

Protokoll från Hälsovalsberedningens sammanträde

Tid: 2016-05-13 Kl. 09.00-16.00

Plats: Kulan, Landstingshuset, Falun

Beslutande

Kristina Svensson (S), Ordförande

Åsa Nilser (L) ersätter Crister Carlsson (M)

Anna-Lena Andersson (S) ersätter Per-Inge Nyberg (S) gäller § 6, 7, 8 och 9

Maud Nordfeldt Holmqvist (V)

Roy Uppgård (KD) ersätter Lisbeth Mörk-Amnelius (DSP) gäller § 5

Ersättare

Göran Engström (C)

Tjänstemän

Helén Kastemyr, chef Hälsovalsenheten

Lisbeth Isaksson, utredare Hälsovalsenheten

Åsa Wäppling, ekonom Hälsovalsenheten

Kristina Ragnarsson, verksamhetschef Vårdcentral Britsarvet-Grycksbo

Kristin Lindblom, överläkare Barnhälsovården

Ulrika Nygren, samordnande sjuksköterska Barnhälsovården

Sara Hogmark, överläkare Mödrahälsovården

Elisabet Nykvist, samordnande barnmorska Mödrahälsovården

Charlotta Borelius, samordnare Utvecklingsavdelningen

Helena Henriksson, samordnare Utvecklingsavdelningen

Sekreterare

Marina Thiis



Innehållsförteckning

	Information och anmälan	3
§5	Information	3
§6	Anmälan	7
	Beslutsärenden	8
§7	Sammanträdesplan Hälsovalsberedningen 2017	8
§8	Övergripande rapport Hälsoval 2015	8
§9	Revidering Avtal Hälsoval	9
	Protokollsjustering	10



Information och anmälan

§5 Information

Hälsovalsberedningens beslut

1. Informationen antecknas till protokollet.

Information lämnas om:

A) Vårdcentral Britsarvet-Grycksbos verksamhet, verksamhetschef Kristina Ragnarsson

Kristina Ragnarsson verksamhetschef för vårdcentral Britsarvets-Grycksbo och primärvårdens rehabverksamhet i Falun sedan april 2015, berättar om verksamheten.

När LOV-lagen infördes 2010 och den privata vårdcentralen öppnade i Falun förlorade vårdcentral Britsarvet många listade patienter. År 2012 skedde sammanslagningen av vårdcentralerna till vårdcentral Britsarvet-Grycksbo, med två separat mottagningar. Vårdcentralerna har idag ca 16 000 listade patienter. Patienterna fortsätter att minska från vårdcentralen men nu endast ett fåtal.

Följande fungerar bra enligt verksamhetschefen:

- Bra, kompetent och kunnig personal finns på vårdcentralerna.
- Det råder en positiv stämning och bra arbetsklimat på båda mottagningarna.
- Stabil bemanning av sjuksköterskor.
- Mycket bra telefontillgänglighet.
- Specialistsjuksköterskemottagningarna fungerar mycket bra, det finns mottagningar för astma/KOL, diabetes, hypertoni, livsstil, risk- och missbruk, asyl, sår, inkontinens och vaccination. Fungerande sköterskemottagningar har varit nödvändigt då läkarbemanningen har varit låg.
- Samtalsmottagningen har flyttats ut på vårdcentralerna i Falun, positivt med ett närmare samarbete och att det inte längre är långa väntetider till samtalsmottagningen.
- Uppstart i höst på vårdcentralen med att förbättra sjukskrivningsprocessen. Rehabkoordinator, handläggare från Försäkringskassan, primärvårds rehab och multimodala teamet ska samarbeta kring patienters sjukskrivningsprocess.
- Falun har väl fungerande gemensam ungdomsmottagning och samtalsmottagning för barn och unga.
- Bra BVC och MVC på båda mottagningarna och i höst börjar familjecentralen på Britsarvet att byggas. Familjecentralen beräknas vara klar till hösten 2017.



- Positivt angående bemanningen: En av läkarkandidaterna från Örebro kommer att vikariera på Britsarvet under sommaren och två stycken ST-läkare som blir klara distriktsläkare nu i vår kommer att stanna kvar på vårdcentralen. Två tidigare staffläkare är nu fast anställda på vårdcentralen.
- Britsarvet är även utbildningsvårdcentral, ett projekt där man arbetar med att förbättra utbildningsmiljön för utbildningsläkare vad gäller handledning, utbildning, schema m.m. och för fasta läkare så att dessa vill fortsätta arbeta kvar i landstinget.
- Ekonomin är i balans nu, tidigare underskott har betalats tillbaka.
- Sjuksköterskor som arbetar specifikt med de äldre patienterna och deras problem finns på båda mottagningarna.

Enligt verksamhetschefen finns följande utmaningar för verksamheten:

- Bristen på läkare och pensionsavgångar gör att problemet med läkarbemanningen ökar. Samt att få läkare arbetar heltid.
- Ständig brist på läkartider.
- Asylboendet i Högbo har 150 boende just nu, men ska ökas till ca 300 från juni månad. Vårdcentralen har huvudansvaret för hälsosamtalen men övriga vårdcentraler i Falun hjälper till.
- Lokalerna på mottagning Britsarvet är otillräckliga, många rum är trånga och ej lämpliga som kombinationsrum.
- Det behövs bättre samverkan med hemsjukvården.
- Ökad registreringen av fast vårdkontakt.
- Hjärtsviktsmottagning viktigt, ska starta till hösten.
- Samverkan/utveckling av Närsjukvården Dalarna. Primärvården kan göra mer men resurserna (personal/pengar) måste omfördelas.
- Läkarna lägger mycket tid på administrativa arbeten som t.ex. intyg.
- Ingen läkare finns på vuxenhabiliteringen.

B) Sveriges kommuner och landsting (SKL) förstudierapport Förbättrad tillgänglighet i primärvården, utredare Lisbeth Isaksson

Lisbeth Isaksson berättar om sin förstudierapport och visar sammanfattande bilder över innehållet i rapporten.

Lisbeth kommer att fortsätta sitt arbete på SKL med nästa projekt som heter Tillgänglighet i primärvården – för ökad kunskap och stöd för verksamhetsutveckling.

Bilaga § 5 B) Förbättrad tillgänglighet i primärvården

C) Ekonomi hälsoval, ekonom Åsa Wäppling



Åsa Wäppling berättar att det negativa prognostiserade resultatet till största delen beror på att den beräknade effekten av höjningen av patientavgifter inte fått lika stor effekt som man räknat med.

Försämringen för prognosen av läkemedelsersättningen beror på svårigheterna vid budgetering av ersättningen. Läkemedelsersättningen bygger bland annat på en allmänläkemedelskvot och kvoten budgeterades lägre än vad utfallet verkar bli.

Prognos täckningsgrad (TG) ändras då snittet för vårdcentralerna är lägre än det budgeterade 72 %. Detta beror med största sannolikhet på att besök av asylsökande och utomlänspatienter har ökat samtidigt som besök av listade patienter har minskat, effekten blir en lägre TG på enheterna då enbart besök av listade patienter är med i beräkningen av TG.

Telefontillgängligheten är väldigt låg för tillfället, detta beror på vakanser, sjukskrivningar och svårt att hitta besökstider till läkare och sköterskor. Läkemedel för SÄBO patienter har en högre kostnad än budgeterat, därför ändras prognosen.

Bilaga § 5 C) Uppföljning ekonomi hälsoval

D) Trygg och effektiv utskrivning från slutenvården, hälsovalschef Helén Kastemyr

Helén Kastemyr berättar om den nya lagen Trygg och effektiv utskrivning från slutenvården, som antas komma att träda i kraft vid halvårsskiftet år 2017. Denna nya lag ska ersätta Betalningsansvarslagen. Syftet med den nya lagen är att patienter så snart som möjligt på ett tryggt och säkert sätt ska kunna lämna slutenvården efter sin behandling. Förslaget är att vårdcentralerna har huvudansvaret för samordningen vad gäller fortsatt vård/rehab för patienterna efter slutenvårdsbehandlingen.

Utredningen kring betalningsansvarslagen och förslag till ny lag finns att läsa på Statens offentliga utredningar, Trygg och effektiv utskrivning från slutenvården SOU 2015:20.

E) Bemanning Hälsovalsenheten, hälsovalschef Helén Kastemyr

Lisbeth Isaksson har beviljats tjänstledigt från Hälsovalsenheten från 1 juni till 31 december 2016, Lisbeth kommer att fortsätta sitt arbete på SKL. Hälsovalsenheten söker nu en vikarie.

F) Barnhälsovården (BHV) och Mödrahälsovården (MHV) rapport och avtal 2017, BHV-överläkare Kristin Lindblom och MHV-överläkare Sara Hogmark
BHV och MHV är en del av primärvårdens verksamhet inom ramen för Hälsoval.

Sara Hogmark berättar om mödrahälsovården och visar sammanfattande bilder om verksamheten.

Det råder stor brist på barnmorskor och stora pensionsavgångar kommer framöver. Det är också en ökad arbetsbelastning för barnmorskorna med

bl.a. fler gravida, ökad ålder och sjuklighet bland gravida, asylsökande, kortare slutenvårdstid, fler kontroller och bristande läkarstöd. Antal förlossningar ökar för varje år, flest förlossningar sker på sommarmånaderna.

Kristin Lindblom berättar om barnhälsovården och visar sammanfattande bilder om verksamheten.

Särskilt viktiga aktiviteter inom BHV för år 2016-2018 är bl.a. fortsatt implementering av det nya nationella BHV-programmet och det som ännu inte är infört, hörselundersökning av 4-åringar sk lekaudiomteri och hembesök till 8-månaders barn, införandet förutsätter erforderliga resurser; arbetet med nyanlända barn, tidiga insatser, psykisk ohälsa, familjecentraler, amning och nyfödda, övervikt/fetma hos förskolebarn.

Bilaga § 5 F) 1, Barnhälsovården Dalarna

Bilaga § 5 F) 2, Mödrahälsovården Dalarna

G) Personcentrerad vård (PCV), samordnare Helena Henriksson och samordnare Charlotta Borelius

Helena Henriksson och Charlotta Borelius från Utvecklingsavdelningen berättar och visar bilder om personcentrerad vård, ett begrepp som är nationellt och internationellt vedertaget.

Personcentrerad vård handlar om att patienter och närstående görs delaktiga i planering och genomförande av vården. Det grundläggande är att respektera personen och att vården utgår från den enskilda personens preferenser och resurser och att överenskommelser görs om hur vården ska se ut. Vårdmodellen för PCV utgår från de tre centrala begreppen: berättelsen, partnerskap och dokumentation.

Den 26 maj har landstinget en utbildning tillsammans med Högskolan Dalarna om personcentrerad vård som är riktat till verksamheterna, fortsättning på kursen sker i höst.

Bilaga § 5 G) Personcentrerad vård

H) Övrigt

Ny ledamot Maud Nordfeldt Holmqvist (V) som ersätter Lena Olsson i Hälsovalsberedningen, hälsas välkommen.

För ytterligare information och vid frågor om Hälsovalsberedningen och Hälsoval är Maud välkommen att kontakta Hälsovalsenheten.

Förslag från Hälsovalsenheten att några av vårdcentralernas hälsofrämjande åtgärder som ska redovisas i seminarieform november 2017 även redovisas på Hälsovalsberedningens sammanträde i december samma år.



§6 Anmälan

Hälsovalsberedningens beslut

1. Anmälda delegeringsbeslut antecknas till protokollet.

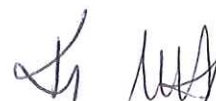
Efter genomgång av Avtal Hälsoval och medföljande bilagor beslutade Hälsovalsberedningen följande ändring:

2. I Bilaga Uppföljning under rubriken Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård, ska texten *Multisjuk patient* ersättas med nya texten *Patienter med en eller flera diagnoser, med behov av samordnad vård.*

Hälsovalschef Helén Kastemyr har enligt gällande delegeringsbestämmelser gjort redaktionella ändringar och förtydligande i bilagor a) till h).

I ärendet redovisas följande bilagor:

- a) Ansökan om godkännande 2017
- b) Ansökningsblankett Filial 2017
- c) Avtal Hälsoval Dalarna 2017
- d) Bilaga Information och föreskrifter 2017
- e) IT-bilaga Hälsoval 2017
- f) Riktlinjer Filial Hälsoval Dalarna 2017
- g) Bilaga Ersättning 2017
- h) Bilaga Uppföljning 2017
- i) Delegeringsbeslut



Beslutsärenden

§7 Sammanträdesplan Hälsovalsberedningen 2017

Diarienummer LD16/01592

Hälsovalsberedningens beslut

1. Fastställa sammanträdesplan 2017 för Hälsovalsberedningen

Sammanfattning av ärendet

Hälsovalsberedningen bereder frågor om Hälsoval Dalarna och sammanträder ca fyra gånger per år.

