Region Stockholm

20

Svar på skrivelse från (L) (M) (KD) (C) (MP) och (SD) om coronapandemins påverkan på hälso- och sjukvården

HSN 2020-0681

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Planeringschef
Sara Pütsep

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2020-10-01

HSN 2020-0681

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Svar på skrivelse från (L) (M) (KD) (C) (MP) och (SD) om coronapandemins påverkan på hälso- och sjukvården

Ärendebeskrivning

I en skrivelse från Liberalerna, Moderaterna, Kristdemokraterna, Centerpartiet och Miljöpartiet samt Sverigedemokraterna har hälso- och sjukvårdsdirektören fått i uppdrag att analysera hur coronapandemin påverkar hälso- och sjukvården på kort och lång sikt och att beskriva strategin för hälso- och sjukvården i regionen efter coronapandemin.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Bilaga – Rapport om coronapandemins påverkan på hälso- och sjukvården
Skrivelse från (L) (M) (KD) (C) (MP) och (SD) om coronapandemins påverkan på hälso- och sjukvården

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

1. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att återkomma till nämnden med en uppdaterad lägesbild av hälso- och sjukvården i regionen samt förslag på åtgärder som bör prioriteras för att säkerställa ett jämlikt vårdutbud utifrån befolkningens vårdbehov.

2. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att genomföra de föreslagna folkhälsoåtgärder som kan inledas under 2020 inom befintlig budget, samt att, inom ramen för verksamhetsplaneringen 2021, beakta vilka åtgärder som kan vidtas 2021 för att verka för en jämlik hälsa.

3. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att återkomma till nämnden med en uppdaterad lägesbild av utbildningsuppdraget samt eventuella behov av ytterligare åtgärder.

4. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att, med utgångspunkt i den oberoende utvärdering av hanteringen av covid-19-pandemin som regiondirektören ska redovisa för regionstyrelsen i december 2020, återkomma med förvaltningens utvärdering och förslag på åtgärder för hälso- och sjukvårdsnämndens räkning.

5. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att återkomma till nämnden med en handlingsplan för hur ersättningsmodeller, ersättningsnivåer samt metoder för uppföljning ska samverka för fortsatt implementering av den digifysiska vårdgarantin, för att tillvarata värdet av den digitalisering som Covid-19-pandemin medfört.

6. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att, i syfte att ta vara på de positiva lärdomarna från covid-19-pandemin avseende operativ samverkan runt patienten, vidta åtgärder för att utveckla formerna för samverkan mellan vårdgivare inom den nära vården och kommunernas vård och omsorg.

7. I övrigt anses skrivelsen besvarad.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
Under pågående covid-19-pandemi lade den styrande majoriteten en skrivelse i hälso- och sjukvårdsnämnden, som Sverigedemokraterna anslöt sig till. Hälso- och sjukvårdsdirektören uppdrogs att analysera hur covid-19-pandemin påverkar hälso- och sjukvården på kort och lång sikt samt att redogöra för en strategi för hälso- och sjukvården efter pandemin.

För att kunna belysa hur hälso- och sjukvården påverkats av covid-19-pandemin och vilka strategier som behöver vidtas belyser hälso- och sjukvårdsförvaltningen (förvaltningen) ett antal analysområden i bifogad rapport. I rapporten redogörs också för de strategier och arbeten som pågår för att säkra en god hälso- och sjukvård under pågående covid-19-pandemi och efter att pandemin klingat av.

I rapporten av pandemins påverkan på hälso- och sjukvården redogörs först för (1) Covid-19-pandemins utbredning i Region Stockholm, samt dess

direkta påverkan på hälso- och sjukvårdssystemet och, mycket översiktligt, de åtgärder som vidtagits från utbrottet fram till nu.

Sedan redogörs för (2) förvaltningens bedömning av hur vårdbehovet har påverkats av pandemin, samt förvaltningens arbete med att säkra att invånarnas vårdbehov ska kunna tillgodoses.

Därefter beskrivs (3) hur befolkningens hälsa (folkhälsan) kan påverkas av pandemin och identifierade åtgärder som kan minska negativa effekter på befolkningens hälsa.

Sedan beskrivs (4) hur arbetet med pandemin påverkat förutsättningar att utbilda kommande generations vårdpersonal, samt vilka åtgärder som vidtagits på området.

I nästa stycke beskrivs (5) hur vårdgivarna, såsom marknadsaktörer, påverkats av pandemin och vilka åtgärder som vidtagits av förvaltningen för att säkerställa att marknadseffekterna inte blir sådana att de påverkar förutsättningarna för att tillgodose invånarnas vårdbehov.

Då det mest intensiva arbetet med att stävja pandemins effekter klingat av finns också möjlighet att dra lärdomar av regionens kris-, katastrof- och pandemihantering, i syfte att förbättra beredskapen för möjliga kommande kriser. Detta arbete redogörs för i stycke (6).

De ekonomiska effekterna för hälso- och sjukvårdsnämnden beskrivs i stycke (7), liksom de kända ekonomiska planeringsförutsättningar som förvaltningen står inför.

Pandemin och den kraftiga omställningen av vården har också inneburit ett antal positiva lärdomar som bör befästas. Dessa presenteras i stycke (8) i rapporten.

Överväganden
Förvaltningens samlade bedömning är att covid-19-pandemin fått och kommer att få stor kort- och långsiktig påverkan på hälso- och sjukvården i Region Stockholm. Under våren har det visat sig att hälso- och sjukvårdssystemet har en sådan resiliens, eller robusthet, som möjliggjort en kraftig omställning under pandemins mest kritiska fas. Förvaltningen bedömer att den långsiktiga påverkan kommer att vara kännbar för regionen genom nya, förändrade och uppdämda vårdbehov, direkt och indirekt försämrad hälsa och försämrade ekonomiska förutsättningar. Ett

antal strategier har utarbetats för att hantera dels den fortsatta pandemin, dels hälso- och sjukvården efter pandemin.

Under fortsatt pandemi är huvudstrategin att fortsätta följa och förebygga smittspridningen. Beredskapen för att hantera vidare smittspridning och lokala utbrott utifrån folkhälsomyndighetens skisserade scenarier är, och behöver fortsatt vara, god. Viktiga strategier är att fortsätta kommunicera med invånarna om att följa Folkhälsomyndighetens rekommendationer samt att erbjuda testning för pågående covid-19-infektion och efterföljande smittspårning av positiva fall. Att erbjuda antikroppstester brett och att förbereda regionens vårdgivare för att kunna tillhandahålla vaccin, när detta blir möjligt, är också det viktiga strategier för återstarten av samhället, samt för att förhindra ytterligare ohälsa.

När det gäller nya, förändrade och uppdämda vårdbehov är förvaltningens strategi att aktivt följa hur tillgängligheten utvecklas inom respektive vårdområde. Även om pandemiläget väsentligt förbättrats kvarstår tendenser till förändrade sökmönster. Om dessa tendenser håller i sig skulle vi kunna tala om ett minskat långsiktigt vårdbehov, vilket skulle frigöra resurser till att hantera den planerade vård som fått anstå under pandemin. Här behöver förvaltningen följa hur sökmönstren utvecklar sig noggrant under en lägre period innan någon bedömning kan göras. Om söktrycket snabbt ökar till primvård och sedan vidare till specialistvården för utredningar och åtgärder kan den vård som undanträngts under pandemin snabbt generera en mer omfattande kösituation än den förvaltningen idag får indikationer om. Givet regionens ekonomiska situation, som beskrivits närmre i rapporten i stycket om ekonomi (7), kan vårdutbudsbegränsningar komma i fråga och förvaltningens strategi kommer då att vara att, i linje med hälso- och sjukvårdslagen, säkerställa att de som har störst vårdbehov får företräde till vård.

När det gäller de folkhälsoåtgärder som föreslås i rapporten är de strikt prioriterade för att verka för jämlik hälsa och ökad resiliens mot de negativa effekter pandemin riskerar att medföra. Här återstår för förvaltningen att väga dessa insatser ekonomiskt mot förvaltningens ekonomiska ram.

Inom utbildningsområdet behöver förvaltningen väga produktivitet i omhändertagande av ett uppdämt vårdbehov mot produktiviteten i utbildningen av vårdens framtida medarbetare. Förvaltningens strategi är att föra en kontinuerlig dialog med vårdgivarna för att nå en rimlig balans mellan dessa intressen.

När det gäller marknadseffekter har förvaltningen att väga befolkningens behov av vård samt ekonomiska effekter på vårdgivare med och mot juridiska förutsättningar för att betala ut ersättningar till vårdgivare och förvaltningens ekonomi. Vilka åtgärder förvaltningen vidtagit utifrån dessa avvägningar redogjorts för i rapporten i avsnittet om marknadseffekter (5).

Överväganden avseende kris- och katastrofberedskap samt epidemiberedskap har ännu inte gjorts, utan där inväntas det externa utvärderingsarbetet.

I arbetet med befästa positiva erfarenheter är förvaltningens strategi att gå fram med förslag på åtgärder som har positiv effekt på hälso- och sjukvården som system. De förslag till åtgärder som presenteras i rapporten avseende digitaliseringen och samverkan kring enskilda patienter är områden som under lång tid varit föremål för uppdrag, utredningar och satsningar. Genom de nya arbetssätt och samarbetsformer som föddes under covid-19-pandemin har nu förutsättningar skapats för att ta nästa steg i utvecklingen av dessa områden.

Ekonomiska konsekvenser
De ekonomiska konsekvenserna av pandemin är omfattande och beskrivs i rapportens avsnitt 5. Här nedan beskrivs förväntade ekonomiska konsekvenser av förslag till beslut.

Förslaget (1) om att återkomma till nämnden med en uppdaterad lägesbild av hur vårdbehovet tillgodoses post covid-19 föranleder i detta utredningsskede inga ytterligare ekonomiska konsekvenser utöver administrativa utredningsresurser. Förslaget (2) att genomföra de föreslagna folkhälsoåtgärderna ska ske inom ram 2020 och inom ramen för verksamhetsplaneringen 2021. Förslaget (3) om att återkomma till nämnden med en uppdaterad lägesbild av utbildningsuppdraget föranleder i detta utredningsskede inga ytterligare ekonomiska konsekvenser utöver administrativa utredningsresurser. Förslaget (4) om fortsätt utvärdering av epidemiberedskapen och stabsarbetet föranleder i detta utredningsskede inga ytterligare ekonomiska konsekvenser utöver administrativa utredningsresurser. Förslaget (5) om att återkomma med en handlingsplan för fortsatt implementering av den digifysiska vårdgarantin föranleder i detta utredningsskede inga ytterligare ekonomiska konsekvenser utöver administrativa utredningsresurser. Förslaget (6) om vidta åtgärder för att utveckla formerna för samverkan mellan vårdgivare inom den nära vården och kommunernas vård och omsorg föranleder i detta skede inga ytterligare

ekonomiska konsekvenser. De förslag som utredningarna må generera kommer att beskrivas mer i detalj inom respektive utredning.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Förslagen väntas inte ha direkta effekter på risken för vårdskada. Samtliga förslag syftar, i vid bemärkelse, till ett förbättrat omhändertagande av patienter.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
De förslag som avser folkhälsoinsatser syftar till jämlik vård.

Miljökonsekvenser
Förslagen väntas inte ha direkta miljöeffekter.

Administrativa konsekvenser
Utredningsförslagen väntas ta hälso- och sjukvårdsförvaltningens tid och kompetens i anspråk. I den utsträckning som information behövs från vårdgivare kan deras resurser också komma att tas i anspråk.

Björn Eriksson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Sara Pütsep
Planeringschef

Beslutet ska skickas till
Akten

Godkänd av Björn Eriksson, 2020-10-01

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

HSN 2020-0681

Rapport om coronapandemins påverkan på hälso- och sjukvården

Bakgrund

Under pågående covid-19-pandemi lade den styrande majoriteten en skrivelse i hälso- och sjukvårdsnämnden, som Sverigedemokraterna anslöt sig till. Hälso- och sjukvårdsdirektören uppdrogs att analysera hur covid-19-pandemin påverkar hälso- och sjukvården på kort och lång sikt samt att redogöra för en strategi för hälso- och sjukvården efter pandemin.

För att kunna belysa hur hälso- och sjukvården påverkats av covid-19-pandemin och vilka strategier som behöver vidtas belyser hälso- och sjukvårdsförvaltningen (förvaltningen) ett antal analysområden i denna rapport. Här redogörs också för de strategier och arbeten som pågår för att säkra en god hälso- och sjukvård under pågående covid-19-pandemi och efter att pandemin klingat av.

Rapportens disposition

I rapporten av pandemins påverkan på hälso- och sjukvården redogörs först för (1) Covid-19-pandemins utbredning i Region Stockholm, samt dess direkta påverkan på hälso- och sjukvårdssystemet och, mycket översiktligt, de åtgärder som vidtagits från utbrottet fram till nu.

Sedan redogörs för (2) förvaltningens bedömning av hur vårdbehovet har påverkats av pandemin, samt förvaltningens arbete med att säkra att invånarnas vårdbehov ska kunna tillgodoses.

Därefter beskrivs (3) hur befolkningens hälsa (folkhälsan) kan påverkas av pandemin och identifierade åtgärder som kan minska negativa effekter på befolkningens hälsa.

Sedan beskrivs (4) hur arbetet med pandemin påverkat förutsättningar att utbilda kommande generations vårdpersonal, samt vilka åtgärder som vidtagits på området.

I nästa stycke beskrivs (5) hur vårdgivarna, såsom marknadsaktörer, påverkats av pandemin och vilka åtgärder som vidtagits av förvaltningen för att säkerställa att marknadseffekterna inte blir sådana att de påverkar förutsättningarna för att tillgodose invånarnas vårdbehov.

Då det mest intensiva arbetet med att stävja pandemins effekter klingat av finns också möjlighet att dra lärdomar av regionens kris-, katastrof- och pandemihantering, i syfte att förbättra beredskapen för möjliga kommande kriser. Detta arbete redogörs för i stycke (6).

De ekonomiska effekterna för hälso- och sjukvårdsnämnden beskrivs i stycke (7), liksom de kända ekonomiska planeringsförutsättningar som förvaltningen står inför.

Pandemin och den kraftiga omställningen av vården har också inneburit ett antal positiva lärdomar som bör befästas. Dessa presenteras i stycke (8) i rapporten.

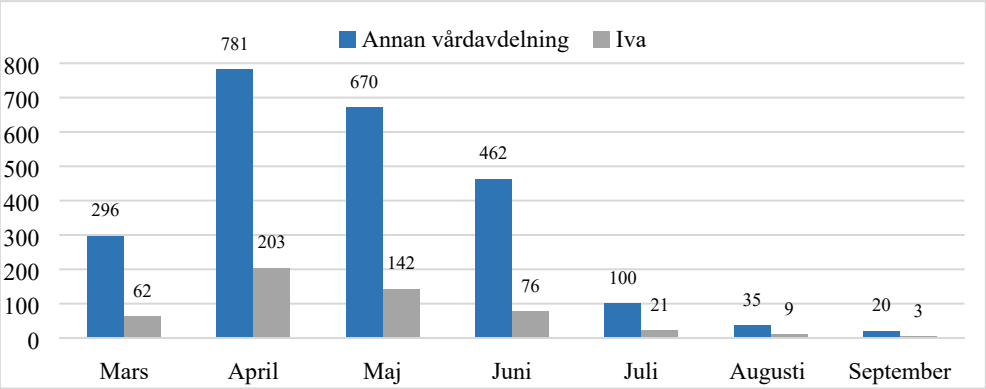
Slutligen summeras förvaltningens samlade bedömning av pandemins kort- och långsiktiga påverkan på hälso- och sjukvårdssystemet samt vilka strategier som behöver vidtas och arbeten som pågår.

