

Samverkan mellan pensionärsorganisationerna och hälsa- och sjukvårdsförvaltningen

Datum	Torsdagen den 25 maj 2023
Tid	Kl. 13:00-14:30
Plats	Järntorget, Lindhagensgatan 98
Närvarande	PRO: Alf Andersson, Sven Erik Wånell, Ingrid Hjalmarson, Lena Sernevåg SKPF: Owe Landgren SPF Seniorerna: Ewa Kardell, Ritva Elg, Gabriella Zaunders, Ann Hedberg Balkå Förvaltningen: Sara Pütsep, Eva Printz, Anneli Jonasson, Britt Stålhandske, Elisabeth Höglund, Gunilla Benner Forsberg, William Stampe

1 Inledning

Biträdande hälsa- och sjukvårdsdirektör Sara Pütsep öppnar mötet och hälsar alla deltagare välkomna.

2 Mötesanteckningar från sammanträdet den 3 april 2023

Mötesanteckningar från föregående möte den 3 april 2023 godkänns och läggs till handlingarna.

3 Information om Geriatrikplanen

Eva Printz

Eva Printz är handläggare på Planeringsenheten, avdelning Specialiserad vård, och har projektlett arbetet med revidering av Geriatrikplanen.

Revidering av "Geriatrikplanen"

När förvaltningen fick uppdraget ändrades perspektiv från geriatrik som vårdområde till vård av äldre, med utgångspunkt i äldre patienters samlade vård. Arbetet är uppdelat i 3 steg:

1. Kartläggning, analys och prognos till 2031 (skickades till rådet i vintras),
2. Omställningsplan - beslut i juni 2023. Gäller plan för omställning av vårdval, en politisk reform som rör samtliga vårdval inkl. de som berör vård av äldre,
3. Konkret beställarplan för vård av äldre, beslut hösten 2023.

I arbetet med det första steget har man samverkat med vårdgivare och med pensionärsorganisationerna, bland annat genom workshop HT22.

Den demografisk utvecklingen är utgångspunkten till att arbetet bedrivs. De närmaste 10 åren innebär en stor ökning i åldrande befolkning. Vi behöver finna nya sätt att arbeta. Det är viktigt att detta inte blir en skrivbordsprodukt, patienter och vårdgivare måste involveras i arbetet.

Kartläggningens olika delar, centrala områden:

- Samverkan mellan vårdområden – stor utmaning, det uppstår glapp. Hur får vi uppdrag och avtal att hänga ihop, också i ett nära vårdperspektiv.
- Samverkan mellan region och kommun – central del som behöver utvecklas.
- Geriatrik på akutsjukhusen – del av nivåstruktureringen, hur ska vården delas upp, vad är funktionellt bäst, hur minskar vi antal vårdövergångar med bibehållen kvalitet.
- Förstärkt utskrivning – mindre utvärdering genomförd som visade att patienter är mycket nöjda och känner sig trygga. Rekommendation att genomföra bredare, enbart del av vårdgivare har förstärkt utskrivning.
- Olika avtalsformer – geriatrisk slutenvård finns i olika former vilket inte är optimalt för styrningen.
- Medicinsk service – olika tillgång till service, så som röntgen och labb, i de olika geriatriska verksamheterna är inte jämlik vård. Behöver hantearas.
- Lokaler – utmaning för geriatriska slutenvården.
- Kompetensförsörjning – områden där det redan idag finns utmaningar. Vi behöver mer kompetens framåt, konkurrens med den kommunala vården om samma resurser. Handlar snarast om att få personal att stanna kvar.
- Digitalisering – den äldre generationen mer digital än tidigare, måste ta med detta i tanket framåt. Utveckla fler digitala tjänster utifrån de behov man har som äldre.
- Förebyggande och hälsofrämjande - om man ska kunna möta stora grupper framöver måste denna del fungera bättre.

Status på arbetena

Omställningsplanen - nästa steg, se över avtalsformer.

Beställarplan vård av äldre – vad behöver göras konkret för att möta behov och utmaningar? Vad, hur och när ska vi göra? Handlar både om kort, mellanlång och längre sikt, men tidshorisont läggs mot 2031.

