

30

Svar på skrivelse från
Socialdemokraterna om
rehabilitering och
långtidssjuka i covid-19

HSN 2020-1861

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Rehabilitering-Habilitering-Hjälpmedel
Malin Håkansson

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2021-03-24

HSN 2020-1861

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Svar på skrivelse från Socialdemokraterna om rehabilitering och långtidssjuka i covid-19

Ärendebeskrivning

I en skrivelse till hälso- och sjukvårdsnämnden ställer Socialdemokraterna ett antal frågor om rehabilitering och långtidssjuka i covid-19.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Skrivelse från Socialdemokraterna om rehabilitering och långtidssjuka i covid -19

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

Skrivelsen anses besvarad.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund

I skrivelsen lyfts fram att coronapandemin innebär en enorm belastning för sjukvården, en vårdskuld framöver, och även nya vårdbehov till följd av såväl rehabilitering inklusive patienter som har långvariga symptom efter covid-19.

Vidare lyfts i skrivelsen vikten av väl fungerande samverkan mellan olika vårdnivåer samt med den kommunala vård och omsorgen, för att säkerställa att behoven möts. I skrivelsen uttrycker Socialdemokraterna en oro att det ökade trycket på rehabiliteringen riskerar att innebära att andra patienter trängs undan till följd av inflödet med patienter som haft covid-19.

Mot denna bakgrund ställer Socialdemokraterna ett antal frågor.

Hur ser hälso-och sjukvårdsförvaltningens planering ut vad gäller uppföljning och rehabilitering av covid-19 patienter?

Rehabilitering

Den regionala särskilda sjukvårdsledningen (RSSL) började tidigt under pandemin analysera behov av rehabilitering för patienter som vårdats för covid -19. Det är en helt ny sjukdom vilket medför att det är svårt att bedöma hur stort rehabiliteringsbehovet kommer att vara. Det finns idag begränsat med kunskap och evidens om rehabilitering efter covid-19 och dess effekter. Kunskapsnivån ökar successivt och utveckling sker kontinuerligt internationellt, nationellt och regionalt.

I valet mellan att starta särskild verksamhet för rehabilitering av covid-19 patienter eller att nyttja befintligt vårdutbud bedömde RSSL att denna grupp patienter bäst omhändertogs inom befintligt vårdutbud, vilket fortfarande är den rådande bedömningen. Regionens utbud av rehabilitering, med nivåstrukturering på olika vårdnivåer, är betydligt mer omfattande jämfört med övriga landets regioner. Att använda befintligt vårdutbud och flöden underlättar för vårdgivare som inte behöver skapa särskilda rutiner och processer för patienter vårdade för covid-19.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) har beslutat om ett samordningsuppdrag (HSN 2020-1742) för hela rehabiliteringskedjan för personer efter covid-19 med syfte att bedöma behov av åtgärder som på kort och lång sikt behöver vidtas för att säkra kapacitet i hälso- och sjukvården och att säkerhetsställa att patienter får rätt vård på rätt vårdnivå. I uppdraget pågår nu analys med att bedöma rehabiliteringsbehovet i region Stockholm. I analyserna inkluderas bland annat besöksstatistik, dialog med kunskapsorganisationerna (nationellt och regionalt) och vårdgivare inom samtliga vårdnivåer. Dessa analyser och sammanfattande bedömningar är i nuläget inte färdigställda.

Befintligt rehabiliteringsutbud för patienter efter covid-19:

Högspecialiserad rehabiliteringsnivå:

Högspecialiserad rehabilitering (Danderyds sjukhus)

Högspecialiserad rehabiliteringsbedömning (Danderyds sjukhus)

Specialiserad rehabiliteringsnivå:

Vårdval Specialiserad neurologisk rehabilitering efter vård på akutsjukhus (cirka 75 rehabiliteringsplatser, 3 vårdgivare).

Vårdval Specialiserad rehabilitering efter vård på akutsjukhus (cirka 140 rehabiliteringsplatser, 5 vårdgivare).

Vårdval Planerad specialiserad neurologisk rehabilitering, dagvård eller veckovård med 7 vårdgivare inom Region Stockholm.

