

Samverkan mellan pensionärsorganisationerna och hälsa- och sjukvårdsförvaltningen

Datum	Måndagen den 3 april 2023
Tid	Kl. 13:00-14:30
Plats	MS Teams / Järntorget, Lindhagensgatan 98
Närvarande	PRO: Alf Andersson, Sven Erik Wånell, Ingrid Hjalmarson SKPF: Berit Örnevall, Owe Landgren, Gudrun Hammar SPF Seniorerna: Ritva Elg, Gabriella Zaunders, Ann Hedberg Balkå RPG: Jan-Olov Östling Förvaltningen: Anders Ahlsson, Christoffer Bernsköld, Karin Nilsson, William Stampe

1 Inledning

Hälsa- och sjukvårdsdirektör Anders Ahlsson öppnar mötet och hälsar alla deltagare välkomna. En presentationsrunda hålls.

2 Mötesanteckningar från sammanträdet den 9 februari

Mötesanteckningar från föregående möte den 9 februari 2023 godkänns och läggs till handlingarna.

3 Information från förvaltningen

Christoffer Bernsköld

Status vårdcentralernas övertagna ansvar för fotsjukvård

Processen för övertagande har pågått ett antal år. Ungefär en tredjedel av vårdgivarna har valt att anställa fotvårdare själva. Det är fortfarande en ganska stor andel som väljer underleverantör. Syftet med övertagandet har varit att fotvårdarna ska bli en del av teamet, framför allt kring diabetes. Förvaltningen sammanställer nu årsrapporter och ser över hur behoven tillgodosätts, hur och när patienter remitteras och behandlas enligt uppdaterat kunskapsstöd. En del patienter omhändertas i specialistvården. För-

valtningen har mottagit få synpunkter kring att patienter inte får komma till fotsjukvård. Årsrapporterna är klara till slutet av maj.

Fråga: Kommer det av årsrapporterna framgå om fotsjukvårdarna blivit integrerade i teamen?

Underleverantör kan komma till lokal vissa tider, tidigare skickades läkarremiss. Förvaltningen håller dialog med vårdgivarna kring årsrapporterna. RPO flaggar för att det gått åt mer läkartid för bedömning, vilket i sig är positivt. För verksamheten verkar det fungera väl. Förvaltningen ser nu inga problem kring omläggning och uppskjuten vård. Man har sett en överkonsumtion av vård men man kan luras av data, exempelvis har fel rapporteringskoder förekommit.

Fråga: Angående vidareutbildning; ser man att personalen verkligen är utbildade fotsjukvårdare? Nästan bara diabetespatienter, men det finns även andra med besvär, så som icke-cirkulation.

En del cancerbehandlingar kan ge cirkulationsrubbningar, här finns direktavtal med vårdgivare och dialog förs med behandlande läkare.

Skilnad mellan listad patient/fast läkarkontakt

Vi har ny lagstiftning som fastslår att regionerna ska organisera sig så att alla invånare har möjlighet till en fast läkarkontakt i primärvården. Listningen är den fasta vårdkontakten. Man kan även på andra ställen ha en fast läkarkontakt. Alla regioner gör likadant nu och följer fast läkarkontakt i primärvården utifrån listning. Beroende på vårdcentral kan man välja eller få en fast läkare tilldelad sig. Målet är 1 läkare per 1100 patienter. Socialstyrelsen har valt att utgå från var läkarna är folkbokförda, inte var de arbetar.

Förvaltningens arbete med äldre frågor just nu

Det pågår nu en hel del arbete kring hur vården ska organiseras. Äldre finns i alla delar av vårdssystemet. Framåt kommer det handla mycket om hur vi beställer vård och var uppdrag ska ligga. Fritt val hörselhjälpmedel ska avskaffas under mandatperioden. Vi vet inte riktigt hur detta ska gå till ännu. Frågan kommer inte med i omställningsplan. Arbete pågår med framtagande av geriatrikplan, som ska beslutas i höst. Här ingår en stor del öppenvård, till exempel minnesutredningar, som påverka vad man kommer fram till. Frågan lyfts i pensionsrådet framåt.

Omställningsplanen påverkar mycket hur vården kommer att organiseras. Förvaltning har ställt krav om äldreomsorg på vårdcentraler. Det har inkommit synpunkter kring att det är onödigt att sända ut brev.

Man verkar inte vara lika intresserad av telefonkontakt in som tidigare, nu mer digitala kontakter. Vi får se hur äldremottagningsuppdraget ska se ut framåt.