Förslag från rådet: Begreppet digitalisering för lätt tankarna lite fel. Använd förslagsvis begreppet välfärdsteknik i stället. Eva Printz tar med sig medskicket.

Kommentar/fråga från rådet: Det känns oroande med det faktum att man inte kan ge samma vård om 10 år som idag. Begreppet "sömlös vård" myntades för 20 år sedan, det hela är egentligen fortfarande olöst. Vårdvalen fragmentiserats ytterligare men löses förhoppningsvis genom Omställningsplan.

Angående förhållandet region-kommun; geriatrik riskerar bli stödfunktioner inom kommunerna. Sammanhållna team med personal från region och kommun tycks fungera väl i flera regioner. Hur arbetar man med detta?

Sara Pütsep berättar att det finns en gemensam ambition i samverkan mellan regionen och kommunerna, genom Storsthlm, att arbeta fram en plan för god och nära vård, men detta kan ta tid. En gemensam ambition om kommunalisering av hemsjukvården verkar inte vara aktuell. Regionens del, vård av äldre, går antagligen snabbare än planen i ovan samverkan. Regionen behöver fånga upp våra förändringar i samverkansarbetet. Våra förändringar måste samstämmas med kommunernas bild av vad som vore bra för dem. Detta ligger troligen i linje med "minskad fragmentisering", därmed inte sagt att det är lätt. Angående geografiskt områdesansvar finns i budget ett uppdrag om att ta fram geografiska principer vilka innebär att förhålla sig till att människor inom ett område tenderar att arbeta bättre ihop.

Kommentar/fråga från rådet: Angående kurvan som visar att vi blir allt äldre, vi måste ta med oss att äldre idag klarar sig bättre själva upp i åldrarna. Angående det förebyggande arbetet, kan exempel på detta ges?

Eva Printz berättar att det man ser framåt angående demografisk utveckling och åldrande befolkning är att gruppen äldre och gruppen mycket äldre blir mer olika än tidigare. Många lever längre och är mer hälsosamma och aktiva än tidigare, men på andra sidan av skalan finns samtidigt många som lider av kroniska sjukdomar som man förr i tiden inte överlevde. Man kan idag leva med många fler sjukdomar upp i åldrarna. En del av den åldrande gruppen kommer att ha större vårdbehov än idag, den andra mindre. Det är därför viktigt med personcentrerad vård, patienten ska kunna välja att vara eller inte vara delaktig i sin vård.

Kommentar från rådet: Angående hänsyn till olikheter, jämlik och jämställd vård och geografiska skillnader behöver man inte minst se över hälsa i jämförelse söder- och norrförorter.

Sara Pütsep berättar att ett ärende lämnats till Vårdbehovsanalys, vilket delvis bygger på folkhälsorapporten från mars och delvis är en framskrivning av hur demografien kommer se ut. Man jobbar med att ytterligare belysa geografiska områden. Sara uppfattar att samhällets kompensatoriska uppdrag ges mer fokus under denna mandatperiod. När

vi kommer fram med en beställarplan för vård av äldre kommer politiken ställa frågan vad för kompensering som behövs.

Pensionärsrådets involvering i arbetet med Beställarplan vård av äldre
Rådet ställer sig positiva i att involveras i olika forum, så som information/dialog vid rådets möten och inbjudan till workshops.

4 Övriga frågor

Införande av kognitiv gräddfil på akutmottagningarna

Rådet lyfter behovet/vinsten av en "kognitiv gräddfil" med särskilt omhändertagande på akutmottagningar vid sjukhus som inte har äldreomsorg, med avstamp i artikel från Dagens Medicin. Det bör finnas någon som tar hand om den äldre när man kommer in med förvirrat tillstånd. Tanken bör tas med till beställarplanen. Rådet inbjuds att sända förslag och synpunkter till Eva Printz, eva.printz@regionstockholm.se

5 Inhämtning av synpunkter på upphandling av prehospital läkartjänst

Anneli Jonasson och Britt Stålhandske

Anneli Jonasson och Britt Stålhandske är handläggare på enheten Geriatrik, ASIH, SPSV och Prehospital vård, avdelning Specialiserad vård. Anneli och Britt arbetar bland annat med den prehospitala läkartjänsten.