Samtliga sammanträden sker klockan 09.00-16.00

Lokal Kullen, Landstingshuset

Torsdag den 9 mars

Fredag den 12 maj

Torsdag den 12 oktober

Torsdag den 7 december

I ärendet redovisas följande dokument:

- a) Beslutsunderlag

§8 Övergripande rapport Hälsoval 2015

Diarienummer LD16/00646

Hälsovalsberedningens beslut

1. Övergripande rapport Hälsoval 2015 godkänns av Hälsovalsberedningen

Sammanfattning av ärendet

Övergripande rapport Hälsoval 2015 beskriver uppföljningen av vårdcentralernas verksamhet under år 2015, vad gäller bland annat tillgänglighet, kvalitet, medicinskt innehåll och resultat.

I ärendet redovisas följande dokument:

- a) Beslutsunderlag
- b) Övergripande rapport 2015
- c) Bilaga övergripande rapport

§9 Revidering Avtal Hälsoval

Diarienummer LD16/01070

Hälsovalsberedningens beslut

Hälsovalsberedningen föreslår landstingsstyrelsen föreslå fullmäktige

1. Förslag till revidering av Avtal Hälsoval Dalarna med tillhörande bilagor b), c) och d) godkänns, och gälla fr o m 2017-01-01.

Efter genomgång av Avtal Hälsoval och medföljande bilagor beslutade Hälsovalsberedningen följande ändring:

2. I Bilaga Uppföljning under Hälsofrämjande ska det tydligare framgå att Hälsovalsenheten arrangerar seminariet där respektive vårdcentral redovisar godkänd åtgärd från sin handlingsplan. Den omformulerade texten blir följande:

Uppföljningsområde: Redovisning av vårdcentralens åtgärd från handlingsplanen. Mått: Godkänd åtgärd från vårdcentralens hälsofrämjande arbete redovisas. Metod: Redovisning i seminarieform arrangerat av Hälsovalsenheten. När: November 2017

Sammanfattning av ärendet

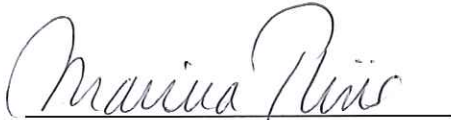
Avtal Hälsoval Dalarna reglerar uppdrag, ersättning m.m. för privata och landstingsägda vårdcentraler. Avtalet revideras årligen och löpande under året vid behov.

I ärendet redovisas följande dokument:

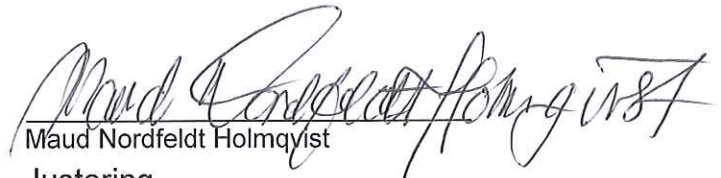
- a) Beslutsunderlag
- b) Avtal Hälsoval Dalarna 2017
- c) Bilaga Ersättning 2017
- d) Bilaga Uppföljning 2017

Protokollsjustering

Vid protokollet


Marina Thiis


Kristina Svensson
Ordförande


Maud Nordfeldt Holmqvist
Justering

Förvaringsplats för protokollet: Landstingshuset, Vasagatan 27, Falun.
Protokollet finns även tillgängligt på landstingets webbsida www.ltdalarna.se





§ 5 B)

Förstudierapport "Förbättrad tillgänglighet i primärvården"

Del i överenskommelsen "Insatser för kunskapsstöd och uppföljning inom hälso- och sjukvården 2015, kapitel 4 Samordnad uppföljning och utveckling av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet."

2016-03-1021

Förord

Rapporten är en del av överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, insatser för kunskapsstöd och uppföljning inom hälso- och sjukvården, Dnr 14/6936.

I överenskommelsen 2015 med Socialdepartementet skriver man att tillgänglighet i primärvård ska ses ur ett bredare och mer utmanande perspektiv än idag. Aktuell nationell uppföljning av tillgänglighet baseras på vad som regleras av vårdgarantin. Detta regelverk är begränsat och omfattar endast läkarbesök för patient med "nya" problem, varken återbesök eller besök till andra kategorier än läkare följs upp.

Det finns ett därför stort behov av en vidareutveckling av den nationella uppföljningen av tillgänglighet till primärvård. Syftet med denna förstudierapport är att belysa primärvård ur ett tillgänglighetsperspektiv, peka ut väsentliga områden och hur man kan följa samt följa upp dem.

Stockholm 21 mars 2016



Harald Grönqvist, beställare
Avdelningen Vård och Omsorg
Sveriges Kommuner och Landsting



Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	5
1.1	Uppdragets genomförande	6
2	Förslag till fortsatt arbete	7
2.1	Förslag till utvecklingsområden i projekt Tillgänglighet i primärvård	7
2.1.1	Utvecklingsområde 1 - Revidera nuvarande uppföljningsmodell	7
2.1.2	Utvecklingsområde 2 – Nyttja uppföljningsinstrument Nationell patientenkät ..	7
2.2	Förslag till övriga utvecklingsområden	8
3	Bakgrund	9
4	Fakta	11
5	Förstudie "Förbättrad tillgänglighet i primärvården"	13
5.1	Syfte	13
5.2	Mål	13
6	"Diskussion"/resonemang	14
6.1	Patientperspektiv	14
6.1.1	Personcentrering	14
6.1.2	Kontinuitet	15
6.1.3	Kompetens	15
6.1.4	Förslag till utveckling inom området	16
6.2	Samverkan	16
6.2.1	Specialistsjukvård	16
6.2.2	Koordinering	17
6.2.3	Kommunal hälso- och sjukvård	17
6.2.4	Betalningsansvarslagen	17
6.2.5	Förslag till utveckling inom området	18
6.3	eHälsa	18
6.3.1	Behandlingsplattform	19
6.3.2	Information via mobiltelefoner, läsplattor eller liknande	19
6.3.3	Webbtidbokning	20
6.3.4	Journal via nätet	20
6.3.5	Förslag till utveckling inom området	20
6.4	Jämlikhet och tillgänglighet	20
6.5	Medicinsk kvalitet och patientsäkerhet	21
7	Slutsatser	22



2016-03-1021

UTGÅVEHISTORIK FÖR DOKUMENTET

Utgåva	Datum	Kommentar
P1.0-1	2016-02-26	Första version som underlag för beslut
1.0	2016-03-22	Version beslutad av beställaren

BILAGA

Bilaga	Dokumentnamn	Utgåva, datum
1	Överenskommelsen 2015 Insatser för kunskapsstöd och uppföljning inom hälso- och sjukvården	SKL Dnr: 14/6936
2	Projektrapport "Tillgänglighet till primärvård ur ett vårdvalsperspektiv, fas 1"	2014-09-15, SKL Dnr: 14/2825
3	Basmodell för uppföljning av primärvård 2014 (Vårdvalsnätverket)	2014-05

Deltagare

Beställare

Harald Grönqvist, SKL

Uppdragsledare

Lisbeth Isaksson, SKL

Arbetsgrupp

Kerstin Bengtsson, Region Kronoberg

Anne-Marie Bystedt, VGR

Hélène Ellström, SKL

Inger Lindgren, Landstinget i Uppsala län

Jan Rosengren, Region Örebro län

Carina Werner, Region Halland

1 Sammanfattning

I överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), "Insatser för kunskapsstöd och uppföljning inom hälso- och sjukvården 2015" finns uppdrag och mål för SKL:s arbete för att bidra till att förbättra tillgängligheten. I överenskommelsen beskrivs fyra fokusområden; *den nationella väntetidsbasen, cancervårdens ledtider, verksamhetsutveckling samt primärvård.*

I detta arbete omfattas inte *tillgänglighet* i form av öppettider eller fysisk och geografisk *tillgänglighet*.

I överenskommelsen 2015 med Socialdepartementet skriver man att tillgänglighet i primärvård ska ses ur ett bredare och mer utmanande perspektiv än tidigare, vilket är denna rapportens ansats. Den nationella uppföljning av tillgänglighet som görs idag baseras på vad som omfattas av vårdgarantin. Vårdgarantins regelverk angående *tillgänglighet* i primärvård är begränsat och omfattar endast läkarbesök för patient med "nya" problem, varken återbesök eller besök till andra kategorier än läkare.

Rapporten är indelad i tre områden; *patientperspektivet, samverkan mellan olika vårdnivåer, e-hälsa.*

Dagens patienter är mer kunniga och samhällsmedvetna än tidigare. Detta ställer nya och högre krav på vården i jämförelse med tidigare. Att följa upp patienters *upplevelser* av tillgänglighet ger ett viktigt komplement till de mätningar som idag utförs enligt vårdgarantin. Personcentrerad vård är idag en viktig grund för all vård.

För patienter som besöker primärvården flera gånger under en bestämd tidsperiod eller är multisjuka är kontinuitet ett viktigt mått på *tillgänglighet*. Det finns en relation mellan *kontinuitet* och *tillgänglighet* som skapar tillit och trygghet. Inom primärvården finns många olika kompetenser och patienten ska få möta den *kompetens* som är mest lämplig utifrån de aktuella vårdbehoven.

Det bör finnas förutsättningar för samarbete, samverkan och en obruten vårdkedja för patienten. Det är viktigt att koordinera vården för de mest sjuka och förutsättningar för det skapas bl.a. genom att samordna individuella vårdplaneringar. För multisjuka patienter behöver det finnas individanpassade kontaktvägar. Detta skapar trygghet och tillit.

Virtuella vårdmöten via video kan ersätta fysiskt möte på vårdcentralen för de patienter där det är lämpligt.

Ersättningsmodellerna måste stödja, inte hindra, nya arbetssätt som utvecklar och bidrar till att vården effektiviseras.

Patienternas möjlighet att själva boka tid via webben är en del av den digitala



utvecklingen. Patienterna kan själva boka sina tider när det bäst passar dem. För att garantera god tillgänglighet förutsätter denna webb-tidbokning att ett tillräckligt antal tider i närtid finns publicerade och därmed en utökad tillgänglighet.

1.1 Uppdragets genomförande

Uppdraget har genomförts under tiden september 2015 till februari 2016.

Synpunkter, erfarenheter och intryck har samlats in från olika sammanhang där representanter för Sveriges Kommuner och Landsting har deltagit, vid deltagande i arbetsgruppsträffar, seminarier, nätverksträffar, studiebesök samt utifrån samtal med olika aktörer inom Svensk hälso- och sjukvård.

2 Förslag till fortsatt arbete

I denna rapport föreslås konkreta utvecklingsområden under 2016, för att vidareutveckla uppföljning av primärvård i syfte omhändertaga tillgänglighet ur ett bredare perspektiv.

Nedan redovisas de delområden som föreslås ingå i projektet samt delområden som behöver omhändertas av andra projekt.

2.1 Förslag till utvecklingsområden i projekt Tillgänglighet i primärvård

2.1.1 Utvecklingsområde 1 - Revidera nuvarande uppföljningsmodell

Detta område innefattar tillgänglighet till kompetens, andra former för besök, e-Hälsa-digitala verktyg.

Förslag att uppföljningsmodellen revideras så att den omfattar nedanstående information

- Besök/Besökstyp (vad)
- Per yrkeskategori (vem)
- Diagnosgrupper (för vilken grupp)
- Remittenttyp (från vem)
- Form av genomförande; fysiskt besök, besök på distans, telemedicin (hur)
- Bokningssätt: Ex. via telefon/Webbtidbok

Detta område omfattar även att stödja införandet av:

- Utvecklad/Utökad modell för uppföljning av primärvård.
- Automatisk överföring av uppgifter från region och landsting till den nationella väntetidsdatabasen i enlighet med nationella standards.

2.1.2 Utvecklingsområde 2 – Nyttja uppföljningsinstrument Nationell patientenkät

Patienters upplevelser ger väsentlig information för att förstå tillgänglighet ur ett bredare perspektiv.