Dokumentet "Vård av äldre"; förvaltningen har gått igenom alla vårdval. En stor andel av kontakterna i primärvårdsvårdval är äldrekontakter, till exempel inom primärvårdsrehabilitering. Förvaltningen har inget pågående arbete på äldre just nu utan fokus ligger på omställningsplanen. "Vård av äldre" utgör underlag för geriatrikplanen framåt.

Synpunkt: viktigt att utgå från den äldre personen. Dokumentet "Vård av äldre" går vilse i komplikationer. Det finns mycket forskning om vårdmodeller för att avlasta primärvården. I Stockholm har ganska få sådana projekt bedrivits.

Dokumentet beskriver bland annat Sollentunamodellen, vi behöver få till ett perspektivskifte. Den politiska inriktning vi jobbar mot är vårdcentralen som nav. Vi har också tittat på Borgholmsmodellen.

De 1100 listade per läkare kommer att följas på genomsnitt. Målet organiseras olika på vårdcentralerna och de listade patienternas behov skiljer sig åt.

Angående "God och nära vård" i förhållande till omställningsplan/vård av äldre. Anders Ahlsson menar att "God och nära vård" riskerar att svälla och omfatta allt som här sjukvård och folkhälsa. Nu bryter vi då ned detta och blir konkreta för att sätta olika delprojekt, så som samordnande vårdcentral, informationsöverföring, utskrivningsprocessen. Målet betas av i delprojekt. Huvudöverenskommelsen (HÖK) är utgångspunkt för samarbetet med kommunerna. Mycket görs som inte får epitetet "Nära vård" men som kopplar hit.

Christoffer Bernsköld menar att även omställningsplanen gäller God och nära vård. Vi behöver göra ett internt arbete på regionen, SLSO och den regionägda vården arbetar med omställningen. Vi arbetar för att fånga upp och få till styrning, även genom HÖK. Grupper för att följa utvecklingen sätts upp. Gemensam genomförandeplan beslutas troligen under hösten. Ett antal centrala delar har identifierats, samordnande vårdcentral, utskrivningsprocessen och informationsöverföringen (kan titta på mer sammanhållen journalföring, men vi har inte systemstöd för detta idag). Vi håller på att upphandla ett nytt journalsystem nu men har en implementeringsperiod. Det pågår ett arbete ihop med StorSthlm kring att fånga frågor.

Fråga: Hur samarbetar vi med kommunerna konkret?

Anders Ahlsson berättar att det finns 6 samverkansgrupper, varav en fokuserar äldres hälsa. Här är både regionen och kommunerna med genom operativt verksam personal. De olika politiska verkligheterna regionen och kommunerna lever i måste beaktas i samarbetet. Regionen och kommunerna måste vara överens för att det ska bli meningsfullt att arbeta med en specifik fråga (läs exempelvis skatteväxling).

4 Ärendeprioritering/prioritering 2023 inkl. politikermöte

Pensionärsrådet beslutar att utsänt förslag på preliminär plan för år 2023 godkänns. De frågor som sänts in, och frågor som uppkommer löpande, besvaras om möjligt skriftligen av förvaltningen.

Preliminär årsplan

Möte 3 april

- Omställningsplan (bokad)

Möte 25 maj

- Geriatrikplan
- Upphandling av sjuktransporter (bokad)

Möte 28 september

- Regional samverkans-ÖK - Sammanhållen vård äldre
- FHS informationsdragning
- Sjukhusavtal egenregi (bokad)

Möte 30 oktober

- Översyn av akut vårdstruktur
- Översyn avtalsformer/vårdvalsområden
- Patientens väg in i vården

Inhämtande av skriftlig information

- Mobil vårdcentral Hälsa hemma

5 Övriga frågor

Inga övriga frågor anmäls.

6 Omställningsplanen – dialog och synpunkter

Karin Nilsson

(Se även utsänd presentation).

Karin Nilsson arbetar på planeringsenheten, hälso- och sjukvårdsförvaltningen, och projektleder arbetet med omställningsplanen.

Förvaltningen har fått ett antal budgetuppdrag för 2023 som hänför till politikens mål att göra hälso- och sjukvårdssystemet mer behovsstyrt. Ett av uppdragen är att ta fram en omställningsplan för att revidera och avskaffa vårdval, med utgångspunkt i avtalsformer. Uppdraget innebär också att se över överkonsumtionsutmaningar i specialiserade vårdval, uppföljning, bredda införandet av fler akademiska specialistcentra, möjliggöra inflyttning av öppenspecialistvård till egenregi för att komma åt uppkomna problem efter utflytt av elektiv öppenvård.