1. Covid-19-pandemins utbredning i Region Stockholm och direkta åtgärder

På nyårsafton 2019 rapporterades att 27 personer i Kina satts i karantän efter att ha smittats av en då oidentifierad lungsjukdom. Spridningen av viruset sars-cov-2, som orsakar den sjukdom som kommit att kallas covid-19, utvecklade sig sedan till en pandemi (av grekiskans pandemias, ”hela folket”) som spridits över världen. Det första bekräftade fallet i Sverige rapporterades i slutet av januari; den smittade hade då satt sig själv i karantän. Fokus kom sedan att riktas mot de sportlovsturister som vände hem från Italien, där smittan tidigt fick fäste, men undersökningar har sedermera visat att smittan fördes till Sverige från flera olika länder.

I slutet av februari bekräftades det första infektionsfallet i Stockholms län. Antalet smittade eskalerade sedan under mars månad, vilket också speglades i behovet av sjukvård. Antalet inneliggande vårdade, på intensivvårds- eller annan avdelning, var som högst under april månad, vilket syns i diagram 1 nedan.

Diagram 1. Medelantal av covid-19 patienter inneliggande på IVA eller annan avdelning per månad från 19 mars t.o.m 10 september rapporterat från Region Stockholm[1]



Vid tillfället för författandet av denna analys – den 16 september 2020 – har 23 526 personer bekräftats vara smittade och 2 400 personer med covid-19 avlidit i Region Stockholm.

Covid-19-pandemin har slagit hårt i Region Stockholm och medfört lidande och stor påfrestning för sjukdomsdrabbade och deras anhöriga, för särskilt sårbara personer som tillhör riskgrupper vars tillvaro kringskurits och

[1] Medeltalen grundas på data från de dagar i mars-augusti när Region Stockholm rapporterat dessa siffror

begränsats och för de patienter vars vård skjutits upp, ställts in eller flyttats för att klara den akuta vård som inte kunnat anstå. Påverkan på arbetsmarknad och ekonomi har medfört ekonomisk osäkerhet och oro i tillvaron.

Region Stockholm ställde snabbt om hela hälso- och sjukvårdssystemet för att möta covid-19-pandemin, ta hand om de svårast sjuka och förhindra smittspridning. Regionen gick upp i förstärkningsläge och insatserna samordnades av den regionala särskilda sjukvårdsledningen (RSSL) i dagligt tätt samarbete med de lokala särskilda sjukvårdsledningarna (LSSL) hos vårdgivarna. Samarbetet var också tätt med berörda myndigheter och kommuner. Ett intensivt arbete med smittspårning inleddes. Älvsjö sjukhus med 600 vårdplatser färdigställdes som reservkapacitet vid händelse av katastrofläge. Intensivvårdsplatserna fyrdubblades och räckte till. Ett omfattande arbete med att säkra skyddsutrustning genomfördes. Slutenvårdsplatser ställdes om och den avancerade hemsjukvården, liksom läkarinsatser inom särskilda boenden för äldre och basal hemsjukvård, skapade nya rutiner för omhändertagande i syfte att säkra vårdbehov genom mer vård i patientens hem och minska smittrisk. Medarbetare samarbetade och löste uppgifter som ingen tidigare ställts inför. Vården bedrevs på ett annat sätt; mer digitalt, mer i hemmet och tält och baracker användes för att separera vårdflöden. Smittspårningen har fortsatt, med olika fokus, under hela pandemin, beroende på epidemiläge och tillgång till provtagning. Ett system för att ta tusentals prover varje vecka sjösattes.

För att minska smittspridning, hushålla med skyddsutrustning och läkemedel och för att säkerställa att sjukvårdspersonal kunde verka där behoven var som störst beslutades i slutet av mars att sådan planerad (elektiv) vård som kunde senareläggas utan allvarliga medicinska konsekvenser skulle skjutas upp. I slutet av maj fattades beslut om att delar av den elektiva vården kunde återupptas. Region Stockholm har i skrivande stund, den 16 september 2020, kontroll över smittspridningen och från den 1 september 2020 skjuts ingen elektiv vård längre upp på grund av risk för smittspridning eller behov av att omfördela resurser till covid-19-vården.

Under fortsatt pandemi är regionens huvudstrategin att fortsätta följa och förebygga smittspridning. Regionen planerar för att kunna möta den fortsatta pandemin utifrån Folkhälsomyndighetens olika scenarier,

- Scenario 0, spridningen avtar under hösten.
- Scenario 1, ojämn spridning, en spridning som snabbt tilltar hösten 2020 och sedan snabbt avtar för att sedan öka och minska igen.

- Scenario 2, jämn spridning, en mer utdragen och jämnt ökande spridning.

Viktiga strategier är att bevaka läget, fortsätta arbeta preventivt och kommunicera med befolkningen om att följa folkhälsomyndighetens rekommendationer samt att erbjuda testning för pågående covid-19-infektion och efterföljande smittspårning av positiva fall. Att förbereda regionens vårdgivare på att kunna tillhandahålla vaccin, när detta blir möjligt, är också det en viktig strategi. Beredskap upprätthålls också för att snabbt kunna vidta åtgärder för att skala upp vårdplatser inkl. IVA-platser och ha skyddsutrustning/annat material på plats vid snabbt tilltagande ökning i smitta.

För alla som arbetat med covidvården och andra patientgrupper under pandemin har våren varit särskilt påfrestande. Under pandemin har hälso- och sjukvården ställt om för att möta den stora ökningen av patienter i allmänhet och IVA-patienter i synnerhet. För att klara den stora omställningen rekryterade verksamheterna bl.a. nya medarbetare, ökade inhyrningen av personal, återkallade icke-lagstadgade ledigheter samt beordrade medarbetarna att arbeta övertid. Vårdgivare utanför akutsjukhusen, med olika typer av avtal med regionen, har bidragit med personal till akutsjukvården. Ovanstående insatser var inte tillräckliga för att klara bemanningen av IVA-verksamheten och Region Stockholm begärde därför att Sveriges Kommuner och Regioner skulle aktivera Krislägesavtalet, vilket gjordes den 3 april. För att säkerställa vården under sommaren samtidigt som medarbetarna skulle kunna få sin välförtjänta och lagstadgade semester, har Krislägesavtalet varit fortsatt aktivt under sommaren. Antalet medarbetare som varit anvisade på Krislägesavtalet har succesivt minskat.

Det är alltid utmanande att planera bemanningen under sommaren. I år har det varit extra svårt med tanke på osäkerhet runt pandemins utveckling. När semesterperioden inleddes prioriterade verksamheterna att förlägga fyra veckors semester till de medarbetare som så önskat. I några enstaka verksamheter, såsom t.ex. förlossningen, har några medarbetare fått tre veckors sammanhängande semester under sommarmånaden medan den fjärde veckan förlagts till september.

För att summera kan konstateras att vårdbehovet, befolkningens sökmönster, vårdproduktionen och vårdkonsumtionen såg mycket annorlunda ut under mars-juni 2020 jämfört med en vanlig vår. under sommaren har situationen varit mer normal och till vissa delar bättre än

normalt avseende tillgång till vårdplatser och snabbt omhändertagande av kommunerna. Nu står vi inför en höst och vinter där vi ska möta de nya, förändrade och uppdämda vårdbehov som invånarna har. Och samtidigt upprätthålla en god beredskap för eventuell ökad spridning av Covid-19.

2: Pandemins påverkan på vårdbehov

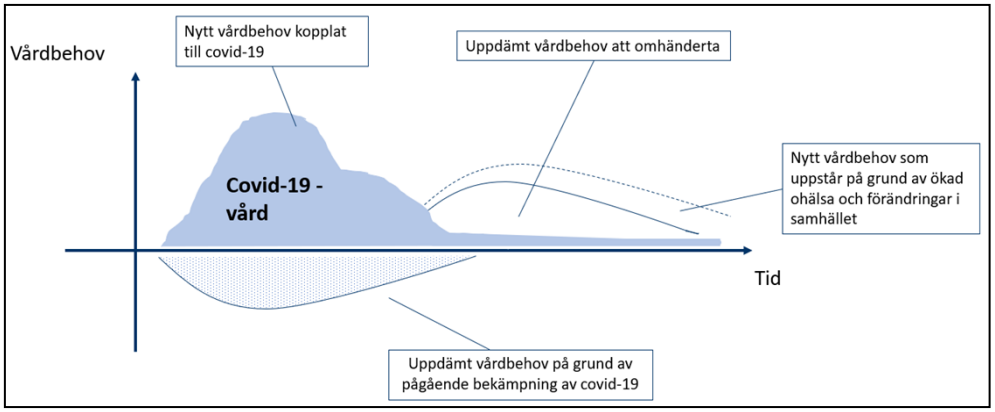
Under våren 2020 har, som beskrivits ovan, stora ansträngningar gjorts för att möta det behov av vård som covid-19-pandemin har inneburit. Personella och materiella resurser har styrts om för att säkra vården av covid-19-patienter och övriga akuta och imperativa vårdbehov[2]. Beslut fattades om att planerad vård fick anstå. Samtidigt påverkades också befolkningens sökmönster mer indirekt. Stora delar av den vård som dagligen utförs i regionen rör personer med kroniska sjukdomar. Vissa sådana, som diabetes och hjärt-och kärlsjukdom, innebär en risk för svårare symtom vid covid-19-smitta. Personer som tillhör sådan riskgrupp har rekommenderats att minimera sina kontakter med andra människor, vilket inneburit en minskning av deras kontakter med hälso- och sjukvården. De allmänna rekommendationerna om färre sociala kontakter kan också antas ha påverkat en mer allmän benägenhet att söka vård på husläkarmottagningar, närakuter och andra delar av första linjens vård.

Såväl beslut om att ställa in planerad vård, som den minskade sökbenägenheten har sammantaget gett färre första besök, vilket i sin tur ha genererat färre utredningar, färre behandlingar och mindre behov av rehabilitering.

När den elektiva vården nu återupptagits fullt ut från den 1 september 2020 behöver regionen ha beredskap för att ta igen vård som fått anstå under våren. De behov av vård som nu behöver mötas kan dock inte antas vara identiska med de behov som fanns före pandemin. Förvaltningen har fått vissa indikationer från vårdgivare om att söktrycket inom flera vårdområden varit lägre än normalt under sensommaren, något som innan eventuella slutsatser om förändrade sökmönster kan dras, behöver följas upp mer systematiskt. Utöver ett rent uppdämt vårdbehov har vi att ta hänsyn till vårdbehov som uppstår till följd av genomgången covid-19-infektion och vårdbehov som uppstått i större grupper på grund av ökad ohälsa och förändringar i samhället. Detta illustreras i figur 1.

[2] Imperativ vård är vård som inte behöver utföras omedelbart men inom en kort tidsrymd för att tillståndet inte ska förvärras, till exempel vissa canceroperationer.

Figur 1. Förändrat vårdbehov



I detta avsnitt beskrivs hur pandemin påverkat respektive vårdområde: närsjukvård (primärvård och habilitering), psykiatri, somatisk specialistvård inklusive cancervård och barnsjukvård, specialiserad rehabilitering samt geriatrisk vård och tandvård, eventuell bedömning av förändringar i vårdbehov samt en värdering av värdet av den vård som behöver omhändertas framåt. Slutligen beskrivs hur hälso- och sjukvårdsförvaltningen arbetar för att omhänderta det framtida vårdbehovet.

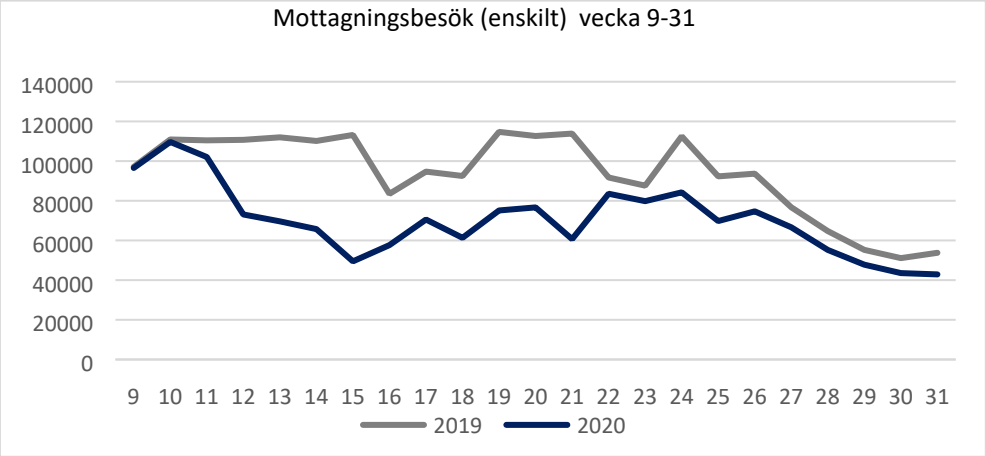
Påverkan på närsjukvården

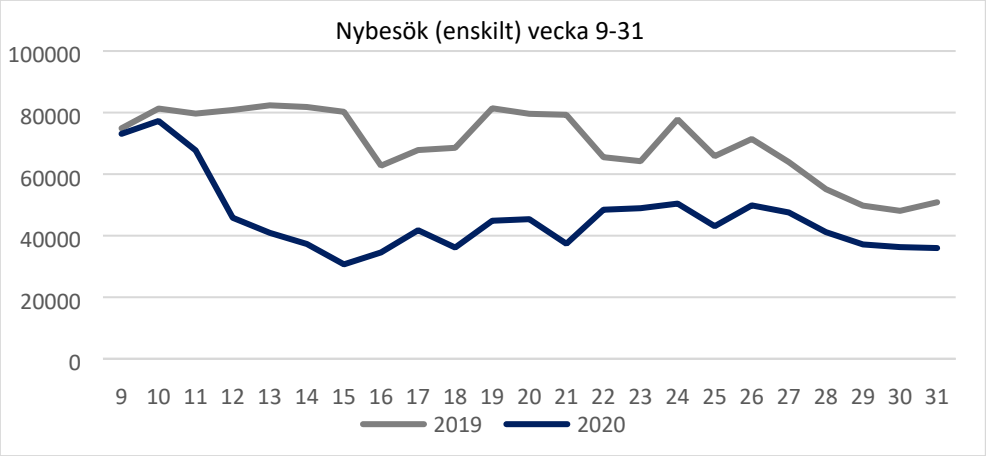
Här beskrivs pandemins påverkan på område primärvård, vilket omfattar öppenvård inom husläkarmottagning, närakuter, barnavårdscentral, barnmorskemottagning, barnmedicinska mottagningar, rehabilitering mm. Område husläkarmottagning omfattar husläkarmottagning, psykosocialt uppdrag och hemsjukvård. Därtill beskrivs i detta stycke påverkan på habilitering.