- Säkerställa att nuvarande NPE innehåller ett antal frågor för att fånga patientens upplevelse av *tillgänglighet* och *personcentrering*, alternativt komplettera med nya frågor

2.2 Förslag till övriga utvecklingsområden

- *Kontinuitet:* förslag att detta omhändertas i utvecklingsarbetet med uppföljning av kvalitetsindikatorer i primärvården
 - Att följa upp måluppfyllelse, genomförda kontakter i förhållande till medicinskt måldatum/medicinsk bedömning, för flera yrkeskategorier
 - Möjlighet för patient att träffa samma person/team vid upprepade kontakter inom en bestämd tidsperiod
- Samverkan med specialiserad vård och kommunal hälso- och sjukvård: förslag att detta omhändertas i utvecklingsarbetet med Vårdtillfällesdatabasen
 - Vårdplanering
 - Återinskrivningar, utskrivningsklara

3 Bakgrund

Tillgänglighet till hälso- och sjukvården har länge framhållits som ett betydande problemområde. Nationell uppföljning av primärvård är begränsad till att mäta väntetider till läkarbesök och framkomlighet per telefon, men begreppet *tillgänglighet* omfattar många fler perspektiv.

Tillgänglighet kan beskrivas så här, "Rätt patient får rätt vård av rätt kvalitet, på rätt nivå, på rätt plats, vid rätt tidpunkt, till rätt kostnad".¹

Enligt Socialstyrelsens handbok "God vård" innebär vård i rimlig tid att ingen patient ska behöva vänta oskäligt lång tid på de vårdinsatser som behövs. Vården ska erbjudas utan att väntetider påverkar patienten. Beslut om tidsramen för de insatser som patienten behöver ska fattas i samråd med patienten och stämma överens med riksdagens prioriteringsriktlinjer. Detta innebär att man ska få vård när man behöver det. Vården ska även koordineras så att det uppstår en god kontinuerlig process. Genom att optimera processer och rutiner i hälso- och sjukvårdens alla led, skapas möjligheter att erbjuda vård i rimlig tid till samtliga patientgrupper.²

Sveriges Kommuner och Landsting gjorde under våren 2013 en kartläggning av hur respektive landsting och respektive region arbetar med uppföljning och kontroll av primärvård ur ett beställarperspektiv. Arbetet utgick från diskussioner i SKL:s vårdvalsnätverk och som en del i det övergripande projektet kvalitetssäkrad välfärd. Kartläggningen visade att det finns betydande skillnader i landstingens förhållningssätt. Det fanns dock en "kärna" av likartade ambitioner och synsätt som skulle kunna vidareutvecklas.

Arbetet resulterade i en *basmodell för uppföljning av primärvård*³ och den är utformad för att passa in i en bredare helhet. Den är uppdelad i; *verksamhetens kvantitativa uppgifter, verksamhetens struktur och indikatorer som belyser strukturella förutsättningar för kvalitet samt kvalitet utifrån framtagna medicinska indikatorer*.

SKL genomförde under 2014 projektet: "*Tillgänglighet i primärvården ur ett vårdvalsperspektiv*" – som är en modell för lokal registrering, uppföljning och automatiserad redovisning till den nationella väntetidsdatabasen. I dialog med representanter från regionerna och landstingen samt utifrån dokumentet "*Basmodell för uppföljning av primärvård*", togs ett antal konkreta indikatorer fram.

Möjligheten att följa upp primärvårdens verksamheter varierar beroende på hur registreringar och lagring av ingående mätpunkter görs i de olika landstingen. Därför

¹ Vårdlogistik – en idéskrift om bättre service och effektivitet i vården, Lars Arvidsson 2007

² Socialstyrelsen – Hälso- och sjukvårdsrapport 2009

³ Basmodell för uppföljning av primärvård 2014 SKL vårdvalsnätverk

föreslog projektet en precisering där några landsting tillsammans med SKL praktiskt kvalitetssäkrar en gemensam modell under en tidsbegränsad testperiod.⁴

I överenskommelse 2015 mellan Sveriges Kommuner och Landsting och Socialdepartementet vill man belysa tillgänglighet i primärvård ur ett bredare och mer utmanande perspektiv än tidigare, vilket är denna rapports ansats.

Tillgänglighet innebär enligt den nationella vårdgarantin att patienten ska få kontakt med primärvården samma dag som de är i behov av vård samt får erbjudande om ett läkarbesök inom sju dagar om medicinskt behov föreligger. Detta följs idag upp via den *nationella väntetidsdatabasen*. Det innebär att det idag inte finns någon nationell kontinuerlig uppföljning av primärvård ur annat perspektiv än vårdgarantiuppfyllelse. Den fysiska tillgängligheten: *närhet geografiskt, tillgängliga lokaler och patientens upplevelse av vård* följs upp via den *nationella patientenkäten*.

⁴ Projektrapport "Tillgänglighet till primärvård ur ett vårdvalsperspektiv, fas 1" 2014-09-15, SKL Dnr: 14/2825

4 Fakta

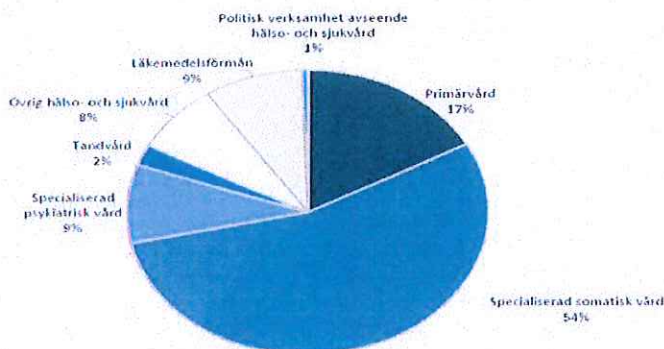
För att få en förståelse kring primärvårdens del av hälso- och sjukvården presenteras fakta som är hämtade från den statistik som SKL har sammanställt⁵.

Den statistik som presenteras här visar att av nettokostnaden för hälso- och sjukvård står primärvården för 17 %. Om man däremot ser på hur många besök som utförs, står primärvården för 60 % av det totala antalet besök som genomförs i hälso- och sjukvården.

Vi följer upp en del av läkarbesöken i primärvården, de som ryms inom vårdgarantin, inte övriga. Besök till annan personal, som utgör 61 % av primärvårdens totala antal besök ingår inte i den uppföljning som idag görs när det gäller tillgänglighet, trots att de utgör en stor del av primärvården.

Nettokostnaden för den specialiserade somatiska vården visar 54 % och primärvårdens nettokostnader utgjorde 17 %. Övriga kostnaders fördelning visas i nedanstående bild.

Bild 1. Nettokostnader för hälso- och sjukvård efter vårdområde i procent, samtliga landsting och regioner 2014.⁶



Totalt gjordes 67 miljoner besök inom alla vårdområden, varav 41 miljoner besök i primärvården, 20 miljoner gjordes inom den specialiserade somatiska vården samt ungefär 5 miljoner besök i den specialiserade psykiatriska vården. Nedanstående bild illustrerar förhållandet mellan de olika vårdområdena.

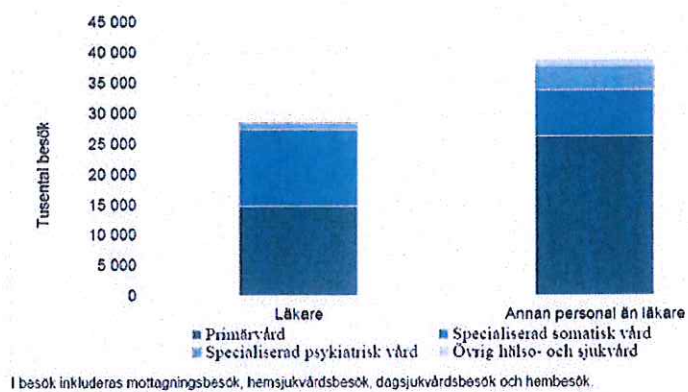
⁵ Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2014, verksamhet och ekonomi i landsting och regioner, SKL

⁶ Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2014, verksamhet och ekonomi i landsting och regioner, SKL



2016-03-1021

Bild 3. Läkarbesök och besök hos övriga personalkategorier efter vårdområde i tusental samtliga landsting och regioner.⁷



⁷ Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2014, verksamhet och ekonomi i landsting och regioner, SKL

5 Förstudie "Förbättrad tillgänglighet i primärvården"

Överenskommelsen "Insatser för kunskapsstöd och uppföljning inom hälso- och sjukvården 2015" mellan staten och SKL, innehåller uppdrag och mål för SKL:s arbete för att bidra till att förbättra tillgängligheten. I överenskommelsen beskrivs fyra fokusområden; *den nationella väntetidsbasen, cancervårdens ledtider, verksamhetsutveckling samt primärvård.*

I SKL:s handlingsplan för överenskommelserna finns följande uppdrag att läsa: *"Utveckla stöd för förbättrad tillgänglighet inom primärvården".* Uppgiften blir att följa tillgänglighet ur ett bredare perspektiv än tidigare. En central frågeställning blir vad som egentligen menas med tillgänglighet i primärvården. Primärvården kännetecknas av ett brett diagnospanorama där det i uppdraget ingår att utreda och behandla både akuta och kroniska sjukdomar samt att bedriva ett sjukdomsförebyggande arbete.

Socialstyrelsens definition av primärvård; *"Hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser."*

5.1 Syfte

Att uppföljning och stöd ska utgå från en helhetssyn av tillgänglighet i syfte att bidra till att ge en integrerad bild av primärvårdens struktur, resurser och resultat samt ge underlag för lokal planering, styrning, benchmarking och verksamhetsutveckling samt nationell uppföljning.

5.2 Mål

Den övergripande målsättningen med överenskommelsen för kunskapsstöd och uppföljning inom hälso- och sjukvården 2015 är att stärka förutsättningarna för en god och jämlik hälso- och sjukvård.



6 "Diskussion"/resonemang

Rapporten är indelad i tre områden; *patientperspektivet, samverkan mellan olika vårdnivåer, e-hälsa*. Jämlikhet, medicinska resultat och patientsäkerhet berörs också.

Rapporten relaterar även till andra pågående arbeten/projekt som bedrivs av SKL inom ramen för olika statliga överenskommelser.

Att på nationell nivå enbart följa upp primärvård genom måluppfyllelse av vårdgarantin räcker inte för att få en rättvisande bild av primärvården i Sverige. Ansatsen i denna rapport är att göra det utifrån ett bredare perspektiv.

6.1 Patientperspektiv

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska sjukvård ges till befolkningen utifrån personligt behov och på lika villkor. Ett grundläggande krav är att vården är lätt tillgänglig. *Tillgänglighet, vårdkvalitet och bemötande är centrala kvalitetsmått i all sjukvård.*

6.1.1 Personcentrering

Primärvård bör präglas av personcentrerad vård.

Dagens patienter är mer kunniga och samhällsmedvetna än tidigare. Detta ställer nya och högre krav på vården i jämförelse med idag. Vården måste bli bättre på att hitta lösningar för att kunna möta de behov som patienterna har. Devisen; *"från tålmodig mottagare till påläst aktör och medskapare"*,⁸ måste gälla!

Personcentrerad vård innebär att fokusera på de resurser varje patient har och vad det innebär för individen att vara i behov av vård⁹.

Att som en individ med vård- och omsorgsbehov få vara i centrum och så långt det är möjligt inkluderas i alla vårdbeslut och processer är viktigt och har visats leda till bättre egenvård och bättre samarbete med inblandade vårdare. Personcentrerad vård är idag ett internationellt erkänt begrepp som kan och bör tillämpas brett inom de många discipliner som har med vård och omsorg att göra¹⁰.

Empowerment, egenmakt enligt SBU¹¹; *"innebär att patienten själv formulerar sina mål och undervisningen har då som avsikt att stärka patientens självständighet och upplevelse av att känna sig ha egen makt över sitt liv och kunna göra informerade val. Vårdpersonalens uppgift blir att stödja och utbilda patienten"*.

Utifrån ovanstående begrepp bör hälso- och sjukvårdspersonal utveckla arbetssätt, och fungera som coach/handledare som lotsar patienten till rätt vårdkompetens utifrån enskilt behov. Målet blir att patienten endast besöker vården när det verkligen behövs. Det finns idag patienter som är väl pålästa och kunniga om sin sjukdom. Olika informationsforum via internet har betytt mycket för den utvecklingen.

Det är av stor vikt att patienten tidigt får en individuell vårdplan. Detta kan

⁸ Mats Olsson, Health o healthcare Kairos future

⁹ Vårdhandboken, 2013

¹⁰ Vårdhandboken, 2013

¹¹ SBU, statens beredning för medicinska och social utvärdering



genomföras via telefonsamtal, uppkoppling via nätet eller genom fysiska besök. I första hand bör uppföljning av vårdplanen ske utan att patienten ska förflytta sig fysiskt. Den ska kunna följas upp utan att kräva besök på en vårdcentral. Ett sådant arbetssätt möjliggör mer tid för andra patienter som är i behov av vård, tid och stöd. Vården kan effektiviseras och optimeras.