Idag leverantör Capio läkarbilar AB den prehospitala läkartjänsten, Capio har haft avtal sedan 2018. Efter augusti nästa år kan inte avtal förlängas ytterligare. Avtalsvärdet ligger på cirka 100 mkr. Förvaltningen är mycket nöjda med Capio som varit med och skapat en bra tjänst.

De prehospitala läkartjänsterna dirigeras från SOS-alarm, året runt dygnet alla dagar. Målgruppen är samtliga invånare i länet. Den prehospitala läkartjänsten är indelad i 2 funktioner; akutläkare- och jourläkarfunktionen.

Akutläkarbilen – 3st. i länet. Bilen ser ut som ambulans med loggan Akutläkarbil. I läkarbil finns team med specialistläkare och specialistsjuksköterska. Detta har visat sig vara ett lyckosamt koncept. Bilen finns i hela länet och har högsta medicinska kompetens för att hjälpa personer framför allt vad gäller sviktande vitala parametrar. Tjänsten används också för att göra bedömningar, är det många som väntar på ambulans kan dessa användas och de är mycket viktiga i den katastrofmedicinska planeringen.

Jourläkarbilen – 3st. i länet. Uppdrag av mindre akut karaktär, ofta hembesök. Tjänsten bemannas 17:00-08:00 samt dygnet runt under helger. Extra hänsyn till barn och sköra äldre eller andra som behöver vård

som inte kan anstå. Ansvar att konstatera dödsfall och vårdintyg. Kan stötta övrig prehospital vård genom att bedöma patienters behov av vård. Viktig i den katastrofmedicinska beredskapen.

Hur beställer man läkarbil? Akutläkarbil kommer automatiskt, prioriteras till svår sjukdom eller olycka via 112. Flera uttryckningar per dag. Jourläkarbil dirigeras av 112 efter bedömning av sjuksköterska på 1177. Läkare vid SoS ringer upp och gör behovsbedömning. Man behöver alltså inte själv veta att det är jourläkarbil man behöver.

Synpunkter på upphandling

Synpunkter på upphandling av prehospital läkartjänst lämnas till Helene Johnier, hälso- och sjukvårdsförvaltningen, senast den 15 juni, helene.johnier@regionstockholm.se

Återkoppling upphandling av sjuktransporter

Anneli och Britt tacka rådet för lämnade synpunkter. Upphandling är genomförd och ny leverantör blir Premedic AB.

Premedic AB är erfarna på ambulanssjukvård men nya i Stockholm. Ett antal krav ställdes vid upphandling; ökad tillgänglighet (tid), ökad kompetens och krav på utbildning. Tjänsten har omvandlats till en hälso- och sjukvårdstjänst, tidigare transporttjänst vilket möjliggjort ökad kravställning.

En undersköterska ska finnas i varje enhet, varje enhet ska ha möjlighet att ge syrgas och personalen ska vara utbildade i utryckning.

Ny personal får 60 timmar basutbildning med krav på repetition och kompetensutveckling.

Alkoholmätning genomförs vid varje nytt arbetspass, ett kommunikationsstöd har tagits fram med beaktande av kognitiv nedsättning med mera. Nya rutiner kring grundläggande ledsagning framtagna (exempelvis att man tillser att hörselutrustning följer med), utdrag från belastningsregistret görs vid anställning.

Rådets synpunkter på upphandlingen har delgivits tjänstens personal.

Elrullstol/rullstolar som inte kan fällas ihop kan inte tas med i sjuktransport. Förvaltningen har skrivit in i avtal att leverantör måste lösa att få med sig rullstol, samverkan bedrivs med trafikförvaltningen.

Synpunkt från rådet: 3 plus 3 bilar låter lite för länet, sett till de vinster som finns med att inte behöva åka till akuten.

Britt Stålhandske berättar att det finns optioner i avtal att utöka användningen vid behov.

Tydliggörande: Helikopter räknas som ambulans (läs utrustningsnivå/kapacitet) och samarbetar ofta med akutläkarbil.

6 Status geografiskt samordnande vårdcentral

Gunilla Benner Forsberg

Gunilla Benner Forsberg är handläggare på enheten Psykiatri och samverkan, avdelning Närsjukvård. Gunilla arbetar främst med kommunsamverkansfrågor.