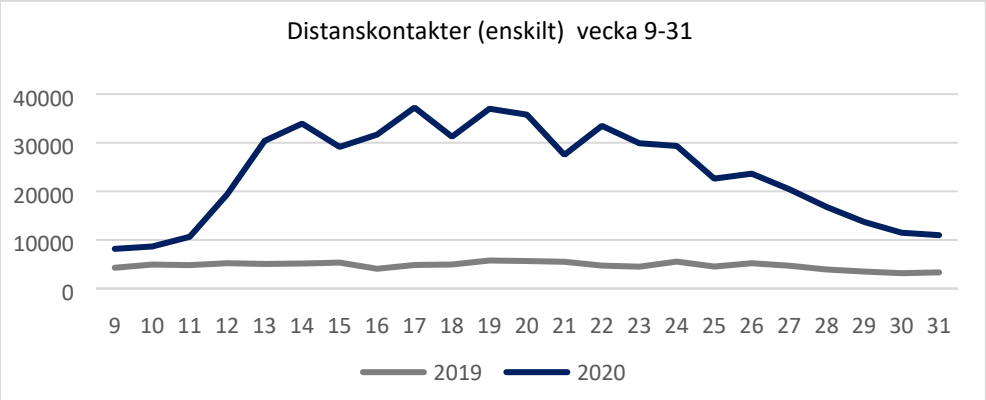
Den nära vården har kraftigt ställt om under pandemin mot ett ökat omhändertagande i hemmet och, när möjligt, genom digitala kontakter. Detta innebär att en stor del av det normala vårdbehovet omhändertagits, men på ett annat sätt än tidigare.

Inom husläkarverksamheten sågs ett kraftigt minskat söktryck under pandemins tidiga veckor. Mottagningsbesök och nybesök gick ner kraftigt mellan vecka 10 och vecka 21 för att sedan plana ut. Samtidigt har antalet distanskontakter ökat kraftigt och kunnat ersätta fysiska besök i stor utsträckning.

Diagram 2 a-c. Mottagningsbesök, nybesök och distanskontakter inom primärvård inkl. fysioterapi. Vecka 9-31, 2019 respektive 2020.

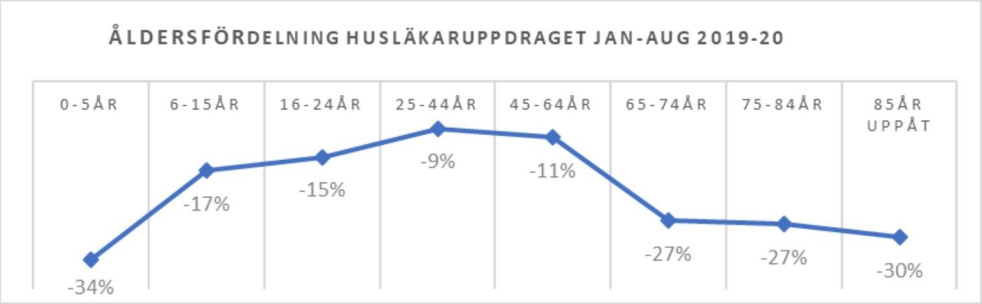






Den största besöksminskningen finns i de yngsta och de äldsta åldersgrupperna, vilket beskrivs i diagrammet nedan. Diagrammen ger dock inte hela sanningen. Många patientkontakter har också hanterats via telefon och chatt och dessa kontakter registreras inte. Flera husläkarmottagningar vittnar om ett ökat söktryck via telefon. Även hemsjukvård under jourtid har hanterats via telefon och kommuner/stadsdelar åtog sig att utföra insatser på delegation, vilket inte heller syns i diagrammen. Även om vi i nuläget inte har några data över anhöriginsatser är det förvaltningens bedömning att anhörigas insatser för närstående med vårdbehov varit mycket omfattande under pandemin.

Tabell 1. Bortfall besök per åldersgrupp, januari-augusti 2020 jämfört med motsvarande period 2019.



Under våren har antalet inskrivna patienter i den basala hemsjukvården ökat, vilket påverkar resursbehovet för husläkarmottagningarna och utförarna av hemsjukvård under jourtid.

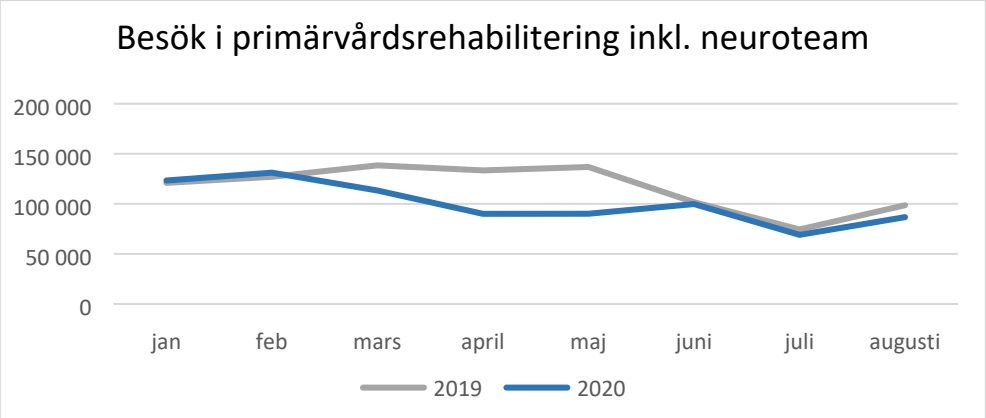
Inom det psykosociala uppdraget ökade besöken totalt sett under första halvåret 2020. Under mars-april minskade besöksantalet jämfört med januari-februari, men inte jämfört med samma period föregående år. Samtidigt minskade antalet individer som fick vård med 14 procent vilket innebär att färre individer fick fler besök.

Vid en fördjupad analys av besöksminskningen inom husläkaruppdraget kan konstateras att uteblivna besök såsom årskontroller (hypertoni, diabetes, astma mm) samt besök för psykisk ohälsa kommer att behöva tas igen under hösten. Därutöver kan ett ökat vårdbehov på grund av covid-19-pandemins effekter förväntas inom samtliga segment inom första linjens psykiatri.

Inom primärvårdsrehabilitering har delar av verksamheten stannat av helt eller delvis under pandemin. Det gäller t.ex. mottagningsbesök,

gruppbehandling och patientskolor, vilket kan medföra ökat tryck längre fram och patienter med sämre status än om de hade fått insatser redan nu. Samtidigt har möjligheten till digital vård medfört att en del patienter kunnat få vissa rehabiliteringsbehov tillgodosedda, vilket väntas minska det uppdämda vårdbehovet. Den pågående pandemin innebär ett nytt behov av rehabilitering för patienter som genomgått svår covid-19. För vissa kommer åtgärder att behöva pågå under en längre tid. Dessa patienter kan komma att bli aktuella inom såväl basuppdraget som inom neuroteam-uppdraget. Sammantaget ser vi en risk för att behovet av primärvårdsrehabiliterande insatser kan komma att öka.

Diagram 3. Besök i primärvårdsrehabilitering inklusive neuroteam. Januari- augusti 2019 respektive 2020.



Inom området habilitering har en hel del vårdkontakter fått anstå under pandemin. 95 procent av de besök som uteblivit under perioden bedöms behöva tas igen under hösten.

Värdering av vård som kan behöva tas igen inom närsjukvård

Totalt bedöms värdet av den vård som behöver tas omhand igen inom närsjukvården, inklusive habiliteringen, uppgå till cirka 214 mkr. Förvaltningen bedömer att denna vård till stor del kommer att kunna omhändertas inom ramen för befintliga vårdavtal och kommer fortsatt noga följa om det uppstår särskilda köer inom enskilda vårdområden.

Påverkan på psykiatrin

Område psykiatri omfattar öppen- och slutenvård inom allmänpsykiatrisk verksamhet, beroendevård, barn- och ungdomspsykiatri, länsakuter, ätstörningsvård, vård för hemlösa mm. Inom den psykiatriska specialistvården har slutenvårdvolymerna minskat något under pandemin,

men denna vård bedöms inte att vara av sådan art att den kommer att behöva tas igen. Inom den psykiatriska öppenvården har antalet besök inte minskat under perioden generellt, utan fysiska besök har till stor del kunnat ersättas av distanskontakter. Inom vissa områden såsom barn- och ungdomspsykiatrin, framför allt för utredning och behandling, kommer dock ett uppdämt vårdbehov att behöva tas om hand. Uteblivna besök här kan även bidra till ett högre tryck för uppdraget som avser lättare till måttlig psykiska ohälsa inom Husläkaruppdraget. Farhågor finns att patienter inte sökt vård i samma utsträckning och att de under hösten kommer vara i behov av mer insatser.

Värdering av den vård som kan behöva tas igen inom psykiatrin

Förvaltningens bedömning är att det endast finns ett mindre uppdämt vårdbehov inom psykiatrin och att detta kommer att kunna omhändertas inom ramen för befintliga vårdavtal. Förvaltningen kommer fortsatt noga följa om det uppstår särskilda köer inom vissa områden.

Påverkan på somatisk specialistvård

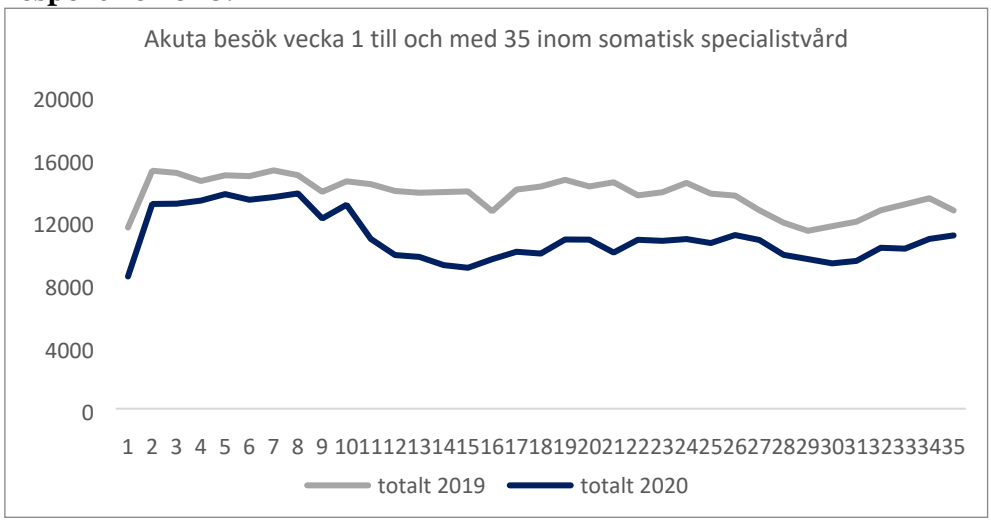
Somatisk specialistvård bedrivs vid akutsjukhus, vid vårdenheter som upphandlats genom LOU-avtal samt inom specialiserade vårdval. Ungefär 85 procent av de akuta öppenvårdsbesöken sker på något av regionens akutsjukhus.

En stor andel av de som behövt vård för covid-19 under den mest intensiva fasen av pandemin omhändertogs inom den specialiserade vården och då som akuta besök och slutenvårdstillfällen. Resurser såsom personal, skyddsutrustning och läkemedel omfördelades och infrastruktur modifierades för att passa det nya vårdbehovet och arbetssätt. Detta skedde både internt, hos respektive vårdgivare, samt mellan olika delar av regionen med syfte att omhänderta det akuta och imperativa vårdbehovet för regionens invånare, oavsett sjukdom eller trauma. Omställningen startade under början av mars och förändringen i produktion syns tydligt från vecka 11. Vårdproduktionen är åter tillbaka på för perioden mer normala nivåer i slutet av juli. Den största synbara minskningen i produktion av vård för andra patientgrupper än personer med covid-19 har därför skett mellan vecka 11 och 32.

Samtidigt som det gjordes stora ansträngningar för att hantera inflödet av patienter med covid-19 och andra akuta sjukdomstillstånd inom den akuta slutenvården har de akuta öppenvårdsbesöken under perioden minskat jämfört med 2019, se diagram nedan. Minskningen av besök skedde redan

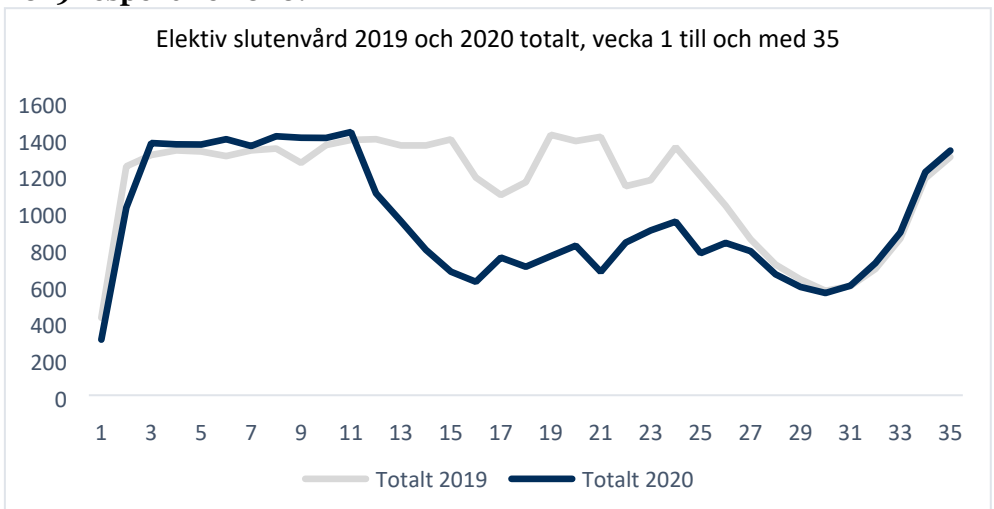
vid ingången till 2020 och kan därmed inte enbart tillskrivas effekter av covid-19. En väldigt liten andel av de akuta besöken involverar en covid-19-diagnos.

Diagram 4. Akuta besök inom somatisk specialistvård. Vecka 1-35, 2019 respektive 2020.



Den elektiva verksamheten inom den specialiserade vården är den del som framförallt påverkats av vårdens omställning för att klara det akuta och imperativa vårdbehovet. Påverkan har skett genom att resurser omfördelats och genom restriktioner införda av både Region Stockholm och andra myndigheter för att minska smittspridning.