Vården skall vara driftsäker, tillgänglig och värdeskapande för patienten. Via många kontaktvägar skapas stöd till egenvård.

En informerad patient är en resurs för vården. Större delaktighet ger mindre vårdbehov.

Tillgänglighet är inte enbart att få en tid, utan handlar också om tillgänglighet i bemötande. Att bli lyssnad till är centralt. Kontinuerlig och tätare uppföljning av *tillgänglighet* är en viktig del inom primärvården.

Att följa upp patienters *upplevelser* av tillgänglighet ger ett viktigt komplement till de mätningar som idag utförs enligt vårdgarantin. "*Det är viktigt att följa väntetiderna ur ett patientperspektiv och inte begränsa tillgänglighetsarbetet till vårdgarantins hållpunkter*"!¹²

6.1.2 Kontinuitet

För patienter som besöker primärvården flera gånger under en bestämd tidsperiod och för de som är multisjuka är kontinuitet ett viktigt *tillgänglighetsmått*. Det finns en relation mellan *kontinuitet* och *tillgänglighet* som skapar tillit och trygghet.

För de patientgrupper där *kontinuitet* upplevs som särskilt viktigt behöver *kontinuitet* följas upp som ett komplement i uppföljningen. I SKL projektet: *Kvalitetsdata i primärvård, kroniska sjukdomar*, finns måttet *kontinuitet* med.

Enligt vårdanalys rapport *Varierande väntan på vård – analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*" *Vårdanalys 2015:5* framhålls vikten av att fortsättningsvis uppföljningen även ska omfatta *samordnings- och kontinuitetsaspekter* för patienter med större och komplexa behov.

6.1.3 Kompetens

Vårdgarantins regelverk angående *tillgänglighet* i primärvård är begränsad och motsvarar inte primärvårdens alla möjligheter. Inom primärvård finns det många olika *kompetenser*. Alla yrkeskategorier är specialister inom sitt område. Patienten ska få möta den *kompetens* som är mest lämplig utifrån vårdbehoven.

Att arbete i team med olika kompetenser är bra för tillgängligheten. Att utveckla och förändra arbetssätt, att använda rätt yrkeskompetens och att följa upp och kontrollera väntetider till alla yrkeskategorier, ger ett bredare perspektiv att beskriva

¹² "Varierande väntan på vård – analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin" *Vårdanalys 2015:5*



primärvårdens *tillgänglighet*.

Uppföljning av erbjuden tid till läkare ger ett smalt perspektiv inom *den nationella vårdgarantin*.

*Väntetiderna kan kortas genom effektivare användning av tillgängliga resurser såsom bättre arbetssätt och mer ändamålsenlig personalförsörjning.*¹³

6.1.4 Förslag till utveckling inom området

Förslag att uppföljningsmodellen revideras så att den omfattar nedanstående information

- Att tydligare beskriva vad som utförs, av vem, och för vilka
 - Besök/Besökstyp (vad)
 - Per yrkeskategori (vem)
 - Diagnosgrupper (för vilken grupp)
 - Remittenttyp (från vem)

Patienters *upplevelser* ger väsentlig information för att förstå tillgänglighet ur ett bredare perspektiv.

- Säkerställa att nuvarande NPE innehåller ett antal frågor för att fånga patientens upplevelse av *tillgänglighet* och *personcentrering*. alternativt komplettera med nya frågor
- *Kontinuitet*: förslag att detta omhändertas i utvecklingsarbetet med uppföljning av kvalitetsindikatorer i primärvården
 - Att följa upp måluppfyllelse, genomförda kontakter i förhållande till medicinskt måldatum/medicinsk bedömning, för flera yrkeskategorier
 - Möjlighet för patient att träffa samma person/team vid upprepade kontakter inom en bestämd tidsperiod

6.2 Samverkan

6.2.1 Specialistsjukvård

Om det mellan primärvård och specialistvård finns vårdöverenskommelser, gemensamma remissindikatorer, standardiserade vårdförlopp, gemensamma journaler, gemensam läkemedelslista ger det förutsättningar för samarbete och samverkan och en obruten vårdkedja för patienten. Satsning på ett brett uppdrag för primärvård ger en totalt effektivare hälso- och sjukvård. Om ovanstående finns medför det också en mer jämlik vård.

¹³ "Varierande väntan på vård – analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin" Vårdanalys 2015:5



Ett gott samarbete mellan specialistvård och primärvård gör i stället att en ändamålsenlig balans i arbetsfördelningen mellan vårdnivåerna enklare kan nås och specialistvården kan då erbjuda snabbare vård till grupperna med störst behov.¹⁴

6.2.2 Koordinering

I samband med att projektet har tillfrågat medborgare angående vad de anser är viktigt inom *tillgänglighet*, har det framkommit brist på *koordinering av vårdinsatser*. Vikten av att koordinera vården för de mest sjuka skapas genom att samordna individuella vårdplaneringar och har framhållits som en mycket viktig aspekt. En *samordnad individuell vårdplanering, SIP*, ska tas fram tillsammans av alla aktörer som är involverad i vården av aktuell patient.

På vårdcentraler finns idag många distriktssköterskor/sjuksköterskor som koordinerar och samordnar vården. Detta lämpar sig att följas upp på landsting/regionnivå eller lokal verksamhetsnivå.

Äldre multisjuka patienter behöver vid behov en s.k. "VIP-väg" in i vården. De ska ha tillgång till denna "VIP väg" utan att behöva vänta i en telefonkö. Här måste olika, individanpassade kontaktvägar finnas. Detta skapar *trygghet och tillit* för denna utsatta patientgrupp.

6.2.3 Kommunal hälso- och sjukvård

Att samverka med den kommunala hälso- och sjukvården, kommunala boenden samt hemsjukvården fungerar, är särskilt viktigt för de multisjuka som vårdas i den kommunala vården. *Tillgänglighet* och stöd av primärvården minskar onödiga besök och inläggningar på sjukhus.

På fler och fler platser i landet utvecklas s.k. mobila team. Mobila team, med läkare tillhörande landstingsvården, som arbetar tillsammans med yrkesutövare inom den kommunala hälso- och sjukvården. De äldre multisjuka får vård där de bor. Detta bidrar till att trycket på sjukhusens akutsjukvård eller andra vårdinrättningar minskar, samtidigt som den multisjuka patienten kan känna trygghet och god tillgänglighet av vård. Patienten får vård på rätt nivå.

6.2.4 Betalningsansvarslagen

Betalningsansvarslagen reglerar när och hur mycket kommunerna ska betala till landstingen för utskrivningsklara patienter som ligger kvar på sjukhus. Ett förslag föreligger att denna lag ska ersättas. Nya lagförslaget syftar till att åstadkomma en vård, där ledtiderna mellan slutna vård och vård- och omsorg i hemmet kan hållas så korta som möjligt samt att onödig vistelse på sjukhus så långt möjligt kan undvikas.

Det nya lagförslaget gäller för patienter som efter avslutad behandling i slutenvården bedöms behöva fortsatta insatser. En fast vårdkontakt ska utses inom primärvården.

¹⁴ "Varierande väntan på vård – analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin" Vårdanalys 2015:5



Det behöver inte vara läkare. Den fasta vårdkontakten ska kalla till en SIP senast 3 dagar efter att en patient har blivit utskrivningsklar.

Om lagförslaget träder i kraft kan det komma att innebära stora förändringar för primärvården och kräva att man utvecklar sina arbetssätt. Den fasta vårdkontakten kan därmed bli "vip-vägen" in till primärvården för de multisjuka patienterna. Detta kan bidra till *tryggare* patienter och minskning av onödiga inläggningar.

Kommuner och landsting har en unik möjlighet att ge människor som är sjuka större möjlighet att leva ett tryggt och självständigt liv utan att vara på sjukhus.

Införandet av betalningsansvarslagen har ökat efterfrågan på en väl fungerande digital lösning för SIP.¹⁵ Då ledtiderna kortas kommer ännu större krav att ställas på primärvårdens *tillgänglighet*.

6.2.5 Förslag till utveckling inom området

Tillgängligheten för de patienter som har stora behov av insatser från flera aktörer stämmer inte riktigt in i uppföljningen av vårdgarantin.

Samverkan med specialiserad vård och kommunal hälso- och sjukvård: förslag att detta omhändertas i utvecklingsarbetet med Vårdtillfällesdatabasen

- Vårdplanering
- Återinskrivningar, utskrivningsklara

6.3 eHälsa

"Hälsa är ett fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. e-Hälsa är att använda digitala verktyg och utbyta information digitalt för att uppnå och bibehålla hälsa."

Primärvården behöver fortsätta att utveckla nya vägar för att kommunicera med patienten. Problemlösande synsätt utan att patienten kommer till vårdcentralen är nödvändigt. Alternativa tekniska lösningar via internet måste eftersträvas. Servicenivån behöver öka genom att stödja och hjälpa patienter som behöver det, samt hitta och coacha så många som möjligt till den digitala internetvärlden.

Inom andra samhällsområden har man kommit längre när det gäller digital utveckling än vad hälso- och sjukvården har kommit. Det behövs ett övergripande nationellt stöd i den digitala utvecklingen inom vården för att undvika att det utvecklas regionala skillnader. Risk föreligger annars att det resulterar i ojämlik vård.

1177 Vårdguiden är en dygnet runt öppen tjänst från Sveriges landsting och regioner med information och tjänster för medborgares hälsa och vård.

¹⁵ E-tjänsten Stöd och behandling – nulägesrapport december 2015, Sveriges Kommuner och Landsting

Vårdkontakter via 1177 utgör en del av primärvårdens tillgänglighet för att ge egenvårdsråd samt möjligheter till tidsbokningar. Under 2015 gjordes 80 miljoner besök på webben 1177. Endast Skatteverket och Försäkringskassan hade fler kontakter på webben än 1177.se.

Virtuella vård möten via video etc. är en utveckling av e-Hälsa och kan ibland ersätta eller komplettera fysiska möten. Därmed kan den typen av digitala möten i många fall likställas med fysiska besök på vårdcentral. Ersättningsmodeller bör stödja detta för att vården ska kunna utveckla alternativ inom e-Hälsa området.

IT säkerhet är viktigt när digitala användningsområden ökar inom hälso- och sjukvården. Att man som patient måste använda sitt bank-ID för att få tillgång till digitala alternativ stärker trovärdigheten för sådana tjänster inom sjukvården.

6.3.1 Behandlingsplattform

Stöd och behandling är en nationell e-tjänst som sedan mars 2015 förvaltas av 1177, vårdguiden. Tjänsten Stöd och behandling ger vårdgivare möjlighet att erbjuda stöd och behandlingar till invånare på ett säkert sätt via internet. Exempel på användning via nätet är behandling mot ångest och depression, smärta, tinnitus och screening vid alkohol- och drogproblem. Tjänsten kan också användas för att bygga program och utbildningar som stöd för patientens egen vård och omsorg, men även program som stöder vårdprocesserna för bättre interaktion mellan vård och patienter för att främja delaktighet och öka tillgängligheten.¹⁶

Tjänsten, *Stöd och behandling*, kommer att fortsätta att utvecklas under 2016 via en särskild överenskommelse mellan SKL och staten. Detta kommer bl.a. att ske genom vidareutveckling av funktionalitet så att plattformen kan användas inom flera områden än idag.

6.3.2 Information via mobiltelefoner, läsplattor eller liknande

Verksamheter har kommit igång med att patienten via nätet kan sköta sin egenvård och sina kontakter med vården. Via sin mobiltelefon eller en läsplatta kan patienten få tillgång till journal, se läkemedelslistor, göra anteckningar eller skicka foto på sår för bedömning. Att arbeta med tillgång till information i mobiltelefoner eller läsplattor medför:

- lättare att nå informationen och rådgivning
- att man kan ha personlig informationssida med egna resultat, mediciner, handlingsplan, utbildning
- möjligheter att nå information om egenvård, eller möjliggöra uppkoppling med VC eller klinik på sjukhus för konsultation eller information

Att sköta sin egenvård genom tillgång via internet ersätter en del av besöken på vårdcentral. Hur det ska utvecklas och registreras som en kontakt med vården behöver diskuteras vidare. Detta bör även följas upp i *den nationella väntetidsdatabasen*.

