan göra egenvård omöjlig
- **Drogmissbruk** är en kontraindikation
- **Patienten önskar avbryta pga** osäkerhet eller andra svårigheter

Erfarenheter från diabetesdagvården



Mätningar under livets alla skeenden ger ett bättre underlag för målvärden



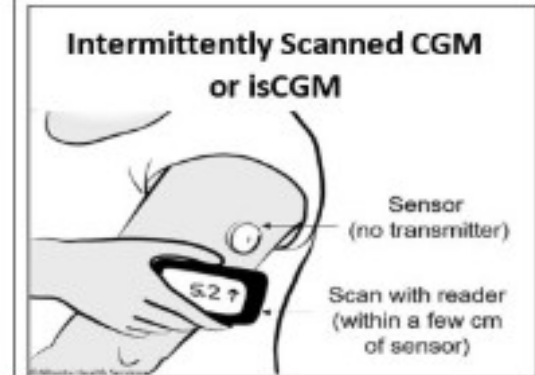
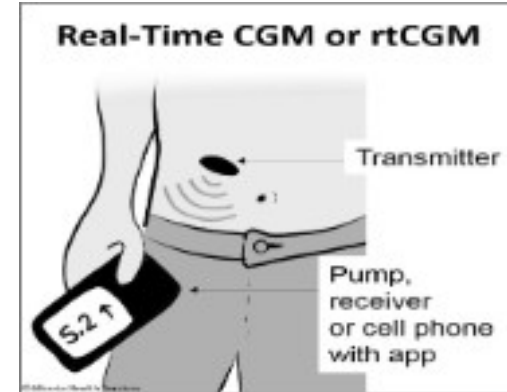
Samordningsplan utfärdas (mätare, stickor, provtagningsremisser via 1177)



Avancerade sensorer för de som behöver



Viktnedgång, god blodtrycksreglering, motion, sunda matvanor



Frågor?