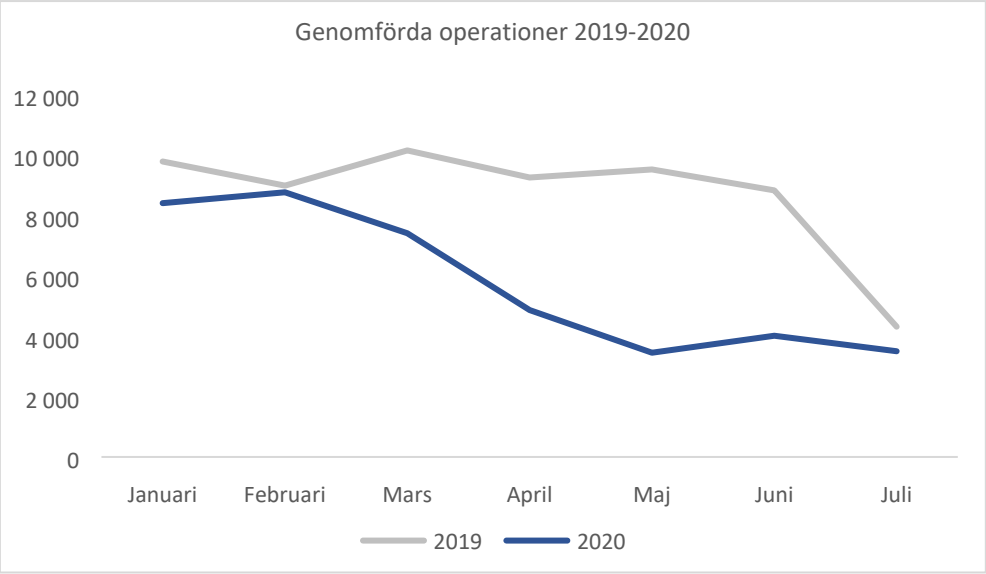
Diagram 5. Vårdtillfällen inom elektiv somatisk slutenvård. Vecka 1-35, 2019 respektive 2020.



Minskningen av vårdtillfällen inom den elektiva slutenvården har, under vecka 12-25 då minskningen var som störst, totalt varit cirka 37 procent jämfört med 2019. Minskningen har framförallt skett inom de stora kirurgiska vårdområdena. Den stora mängden elektiv slutenvård utförs på akutsjukhus, och det är också framför allt där minskningen syns. Vid slutet av sommarperioden ökade antal elektiva slutenvårdstillfällen till föregående års nivåer vilket indikerar att undanträngningsfasen till stora delar passerat.

Antalet genomförda elektiva operationer inom både öppen- och slutenvård minskade i liknande omfattning. Under mars till juni genomfördes i snitt 50 procent av antalet operationer jämfört med samma period 2019. De vårdområden där störst antal operationer ställts in är gynekologi, ortopedi, hjärtsjukvård och kirurgi.

Diagram 6. Genomförda operationer, januari-juli, 2019 respektive 2020.



Den planerade specialiserade öppenvården har sett liknande undanträngningsmönster som slutenvården. Förändringar har skett i både dagvård och besök. Minskningen av elektiv specialiserad öppenvård återfinns framförallt inom kirurgiska vårdområden och följer liknande mönster både på akutsjukhusen och hos övriga vårdgivare.

En stor skillnad inom den elektiva specialiserade öppenvården är att en del av de planerade fysiska besöken ersatts av distanskontakter. Andelen distanskontakter av alla besök var under perioden mellan 20–35 procent vilket kan jämföras med mellan 10–13 procent under motsvarande period 2019. Det kan antas att det framförallt är återbesök för att följa upp utförd behandling som utförts genom distanskontakter.

Diagram 7. Planerad öppenvård inom somatisk specialistvård. Vecka 1-35, 2019 respektive 2020.

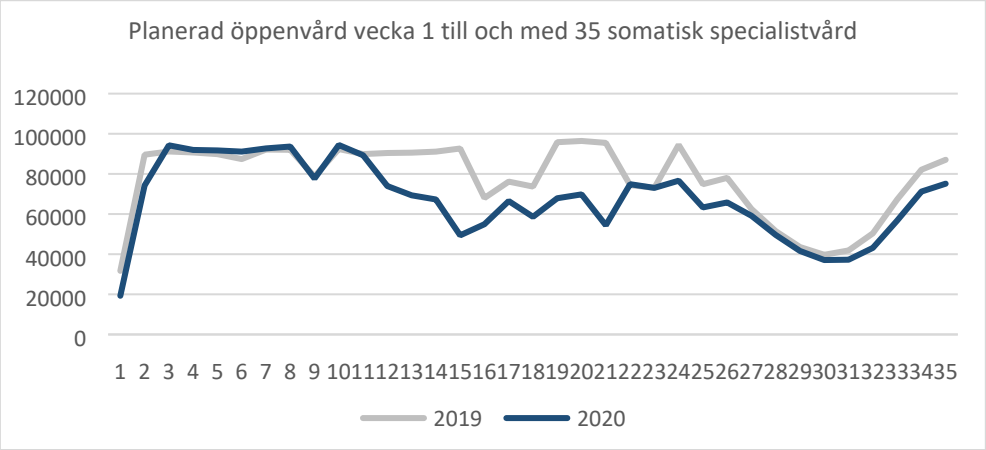
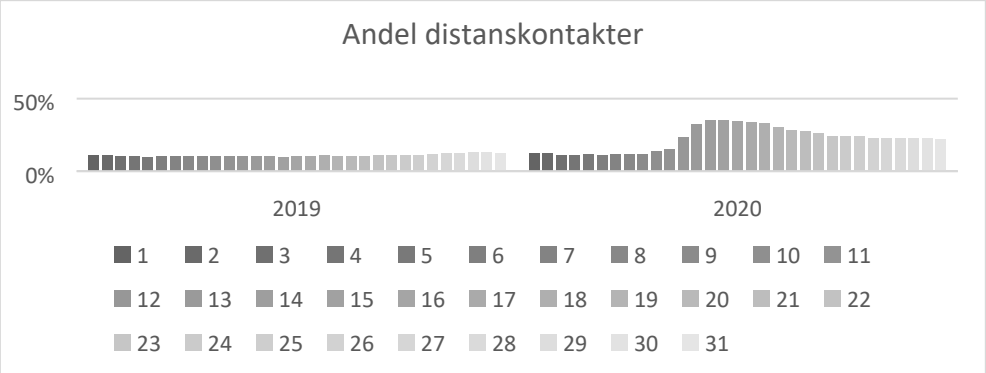


Diagram 8. Andels distanskontakter inom elektiv specialiserad somatisk öppenvård. Vecka 1-35, 2019 respektive 2020.



Särskild beskrivning av påverkan på cancersjukvård

Under pandemin har särskild uppföljning gjorts för cancerpatienter. En nyckelfaktor för en lyckad cancerbehandling är att diagnos ställs så tidigt som möjligt. Redan i pandemins inledande skede noterades ett minskat inflöde till sjukhusen och ett minskat antal patienter med diagnosticerad cancer. Orsakerna till detta är troligen flera, då en stor del av nyinsjuknande i cancer även tillhör riskgrupp för covid-19 och således har följt restriktioner och hållit sig hemma. Cancer visar sig också med relativt diffusa symtom och patienten känner sig ofta inte allvarligt sjuk, vilket sannolikt påverkat benägenheten att söka vård under pågående pandemi. Det finns ingenting som talar för att dessa patienter inte finns, dvs. att andelen personer med cancer skulle ha minskat.

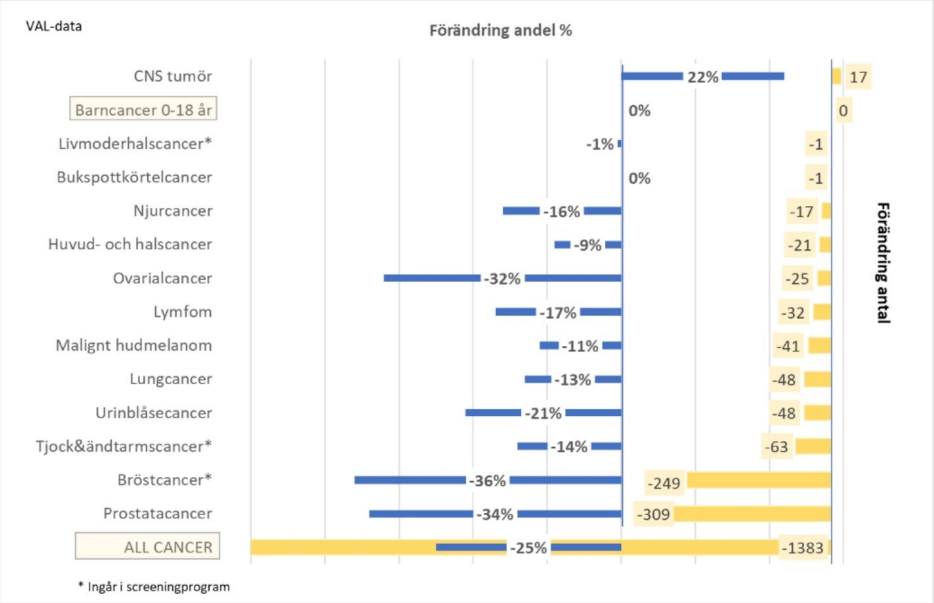
I tabellen nedan visas antalet nya cancerfall under perioden januari till juli 2020 samt under den mest intensiva pandemiperioden april till juli 2020. Utfallet 2020 jämförs med snittet för 2016–19 men även med enbart 2019, för att ta hänsyn större förändringar över åren. Skillnaden anges både i antal och i procent. Under perioden april-juli 2020 syns 1383 (-25 %) färre nya cancerfall mot vad man skulle förvänta sig jämfört med motsvarande period 2016–19. Jämfört med enbart 2019 är underskottet 1111 nya fall (-21%).

Tabell 2. Förändring i antal och andel (%) av nya cancerfall januari-juli 2020 samt april-juli 2020, jämfört med motsvarande perioder 2016–2019 (genomsnitt) samt 2019.

2020 jfr snitt 16-19		2020 jfr 2019	
Jan-jul 20 jfr 16-19		Jan-juli 20 jfr 19	
antal	**-1346**	antal	**-1157**
%	-14%	%	-12%
Apr -jul 20 jfr 16-19		Apr -jul 20 jfr 19	
antal	**-1383**	antal	**-1111**
%	-25%	%	-21%

Förändringen varierar mellan olika cancerformer. Skillnaden kan ha flera orsaker såsom cancerformens åldersprofil, hur pass påtagliga symtomen är, behovet av fysiskt och/eller avancerad undersökning för att erhålla diagnos. Angiven procentandel i diagram 9 nedan ger en uppfattning om vilken andel av tillgänglig kapacitet inom respektive vårdprocess som inte utnyttjats men som i motsvarande grad sannolikt krävs för återtagandet.

Diagram 9. Förändring i antal och andel (%) av nya cancerfall för utvalda cancerformer under april-juli 2020 jämfört med genomsnitt av motsvarande perioder 2016–2019



Redan i mars/april togs nationella rekommendationer fram gällande förändrade behandlingsstrategier under pandemin och regionen har, utöver detta, gjort anpassningar inom bröstcancer, njurcancer, tjock- och ändtarmscancer, blåscancer och prostatacancer. Till stor del handlar anpassningarna om att säkra ett omhändertagande som minskar smittspridning samt att optimera patientens flöde. För prostatacancer gäller nu ordinarie behandlingsstrategier.

I mars togs beslut om att tillfälligt pausa den organiserade screeningen för bröstcancer, livmoderhalscancer, tjock- och ändtarmscancer samt bråck på stora kroppspulsådern i buken. Den 7 maj fattade beslut om uppstart av screeningen.

Målet för regionen har varit att cancervården ska påverkas så lite som möjligt av pandemin. För att kunna säkra främst intensivvårdsplatser har dock en del operationer utförts av annan vårdgivare än normalt. På grund av det minskade inflödet har de patienter som behövt behandling i högre utsträckning än tidigare fått det inom ramen för ledtider uppsatta i standardiserade vårdförlopp (SVF). Återbesök har till viss del utförts digitalt eller per telefon. Dock finns eftersläpning gällande till exempel årskontroller etc.

Särskild beskrivning av åtgärder inom cancervården

Det finns stor risk för att trenden att dödligheten minskar i regionen bryts och att vi kommer se en ökning av cancerrelaterade dödsfall framöver. Publicerade data från Storbritannien visar en sådan trend.

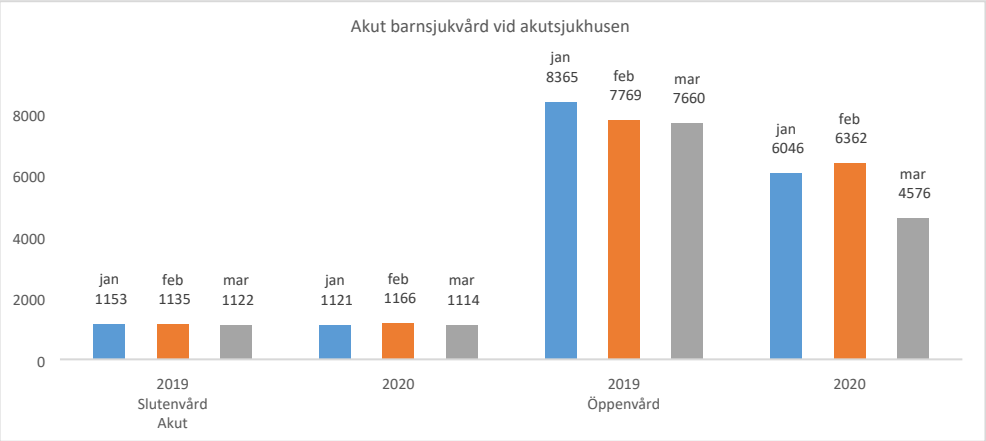
Det uppskjutna vårdbehovet rör främst patienter som inte diagnosticerats med cancer. När dessa patienter att kommer söka vård är svårt att förutsäga. Till viss del kommer screeningprogrammen att innebära en ökad möjlighet, men insatser behövs också för att uppmana medborgare att söka vård. Nätverket Cancer i Primärvård kommer ytterligare fokusera på att stärka primärvården i att identifiera dessa patienter. I områden där hörsamheten till screening är lägre ska insatser göras så att hälsoinformatörerna tar ett ännu större ansvar och informerar om hälsosamma levnadsvanor och tecken på cancer. När inflödet ökar kommer också behovet av sjukvårdens resurser öka i motsvarande grad. Senare upptäckt kan kräva andra resurser, exempelvis ökat rehabiliteringsbehov.