¹⁶ E-tjänsten Stöd och behandling – nulägesrapport december 2015, Sveriges Kommuner och Landsting



6.3.3 Webbtidbokning

Det finns landsting/regioner som på ett framgångsrikt sätt har kommit igång med bokning via webben. Patienten kan själv via sitt bank-ID boka nybesök hos olika professioner samt av- och omboka dessa. Detta innebär en snabbare och effektivare tillgänglighet till vården jämfört med att enbart sköta detta via telefonsamtal med vårdcentralen.

För att bokning via webben ska bli framgångsrikt bör en stor andel av tider erbjudas till patienterna för personlig bokning, patienterna bokar själva sin tid när det passar dem. Man kan själv välja den tid som passar och utifrån egna behov.

6.3.4 Journal via nätet

En patient som får tillgång till sin journal på ett enkelt sätt blir mer delaktig i beslut som rör den egna behandlingen. Fler och fler landsting och regioner ansluter sig till tjänsten.

Journal via nätet är ett verktyg som kan utvecklas och i betydligt större omfattning användas i kommunikationen mellan vårdgivare och patient

6.3.5 Förslag till utveckling inom området

- Uppföljning e-Hälsa – att använda digitala verktyg
 - Form av genomförande; fysiskt besök, besök på distans, telemedicin (hur)
 - Bokningssätt: Ex. via telefon/Webbtidbok

Förslag att den nationella uppföljningsmodellen kompletteras med information som gör det möjligt följa upp t ex form för genomförande av besök samt på vilket sätt en bokning har gjorts.

6.4 Jämlikhet och tillgänglighet

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.¹⁷

Tillgänglighet till nationella riktlinjer och standardiserade behandlingsriktlinjer utgör viktiga komponenter för att få en mer jämlik vård.

Det är viktigt att digitaliseringen utgår från den enskilda personens behov och förmåga.

Våra föreställningar om män och kvinnors olika behov, har betydelse för *jämlik tillgänglighet* och vård.

¹⁷ Hälso- och sjukvårdslagen 1997:142

Etnicitet styr oss i bemötande av de patienter som inte är födda i Sverige. Det är exempelvis svårare att nå primärvården om man inte behärskar språket och därmed att förstå de anvisningar man får i telefon.

CNI, *Care Need Index*, beskriver socioekonomi och har betydelse för en jämlik vård. Grupper i samhället med högt CNI har högre ohälsa. Sannolikt är vården mer ojämlig för dessa patienter. Primärvårdens *tillgänglighet* behöver ta hänsyn till om den verkar i socioekonomiskt utsatta områden.

6.5 Medicinsk kvalitet och patientsäkerhet

Om det finns brister i tillgänglighet och samverkan, kan det finnas risk för att patientsäkerheten äventyras. För att upptäcka ev. brister och att garantera patientsäkerhet bör man följa upp sin verksamhet, sina medicinska resultat och även sin följsamhet till nationella riktlinjer. En basmodell för uppföljning av primärvård finns utvecklad inom det nationella vårdvals nätverket och kan tillsammans med föreslagna tillgänglighetsmätningar utgöra grunden för uppföljning av primärvården i Sverige. Utifrån den nationella strategin för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar finns medicinska indikatorer för primärvård framtagna för en djupare analys.

På både verksamhets- landsting/regionnivå följs patientsäkerhetsarbetet. Identifiering av utvecklingsområden via patientsäkerhetsberättelser för att göra vården inte bara tillgänglig utan också ”driftsäker”. Patientsäkerhetsarbetet ska bedrivas patientfokuserat.



7 Slutsatser

Styr/stödjer måluppfyllelse av vårdgarantin mot högre *tillgänglighet, kontinuitet, kompetensutnyttjande, koordinering och samverkan?*

Vårdgarantin reglerar tillgänglighet till primärvård ur ett begränsat perspektiv då den endast handlar om tillgänglighet via telefon och till förstabesök hos läkare. För att kunna beskriva och följa upp tillgängligheten till primärvård ur ett bredare perspektiv behöver uppföljningen utvecklas. Det har framkommit en stor samsyn kring behovet av en bred ansats för att belysa tillgängligheten i samband med upprättande av denna rapport. Den uppföljning som idag finns av tillgänglighet i primärvård är inte alls tillräcklig för att beskriva och förstå primärvårdens hela uppgift.

Det som under projektet har framkommit stöds i flera delar av *vårdanalysrapporten; Varierande väntan på vård – analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*” *Vårdanalys 2015:5*.

Uppföljning av tillgänglighet till vårdinformation, råd samt bokning till vården via 1177, finns idag inte med i mätningen av tillgänglighet i primärvård. Kontakter via 1177 är ett viktigt komplement till och en del av primärvården.

Styr/Stödjer målrelaterad ersättning mot rätt håll?

Ersättningsmodeller bör stödja utveckling av nya arbetssätt.

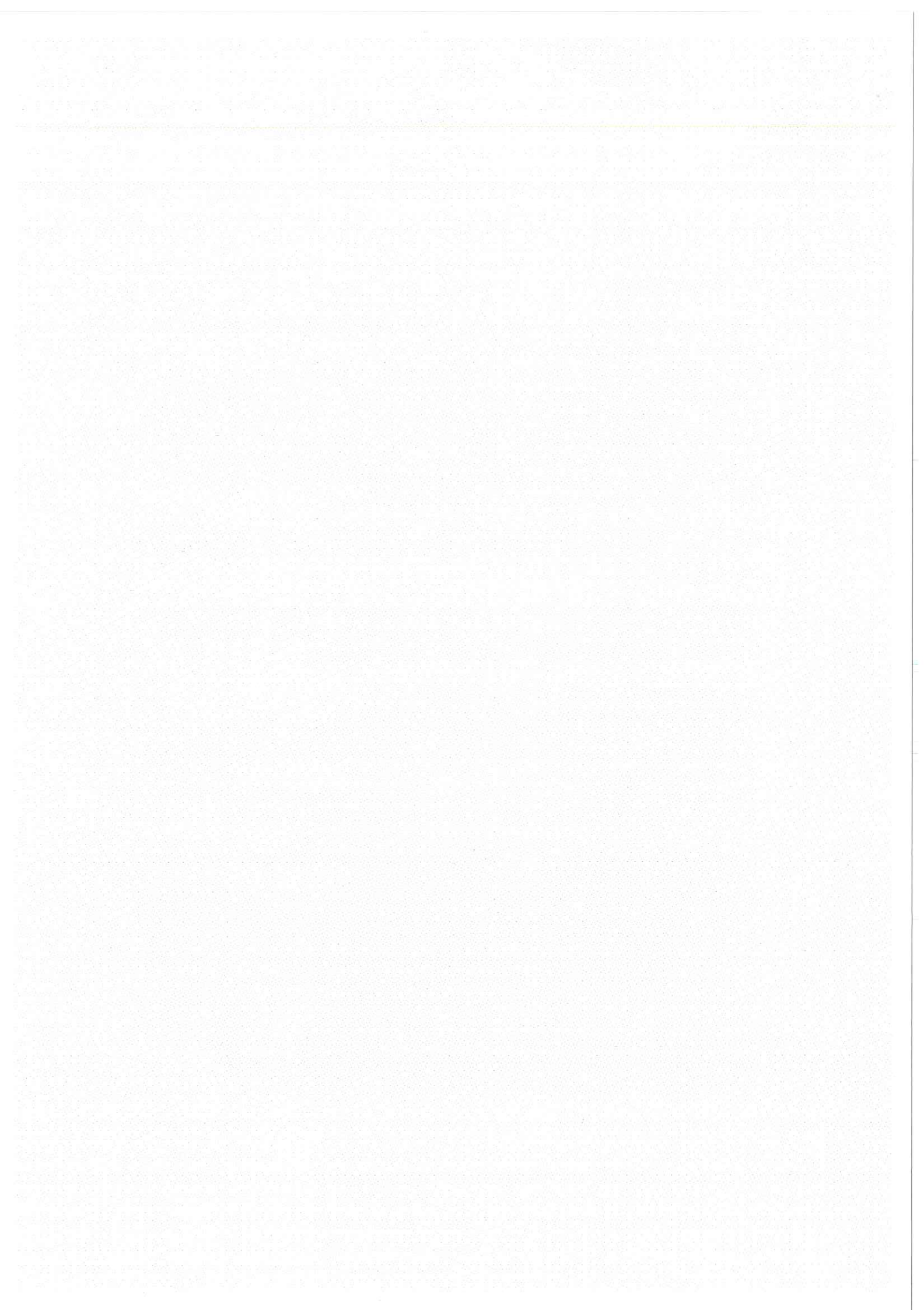
I ”*Flippen*”, SKL innovationsprojekt, utvecklar primärvården nya innovativa arbetssätt. Det är av stor vikt att uppföljningar ständigt anpassas till en modernare och snabbt utvecklande primärvård.

Alla insatser som utförs i primärvård ryms i dagsläget inte i uppföljningen såsom e-hälsa och primärvårdens tillgänglighet i den kommunala hälso- och vården.

Uppföljning av primärvården i väntetidsdatabasen behöver kompletteras för att ge en bredare bild av primärvårdens insatser och tillgänglighet.

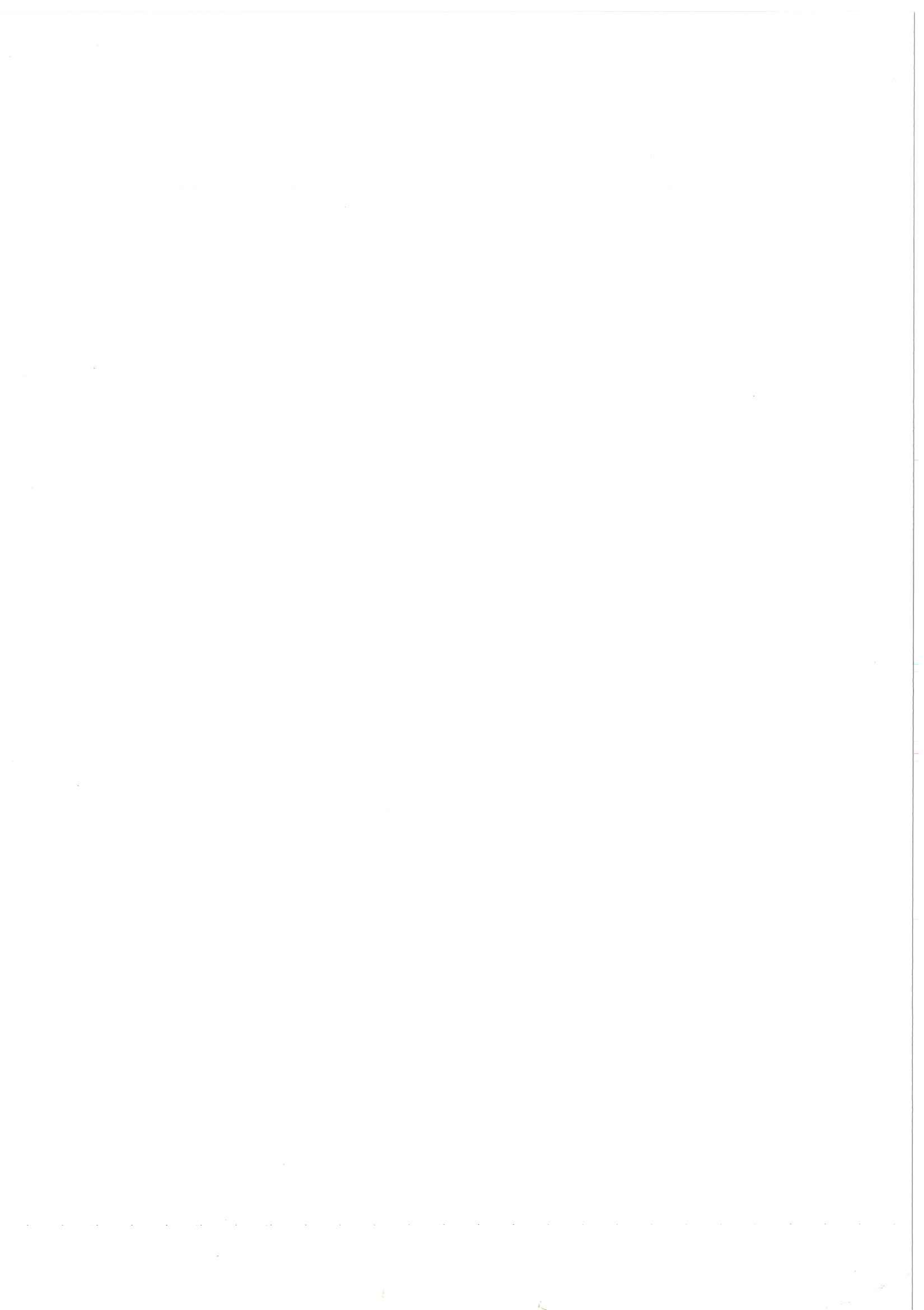
Kvalitativa metoder bör användas som ett komplement till nyckeltal och andra mått. Enkäter och eller intervjuer med patienter kan användas som komplement. Det ger en bredare beskrivning av primärvårdens verksamheter. Relevanta mått bör följas upp på den vårdnivå där den gör mest nytta för primärvårdens patienter. Syftet med att mäta och följa upp vården är ytterst att bidra till utveckling och förbättring av vården.