Till detta vårdval kan patienter remitteras som i senare skede har kvarvarande neurologiska symtom efter covid-19 och som bedömts ha behov av mer intensiva rehabiliteringsinsatser, trots rehabilitering inom primärvård eller annan öppenvård.

Rehabilitering i primärvården:

Vårdval primärvårdsrehabilitering (cirka 69 mottagningar)

Vårdval specialiserad fysioterapi (cirka 170 avtal med ca 300 fysioterapeuter)

Vårdval logopedi (cirka 77 mottagningar)

Uppföljning

Inom samtliga vårdnivåer inkluderas uppföljning av behandling/rehabilitering i ordinarie uppdrag. Det har inte tillkommit några särskilda direktiv kring uppföljningsarbete som gäller för denna patientgrupp.

Hur ser samverkan ut mellan primär- och sjukhusvården vad gäller exempelvis remittering?

Samverka ska ske enligt ordinarie strukturer inom samtliga vårdnivåer. Det har inte tillkommit några särskilda direktiv kring samverkan mellan primär- och sjukhusvården för denna patientgrupp utan ordinarie strukturer anses tillräcklig.

I avtalen för regionens akutsjukhus anges att Vårdgivaren ska genomföra en kvalificerad bedömning av patientens rehabiliterings- eller habiliteringsbehov samt tillse att identifierat initialt rehabiliteringsbehov tillgodoses i slutenvård.

Om behov av individuell rehabiliteringsplan finns, ska en sådan upprättas och hänvisning/remittering ske till relevant vårdgivare. Vid behov ska Vårdgivaren även tillhandahålla en rehabiliteringskoordinator. Försäkringsmedicinska bedömningar och ställningstaganden är en integrerad del av vården och hanteras med samma systematik, kvalitet och professionalitet som andra åtgärder.

Vid utskrivning från slutenvården ska lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård följas. I enlighet med fastställda

riktlinjer och rutiner ska slutenvården bland annat ansvara för att påbörja planering inför utskrivning vid inskrivning, informera löpande berörda enheter om aktuell situation och ge skriftlig information om den enskildes behov av vård, stöd och omsorg till berörda enheter så att dessa kan inleda planering av den enskildes insatser efter utskrivning. Öppenvården ska när de mottagit inskrivningsmeddelande från slutenvården bland annat utse en fast vårdkontakt som är ansvarig för planering och samordning av den enskildes fortsatta vård- och omsorgsinsatser innan den enskilde skrivs ut. Öppenvården ska vidare påbörja planering av de insatser som den enskilde behöver vid utskrivning så snart ett inskrivningsmeddelande från slutenvården har mottagits.

Vårdval primärvårdsrehabilitering omfattar ett teambaserat basuppdrag för akuta och planerade rehabiliteringsinsatser i öppenvård på mottagning och i den egna bostaden från legitimerad arbetsterapeut, legitimerad dietist och legitimerad fysioterapeut. Det finns inget krav på remiss i basuppdraget. Däremot har varje mottagning ett avtalat geografiskt områdesansvar med inställetid för rehabiliterande insatser i hemmet. För patient i behov av hembesök och/eller hemrehabilitering, direkt efter avslutat slutenvårdstillfälle, ska den vårdgivare patienten valt, påbörja rehabiliteringsinsatserna inom 24 timmar.

Under 2021 kommer ett nytt IT-stöd (Lifecare SP) för utskrivning från slutna hälso- och sjukvård implementeras i Region Stockholm. Lifecare SP kommer också att införas i verksamheter som tidigare inte har använt något IT-stöd för utskrivning från slutenvården, vilket bland annat omfattar primärvårdsrehabilitering. Sammantaget förväntas detta bidra till en mer trygg och säker utskrivningsprocess och förbättrade uppföljningsmöjligheter även för denna målgrupp.