En genomlysning av de ca. 40 vårdvalen har genomförts, bortsett lagstadgat vårdval husläkarmottagning, i syfte att se var det är mest akut att agera och göra prioriteringar. Förslag till åtgärder tas fram för politiken. Genomlysning har följt samma metod på alla avtalsområden och man har arbetat förvaltningsövergripande. Ett antal indikatorer har använts och systematisk jämförelse av vårdvalen har genomförts. På vissa områden har djupare utredningar genomförts för att förstå bakgrund och orsak till problem för att se hur de kan avhjälpas. Detaljerade åtgärder blir aktuella efter att politiken godkänt de bredare förslagen. När beslut om vad som konkret behöver göras fattats blir det aktuellt med dialoger med olika intressegrupper.

Återkommande problem i vårdvalen är oproportionerlig konsumtion på vissa områden, bristande geografisk närhet, hantering av kostnadsökningar, säkring av förutsättningar för forskning och utbildning (kompetens). Vi behöver säkra att den vård vi erbjuder i första hand når de som är i störst behov av den.

Beställarverktygen innefattar egenregi (ta över vissa delar för förbättring och/eller förbättra förutsättningar att leverera uppdrag), LOU-upphandling, revidering av befintligt vårdval (förbättra förfrågningsunderlag), sammanslagning av vårdval (om de är för upphackade, kan fungera bättre), reserverade kontrakt för idéburen verksamhet och utökad uppföljning. Sedan kan dessa kombineras vid behov. En mängd kombinationer kommer att föreslås i omställningsplan.

Omställningsplanen ska upp till beslut i juni. Arbetet behöver vara färdigt i maj. Utredningarna behöver vara klara i april. Under tiden förs löpande dialoger med intressenter.

Implementation i detalj kommer då inte ingå i omställningsplan. Detta arbete följer efter politiskt beslut.

Fråga: Vad innebär överkonsumtion av vård och finns inte överkonsumtion även i egenregi?

Jämför med rent medicinsk evidens, man kanske utför operationer för tidigt, överbehandlar i viss utsträckning, fler återbesök än nödvändigt etcetera. Om åtgärden inte genererar ett värde blir det en kostnad för patient och samhälle. Evidens berättar när det är lämpligt att behandla eller avvakta. Det finns en koppling mellan kvalitet och återbesök. Förvaltningen tittar också på hur saker utvecklas över tid. Har det skett tillväxt på ett område kan det finnas anledning att undersöka, även horisontellt.

Det finns inget som utesluter att det kan finnas överkonsumtion i den egenägda vården men trycket på den egenägda vården är högre varför det inte finns utrymme att boka in extra. Sedan finns det inbyggt i privat marknad att utöka volymer. Därmed finns andra incitament. Det är högre andel fast ersättning i egenregi. Vårdcentralerna är per definition inte egenregi.

Angående kapacitet är det inte alltid lämpligt att föreslå att flytta in vårdval i egenregi om det inte finns kapacitet här. Vi ska inte skapa nya problem.

Fråga: Hur långt har man kommit? Ser vi att det finns vårdval som faller ut? Hur tungt väger det att öka samverkan i målet om samlad vård?

Ja, det finns områden vi av olika anledningar måste agera inom. Ökad samverkan är en väldigt tung komponent då många problem bottnar i fragmentiseringen. Exempelvis idén med akademiska specialistcentra, som till del utgör forskningsbas men också support ut mot primärvården.

Fråga: LOU har fördelen att avtalen går att styra, men måste alltid förnyas efter ett antal år. Ser man några möjligheter att hantera LOU inom vården som kräver långsiktighet?

LOU-avtal skrivs på längre sikt, här finns samma problematik som i vårdvalen. Inom LOU vet man när avtal behöver ses över. Vårdval kan vi revidera imorgon, och aktörerna drar öronen åt sig att revidera så problematiken finns där oavsett.

Fråga: Vilka har svagheter i kompetensförsörjning varit i det nuvarande systemet?

Vårdvalen kan ha oproportionerligt enkla uppdrag och behöver inte alltid ta hand om de svårast sjuka. Mycket personal har dränerats från systemet och vi ser behov av att balansera upp det.

Vid anteckningarna

William Stampe

Nästa möte i rådet hålls den 25 maj 13:00