En diskussion bör föras över vad som är relevant att följas upp på de olika nivåerna, micro-, meso- och macronivån, dvs nationellt, på landstingsnivå och i verksamheterna. Framtidens primärvård bör byggas med tillit och en digital verktygslåda, genom kommunikation som skapar relationer mellan patient och vården. Ett antal utvecklingsområden i uppföljningen har identifierats i detta projekt.



S5C)

927 Hälsovalsenheten						
INTÄKTER	Ack utfall	Ack budget	Avvikelse	Prognos	Budget	Avvikelse
Patientavgifter och Frikortsbesök	20 307	23 410	-3 103	63 000	70 300	-7 300
Momsersättning vid köp av privat vård	4 322	4 329	-7	13 000	13 000	0
Övr int; t ex Landstingsbidrag, övriga bidrag, jourbesök, besök annan vc	416 554	412 998	3 556	1 245 843	1 240 233	5 610
S:A INTÄKTER	441 183	440 736	446	1 321 843	1 323 533	-1 690
KOSTNADER						
Personalkostnader	-1 611	-1 668	57	-4 580	-4 580	0
ACG	-225 167	-223 802	-1 365	-675 509	-672 078	-3 431
-varav ACG ersättningen	-171 143	-170 595	-548	-512 362	-512 298	-64
-varav Läkemiddelsersättningen	-54 023	-53 207	-816	-163 147	-159 780	-3 367
CNI	-56 193	-55 951	-242	-168 629	-168 020	-609
Besöksersättning	-26 000	-27 636	1 635	-83 556	-84 002	446
-Ersättningsgrundade besök	-22 365	-23 695	1 330	-70 536	-71 156	620
-Telefonkontakter	-2 084	-2 105	21	-6 461	-6 321	-140
-Mina Vårdkontakter	-952	-808	-144	-2 773	-2 426	-347
-Vaccination riskgrupp och +65 år	-190	-576	386	-2 442	-2 741	299
-Besök hemsjukvård, hembesök	-409	-452	43	-1 344	-1 358	14
Täckningsgrad	-78 612	-79 929	1 317	-236 951	-240 028	3 077
Kvalitetsersättning	-2 511	-3 996	1 486	-34 172	-36 003	1 831
-Telefontillgänglighet	-2 511	-3 996	1 486	-10 170	-12 001	1 831
-Del 2 (2015 Antibiotika)	0	0	0	-12 001	-12 001	0
-Del 3 (2015 Hälsoförtäring)	0	0	0	-12 001	-12 001	0
Tolkersättning	-3 215	-2 805	-410	-9 160	-8 424	-736
Stickavgift	-2 731	-2 804	73	-8 310	-8 420	110
Säbo	-837	-895	58	-2 641	-2 687	46
Födda utanför EU	-1 153	-999	-154	-3 917	-3 000	-917
Familjecentralsersättning	-346	-408	62	-1 259	-1 225	-34
Riskbruk/missbruk	-2 047	-2 664	617	-7 307	-8 000	693
Ers deltagande arbetsgrupper	-19	-100	81	-22	-300	278
Momskompensation privata	-1 351	-1 332	-19	-4 000	-4 000	0
Sjukresor	-2 400	-2 288	-112	-6 870	-6 870	0
Utomlänsvård, Netto	-164	-333	169	-964	-1 000	36
Nationella taxan inkl lab, röntgen, tolk, Netto	-4 049	-3 754	-295	-10 701	-11 273	572
SÄBO läkemedel	-5 510	-4 995	-515	-16 365	-15 000	-1 365
Grundavgift LD-net	-9 026	-9 014	-11	-27 070	-27 070	0
Övriga kostnader; t ex utbet OTA, jourbesök, besök annan vc	-9 572	-7 177	-2 395	-26 465	-21 553	-4 912
S:A KOSTNADER	-432 515	-432 550	35	-1 328 448	-1 323 533	-4 915
RESULTAT	8 668	8 187	481	-6 605	0	-6 605



§ 5 F) 1.



Barnhälsovården Dalarna

Avtal Hälsoval 2017



2015-10-15

BHV-enheten Barnhälsovård



BHV

BARNHÄLSOVÅRDEN SKALL FRÄMJA BARNENS HÄLSA, TRYGGHET OCH UTVECKLING

- Barnhälsovården har en central roll i folkhälsoarbetet med ett långtgående samhällsuppdrag att förebygga sjukdom och främja fysisk och psykisk hälsa hos barn 0 - 6 år (intill skolstart) och deras föräldrar.
- Med tidiga insatser avses tidigt i föräldraskapet, tidigt i barnaåren, tidigt i problemkedjan och tidigt i krishanteringen.



BHV

- Barnhälsovården är en del av primärvårdens verksamhet inom ramen för Hälsoval.
- Resultat- och resursansvar har respektive verksamhetschef.
- Basen i barnhälsovården utgör *barnavårdscentralerna/familjecentralerna* med BHV-sjuksköterskor, BHV-läkare och mödra- och barnhälsovårdssykeologer



BHV-PROGRAMMET – Universella

RIKSHANDBOKEN
BARNHÄLSOVÅRD

1-1,5	4v	6-8v	3m-5m	6m	8m	10m	12m	18m	2,5-3 år*	4 år	5 år
Hem BVC	BVC	BVC	BVC	BVC	Hem	BVC	BVC	BVC	BVC	BVC	BVC
S 2-3 besök	L+S team	S 2 besök	S 3 besök	L+S team	S	S	L+S team	S	S L+S Team	S	S
VID VARJE KONTAKT: barn/familjesituation Tillväxt Hälsosamtal Åtgärd											
	Läk.us. Utv.bed	Utv.bed EPDS		Läk.us. Utv.bed		Utv.bed	Läk.us.	Utv.bed	Läk.us. BNI Utv.bed Språk	Utv.bed BNI Syn Hörsel	BNI Epikria
			Vacc 8m+5m				Vacc	Vacc			Vacc

* Antal besök och när under 2,5-3 år anpassas efter metod för språkscreening och lokala metoder. Utvecklingsarbete pågår.

Uppmärksamma vid varje besök behov av riktade insatser som ytterligare besök, ytterligare hembesök, annan insats osv

- Sjuksköterska (S)
- Läkare (L)
- Psykolog MBHV (P)
- annan

Evelinas redaktionsråd september 2014

Rikshandboken i barnhälsovård - en titel från Sveriges Landsting och regioner



Rikshandboken BHV/1177

- [Rikshandboken BHV](#)

2015-10-15

BHV-enheten i Gäddede, Gäddede



Nyckeltal BHV

- Sjuksköterska
 - NU: 55-60 nyfödda barn /heltids sjuksköterska och år. Ökad vårdtyngd:50
 - Behov nya BHV-programmet: 45-50 nyfödda barn /heltids sjuksköterska och år. Ökad vårdtyngd:40.
- Läkare
 - 4 timmar/ vecka och heltids sjuksköterska
- MBHV-psykolog
 - 1 heltidstjänst/2 000 barn och 300 gravida.



2015-10-15

BHV-enheten i Gäddede, Gäddede





Verksamhetsbeskrivning med kravspecifikation

BARNHÄLSOVÅRDEN DALARNA 2016-2018

Hälsoval Dalarna



BARNHÄLSOVÅRDENS (BHV) ÖVERGRIPANDE MÅL ÄR ATT FRÄMJA BARNENS HÄLSA, TRYGGHET OCH UTVECKLING MED SÅVÄL UNIVERSELLA SOM RIKTADE INSATSER TILL ALLA BARN EFTER BEHOV.

- Besöken på BVC är frivilliga och avgiftsfria och erbjuds alla barn 0 tom 6 år (intill start i förskoleklass eller klass 1).
- Föräldrarna kan fritt välja barnavårdscentral (BVC) och största möjliga **kontinuitet** för barn och föräldrar ska eftersträvas i kontakt med BHV-personal. BHV-sjuksköterskan har en central roll och arbetar i team med BHV- läkare och BHV-psykolog.
- Barnhälsovården, BHV, har en central roll i folkhälsoarbetet och ett långtgående samhällsuppdrag. Barnhälsovården har **helhetssyn på familjens hälsa** och bygger på ett psykosocialt förhållningssätt.
- Barn och föräldrar möts av **förståelse och respekt** och görs **delaktiga** och föräldrar ges stöd i ett **aktivt föräldraskap**.
- **Insatserna ska vara tidiga** så att barn som riskerar att fara illa särskilt uppmärksammas. Minskad förekomst av skadliga påfrestningar för barn och föräldrar.
- Samtliga barn/föräldrar ges ett individualiserat stöd med hänsyn till barnfamiljens enskilda livssituation
- **Samverkan med andra vårdgivare/aktörer** sker planerat och i det dagliga arbetet.
- **Jämlik barnhälsovård i länet med hög och jämn kvalitet** samt **kostnadseffektivitet** och en kvalitet som väl motsvarar de kvalitetsnivåer som anges nationellt av Socialstyrelsen och av BHV-enheten i Dalarna.



2015-10-15

BHV-enheten Kristin Lindström



2016 - 2018 SÄRSKILT VIKTIGA AKTIVITETER BHV INOM HÄLSOVAL

- Fortsatt implementering av det nya nationella BHV-programmet. From, 2017 införs lekaudiometri vid 4 års ålder och hembesök vid 8 månaders ålder.
- Förbättra förutsättningarna för BHV's arbete med nyanlända barn (flyktingbarn, asylsökande, anhöriginvandrade barn, gömda och papperslösa barn)
- "Tidiga insatser" och Essencebegreppet
- Psykisk ohälsa.
 - Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa, ök mellan staten och SKL
 - POSITIONSPAPPER SKL, Psykisk hälsa, barn och unga 2016
- Familjecentraler
- Material för föräldrastöd i grupp i samarbete med MHV och riktade föräldragrupper
- Amning och nyfödda och deras föräldrars behov av stöd under första levnadsveckan
- BHVQ, Barnhälsovårdens nationella kvalitetsregister, start juni 2016
- Övervikt/fetma hos förskolebarn
- Dietist inom BHV/MHV, primärvård
- Samling för social hållbarhet i LD/Region Dalarna i samverkan med Folkhälsoavdelningen
- BHV-personal, kompetens och tillgång



2016 - 2018 SÄRSKILT VIKTIGA AKTIVITETER BHV INOM HÄLSOVAL

- Barnsäkert, hösten 2016
- Sunda Solvanor, kampanj 1/5-1/7 2016
- Giftfria väntrum
- Smitta i förskolan





Kravspecifikation och kvalitetsindikatorer BHV

Hälsöövervakning

- minst 99 % av barnen 0 - 2 år
- minst 80 % av barnen 2 - 6 år

Hembesök

- 95 % av förstabarnsföräldrar får hembesök vid 1 veckas ålder **och fr.o.m. 2017 vid 8 månaders ålder**
- 80 % av flerbarnsföräldrar får hembesök vid 1 veckas ålder och fr.o.m. 2017 vid 8 månaders ålder

Föräldrastöd i grupp

- 80 % av förstabarnsföräldrar deltar i föräldragrupp minst 3 ggr
- 50 % av flerbarnsföräldrar deltar i föräldragrupp minst 3 ggr

EPDS

- EPDS-samtal erbjuds alla mammor till 8-veckors barn



2015-10-15

BHV-enheten för barnhälsovård



Kravspecifikation och kvalitetsindikatorer BHV

Screeningundersökningar ska erbjudas alla barn i berörda åldersgrupper

- Hörselscreening utförs på 98 % av barnen före 12 månaders ålder
- Hörselscreening utförs på 98 % av barnen vid 18 månaders ålder
- Hörselscreening utförs på 98 % av barnen vid 4 års ålder, fr.o.m. 2017 lekaudiometri vid 4 års ålder
- Tal och språkbedömning utförs på 98 % av barnen vid 2½-års ålder
- Synprovning utförs på 98 % av barnen vid 4 års ålder

Vaccinationer ska erbjudas alla barn i berörda åldersgrupper

Amning

- 90 % av 2-månaders barn ammas helt
- 80 % av 4-månaders barn ammas helt
- 80 % av 6-månaders barn ammas helt eller delvis



2015-10-15

BHV-enheten för barnhälsovård

BHV-enheten

- Verksamhetsplan med kravspecifikation 2016
- Verksamhetsuppföljning 2015, BILD
- Socialstyrelsens vägledning för barnhälsovården 2014
- Nya Nationella BHV-programmet infört 2017
- Vaccinförsörjning för barnvaccinationsprogrammet i samråd med Smittskyddsläkare och Vaccinråd i LD
- Asylsökande barn 0-5 år



BHV-enheten

- Information och samordning till BHV-verksamheten
- Handledning och utbildning av BHV-personalen
- Utveckling, uppföljning och redovisning av BHV-verksamheten i länet
- Verka för en gemensam strategi hos olika verksamhetsgrenar som berörs för att förebygga, spåra och behandla fysisk och psykisk ohälsa hos förskolebarn samt för en gemensam strategi i vården av barn med olika sjukdomar och handikapp.
- Utveckla samarbetet med olika myndigheter och instanser i barnfrågor.
- Följa den nationella och internationella utvecklingen inom BHV-området.