Inom vårdval logopedi uppdrag ska vårdgivaren samverka med vårdgivare och huvudmän i den omfattning som krävs för uppdragets utförande. I detta ingår att utveckla och dokumentera arbetssätt och rutiner för samverkan. Vårdgivaren ska säkerställa att vårdprocessen ur ett patient- och närståendeperspektiv är så sammanhängande som möjligt. Vårdgivaren ska vid behov och efter dokumenterat samtycke informera patientens husläkare, eller annan ansvarig läkare, om patientens aktuella vård och behandling. Detta gäller särskilt för äldre med stora och sammansatta vårdbehov, patienter med omfattande funktionsnedsättning, kroniskt sjuka patienter, barn och unga med behov av särskilt stöd, patienter med smärtproblematik och patienter med psykisk ohälsa. Vårdgivaren ansvarar för överlämnande till annan vård- eller omsorgsgivare för att ge patienten

god och samordnad vård. Så få kontaktpunkter som möjligt ska involveras i patientens möte med vården.

Vårdgivare både inom vårdval Logopedi och primärvårdsrehabilitering ska aktivt delta i och vid behov ta initiativ till vårdplanering i samverkan med andra vård- och omsorgsgivare. Vårdgivaren ska se till att patienten och vid behov närstående görs delaktiga i vårdplaneringen. Patientens samlade behov, det vill säga medicinska behov, omvårdnadsbehov och behov utifrån funktionsförmåga, ska vara utgångspunkt för den vård som planeras och erbjuds.

Region Stockholm har kunskapsstöd på Viss.nu kring långtidssymtom efter covid-19. Dokumenten är tänkt att vara till hjälp i första hand för primärvården och för att underlätta samverkan mellan de olika vårdnivåerna.

Inom flera regionala programområden (RPO) förs löpande dialog kring remitteringsläget och rehabiliteringsbehov för patienter efter covid-19. Inom RPO:er finns representanter från samtliga vårdnivåer.

Danderyd sjukhus rehabiliteringsmedicinska klinik uppger att patienter med långtidssymtom efter covid-19 i dagsläget remitteras från primärvården, med önskemål om bedömning, bland dessa finns både patienter som sjukhusvårdats och patienter som ej sökt sjukhusvård. Remisser bedöms och vid behov remitteras patienten till adekvat vårdnivå.

Vilken samverkan finns med den kommunala vård och omsorgen vad gäller rehabilitering och patienter med långvariga symtom efter covid-19?

Samverka ska ske enligt ordinarie strukturer inom samtliga vårdnivåer. Det har inte tillkommit några särskilda direktiv kring samverkan mellan primär- och sjukhusvården för denna patientgrupp utan ordinarie strukturer anses tillräcklig.

I avtal för vårdval husläkarmottagning anges att Vårdgivaren aktivt ska bidra till samverkan för patienter som har behov av vård och omsorg från flera vårdgivare och huvudmän. Dokumenterade rutiner ska upprättas för samverkan med andra vårdgivare och huvudmän i den omfattning som krävs för uppdragets utförande.

För samverkan kring enskild patient så är samordnad individuell plan (SIP) i hemmet eller på mottagning en "arena" för samverkan.

Gällande uppdraget läkarinsatser i särskilt boende för äldre ska vårdgivaren känna till och följa beslut och riktlinjer i samverkans-överenskommelser som finns mellan Region Stockholm och andra huvudmän, "Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg för äldre". Vårdgivaren ansvarar för att utveckla samt dokumentera sina arbetsätt och rutiner för samverkan med andra vårdgivare och huvudmän i det samlade vårdnätverket, i den omfattning som krävs för uppdragets utförande.

Vårdgivaren ska aktivt samverka med hälso- och sjukvårdspersonal på det kommunalfinansierade särskilda boendet samt ge stöd i individrelaterade medicinska frågor till personal i det särskilda boendet, särskilt kring vård och behandling i livets slutskede.

Vårdgivaren ska aktivt delta i och vid behov ta initiativ till vårdplanering i samverkan med andra vård- och omsorgsgivare samt se till att patienten och närstående vid behov görs delaktiga i vårdplaneringen. Patientens samlade behov, det vill säga medicinska, psykologiska och existentiella behov, omvårdnadsbehov och behov utifrån funktionsförmåga, ska vara utgångspunkt för den vård som planeras och erbjuds. De ska genomföra en kvalificerad bedömning av patientens rehabiliteringsbehov tillsammans med annan huvudmans hälso- och sjukvårdspersonal. Om behov av individuell rehabiliteringsplan finns, ska en sådan upprättas och hänvisning/remittering ske till relevant vårdgivare.