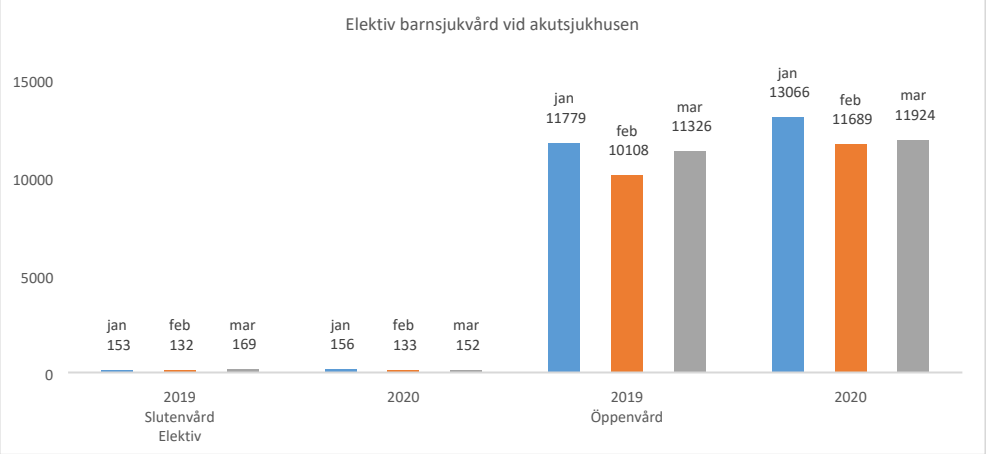
I cancerplan 2020-2023 (VKN2019-0070-22) finns beskrivna åtgärder för att öka följsamheten till screeningprogram. Exempel på åtgärder är påminnelsefunktion inom bröstcancerscreening, självtester vid livmoderhalsscreening, samarbete med organisationer för hemlösa om uppsökande screening. Arbete är också påbörjat gällande att sprida kunskap inom primärvården samt barn- och skolhälsovården om tidiga tecken på barncancer och cancer hos unga vuxna. I tillägg pågår projekt kring lungcancerscreening i samband med mammografi, utredning om organiserad prostatacancertestning, utökad åldersgrupp inom tjock- och ändtarmsscreening samt arbete för individanpassad mammografi.

Särskild beskrivning av påverkan inom barnsjukvård

Under början av pandemin (v. 18) gjordes en övergripande lägesbild av barnsjukvården. Denna visade att de akuta besöken gått ned inom både primärvård och specialiserad vård. Dock syntes ingen nedgång inom den akuta slutenvården, vilket kan tyda på förändrade sökmönster och att de barn som verkligen drabbats av ett tillstånd som kräver en högre vårdnivå fick den vård de behövde. När det gäller barncancervården, som bedrivs på Karolinska universitetssjukhuset, har verksamheten anpassats och fortgått i stort sett utan störningar.

Diagram 10 a och b. Akut samt elektiv barnsjukvård vid akutsjukhusen. Q1 2019 samt 2020.[3]





De slutsatser som drogs under pandemin och som stämdes av med berörda vårdgivare var att det inte förelåg någon undanträngning inom det akuta uppdraget men att den planerade verksamheten behövde följas upp även vidare.

Värdering av vård som kan behöva tas igen inom somatisk specialistvård

Sammantaget är minskningen inom den somatiska specialistvården under perioden cirka 6 700 slutenvårdstillfällen och mellan 211 000 och 258 000 öppenvårdsbesök. För slutenvården motsvarar detta ungefär 12 procent av den elektiva somatiska specialistvård som utfördes år 2019; för

[3] De akuta besöken på Karolinska under 2020 visar månatligen 833 färre besök jämfört med samma period 2019. Detta beror på att sjukhuset under 2020 har slutat registrera triageringsbesök på barnakuten.

öppenvården motsvarar det cirka 6 till 7 procent av den elektiva somatiska specialistvård som utfördes år 2019.

När den elektiva vården nu återupptagits fullt ut från den 1 september 2020 behöver regionen ha beredskap för att ta igen vård som fått anstå under våren. Beroende på hur benägenheten att söka vård i både primärvård och i specialistvård kommer att utvecklas kommer det uppdämda vårdbehovet behöva omhändertas i olika takt. Värdet på den vård som kan behöva tas igen beräknas uppgå till mellan 1,3 och 1,45 miljarder kronor.

Värdet är beräknat med utgångspunkt i följande antaganden. För den elektiva slutenvården är den största delen av den vård som ej utförts sådan som normalt ställs i kö, och därför räknas i princip hela minskningen inom den planerade slutenvården som vård som kan behöva tas igen. 3 procent av minskningen är borträknad för att justera för patienter som flyttar, avlider eller av annan anledning inte hamnar i kön. I beräkningen ingår inte heller förändring av slutenvårdstillfällen kopplade till förlossning eftersom dessa inte kan tas igen.

I öppenvården har distanskontakter använts för att helt eller delvis ersätta fysiska besök men även i syfte att skjuta behovet av ett fysiskt besök framåt i tiden. För att bedöma storleken på den vård som kan behöva tas igen har därför följande beräkningsantaganden använts:

- Dagvård såsom mindre operationer eller behandlingar bedöms inte kunna ersättas av distanskontakter
- Nybesök bedöms inte kunna ersättas av distanskontakt
- Återbesök bedöms till viss del kunna utföras på distans, i större utsträckning inom medicinska än kirurgiska vårdområden.

Återbesök kan behöva tas igen i olika omfattning. Exempelvis behöver återbesök för personer med vissa kroniska sjukdomar inte ersättas utan kan utföras med längre intervall. I beräkningen antas att 20–50 procent av återbesöken behöver återtas.

För att beräkna värdet av den vård som kan behöva tas igen har en snittkostnad per vårdtillfälle och besök tagits fram och viktats efter de kliniker inom specialiserad vård där den största minskningen skett.

Förvaltningen har påbörjat ett arbete med att under hösten 2020 skaffa sig en fördjupad lägesbild av den specialiserade vården och identifiera områden som kan kräva åtgärder för att täcka befolkningens vårdbehov.

Analysen innefattar inte enbart den vård som trängts undan utan beaktar även nyuppkomna vårdbehov och områden som redan innan covid-19-pandemin var i behov av åtgärder. Baserat på denna lägesbild kommer förslag på strategier att tas fram. Hänsyn kommer att tas inte bara till vårdbehov utan även till avtalsmässiga förutsättningar och till vilken kapacitet som finns inom olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet.

Påverkan på den geriatriska vården

Största delen av den geriatriska vården är slutenvård av akut karaktär, där trycket varit stort under pandemin och resurser har prioriterats till att omhänderta akut sjuka patienter. Till den geriatriska vården hör de läkarinsatser som regionen utför inom de vård- och omsorgsboenden som kommunen ansvarar för (särskilda boenden, SÄBO). Förvaltningen har inlett en granskning av dels de insatser som regionen satt in för att förhindra smittspridning inom äldreomsorgen, dels följsamhet till rutiner och riktlinjer avseende adekvat vårdnivå för den aktuella gruppen äldre.
I geriatrikens uppdrag ingår också att genomföra utvidgade minnesutredningar. Under pandemin har bara ett fåtal minnesutredningar kunnat genomföras. Besöken under pandemin har varit koncentrerade till de med störst behov och klinikerna har haft telefonrådgivning till patienter och anhöriga. Flertalet av vårdgivarna har märkt av färre remisser under pandemin men det har ändå uppstått långa köer.

Värdering av vård som kan behöva tas igen inom geriatrisk vård

Vårdgivarna har från mitten av augusti börjat återuppta verksamheten och utökar successivt. Värdet av den geriatriska öppenvård som inte har kunnat utföras under pandemin beräknas till 21 miljoner kronor.
Förvaltningens bedömning är dock att det kommer ta lång tid innan verksamheten är tillbaka på samma nivå som innan pandemin. För att minska konsekvenserna för de patienter som behöver utredning kommer de geriatriska vårdgivarna framöver kunna remittera patienter till varandra och på så sätt påskynda kön.

Påverkan på specialiserad rehabilitering

Specialiserad rehabilitering efter vård på akutsjukhus

Vårdgivare inom vårdvalen specialiserad rehabilitering efter vård på akutsjukhus (5 avtal) och specialiserad neurologisk rehabilitering efter vård på akutsjukhus (3 avtal) har sedan mars 2020 haft en minskad efterfrågan av rehabilitering efter planerade operationer och medicinska behandlingar. Istället har de tagit emot patienter från akutsjukhusen med behov av inneliggande rehabilitering efter covid-19. Samtliga vårdgivare har under

sommaren även haft ett tillfälligt utvidgat uppdrag med möjlighet att ta emot geriatriska patienter. Tillgången till eftervårdsplatser för rehabilitering har varit god.

Den totala produktionen för vårdområdena har legat på ungefär samma eller något högre nivå jämfört med 2019. En bidragande orsak bedöms vara att patienter behövde rehabilitering efter covid-19 samt att en ny vårdgivare startade i januari 2020. Det är förvaltningens bedömning att andelen patienter med omfattande problematik och behov av långa vårdtider för rehabilitering direkt efter vård på akutsjukhus har ökat jämfört med 2019, vilket bidragit till en kostnadsökning inom framför allt vårdvalet för specialiserad rehabilitering efter vård på akutsjukhus men även inom vårdvalet specialiserad neurologisk rehabilitering efter vård på akutsjukhus.

Vårdbehovet förväntas nu bestå på samma nivå och successivt öka i takt med att planerade operationer och medicinska behandlingar kommer igång. Om akutsjukhusen ökar produktionen för att kompensera för vårens undanträngning kommer behovet av rehabiliteringsplatser sannolikt att bli större än innan pandemin bröt ut. En vårdgivare inom den specialiserad rehabiliteringen efter vård på akutsjukhus har meddelat att de avser att utöka med 17 vårdplatser från och med den 1 oktober 2020 vilket kan bidra till att möta ett ökat behov.

Påverkan på planerad specialiserad rehabilitering

För vårdgivare med avtal om planerad specialiserad rehabilitering (19 avtal inom områdena neurologi, cancer, lymfödem, reumatologi, astma/KOL, ME-CFS och psoriasis) har produktionen minskat avsevärt sedan pandemin bröt ut. Det beror på att en stor andel av målgrupperna inom dessa vårdområden bedöms tillhöra riskgrupp för covid-19. Under tiden har patienter med behov av specialiserad rehabilitering istället fått fortsätta eller initiera insatser via primärvården, som bedöms delvis ha kunnat kompensera för detta. Det innebär att inte alla patienter behöver återkomma direkt när restriktionerna på grund av covid-19 hävs, även om flertalet bedöms behöva påbörja sin rehabilitering så snart tillfälle ges. Remittenter förefaller också ha avvaktat att remittera under pandemin men så snart den klingar av förväntas remissinflödet återgå till normal nivå och öka antalet väntande ytterligare. Det uppdämda vårdbehovet är köställt. Flera vårdgivare uppger att de nu har väntelistor som inventeras och börjar att varsamt att starta upp verksamheterna igen. För vårdgivare med enbart öppenvård, Centrum för cancerrehabilitering och mottagning för ME-CFS,

har digitala vårdkontakter kunnat ersätta en del fysiska besök och där har produktionen inte påverkats i lika hög grad.

Värdering av vård som kan behöva tas igen inom planerad specialiserad rehabilitering

Den planerade specialiserade rehabiliteringen kostade 23,3 mkr mindre under januari-augusti 2020 jämfört med samma period 2019. Det uppdämda behovet av planerad specialiserad rehabilitering kommer successivt att tas om hand så snart pandemin klingar av och restriktioner hävs. Givet att verksamheterna kan starta upp under hösten 2020 bedöms situationen vara ansträngd men hanterbar.

Påverkan på tandvården

Regionfinansierad tandvård omfattar barn- och ungdomstandvård[4] samt tandvård till vuxna inom ramen för regionens särskilda tandvårdsstöd[5]. Regionens tandvårdsstöd till vuxna står enbart för en mindre del av den vuxentandvård som bedrivs (39 000 patienter). Den övervägande delen av vuxentandvården tillhör det statliga tandvårdsstödet vilket administreras av Försäkringskassan. I Stockholms län finns mer än ettusen tandvårdsvårdgivare. Flertalet privata vårdgivare är små och några bedriver enbart mobil tandvård. Folktandvården Stockholms län AB är länets största vårdgivare inom tandvård.

Förvaltningen har noga följt utvecklingen av pandemins konsekvenser på tandvården, nya avtal har tecknats vid behov och en tät dialog har förts med Smittskydd Stockholm. De beslut som har tagits under pandemin har påverkat tandvården i stor utsträckning. I mars togs ett beslut om att om att uppsökande verksamhet och mobil nödvändig tandvård av icke akut karaktär tillsvidare inte fick utföras med anledning av utbrottet av covid-19. Den mobila nödvändiga tandvården öppnades sedan försiktigt upp i juli. Uppsökande verksamhet kommer att återupptas så snart smittläget så tillåter. De tandvårdsaktörer som bedriver uppsökande verksamhet har dock getts tillåtelse att bedriva digitala munvårdsutbildningar och ska enligt avtal finnas tillgängliga vid frågor angående tandvård.

---

[4] Barn- och ungdomstandvård omfattar allmäntandvård, specialisttandvård och tandreglering.

[5] Regionens särskilda tandvårdsstöd till vuxna omfattar nödvändig tandvård, uppsökande verksamhet (munvårdsutbildning och munhälsobedömning), tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Den nödvändiga tandvården bedrivs till övervägande del i mobil form.

För att stötta sjukvården med skydds- och förbrukningsmaterial begränsade Folktandvården i mars sin kliniska verksamhet med inriktning mot i första hand akut tandvård och tandvård där fördröjd vård kan leda till framtida besvär. Verksamheten öppnade återigen upp i juni. Folktandvården fick i uppdrag av regionen att ta hand om länets smittade och förmodat smittade patienter. Uppdraget innefattar telefonrådgivning, triagering, patientbehandling på en fast tandläkarmottagning (Medicinsk tandvård Huddinge sjukhus) samt akut tandvård av ett särskilt mobilt team i SÄBO, EGBO och på LSS-boenden.

Beslutet om att tillfälligt begränsa Folktandvårdens kliniska verksamhet har avspeglat sig i en kraftigt minskad volym producerad allmän barn- och ungdomstandvård under våren. Denna återhämtade sig till viss del under sommaren när Folktandvården återigen öppnade sin kliniska verksamhet. Specialisttandvård till barn har däremot inte påverkats i samma utsträckning då denna har prioriterats samt till övervägande del bedrivs av privata vårdgivare. Avseende tandreglering till barn och ungdomar har en viss minskning av antalet startade behandlingar noterats under pandemin.

Den regionfinansierade vuxentandvården har påverkats stort. Dels med anledning av regionens beslut, dels av att de patientgrupper som omfattas tillhör riskgrupper. En ytterligare anledning kan vara att invånare inte har sökt sjukvård i samma utsträckning som tidigare vilket avspeglar sig i en minskning av den tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling.

Volymen producerad tandvård har minskat kraftigt vilket speciellt avser mobil nödvändig tandvård.

Värdering av vård som kan behöva tas igen inom tandvård

För allmän barn- och ungdomstandvård finns idag ett visst uppdämt vårdbehov men då Folktandvården återigen öppnade upp sin kliniska verksamhet i somras och prioriterar denna patientgrupp finns stora förhoppningar om att vårdgivarna tillsammans kommer kunna arbeta i kapp. För specialisttandvård till barn och ungdomar är produktionen i stort sett i nivå med samma period föregående år. Avseende tandregleringen finns även fortsättningsvis en något minskad producerad volym men man börjar nu närma sig 2019 års volymer. Den narkostandvård till barn med särskilda behov och kirurgiska behandlingar till barn med LKG eller CF-diagnoser som har fått stå tillbaka under pandemin behöver prioriteras så snart omständigheterna tillåter.