MHV och BHV-enheten

1. MHV respektive BHV-enhetens uppdrag?
2. Vilket stöd önskar ni från MHV respektive BHV-enheten?
3. Hur vill ni kommunicera med MHV respektive BHV-enheten?



§5 F) 2.

MHV- och BHV-enheterna

Hälsovalsberedningen

2016-05-13

MHV och BHV-enheterna

MHV-enheten

Sara Hogmark MHV-öl

Elisabet Nykvist samordnande barnmorska

BHV-enheten

Kristin Lindblom BHV-öl

Ulrika Nygren samordnande BHV-sjuksköterska

Agneta Olsson Liljestig assistent

Lisa Wolgast samordnande MBHV-psykolog

Mödrahälsovården

Mödrahälsovårdens övergripande mål är en god sexuell och reproduktiv hälsa för hela befolkningen



Mödrahälsovården – en del av Hälsoval Dalarna

26 mottagningar, varav några familjecentraler

- Verksamhetschef
- Barnmorska
- Läkare
- Psykolog

- Undersköterska
- Sekreterare
- Kurator/samtalsterapeut

MHV:s arbetsområden

- Graviditetsövervakning inkl. föräldraförberedelse och arbete för hälsosamma levnadsvanor
- Gynekologiska cellprovskontrollen
- Familjeplanering (inkl. förebyggande av abort och STI)
- Utåtriktat upplysningsarbete



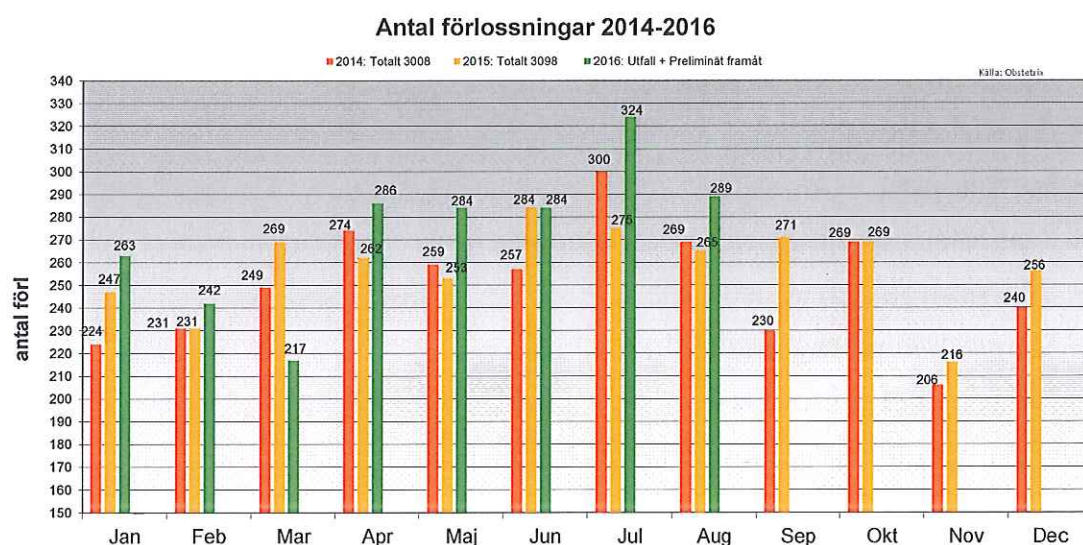
MHV-enheten

- Metodutveckling, utarbetande av medicinska riktlinjer
- Samordning av vårdkedjan
- Omvärldsbevakning
- Fortbildning
- Kvalitetsuppföljning med återslagrapportering
- Information och konsultation
- Samverkan på regional ledningsnivå
- Biträda chefer inom Hälso- och sjukvården Dalarna
- Biträda landstingspolitiker i särskilda sakfrågor

MHV-aktiviteter med särskilt fokus idag

- Insatser för välfungerande MHV för **asylsökande**
- Förbättrat omhändertagande av gravida med **fetma** samt gravida med **psykisk ohälsa**
- **Cellprovskontrollen**: nationellt vårdprogram, bokningssystem, cellprovsveckan
- **E-information** till patienter via 1177
- Bevakning av och införande av **nya nationella riktlinjer**
- **Fortbildning**: antikonception, amning, introduktion nyanställda, EPDS
- **Kvalitetsuppföljning** och återkoppling
- God arbetsmiljö trots rådande **brist på barnmorskor och allmänläkare**

Fler förlossningar än någonsin i Falun!

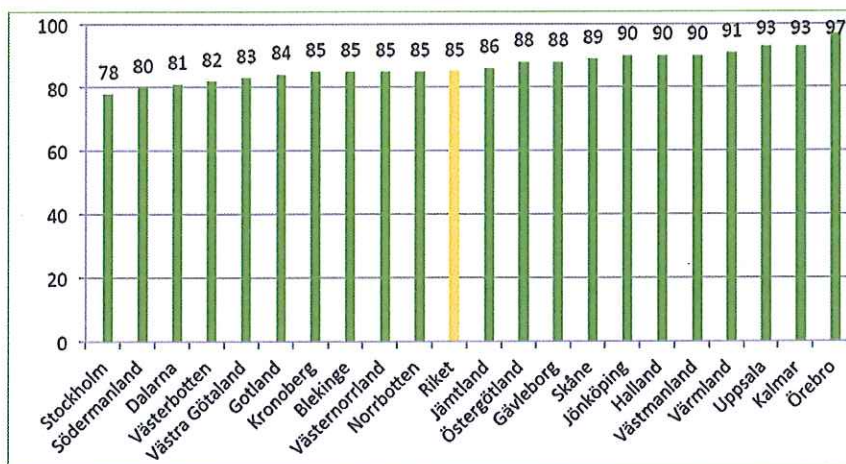




Graviditetsregistret

mödrahälsovård • fosterdiagnostik • förlossning

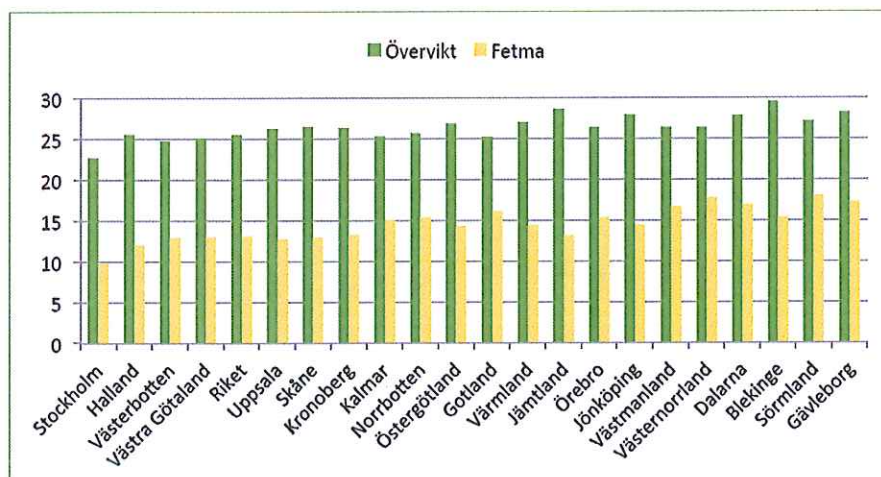
Diagram 1. Täckningsgrad i procent för Individdata i MHV-delregistret för 2014.



Övervikt och fetma under graviditet

Graviditetsregistrets årsrapport 2014

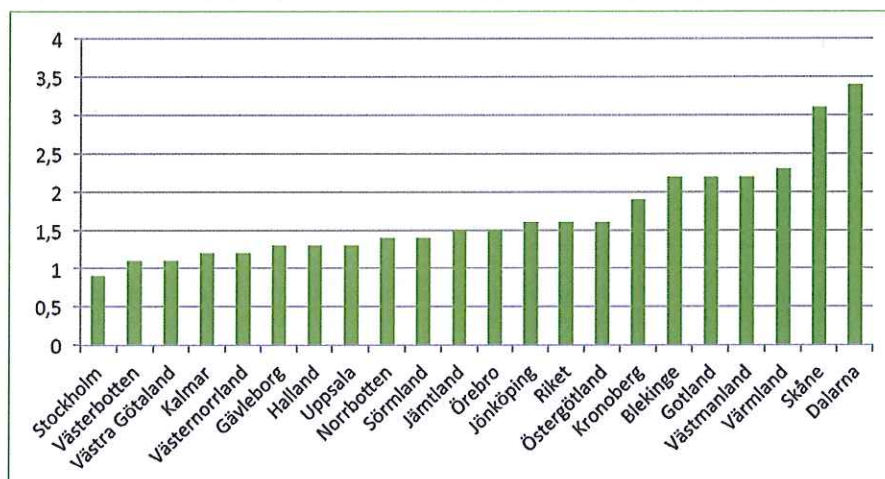
Diagram 13. Andel (%) kvinnor med övervikt respektive fetma.



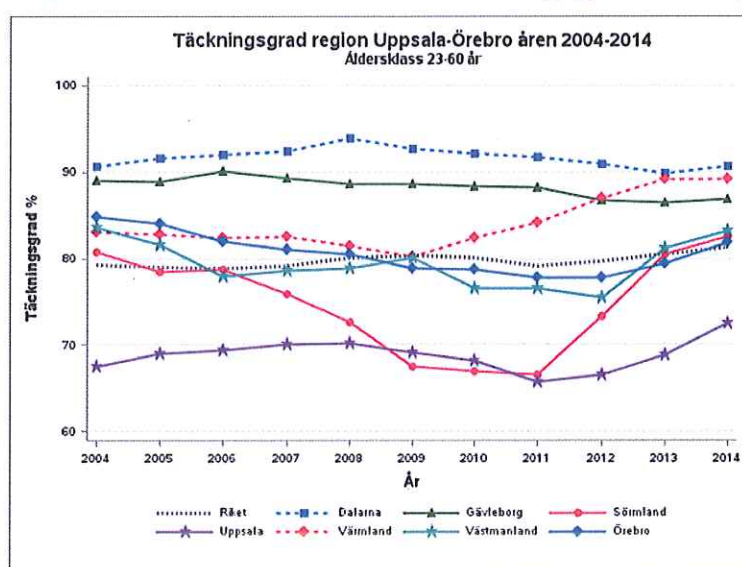
Graviditetsdiabetes i Sverige

Graviditetsregistrets årsrapport 2014

Diagram 21. Andelen gravida (%) som diagnostiserades med GDM i respektive landsting.



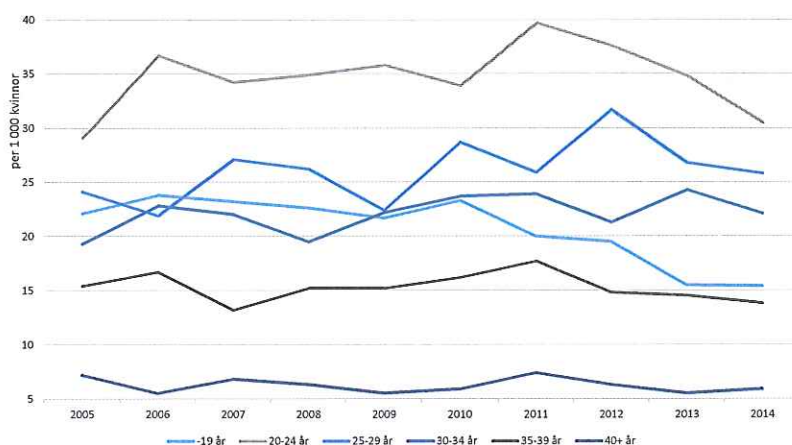
Cellprovskontrollen – vi ligger i topp!