För att främja en sammanhållen vårdkedja ska vårdgivare inom vårdval primärvårdsrehabilitering prioritera insatser som föregåtts av annan medicinsk behandling. Vårdgivaren ska samverka med andra vårdgivare och huvudmän i den omfattning som krävs för att utföra uppdraget. I detta ingår till exempel att utveckla och dokumentera arbetsätt och rutiner för samverkan.

Vårdgivaren ska oavsett diagnos prioritera patienter med omfattande behov, såsom exempelvis äldre och barn med stora och sammansatta vårdbehov. För patienter med omfattande funktionsnedsättningar samt kroniskt sjuka, ska särskilt eftersträvas kontinuitet i vårdkontaktarna. För dessa patientgrupper ska även stöd till närstående prioriteras.

Vårdgivaren ska prioritera SIP för personer som behöver insatser från båda huvudmännen. SIP samordnar och tydliggör ansvaret mellan olika huvudmän, vem som gör vad och när, samt förbättrar den sammanhållande processen. SIP kan synliggöra planeringen så att rätt insatser ges i rätt ordning. SIP ger också en möjlighet för den enskilde, närstående och berörda professioner att få en helhetsbild av situationen och vad man

kommit överens om. Efter genomförd SIP ansvarar respektive verksamhet för att utföra de insatser man kommit överens om och dokumentera dessa hos respektive huvudman. Berörda professioner inom primärvårdsrehabiliteringen ska till exempel upprätta individuell behandlingsplan med dokumenterat syfte och mål i samråd med patienten och vid behov med närstående. Vid behov ska även individuell rehabiliteringsplan upprättas i samråd med patienten och berörda aktörer.

Vilket uppföljningsarbete pågår vad gäller långvariga symtom efter covid-19?

Inom samtliga vårdnivåer inkluderas uppföljning av behandling/rehabilitering i ordinarie uppdrag. Det har inte tillkommit några särskilda direktiv kring uppföljningsarbete som gäller för denna patientgrupp. Det har inte heller tillkommit några särskilda direktiv kring samverkan mellan primär- och sjukhusvården för denna patientgrupp utan ordinarie strukturer anses vara tillräcklig.

Ett exempel på uppföljning i ordinarie struktur är att samtliga patienter som vårdats på IVA på Danderyds sjukhus upp av specialistläkare och fysioterapeut tre månader efter utskrivning samt 1 år efter insjuknandet i enlighet med det nationella vårdprogrammet. Det har även på Danderyds sjukhus startats en högspecialiserad post covid-19 mottagning för patienter med kognitiv funktionsnedsättning och remiss från primärvården. Rehabiliteringsprogram planeras för patienter med långtidseffekter av covid-19 där primärvården ej kan möta patientens komplexa rehabiliteringsbehov.

I kunskapsorganisationerna pågår flera arbeten kring covid-19 både regionalt och nationellt. Forskning bedrivs inom flera kunskapsområden internationellt, nationellt och regionalt.

Bland annat har Nationellt system för kunskapsstyrning, Hälso- och sjukvård haft en nationell arbetsgrupp om uppföljning efter covid-19 som etablerades i enlighet med den för regioner beslutade modellen om en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning. I arbetsgruppen sitter representant eller nominerad från alla sjukvårdsregioner i Sverige med sakkunnig från berörda Nationella kunskapsområden (Nationellt primärvårdsråd, Infektionssjukdomar, Lung- och allergisjukdomar och Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin. Arbetsgruppen har bestått i följande kompetenser: läkare från relevanta specialiteter, inklusive allmänmedicin, fysioterapeut, arbetsterapeut, patient-/närståenderepresentanter samt utredare från Socialstyrelsen. Arbetsgruppen har utvecklats ett stödverktyg som nu testas på

husläkarmottagning och ska sedan implementeras i hela regionen under våren.