Det är angeläget att så snart omständigheterna tillåter återigen öppna upp den mobila nödvändiga tandvården och uppsökande verksamhet helt och hållet. Beslut tas i samråd med Smittskydd Stockholm. Det uppdämda behovet av tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning kommer succesivt kunna tas om hand så snart pandemin klingar av och restriktioner hävs.

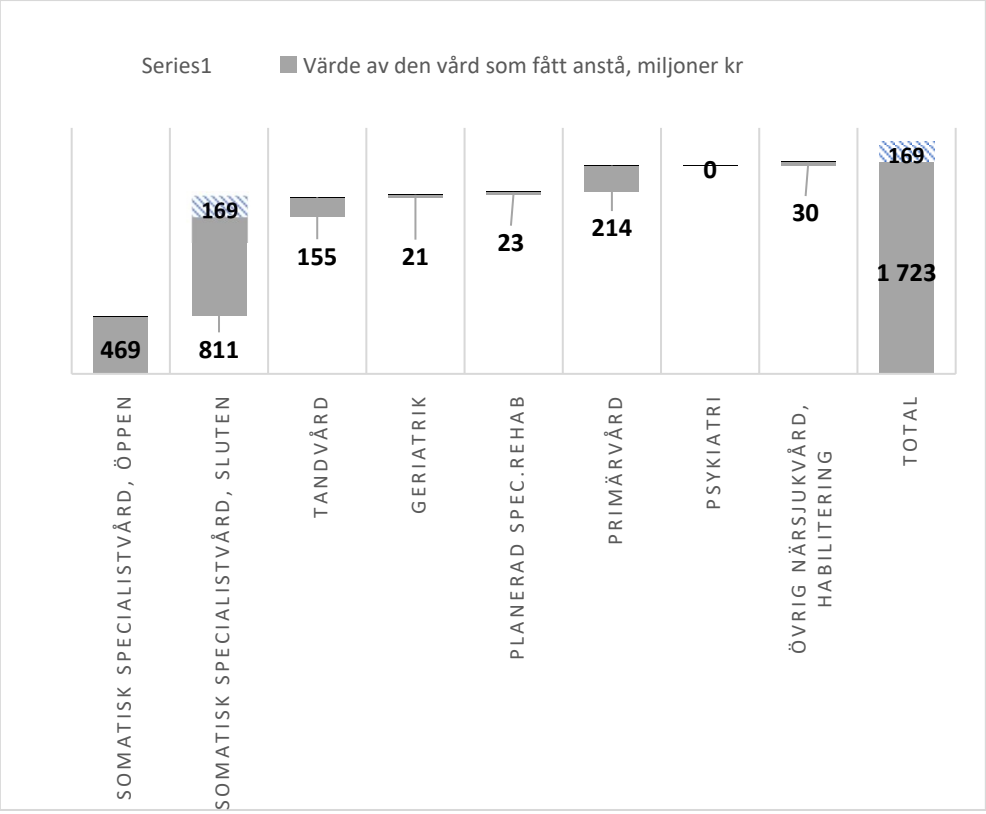
Förvaltningen bedömer att det uppdämda behovet av tandvård uppgår till ett värde av 155 mkr. 61 mkr avser barn- och ungdomstandvården och 94 mkr avser vuxentandvården. Uträkningen är baserad på skillnaden i volym (antal patienter) inom varje vårdområde mellan perioden 18 mars till augusti 2019 och 2020.

Förvaltningens sammantagna bedömning är att den volym tandvårdsföretag som finns i länet även efter pandemin kommer räcka för att tillgodose länsinvånarnas behov av tandvård. Det uppdämda vårdbehov som finns kommer till stor del att kunna arbetas ikapp.

Samlad värdering av den vård som fått anstå och kan behöva tas igen

Pandemin har inneburit att delar av den vård som annars skulle ha utförts har fått anstå för att prioritera omhändertagande av covidpatienter och patienter med akuta eller imperativa tillstånd. Mot bakgrund av den analys som gjorts inom respektive vårdområde avseende vård som fått anstå, och de antaganden om beskrivits inom respektive vårdområde, bedöms värdet av den vård som kan komma att behöva tas igen uppgå till ca 1,7 miljarder kronor fördelat enligt diagram 11.

Diagram 11. Värdering av det uppdämda vårdbehov som kan behöva tas igen efter pandemin



De behov av vård som nu behöver mötas kan dock inte antas vara identiskt med de behov som fanns före pandemin; den vård som fått anstå är inte per automatik vård som behöver tas igen. Vilken vård som utförs beror främst på vilken vård som söks, vilket i sin tur beror på upplevda besvär och symtom. Enskilda vårdbehov kan både antas ha försvunnit (till exempel genom att en långdragen infektion läkt ut av sig själv), minskat (till exempel

genom att rehabilitering efter behandling i större utsträckning än annars utförts som egenvård) och ökat (till exempel för att senare upptäckt cancer innebär behov av större ingrepp och mer omfattande rehabilitering) sedan tiden före pandemin. De indirekta folkhälsokonsekvenserna, och de vårdbehov som är en följd av dessa, är heller inte ännu rakt igenom kända. Sammantaget gör detta att bedömningen av vilken av pandemins konsekvenser för kommande vårdbehov, och den planering som följer av denna, kommer att behöva utvecklas i flera steg i takt med att vården återgår till normalt produktionsläge och befolkningens sökmönster stabiliserats.

Strategier och åtgärder för att möta den förändrade vårdbehovet

Redan under sommaren hade stora delar av vården inom regionen återgått till för perioden normal verksamhet och produktion och från 1 september har beslut tagits om att all planerad vård som fått anstå kan återupptas. Då med fortsatt hänsyn till kommunicerade restriktioner och rekommendationer med syfte att minimera smittspridning och säkra en tillgänglig vård för de personer som tillhör riskgrupper för svår covid-19.

Vårens minskade besökstryck i primärvården kan komma att innebära ett ökat primärvårdsbehov under hösten, men i vilken takt detta kommer ske och om söktrycket återgår till samma nivå som innan pandemin är för tidigt att säga. Detta innebär att också det remissflöde till specialiserad vård, som följer av söktrycket i primärvården, inte är känt ännu. När befolkningens sökmönster succesivt klarnar, klarnar också planeringsförutsättningarna. Förvaltningen planerar för att följa upp och, där så är möjligt, skapa förutsättningar för ett fortsatt jämlikt och jämställt vårdutbud som utgår från att de med störst vårdbehov ska omhändertas först. Vårdkonsumtion, köläge och vårdgivares upplevelse följs inom varje vårdområde.

Förvaltningens samlade bedömning är att hälso- och sjukvårdssystemet är robust och resilient och att det har förmåga att prioritera och ge patienter vård och omhändertagande utifrån angelägenhetsgrad. Om söktrycket snabbt ökar, till primvård och sedan vidare till specialistvården för utredningar och åtgärder, kan det bli fråga om att väga åtgärder mot varandra inom den ekonomiska ram som gäller för hälso- och sjukvården i Region Stockholm.

3: Pandemins påverkan på befolkningens hälsa

Folkhälsoläget i länet riskerar att försämras på flera sätt till följd av pandemin. Covid-19 utgör i sig ett stort bidrag till sjukdomsbördan, med större påverkan på vissa delar av befolkningen än andra. Förutom att invånare drabbats av långvariga rehabiliteringsbehov och familjer mist en eller flera anhöriga, har pandemin medfört andra effekter såsom arbetslöshet, ekonomisk nedgång, social och fysisk isolering, oro och stress.

Geografiska skillnader i hälsa finns mellan kommuner och stadsdelar i regionen och ohälsan är som störst i socioekonomiskt utsatta områden. Redan före pandemin löpte den femtedel av befolkningen i åldern 30–60 år med lägst inkomst nära sex gånger högre risk att dö inom en treårsperiod, i jämförelse med den rikaste femtedelen av befolkningen. Under våren 2020 drabbades socioekonomiskt utsatta områden svårare än andra områden av covid-19. Ökad smittorisk är kopplad till faktorer som yrke, boendesituation (trångboddhet, flergenerationsboende eller hemlöshet), samt transportmönster såsom behov av att nyttja kollektivtrafik. Därtill har vissa individer och grupper drabbats av allvarliga konsekvenser av covid-19, sannolikt mycket på grund av ett sämre hälsoläge innan insjuknande.

En utmaning som vården redan innan pandemin stod inför var att förekomst av riskfaktorer för sjukdom, kroniska sjukdomar och svag anknytning till arbetsmarknaden var betydligt vanligare bland patienter bosatta i socioekonomiskt utsatta områden än patienter i andra områden. Skillnaderna riskerar att förstärkas till följd av pandemin, genom att de grupper som hade sämst hälsoläge innan pandemin riskerar en särskilt ogynnsam hälsoutveckling. De med sämst hälsoläge löper också en större risk för mer allvarliga konsekvenser av minskad tillgänglighet till välfärdsinsatser, såsom primärvård, vilket även varit en konsekvens av pandemin.

Äldre har varit särskilt utsatta under pandemin. Fler äldre har drabbats av smitta och död, men riskerar även att drabbas av effekter av långvarig isolering och karantän.

Barn och unga uppger en ökad oro relaterad till pandemin, vilket är en riskfaktor för psykisk ohälsa och försämrade möjligheter att tillgodogöra sig sin skolgång. Det är därför av vikt att lindra dessa effekter genom stöd till barn och föräldrar och att optimera livsvillkor, särskilt i de områden som har varit mest drabbade av smittspridning och andra negativa samhällseffekter.

Strategier och åtgärder för delområde befolkningens hälsa

Inom ramen för regionens folkhälsoarbete pågår redan insatser som syftar till att stävja pandemins folkhälsoeffekter. Det handlar bland annat om fysisk aktivitet för barn i socioekonomiskt utsatta områden, utökad traumabehandling för personer som har erfarenhet av sex mot ersättning och våld, uppföljning av krisstöd till personal samt utbildningsinsatser till bland annat sjukvårdspersonal om suicidprevention. Beredning av en insats för efterlevandestöd till personer som förlorat en anhörig pågår tillsammans med andra berörda aktörer i regionen.

Därutöver har ett antal nya eller utvidgade åtgärder identifierats som syftar till att verka för jämlik hälsa som rustar befolkningen inför eventuell fortsatt smittspridning, samt stärker befolkningens resiliens mot de effekter som pandemin för med sig i övrigt. Åtgärderna avser att täcka behov på individnivå, hos riskgrupper samt hos hela befolkningen. Prioriteringsgrunderna, det vill säga hälsotillståndets svårighetsgrad i förhållande till befolkningsnytta samt tillgänglig åtgärd för problemet och dess evidensgrad, har använts för prioritering av åtgärder.

En redan etablerad och effektiv metod i regionen är det hälsofrämjande befolkningsinriktade uppdraget, som riktar sig till alla invånare inom ett geografiskt område, där husläkarmottagningen utgör navet i det lokala folkhälsoarbetet. Detta uppdrag föreslås utökas samt att arbetet med riskfaktorer inom hälso- och sjukvården behöver intensifieras. För att nå utrikesfödda finns det evidens för att uppsökande verksamhet är mer effektiv. Befintlig verksamhet med hälsoinformatörer och hälsokommunikatörer föreslås därför utökas. Ett pågående pilotprojekt för att motverka ofrivillig ensamhet hos äldre föreslås intensifieras och utökas till fler områden. Därutöver föreslås hälsosamtal erbjudas till äldre kroniker. Det utökade hembesöksprogrammet på BVC är en evidensbaserad metod som finns etablerad i vissa områden i regionen och som bör spridas till fler områden. Fortbildningsinsatser för hälso- och sjukvården behöver tillgängliggöras för arbetet med patienter som varit sjuka i covid-19.

I den mån föreslagna åtgärder kan inledas under 2020 föreslås förvaltningen prioritera medel inom befintlig budet. Vilka åtgärder som kan prioriteras 2021-22 för att minska de negativa effekterna av pandemin på befolkningens hälsa behöver prioriteras inom förvaltningens verksamhetsplanering inför 2021, respektive budget och verksamhetsplaneringen 2022.

Det finns ett behov av att fortsatt följa hälsoläget i befolkningen och undersöka samband mellan pandemin och befolkningens hälsa på både kortare och längre sikt, bland annat genom epidemiologiska analyser. Allteftersom kunskapsläget förändras kan andra folkhälsobehov behöva prioriteras.

Särskild beskrivning av regionens arbete med vaccinationer

Sjukvårdssystemet är beroende av ett starkt hälsoarbete där vaccinationer utgör en viktig del. För att nå en bibehållen eller ökad vaccinationstäckning i regionen måste kedjan av medverkande aktörer fungera optimalt. Detta kräver att roller och ansvar tydliggörs samt att övergripande samordning sker. Därför har regionen startat ett arbete med fokus på organisation och struktur för regionens arbete med vaccinationer. Med anledning av coronapandemin och rådande behov av omedelbara åtgärder startas detta arbete inledningsvis med fokus på vaccinationer mot covid-19.

En struktur för samverkan med folkhälsomyndigheten och SKR har etablerats och en arbetsgrupp med representanter från viktiga funktioner på förvaltningen har formats. Det finns i nuläget många osäkerhetsfaktorer kring vilket eller vika vacciner som kan bli aktuella för olika målgrupper. Regionens arbete utgår ifrån de antaganden som folkhälsomyndigheten har presenterat i sin nationella plan för vaccination mot covid-19 som delrapporterades den 31 aug 2020. Regionens inriktning är att i möjligaste mån använda samma struktur och organisation som för årets vaccinationer mot säsongsinfluensa, som kommer att påverkas av coronapandemin på olika sätt. Att säkerställa att vaccinationerna sker på ett smittsäkert sätt samt bibehålla god täckningsgrad kommer att vara bland de viktigaste åtgärderna.

4: Pandemins påverkan på utbildning och kompetensförsörjning

Den pågående pandemin och omställningarna av hälso- och sjukvården för att möta pandemin har fått stor påverkan på förutsättningar för utbildning och kompetensförsörjning.

Utbildning inom högskola, yrkeshögskola och gymnasieskola

Hälso- och sjukvårdsnämnden har i uppdrag att säkerställa den kliniska vårdens medverkan i verksamhetsintegrerat lärande (VIL) för studerande på högskolor, yrkeshögskolor och gymnasieskolor inom vårdrelaterade utbildningar. VIL-uppdraget omfattar verksamhetsförlagd utbildning (VFU) inom högskolan, arbetsplatsförlagt lärande (APL) inom gymnasieskolan och lärande i arbete (LIA) inom yrkeshögskolan.

Region Stockholm fattade i ett tidigt skede av pandemin ett övergripande inriktningsbeslut att APL/LIA/VFU skulle kvarstå i den utsträckning och form det bedömdes möjligt. Det gjordes omfattande omflyttningar av studerande under våren och den kliniska utbildningen kunde få en annorlunda utformning under pågående pandemi.