Familjeplanering – antikonception/abort, STI

Antal aborter per 1 000 kvinnor efter ålder 2005-2014

Dalarna



Ökad arbetsbelastning för barnmorskan

- Fler gravida
- Ökad ålder och sjuklighet bland gravida
- Asylsökande
- Kortare slutenvård
- Fler kontroller
- Bristande läkarstöd
- Pensionsavgångar

Kravspecifikation och kvalitetsindikatorer för MHV i Hälsoval Dalarna

- Andel patienter registrerade i Graviditetsregistret (mål >90 %)
- Antal inskrivna gravida/heltid barnmorska/år (mål 45-85)
- Andel gravida med första journalförda besöket senast graviditetsvecka 8 (mål > 50 %)
- Andel gravida som erbjuds AUDIT (mål > 95 %)
- Andel gravida som tillfrågas om våld i nära relation (mål > 95 %)
- Andel gravida som erbjuds EPDS-samtal (mål > 95 %)
- Andel nyförlösta som deltar i efterkontroll efter graviditet (mål > 85 %)
- Andel förstföderskor som deltagit i föräldrastöd i grupp (mål > 80 %)
- 3:e tillgängliga tiden för preventivmedelsrådgivning (mål inom 14 dagar)
- Andel patienter kallade till gynekologisk cellprovskontroll inom 3 år (mål > 90 %)

Forts. kravspecifikation och kvalitetsindikatorer

- Antal preventivmedelsbesök/mottagning och per barnmorska heltid/år
- Barnmorskors deltagande i MHV-fortbildning
- Tillgång till läkare (mål 3h/vecka/100 gravida/år)
- Tillgång till psykolog (mål 1 heltidstjänst/300 gravida och befolkningsunderlag på högst 2000 barn)
- Samverkan MVC-BVC-Socialtjänst (mål upprättade samarbetsvägar finns)
- Utåtriktat arbete genomfört

§ 5 (4)

Personcentrerad vård

Charlotta Borelius och Helena Henriksson

Landstinget Dalarna

2016-05-13

Landstinget Dalarna personcentrerad vård 2016-05-13



Landstinget Dalarna personcentrerad vård 2016-05-13

Centrala begrepp

- Berättelsen
- Partnerskap
- Dokumentation



Landstinget Dalarna personcentrerad vård 2016-05-13

Beslut

- Landstingsplanen
- 3HS, förändrat arbetssätt
- Policy för ökad delaktighet i hälso- och sjukvården
- Verkställighetsbeslut finns (om det "behövs")

Landstinget Dalarna personcentrerad vård 2016-05-13

Effekter av PCV i kontrollerade studier

- Känslan av trygghet i samband med vård ökar
- Förbättrad smärtlindring
- Förbättrad glukoskontroll
- Mindre frekvens av trycksår
- Högre frekvens av återgång till hemmet efter sjukhusvistelse
- Kortare vårdtider (30% - 50%)
- Minskad sjukvårdskostnad
- Minskad psykisk stress hos medarbetare
- Ökad arbetstillfredsställelse

Landstinget Dalarna personcentrerad vård 2016-05-13

Personcentrerad vård

Landstinget Dalarna personcentrerad vård 2016-05-13

REFLEKTION

Landstinget Dalarna personcentrerad vård 2016-05-13

För dig som vill veta mer

Charlotta Borelius charlotta.borelius@ltdalarna.se

Helena Henriksson helena.henriksson@ltdalarna.se

<http://navet.ltdalarna.se/Templates/LTDIntra/Pages/Info.aspx?id=27857&epslanguage=sv>

www.gpcc.se

Landstinget Dalarna personcentrerad vård 2016-05-13

S6 a)

Text som ska bort = ~~överstruken text~~. Text som ska läggas till = *kursiv text*
Grön markerad text = redaktionella ändringar, ändrad text, ~~överstruken~~ eller *kursiv*

Ansökan om godkännande som vårdgivare inom Hälsoval Dalarna 20167

ANVISNING FÖR ANSÖKAN

Detta dokument ska besvaras och undertecknas av sökande och därefter skickas eller lämnas till Landstinget Dalarna enligt förutsättningar redovisade under punkt 5 i Bilaga Information och föreskrifter.

Numrerade rubriker i detta dokument överensstämmer med motsvarande redovisade krav i Avtal Hälsoval Dalarna

Om leverantör ansöker om godkännande för flera vårdområden eller för flera vårdenheter lämnas en ansökan per vårdområde och vårdenhet.

Geografisk lokalisering

Kommun	
Stadsdel/tätort	
Adress	
Anmärkning/kommentar:	

Tidpunkt för driftstart

Datum för planerad driftstart	
Anmärkning/kommentar:	

SÖKANDEN SOM ANSÖKER OM GODKÄNNANDE

Sökanden	
Organisationsnummer: *)	
Postadress:	
Telefon:	
Telefax:	
Webbplats:	

*) Organisationsnummer

- ☐ för aktiebolag, uppge organisationsnummer
- ☐ för handels- och kommanditbolag, uppge dels bolagets organisationsnummer och dels deltagarnas organisations- eller personnummer

Behörig företrädare i samband med ansökan	
---	--

Behörig företrädare i samband med tecknande av kontrakt	
---	--

Kontaktperson 1, ansvarig för ansökan	
Befattning:	
Telefon:	
Mobil:	
Telefax:	
E-post:	

Kontaktperson 2, ansvarig för kontraktet	
Befattning:	
Telefon:	
Mobil:	
Telefax:	
E-post:	

E-postadress för utskick av meddelande om godkännande	
---	--

Ansökans form och innehåll

Ansökan avser hela det redovisade uppdraget enligt punkt 9.2 Avtal Hälsoval Dalarna och tillhörande bilagor
☐ Ja ☐ Nej
Anmärkning/kommentar:

Uteslutning av sökande

Leverantören intygar att redovisade förhållanden inte föreligger vid tiden för ansökan.
☐ Ja ☐ Nej
Anmärkning/kommentar:

Tillgång till andra underleverantörers kapacitet

Sökanden har för avsikt att samarbeta med andra underleverantörer för att ställda krav ska uppfyllas.						
☐ Ja ☐ Nej						
Samarbete kommer att ske med följande underleverantörer: (Vid fler än två leverantörer kan efterfrågad information lämnas som bilaga till detta dokument)						
<table border="1"> <tr> <td>Sökanden</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Organisationsnummer</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Postadress</td> <td></td> </tr> </table>	Sökanden		Organisationsnummer		Postadress	
Sökanden						
Organisationsnummer						
Postadress						
<table border="1"> <tr> <td>Sökanden</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Organisationsnummer</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Postadress</td> <td></td> </tr> </table>	Sökanden		Organisationsnummer		Postadress	
Sökanden						
Organisationsnummer						
Postadress						

Övriga myndighetskrav

Kopia på anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt 2 Kap. 1-3 §§, Patientsäkerhetslagen (2010:659) ska bifogas. Alternativt kan registerutdrag från IVO bifogas.	
☐ Ja	☐ Nej
Anmärkning/kommentar:	

Sökandens ekonomiska ställning – etablerade företag

Leverantören uppfyller ställda krav på ekonomisk ställning.	
☐ Ja	☐ Nej
Anmärkning/kommentar:	

Sökandens ekonomiska ställning – företag under bildande

Leverantören uppfyller ställda krav på ekonomisk ställning.	
☐ Ja	☐ Nej
Anmärkning/kommentar:	

Teknisk och yrkesmässig kapacitet

Generella krav - allmänt

Sökanden har kompetens, kapacitet och erfarenhet för att fullgöra sina åtaganden under kontraktperioden.	
☐ Ja	☐ Nej
Anmärkning/kommentar:	

Generella krav – etablerade företag

Till ansökan bifogas följande dokument:	Bilaga nr	Sid nr
Beskrivning av företaget		
Beskrivning av resurser och kompetens		
Beskrivning av hur vårdgivaren avser att lösa uppdraget i syfte att uppnå stabilitet och långsiktighet		
Presentation av eventuella samarbetspartner/underleverantörer och former för samarbete		

Till ansökan bifogas följande dokument:	Bilaga nr	Sid nr
Redogörelse för ledning, arbetsorganisation samt tilltänkt verksamhetschef (redovisas med namn och kompetens) samt referenser avseende tilltänkt verksamhetschef		

Generella krav – företag under bildande

Till ansökan bifogas följande dokument:	Bilaga nr	Sid nr
Beskrivning av planerade företagsbildning, t ex företagsform, aktiekapital för aktiebolag, förväntat antal anställda och ägare. Redovisning ska även ske nuläge samt förutsättningar och tidplan för att företaget ska kunna etableras		
Beskrivning av resurser och kompetens		
Beskrivning av hur sökanden avser att lösa uppdraget i syfte att uppnå stabilitet och långsiktighet		
Presentation av eventuella samarbetspartner/underleverantörer och former för samarbete		
Redogörelse för ledning, arbetsorganisation samt tilltänkt verksamhetschef (redovisas med namn och kompetens) samt referenser avseende tilltänkt verksamhetschef		

UPPDRAGSBESKRIVNING och UNDERLAG FÖR KONTRAKT

Samtliga krav och villkor i Uppdragsbeskrivning och Underlag för kontrakt med tillhörande bilagor uppfylles.	
☐ Ja	☐ Nej
Anmärkning/kommentar:	

UNDERSKRIFT

Ort och datum	
Underskrift (av sökanden eller behörig företrädare för sökanden)	
Namnförtydligande	

Text som ska bort = ~~överstruken text~~. Text som ska läggas till = *kursiv text*
Grön markerad text = redaktionella ändringar, ändrad text, ~~överstruken~~ eller *kursiv*

Ansökan om att öppna filial för patienter inom Hälsoval Dalarna för vårdgivare som har avtal att bedriva primärvård med Landstinget Dalarna

För riktlinjer gällande filialer se www.ltdalarna.se/halsoval Information till vårdgivare

Kontrakt

Före driftsstart ska denna ansökan lämnas in till Hälsovalsenheten i två exemplar undertecknat av verksamhetschefen. Efter godkännande av chef för Hälsovalsenhet i Landstinget Dalarna motsvarar denna ansökan undertecknad av båda parter kontrakt för filialverksamhet.

Om vårdgivaren avser att ansöka om flera filialer ska en ansökan lämnas per filial.

Handläggningstiden för godkännande av filial är 2 mån från att formell ansökan inkommit. Med reservation för ev. extra tid för IT-installationer.

Ansökan ska fyllas i och undertecknas av sökande vårdgivare och därefter skickas in i två exemplar till Hälsovalsenheten:

Landstinget Dalarna
Central Förvaltning
Hälsovalsenheten
Box 712
791 29 Falun

Vårdgivare med avtal som ansöker om att öppna filial

Företagsnamn
Organisationsnummer*
Vårdcentralens namn
Verksamhetschef
Postadress
Postnummer och ort
Telefonnummer

Faxnummer
E-postadress
Webbadress
E-postadress (direkt)

Med filialverksamhet menas en verksamhet som har ett begränsat utbud av primärvårdstjänster. Listning sker till vårdcentralen som har ansvar för hela primärvårdsuppdraget. Vårdgivaren ska tillse att vårdcentralen under sina öppettider tar emot patienter i behov av den vård som saknas på filialen och under de tider filialen är stängd. Om en del av verksamheten bedrivs på en filial får det inte innebära försämringar för patienter listade på huvudmottagningen. Vårdgivaren ska i sin ansökan visa att vårdcentralen har kapacitet att upprätthålla verksamhet på både huvudmottagning och filial. För riktlinjer gällande filialer se www.ltdalarna.se/halsoval. Samtliga övriga avtalskrav och avtalsvillkor i Avtal Hälsoval Dalarna och medföljande bilagor gäller för de delar av vården som avses bedrivas i en filial, även kraven på lokalens tillgänglighet.

Avsedd verksamhet filial

Antal listade i området för planerad filial
Skäl för att öppna filial
Avsedd verksamhet på planerad filial
Bemanning
Öppettider
Beräknat startdatum för filialverksamhet

Adress filial

Underskrift

Ort och datum

Underskrift (av behörig företrädare för vårdgivaren)

Namnförtydligande

Beslut om godkännande

Falun den

.....
Helén Kastemyr
Chef Hälsovalsenheten
Landstinget Dalarna

.....
Vårdgivare