HSF har löpande dialog med vårdgivare och kunskapsorganisationerna och följer regelbundet inrapporterad besöksstatistik för att kunna bedöma behov av förändringar i rehabiliteringskedjan om tex kunskapsläget förändras.

Vilka åtgärder pågår för att inte riskera att tränga undan andra patienter med behov av rehabilitering?

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen påbörjade under hösten 2020 ett arbete med en så kallad Beställarplan som innebär att förvaltningen löpande skapar sig en fördjupad lägesbild av vården i regionen och identifierar områden som kan kräva åtgärder för att täcka befolkningens vårdbehov. Analysen innefattar både den vård som trängts undan samt nyuppkomna vårdbehov och områden som redan innan covid-19-pandemin var i behov av åtgärder. En viktig faktor att ta hänsyn till är hur utvecklingen av covid-19-pandemin fortgår och vilken påverkan det ger på hälso- och sjukvårdssystemet i regionen. Baserat på uppdaterade lägesbilder identifieras vårdområden i behov av åtgärder. Arbets sättet skapar en helhetssyn över regionens samlade kapacitet inom hälso- och sjukvårdssystemet och ger ett underlag för horisontella prioriteringar inom, och potentiellt mellan, berörda vårdverksamheter som är beroende av varandra. Hänsyn tas därmed till vårdbehov samt avtalsmässiga förutsättningar samt till vilken kapacitet som finns inom olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet innan en åtgärd föreslås genomföras. Genom att befintliga uppdrag och avtal inom regionen används på mest effektiva sätt kan förvaltningen skapa förutsättningar för att avlasta och utöka kapacitet där det behövs. Samverkan sker löpande med berörda aktörer, såsom vårdgivare, specialistsakkunniga inom olika specialiteter, Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland, för att få en samlad bild av både behov och kapacitet inom Region Stockholm. Detta är ett löpande arbete och eventuella behov av förändringar bedöms regelbundet.

Ett exempel på åtgärd är tillfälliga beslut om möjlighet till distanskontakter vilka beslutades första gången i mars 2020. Dessa har förlängts vid flertalet tillfällen och senaste beslutet gäller till och med sista augusti 2021. De tillfälliga besluten gäller bland annat för vårdval primärvårdsrehabilitering, vårdval logopedi, vårdval specialiserad fysioterapi och vårdval husläkarmottagning. Det har till viss del påverkat att minska den uppskjutna vården då vård och rehabilitering har kunnat bedrivits digitalt istället för att blivit uppskjuten.

Bedömer förvaltningen att det kommer behövas resurstillskott för rehabilitering till följd av ökade behov?

Det är i dagsläget svårt att bedöma om det kommer att behövas resurstillskott då det pågår ett arbete att bedöma behov av eventuella förändringar i rehabiliteringskedjan för personer efter covid –19 som ännu inte är avslutat. I bedömningen inkluderas att se över kapacitet hos vårdgivare vilket görs både genom besöksstatistik men även genom enkät till samtliga vårdgivare inom rehabiliteringsområdena i primärvården. Vårdgivare inom rehabilitering i primärvården har uppgivit att de har möjlighet att ta emot ett utökat antal patienter och att de delvis kan ta igen den undanträngda vården. Dock kan det snabbt ändras om det sker justeringar i övriga vårdnivåer eller om pandemiläget förändras. Förvaltningen följer detta noggrant och regelbundet.

Överväganden

Vid bedömning av patientens rehabiliteringsbehov postcovid ska, i enlighet med alla övriga diagnoser, LEON-principen vara vägledande, så att patienten erbjuds rehabilitering på rätt vårdnivå. Navet för vårdkedjan postcovid är primärvården och det är den största delen av vården bedrivs. Grunden är att personer som har besvär efter covid-19 ska behandlas i primärvården och det är husläkarmottagningarna som är navet. Inom primärvården finns god tillgång till rehabilitering inom flera vårdval som ovan nämnts. Vårdkedjan innefattar i primärvården, vårdcentraler/husläkarmottagningar och primärvårdsrehabilitering, vårdval specialiserad fysioterapi, vårdval Logopedi. I de fall primärvårdens behandling- och rehabiliteringsinsatser inte är tillräckliga eller saknar viktiga nyckelkompetenser ska patienten remitteras vidare till lämplig organspecialitet, multidisciplinär utredning/behandling (Karolinska universitetssjukhus), högspecialiserad rehabiliteringsbedömning för patienter med kognitiv funktionsnedsättning (Danderyds sjukhus) eller specialiserad rehabilitering.