Den största studentgruppen som påverkades var sjuksköterskestudenter, men även läkarstudenter, specialistsjuksköterskestudenter, specialist-undersköterskestuderande, sjukhusfysiker- och fysioterapeutstudenter m.fl. påverkades.

De upphandlade specialistsjuksköterskeutbildningarna Akutsjukvård och Barn inriktning neonatologi pausades för att medarbetarna som går utbildningarna behövde återgå till klinisk tjänstgöring. Utbildningarna återupptogs i september. Dessa examineras därför ca en termin senare än planerat, med påverkan på kompetensförsörjning.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens hållning generellt är att utebliven VIL från vårterminen inte kan ersättas med extraplatser under hösten, men vissa utbildningsplatser kommer att delas under hösten och varje lärosäte har uppdragits att ta fram en handlingsplan. För flera studerandegrupper har enskilda lösningar överenskommits mellan lärosäte/skola och vårdverksamhet.

Det har uppstått ett ökat behov av praktisk träning på kliniska träningscenter (KTC) för studenters träning och examination av lärandemål som ej kunnat genomföras under vårterminen. Extra resurser har nu tillförts KTC för att utöka tillgängligheten för studenter under hösten.

Allmän- och specialiseringstjänstgöring för läkare

Läkarnas allmäntjänstgöring (AT) är en minst 18 månader lång legitimationsgrundande heltidstjänstgöring som genomförs efter läkarexamen. Pandemin har resulterat i ett kraftigt minskat patientunderlag för AT-läkare avseende klinisk träning och praktisk handläggning av vanlig förekommande sjukdomar. Därtill har AT-läkarnas teoretiska utbildningar minskat under pandemin. Det finns därmed en risk att kvaliteten på AT-tjänstgöringen urholkas.

Socialstyrelsen har, för att motverka eventuella problem i spåren av pandemin, tagit bort krav så att regionerna får större flexibilitet i utformandet av AT. Sammantaget bedömer AT-ansvariga i regionen att de flesta AT-läkare kommer att kunna uppnå sina utbildningsmål inom normtiden. I ett fåtal fall behöver kompletteringar göras inom de kirurgiska flödena med några veckors förlängd utbildning som följd.

Läkarnas nya bastjänstgöring (BT) ingår i en större reform av hela läkarutbildningen. I och med pandemin har en rad beslut försenats och det förberedande arbete som regionen bedriver kan i dagsläget endast bedrivas preliminärt.

Läkarnas specialiseringstjänstgöring (ST) är en målstyrd utbildning som genomförs efter legitimation. Utbildningen är minst fem år och består till största del av klinisk tjänstgöring under handledning. Regionerna ansvarar för att se till att det finns ST-tjänster som motsvarar det framtida behovet av kliniskt verksamma specialistläkare. I Region Stockholm finns ungefär 2300 ST-läkare. För att uppnå utbildningsmålen behöver många ST-läkare tjänstgöra längre perioder vid andra enheter än den där de är anställda. Detta betecknas sidotjänstgöring och kan utgöra upp till två år av hela ST-utbildningen.

Elektiva verksamheter inom vård och kirurgi ställdes in under våren, vilket har minskat möjligheten för ST-läkarna att praktiskt tillämpa och öva undersökningstekniker under handledning. Sidotjänstgöringar har ställts in eller fått ändrat innehåll. ST-läkarna har i stället bemannat nya jourlinjer för covid-19-patienter. Risken är att kvaliteten på ST-tjänstgöringen försämras om ST-läkarna inte ges tillräckligt med klinisk och praktisk träning. Också inom de teoretiska delarna har utbildningar minskat. Här kan det finnas risk att det uppstår flaskhalsar och förseningar.

Risken att ST-läkarna, med utgångspunkt i vad som redovisats ovan, inte uppfyller Socialstyrelsens utbildningskrav är stor för ST-läkare på akutsjukhusen, i synnerhet inom kirurgiska specialiteter, men liten för ST i primärvården. Covid-19-pandemins effekt på ST-läkarnas utbildning kan antas bli mer långvarig än dess påverkan på AT-utbildningen. Anledningen är de mer specifika krav som ställs på specialiseringstjänstgöringen när det gäller kliniska tjänstgöringar och kurser.

Specialiseringstjänstgöring för tandläkare

Tandläkarnas specialiseringstjänstgöring (ST) har i stort sett kunna bedrivas enligt plan. Specialisttandvård har prioriterats under pandemin och utbildningsanordnarna har styrt om utbildningen till att inrikta sig på teori, pedagogik och forskning under våren.

Strategier och åtgärder för delområde påverkan på utbildning och kompetensförsörjning

I dagsläget är det fortfarande skört och oklart hur höstens utbildningsuppdrag påverkas med anledning av pandemins fortsatta utveckling. Lärosäten och skolor är uppmanade att ta fram alternativ planering för APL/LIA/VFU beroende av hur pandemin utvecklas. Lärosätena har pausat mottagandet av internationella studenter i höst, enligt förvaltningens rekommendation, då dessa studenter kräver extra handledarresurser. En fortsatt tät samverkan mellan förvaltningen, vårdverksamheterna och samtliga berörda utbildningsanordnare under hösten är av största vikt.

Pandemins effekter understryker och aktualiserar behovet av samordning och viss central styrning av utbildningsplatser för AT- och ST-läkare i Region Stockholm. Arbetet som påbörjats med att utveckla central samordning, planering, dimensionering och uppföljningen av AT, ST och kommande BT i Region Stockholm behöver fortsätta och intensifieras och utbildningsaspekter behöver också fortsatt beaktas i utveckling av avtal med vårdgivare. Den negativa påverkan på ST-läkarnas utbildning på akutsjukhusen under och efter pandemin behöver även följas upp på kort och lång sikt.

5: Marknadseffekter av pandemin

Covid-19-pandemin har orsakat effekter på vårdmarknaden i Region Stockholm genom bland annat nödvändiga verksamhetsutställningar och intäktsbortfall. Regionen har därför följt, och fortsätter att följa, hur vårdgivare inom olika vårdområden påverkats av pandemin för att säkerställa vårdutbud och kort- och långsiktig kapacitet inom respektive vårdområde.

Pandemin har påverkat vårdgivare inom olika vårdområden på mycket olika sätt; vårdgivare har fått kraftigt ökat eller ökat uppdrag, medan andra vårdgivare haft ett förändrat uppdrag under pandemin. Ytterligare andra har sett ett minskat uppdrag. Främst inom den specialiserade vården finns vårdgivare med elektiva uppdrag som fått ett minskat uppdrag till följd av beslut om att ställa in elektiv vård för att minska smitta och klara att omhänderta den akut och imperativa vården under pandemin. Primärvården hade inte påverkats i samma utsträckning som den specialiserade vården.

Före sommaren identifierades, inom de avtal som upphandlats genom vårdvalsavtal, störst konsekvenser inom vårdvalsområdena specialiserad öron- näs- och halssjukvård, ryggkirurgi samt höft- och knäprotesoperationer. Förvaltningen följer fortsatt marknadsförutsättningarna inom dessa och övriga vårdvalsområden.

Inom den specialistvård som upphandlats genom LOU-avtal syns en stor volymminskning inom allmänkirurgi samt en mindre volym än väntat inom uppdrag avseende obstruktivt sömnapnésyndrom.

Flera vårdgivare har, under vår och sommar, informerat förvaltningen om att de kan komma att bli tvungna att stänga sina verksamheter. Enstaka vårdgivare har sagt upp sina avtal.

Strategier och åtgärder för delområde marknadseffekter
Inom de vårdområden som påverkats av beslut om att planerad vård ska anstå under pandemin har möjlighet funnits för respektive vårdgivare att korttidspermittera personal. Därtill har många vårdgivare hyrt ut personal för att förstärka bemanningen på akutsjukhusen. Förvaltningen kommer att arbeta långsiktigt för att säkra vårdutbudet inom dessa vårdområden och säkerställa kapacitet inom respektive vårdområde inom ramen för ordinarie uppdrag.

För de vårdområden där den ekonomiska påverkan inte har varit lika kraftfull kommer förvaltningen att arbeta långsiktigt med att säkra vårdutbud för att säkerställa kapacitet inom respektive vårdområde inom ramen för ordinarie uppdrag.

För vårdområden där merkostnader uppstått till följd av pandemin finns möjlighet för vårdgivare att ansöka om att ta del av det statliga stödet. Förvaltningen har tillsatt en bedömningsgrupp som kommer att säkerställa enhetlig hantering och bedöma ansökningarna som lämnas in från privata vårdgivare.

6: Lärdomar avseende epidemiberedskap

Pandemin har utgjort en enorm påfrestning, inte bara i termer av mänskligt lidande, utan också en prövning av hälso- och sjukvårdssystemets robusthet. Regionstyrelsen tog den 19 maj 2020 beslut om att uppdra åt regiondirektören att, inom ramen för regionstyrelsens uppsiktsplikt, påbörja en oberoende utvärdering av Region Stockholms hantering av och insatser mot effekterna av det nya coronaviruset. Utvärderingen ska avrapporteras i slutet av året och hälso- och sjukvårdsförvaltningen är behjälplig i arbetet genom katastrofmedicinska beredskapsenhet (EKMB). Fortfarande i skrivande sund har EKMB avsatt alla sina resurser till att omhänderta frågor från stabsarbetet och således har det strukturerade analysarbetet inte kunnat påbörjas ännu.

Under arbetets gång har en rad lärdomar redan identifierats, däribland:

- Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan och Epidemiberedskapsplan behöver integreras mer.
- Utbildning och övning- För få har gått katastrofmedicinska utbildningar och övat katastrofmedicinskberedskap relaterat till det behov som krävdes i insatsen.
- Stabsorganisation behöver finslipas
- Materialförsörjning är ett komplext område, där många aktörer är involverade och där lärdomar behöver dras. Ekonomihantering under en särskild händelse (såsom pandemin) är inte lika med ekonomihantering i vardagen, lärdomar behöver dras.
- Kriskommunikationsarbetet är av vikt i en pandemi. Press- och kriskommunikation inom regionledningskontoret behöver jobba mycket integrerat med vårdgivarkommunikation.
- Analys- och statistikkompetens för kapacitetsberäkningar vid särskild/allvarlig händelse är viktiga kompetenser för att kunna planera framåt.

Insatser av denna storlek kräver samverkan och samarbete med många aktörer utanför Region Stockholm vilket vi ser har varit framgångsfaktor. Det kräver även stor kunskap om hur samhällets krisberedskapssystem ser ut. EKMB har den kunskapen men förvaltningen bedömer att fler aktörer i Region Stockholm behöver besitta mer kunskaper om krisberedskapssystemet.

Förvaltningen föreslås återkomma till nämnden med lärdomar efter att den externa oberoende utvärderingen presenterats, förvaltningen tagit del av dess innehåll och gjort en egen utvärdering av hanteringen av covid-19-pandemin och sammanställt förslag till åtgärder.

7: Ekonomiska konsekvenser för Hälso- och sjukvårdsnämnden

Pandemin har fört med sig en kraftig lågkonjunktur. Prognoserna för BNP-utvecklingen har reviderats ned kraftigt liksom prognoserna för sysselsättningen. I början av september förefaller det som att botten är nådd och att en successiv ekonomisk återhämtning är att vänta. Samtliga ekonomiska prognosmakare betonar dock att utvecklingen i dagsläget är extremt svårbedömd. För kommuner och regioner innebär lågkonjunkturen att skatteunderlaget utvecklas betydligt svagare vilket innebär att prognosen för Region Stockholms skatteintäkter reviderats ned. Enligt regionledningskontorets senaste beräkningar har skatteintäkterna reviderats ned med drygt 1 000 miljoner kronor 2021 i förhållande till beräkningarna i budget 2020 för Region Stockholm. Denna utveckling ställer krav på Region Stockholms nämnder och bolag att arbeta för att ytterligare begränsa kostnadsutvecklingen.

För hälso- och sjukvårdsnämnden har pandemin medfört merkostnader exempelvis för Älvsjö sjukhus, kommunikation och utrustning. Merkostnaderna följs upp i samband med boksluten för nämnden. Till och med juli uppgick merkostnaderna till cirka 440 miljoner kronor. För 2020 bedöms i dagsläget merkostnaderna uppgå till cirka 600 miljoner kronor. Därutöver har vårdgivarna merkostnader för exempelvis personal, skyddsutrustning och läkemedel. Staten kommer att ersätta merkostnaderna under förutsättning att de faller inom ramen för vad som framgår av SFS 2020-193.

Att göra en prognos för Hälso- och sjukvårdsnämndens ekonomi under 2020 är svårt. Hälso- och sjukvårdsnämnden har betydande merkostnader till följd av covid-19. Pandemin har även påverkat vårdgivarna och produktionen har fallit i förhållande till motsvarande period förra året, vilket inneburit lägre kostnader för Hälso- och sjukvårdsnämnden. I takt med att pandemin avtar börjar vårdgivarna successivt återhämta uppskjuten vård. Det är dock mycket svårt att i dagsläget bedöma om vårdgivarna kommer att komma tillbaka till budgeterade produktionsvolymer.

Vilka möjligheter hälso- och sjukvården har att planera och beställa den vård som fått stå tillbaka till följd av covid-19 eller för att hantera nya vårdbehov beror på de ekonomiska förutsättningar som regionfullmäktige beslutar om i budget 2021 för Region Stockholm. I skrivande stund, den 16 september 2020, är det inte känt vilka statliga medel som kommer Hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Stockholm till godo.

8: Positiva erfarenheter att befästa i spåren av pandemin

Vårens mobilisering för att hantera pandemin har ställt stora krav på medarbetare och vårdsystem. Det finns flera olika slags positiva erfarenheter.

En generell erfarenhet är tillfredsställelsen över att få lösa saker snabbt med enkla beslutsvägar i en miljö där alla jobbar fokuserat och intensivt med ett livsviktigt mål. Långsiktigt bedömer förvaltningen att det faktum att regionen lyckades ställa om för att möta pandemin bör resultera i ett förtroende från invånare och medarbetare för att regionen har dels förmåga att agera som ett sammanhållet system, dels beredskap att möta eventuella kommande kriser. Inom hälso- och sjukvården kommer förhoppningsvis också medarbetare, såväl kliniskt verksamma som administrativ personal, ta med sig erfarenheten att omöjliga saker kan vara möjliga.

Som beskrivits närmre ovan har behovet av en god kris- och katastrofberedskap, liksom pandemiberedskap, synliggjorts under pandemin, liksom förmågan till smittskydd, smittspårning och god vårdhygien. Det är förvaltningens bedömning att motivationen till att öka kunskapen och att följa riktlinjer ökat i och med pandemin.