Uppdraget med samordnande vårdcentraler började i och med pandemin, någon vårdcentral skulle då utses att ansvara för kommunikationen till övriga vårdcentraler inom kommun/stadsdel. Uppdraget fungerade väl varför det permanentades redan 2021 genom förfrågningsunderlag.

Uppdraget med samordnande vårdcentral framgår av den huvudöverenskommelse om hälsa, vård och omsorg (HÖK) som ingåtts mellan regionen och kommunerna i länet. Överenskommelsen är övergripande till sin natur men pekar på strukturen för samverkan. Samverkan bedrivs på politisk nivå, tjänstemannanivå genom en tjänstemannagrupp och samrådsgrupper (5st. inkl. "Äldres hälsa"). Överenskommelsen innehåller även skrivning om lokal samverkan.

Regionen har åtagit sig ansvar för att det ska finnas en samordnande vårdcentral i varje kommun/stadsdel. Kommunerna ska svara upp med en kommunal kontaktperson för denna vårdcentral.

Fråga från rådet: Räcker de men en kontakt/kommun?

Gunilla berättar att upplägget skiljer sig något mellan kommunerna men det ska vara klart för vården vem på kommunen som ska kontaktas. Arbetet håller på att färdigställas.

Geografisk samordning innebär inte enbart samordnande av de lokala vårdcentralerna utan även samordning av andra aktörer, sås om BVC, BMM och civilsamhällesorganisationer.

Alla vårdcentraler ska medverka i samverkan men en vårdcentral är ansvarig för samordningen och utgör ingång för kontakt till övriga vårdcentraler. De lokala vårdcentralerna har tillsammans utsett en samordnande vårdcentral, vilket fungerat bra (läs konkurrens).

Den samordnande vårdcentralen har ansvar för att kalla till nätverksmöten. I vissa områden fanns redan motsvarande sådana och i dessa fall har uppdraget kopplats i befintlig samverkan. Den samordnande vårdcentralen ska arbeta för ett högt deltagande vid samverkan, vilket i de flesta fall fungerat bra.

I uppdraget ingår att identifiera och prioritera områden för samverkan. Många har valt att fördjupa sig mot äldre i olika sammanhang (ex. kognitiv svikt, beroendefrågor). Andra jobbar mer med barn- och ungas psykiska hälsa. En handlingsplan för genomförande av dessa områden tas fram och en närområdesplan för att identifiera vem som gör vad inom området. Uppdraget innefattar särskilt ansvar för krisstöd. SLSO har följt upp hur arbetet fungerar. Vad gäller äldre frågor har man hittat bra samverkan men denna märks inte alltid för den enskilde.

Synpunkt från rådet: Vetskap om samordningsansvaret är inte känt i alla kommunala pensionärsråd eller kommunala nämnder. Det är viktigt att informationen utgår även till dessa parter, samverkan kan understödjas genom kommunala politiska beslut.

Gunilla menar att kommunikationen inte allt är lätt, man har genomfört en mängd insatser i samverkan med kommunerna. Sedan har kommunerna ett ansvar för att sprida informationen.

Reflektioner från samordnande VC

- Grundarbetet att kartlägga aktörer är viktigt.
- I regel hålls bra kontakt med kommunerna.
- Byte av personer/personal försvårar samverkan.
- Problemområden har identifierats, handlingsplaner har kommit olika långt i olika kommuner.

Roller

HSF gav uppdrag om samordnande vårdcentral i förfrågningsunderlag. Ersättning för uppdraget utgår.

SLSO har uppdrag att stödja och vägleda de samordnande vårdcentralerna och rapporterar till HSF som följer upp uppdraget.

HSF kommer att genomföra en vanlig uppföljning utefter förfrågningsunderlaget. Ytterligare uppföljning är inte planerad.

Regionen anordnar inspirationsträffar för/med de samordnande vårdcentralerna för utbyten kring hur man arbetar och goda exempel. Exemplet sammanställs vid HSF.

Vid anteckningarna

William Stampe

Nästa möte i rådet hålls den 28 augusti 13:00