Utifrån den kunskap som finns i nuläget är förvaltningens bedömning att ovan nämnda vårdkedja för bedömning/behandling/rehabilitering av postcovid-symtom är tillräckligt för att tillgodose vårdbehovet hos befolkningen i nuläget. Men då det är en ny sjukdom så följer hälso- och sjukvårdsförvaltningen noggrant vårdbehovet och kunskapsutvecklingen regelbundet och fortlöpande.

Att använda befintligt vårdutbud och flöden underlättar även för vårdgivare som inte behöver skapa särskilda rutiner och processer för patienter vårdade för covid-19.

Det pågår nu analys med att bedöma behov av eventuella förändringar av rehabiliteringsbehovet i Region Stockholm. I analyserna inkluderas bland annat besöksstatistik, dialog med kunskapsorganisationerna (nationellt och regionalt) och vårdgivare inom samtliga vårdnivåer. Dessa analyser och sammanfattande bedömningar är i nuläget inte färdigställda.

Bedömning av behov att skapa särskilda rutiner eller processer gällande uppföljning görs löpande inom varje vårdnivå. HSF bedömer att i dagsläget bör uppföljning inkluderas i de ordinarie strukturerna även för denna patientgrupp.

Johan Bratt
Tf. hälso- och sjukvårdsdirektör

Anna Ingmanson
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Akten

Godkänd av Johan Bratt, 2021-03-24

Skrivelse om rehabilitering och långtidssjuka i Covid-19

Coronapandemin innebär inte bara en enorm belastning för sjukvården här och nu samt en vårdskuld framöver, utan även nya vårdbehov till följd av såväl rehabilitering samt patienter som är långtidssjuka.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering har kartlagt rehabilitering och vård för patienter med långvariga covid-19-symptom. I kartläggningen beskrivs att upplevda symptom hos patienterna varierar. Främst rapporteras trötthet, andfäddhet, hosta, hjärtklappning och försämrat luktsinne. Men även bröstsmärtor, muskel- och ledvärk, viktnedgång, mag-tarmbesvär, hudförändringar, en försämrad livskvalitet samt en allmänt försämrad fysisk respektive psykisk hälsa har redovisats. Det kan heller inte uteslutas att det förekommer ytterligare långvariga symptom som inte har rapporterats än.

Sedan sommaren finns en mottagning på Karolinska som specialiserar sig på patienter som varit sjuka en längre period och är i behov av rehab. Den inledande uppföljning inriktade sig framförallt på patienter som varit inlagda på covid-IVA och andra akutavdelningar på sjukhuset, men trycket ökar nu även från primärvården. Det är viktigt att denna samverkan med primärvården, samt den kommunala vård och omsorgen, är välfungerande för att säkerställa att behoven möts.

Det ökade trycket på rehabiliteringen riskerar vidare att innebära att andra patienter trängs undan till följd av inflödet med patienter som haft covid-19. Det är möjligt att det därför i framtiden kommer krävas ett uppskalat rehabiliteringsarbete inom sjukvården.

Socialdemokraterna vill med anledning av detta fråga:

Hur ser hälso-och sjukvårdsförvaltningens planering ut vad gäller uppföljning och rehabilitering av covid-19-patienter?

Hur ser samverkan ut mellan primär- och sjukhusvården vad gäller exempelvis remittering?

SKRIVELSE

Vilken samverkan finns med den kommunala vård och omsorgen vad gäller rehabilitering och långtidssjuka i covid-19?

Vilket uppföljningsarbete pågår vad gäller långtidssjuka i covid-19?

Vilka åtgärder pågår för att inte riskera att tränga undan andra patienter med behov av rehabilitering?

Bedömer förvaltningen att det kommer behövas resurstillskott för rehabilitering till följd av ökade behov?