Den kanske mest uppenbara lärdomen gäller digitalisering, av hela samhället, men också av hälso- och sjukvården. Här är den största vinsten inte ökade antal digitala besök, utan att en tröskel nu är överskriden avseende digital vana. Patienter och vårdanställda som förut sällan använt digitala lösningar har nu på bred front fått tillfälle att göra detta. Det ger mycket goda förutsättningar för fortsatt arbete. De konkreta förändringar som skett är att digitala lösningar är breddinförda i primärvård och att det finns en brant ökning inom specialiserad vård, dock från ett extremt lågt läge. De som är i framkant pekar på att det är viktigt att ta fasta på att ett värdeskapande användande av digitala lösningar bygger på förändrade arbetssätt som gynnar patienten, inte på digitala tjänster eller distanskontakter i sig. Det finns flera exempel på sådant; exempelvis digifysiska arbetssätt i primärvård där patienter får hjälp i chat vilket frigjort resurser för längre besök för svårt sjuka patienter. Personal i karantän har kunnat jobba hemifrån.

I specialistvården har digitala behandlingsstöd möjliggjort monitorering som integrerats i behandling av kroniskt sjuka. De svårigheter som funnits tidigare med vilken ersättning som ska utgå för digitala besök finns kvar inom vårdområden där kapitering inte är en rimlig ersättningsgrund. Under krisen har det funnits undantagslösningar som visserligen ger

ersättning, men som inte gör skillnad på värdeskapande besök och digitala besök som endast är istället för ett telefonsamtal. Svårigheterna hänger samman med att det nationella beskrivningssystemet som används bygger på fysiska besök. De lärdomar som gjorts i krisen är framförallt på verksamhetssidan och i normalläget behöver förvaltningen verka på såväl nationell nivå som med eget utvecklingsarbete för att komma vidare. De lärdomar som kan göras och som bör följas upp systematiskt, är hur distanslösningar faktiskt används och vad vårdgivare och patienter anser har fungerat. Den resursbesparande potential som finns i digitalisering uppstår huvudsakligen på systemnivå, inte hos enskilda vårdgivare. Det är därför av vikt att hela hälso- och sjukvårdssystemet har samsyn kring hur såväl ersättningsmodeller, ersättningsnivåer samt metoder för uppföljning utformas. Risken med att behandla olika avtalsområden var för sig är att det kan skapa ojämlika förutsättningar mellan vårdgivare i olika avtalsområden. Vården och dess tillgänglighet ska vara förutsägbar och enhetlig för invånaren och inte skilja mellan olika vårdgivare, och inte vara beroende av att förvaltningen delat upp ansvaret för olika vårdavtal mellan sig.

Det finns mycket att vinna på att samla in de erfarenheter som gjorts i detta ”naturliga experiment” för att avgöra när det är relevant att utge ersättning för distanskontakter inom de vårdområden där kapitering inte utgör ersättningsgrund. Förvaltningen har ett pågående uppdrag att implementera den beslutade inriktningen för den digifysiska vården, vården i samband med utveckling av nya vårdavtal och ordinarie vårdvalsrevideringar, samt att utveckla ersättningssystem. Inriktningen för arbetet är att förhållningssättet i vårdbeställningar ska vara teknikneutralt, det vill säga att fokus bör vara på vårdresultat och att patienter får vård, inte på hur de får denna vård. Erfarenheterna under samt före krisen visar att det är stora förändringar som behöver göras på många plan för att ersättningarna ska kunna vara teknikneutrala och för att kunna följa med den transformation som digitaliseringen erbjuder.
Förvaltningen föreslår att nämnden ger förvaltningen i uppdrag att återkomma med en handlingsplan som visar på de förutsättningsskapande aktiviteter som behöver utföras för att kunna beställa digifysisk vård där det medicinska behovet, invånarens önskemål och effektivt användande av vårdens resurser står i fokus. Handlingsplanen syftar till enhetlig implementering av digifysisk vård i vårdavtalen och till att underlätta praktisk tillämpning hos vårdgivarna.

Därtill finns många lärdomar att dra när det gäller samordning kring den enskilda patienten mellan vårdgivare och samarbetsparter så som

kommunernas omsorg. Framgångsfaktorer som lyfts är tydligt mandat och uppdrag att samordna, fasta kontakter med andra vårdgivare, tydligare former för samarbete och samverkan mellan vårdgivare och samarbetsparter. Genom detta uppnås ett mer sammanhållet vårdsystem. Problem med bristandet samordning och koordinering fanns sedan tidigare identifierade i Primärvårdsstrategi och förstudie om hälso- och sjukvårdsavtal. För att åtgärda dessa brister fick förvaltningen i budget 2020 uppdrag kring flera åtgärder i Primärvårdsstrategin, så som införande av geografiskt samordningsansvar och ett separat uppdrag att tillsammans med kommunerna i länet ta fram en övergripande samverkansöverenskommelse om hälsovård. Arbete med båda dessa uppdrag påbörjades innan pandemin.

Under pandemin har geografisk samordning tillämpats i hela regionen. Detta har inneburit samordning på andra sätt än i normalfallet, färre gränser mellan olika vårdgivare och fler kontaktytor mot kommunerna. De noder i primärvården där aktörer inom närsjukvården samarbetade och samordnade sina insatser gav möjlighet att hitta lösningar och överbrygga en ibland splittrad primärvård. Med anledning av detta har arbete med budgetuppdrag om samordning och samverkan med kommunerna påskyndats under hösten 2020 och förvaltningen inarbetar lärdomarna från pandemin i de förslag som tas fram. Uppdraget i Primärvårdsstrategin om geografiskt samordningsansvar kommer att redovisas för beslut i Hälso- och sjukvårdsnämnden i samband med förslag på revidering av förfrågningsunderlag för husläkarmottagningar inför 2021. Uppdraget om en övergripande samverkansöverenskommelse hälsa- vård och omsorg planeras tas upp till nämnden under 2021. Beroende på hur dialogen med kommunernas i länet fortskrider är förhoppningen att nämnden ska kunna fatta beslut redan under fösta halvåret 2021.

Utifrån lärdomarna från pandemin påbörjas också dialog med SLSO om att stödja och processleda samspelet mellan olika organisationer och huvudmän inom närsjukvården för att främja utvecklingen av en samordnad nära vård i regionen, bidra till samordning av viktiga vårdprocesser, gemensam kunskapsutveckling och utveckling av operativ samverkan mellan hälso- och sjukvården och kommunala verksamheter. Ett antal uppdrag inklusive resurser som kan vara aktuella för att flyttas över till SLSO ska gemensamt identifieras. Vidare kommer former för samverkan mellan förvaltningen och SLSO att utvecklas för bättre sammanhållen systemstödjade effekt.

Samlad bedömning

Förvaltningens samlade bedömning är att covid-19-pandemin fått och kommer att få stor kort- och långsiktig påverkan på hälso- och sjukvården i Region Stockholm. Under våren har det visat sig att hälso- och sjukvårdssystemet har en sådan resiliens, eller robusthet, som möjliggjort en kraftig omställning under pandemins mest kritiska fas. Förvaltningen bedömer att den långsiktiga påverkan kommer att vara kännbar för regionen genom nya, förändrade och uppdämda vårdbehov, direkt och indirekt försämrad hälsa och försämrade ekonomiska förutsättningar. Ett antal strategier har utarbetats för att hantera dels den fortsatta pandemin, dels hälso- och sjukvården efter pandemin.

Under fortsatt pandemi är huvudstrategin att fortsätta följa och förebygga smittspridningen. Beredskapen för att hantera vidare smittspridning och lokala utbrott utifrån folkhälsomyndighetens skisserade scenarier är, och behöver fortsatt vara, god. Viktiga strategier är att fortsätta kommunicera med invånarna om att följa Folkhälsomyndighetens rekommendationer samt att erbjuda testning för pågående covid-19-infektion och efterföljande smittspårning av positiva fall. Att erbjuda antikroppstester brett och att förbereda regionens vårdgivare för att kunna tillhandahålla vaccin, när detta blir möjligt, är också det viktiga strategier för återstarten av samhället, samt för att förhindra ytterligare ohälsa.

När det gäller nya, förändrade och uppdämda vårdbehov är förvaltningens strategi att aktivt följa hur tillgängligheten utvecklas inom respektive vårdområde. Även om pandemiläget väsentligt förbättrats kvarstår tendenser till förändrade sökmönster. Om dessa tendenser håller i sig skulle vi kunna tala om ett minskat långsiktigt vårdbehov, vilket skulle frigöra resurser till att hantera den planerade vård som fått anstå under pandemin. Här behöver förvaltningen följa hur sökmönstren utvecklar sig noggrant under en lägre period innan någon bedömning kan göras. Om söktrycket snabbt ökar till primvård och sedan vidare till specialistvården för utredningar och åtgärder kan den vård som undanträngts under pandemin snabbt generera en mer omfattande kösituation än den förvaltningen idag får indikationer om. Givet regionens ekonomiska situation, som beskrivits närmre ovan i stycket om ekonomi (7), kan vårdutbudsbegränsningar komma i fråga och förvaltningens strategi kommer då att vara att, i linje med hälso- och sjukvårdslagen, säkerställa att de som har störst vårdbehov får företräde till vård.

När det gäller de föreslagna folkhälsoåtgärderna är de strikt prioriterade för att verka för jämlik hälsa och ökad resiliens mot de negativa effekter

pandemin riskerar att medföra. Här återstår för förvaltningen att väga dessa insatser ekonomiskt mot förvaltningens ekonomiska ram.

Inom utbildningsområdet behöver förvaltningen väga produktivitet i omhändertagande av ett uppdämt vårdbehov mot produktiviteten i utbildningen av vårdens framtida medarbetare. Förvaltningens strategi är att föra en kontinuerlig dialog med vårdgivarna för att nå en rimlig balans mellan dessa intressen.

När det gäller marknadseffekter har förvaltningen att väga befolkningens behov av vård samt ekonomiska effekter på vårdgivare med och mot juridiska förutsättningar för att betala ut ersättningar till vårdgivare och förvaltningens ekonomi. Vilka åtgärder förvaltningen vidtagit utifrån dessa avvägningar redogjorts för i avsnittet om marknadseffekter (5).

Överväganden avseende kris- och katastrofberedskap samt epidemiberedskap har ännu inte gjorts, utan där inväntas det externa utvärderingsarbetet.

I arbetet med befästa positiva erfarenheter är förvaltningens strategi att gå fram med förslag på åtgärder som har positiv effekt på hälso- och sjukvården som system. De förslag till åtgärder som presenteras avseende digitaliseringen och samverkan kring enskilda patienter är områden som under lång tid varit föremål för uppdrag, utredningar och satsningar. Genom de nya arbetssätt och samarbetsformer som föddes under covid-19-pandemin har nu förutsättningar skapats för att ta nästa steg i utvecklingen av dessa områden.

Region Stockholm

Hälso- och sjukvårdsnämnden SKRIVELSE 2020-04-21

Liberalerna
Moderaterna
Kristdemokraterna
Centerpartiet
Miljöpartiet

Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att analysera och återkomma till nämnden, dels med en rapport om hur coronapandemin påverkar hälso- och sjukvården på kort och lång sikt, dels med en strategi för hälso- och sjukvården efter coronapandemin.

Coronapandemin drabbar människors liv och hälsa hårt och lägger en stor börda på hälso- och sjukvården. Region Stockholm har snabbt klarat av att ställa om i vården och skapa ytterligare intensivvårdsplatser för att klara av att ta hand om de patienter som insjuknar svårt i covid -19. Dessutom har runt 7000 personer anmält intresse för att hjälpa till under krisen.

Effekterna av smittspridningen är omedelbara, men får också långsiktiga konsekvenser som behöver analyseras. Det innebär även de konkreta vårdbehov för tidigare covid-19-patienter, sk. inducerade vårdbehov, som kan tänkas uppstå. Vidare behöver strategier formas för att säkerställa att invånarna får tillgång till vård utifrån sina behov samt att negativa effekter på folkhälsan kan motverkas. Därtill behövs analyser av de ekonomiska effekterna liksom av hur sjukvårdssystemet i stort påverkas. Detta omfattar både den somatiska vården och psykiatrin.

Mycket av den elektiva – planerade – vården skjuts nu för att frigöra kapacitet i den akuta vården av covid-19-drabbade patienter. Det gäller insatser som under förutsättning att det kan ske utan allvarliga medicinska konsekvenser inte är går att genomföra i närtid, men självklart medför detta olägenheter för patienterna. Prioriteringen är nödvändig för att klara att möta det akuta vårdbehovet och minimerar samtidigt de fysiska besöken i vården vilket är bra för att minska risken för smittspridning. Hur detta påverkar hälso- och sjukvården på sikt behöver analyseras och en strategi för att kunna betala av den ”vårdskuld” som nu byggs upp under pandemin utvecklas. Arbete hemifrån och självvald karantän kan leda till mycket stillasittande då möjligheterna till motion och rörelse är begränsade vilket påverkar hälsan. Detta behöver också belysas ur ett folkhälsoperspektiv.

Det extrema tryck som sjukvårdens nu möter genom en kraftig expansion är nödvändig för att säkra patienternas tillgång till vård. Det innebär dock en stor ansträngning för medarbetare och påverkar ekonomin, särskilt på akutsjukhusen i regionen. Vad detta får för konsekvenser för hälso- och sjukvården efter pandemin behöver analyseras.

Finansminister Magdalena Andersson (S) har uttryckligen sagt att staten ska kompensera regionerna för kostnader i samband med pandemin, vilket är en förutsättning för att regionerna inte ska tvingas till drastiska åtgärder för att hantera stora underskott. Denna kompensation kommer att vara avgörande för att hantera både den kortsiktiga och långsiktiga utvecklingen av sjukvården i Region Stockholm. Formerna för den statliga kompensationen måste bevakas, men även de indirekta effekterna på nämndens ekonomi genom exempelvis minskade skatteintäkter måste analyseras.

Många vårdgivare, såväl inom regionens egna verksamheter som bland privata utförare inom LOV och LOU påverkas av den pågående pandemin. Många bidrar med stora insatser både i form av kompetens och utrustning. Samtidigt drabbas andra vårdgivare när deras patienter uteblir från

planerade besök. Möjligheten till digitala vårdkontakter har snabbt förstärkts för många patienter och vårdgivare har utvecklat nya former för att möta sina patienter. Hur vårdgivarna påverkas, om ersättningarna kan behöva komma att justeras och vad de långsiktiga effekterna för vårdutbudet i regionen kan bli är också frågor som behöver belysas.

Det finns också styrkor i vårdsystemet som framkommit under pandemin, och som kan skapa ett mervärde långsiktigt, bland annat avseende digitaliseringens potential, utveckling av egenvård, samverkan mellan olika aktörer, task-shifting med mera. Förutsättningarna att tillvara ta dessa erfarenheter behöver också belysas.

Självklart måste det akuta arbetet med att säkerställa en god vårdkapacitet liksom hög kvalitet och patientsäkerhet prioriteras. Hälso- och sjukvårdsnämnden behöver också få en analys av hur sjukvårdssystemets olika delar påverkats av coronakrisen, liksom vilka de ekonomiska konsekvenserna bedöms bli samt förslag på strategiska beslut för att motverka de negativa konsekvenserna av pandemin och föra verksamheterna åter till ett normaltillstånd.

Den styrande majoriteten i Region Stockholm ger därför hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att analysera och återkomma till nämnden, dels med en rapport om hur coronapandemin påverkar hälso- och sjukvården på kort och lång sikt, dels med en strategi för hälso- och sjukvården efter coronapandemin.