

Protokoll från Hälsovalsberedningens sammanträde

Tid: 2016-12-06 09.00-16.00

Plats: VIP-rummet, Landstingshuset, Falun

Beslutande

Åsa Nilser (L) ersätter Crister Carlsson (M)

Maria Tapper (S)

Maud Nordfeldt Holmqvist (V)

Lisbeth Mörk-Amnelius (DSP)

Anna-Lena Andersson (S) ersätter Maud Nordfeldt Holmqvist (V) i § 14

Ersättare

Anna-Lena Andersson (S)

Niklas Henriksson (MP)

Göran Engström (C)

Roy Uppgård (KD)

Tjänstemän

Mikael Fransén, verksamhetschef vårdcentral Långshyttan

Matts Lindgren, projektledare Min Vård

Anna Sjödin, bitr. verksamhetschef fysioterapi och dietistverksamheten
avd. chef. dietisterna Avesta, Falun, Ludvika och Mora

Gunilla Franklin, samordnare för Astma/KOL rådet i Dalarna

Ulla Allard, projektledare psykisk hälsa

Jeremy Wihdén, projektledare psykisk hälsa

Maria Hjorth, specialist sjuksköterska i medicin

Ulf Nordin, medicinsk rådgivare Hälsovalsenheten

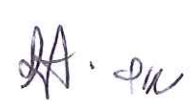
Helén Kastemyr, chef Hälsovalsenheten

Åsa Wäppling, ekonom Hälsovalsenheten

Helena de la Cour, hälso- och sjukvårdsplanerare

Sekreterare

Marina Thiis, systemförvaltare Hälsovalsenheten



Innehållsförteckning

	Information och anmälan	3
§13	Information	3
§14	Anmälan	6
	Protokollsjustering	7

AA.
PIN

Information och anmälan

§13 Information

Hälsovalsberedningens beslut

1. Informationen antecknas till protokollet.

Information lämnas om:

A) Vårdcentral Långshyttans verksamhet, verksamhetschef Mikael Fransén

Mikael Fransén berättar att den landstingsdrivna vårdcentralen Långshyttan har ca 5 400 aktivt listade patienter från ett ganska stort upptagningsområde. Många patienter har ett högt ACG, det finns också många patienter med risk- och missbruksproblem samt psykisk ohälsa. Vårdcentralen har även hand om ca 300-400 asylsökande som är boende i Långshyttan.

Vårdcentralen har en bra bemanning av läkare 3 av 4 tjänster är tillsatta och har sedan år 2000 inte använt sig av stafettläkare. Vad gäller övrig bemanning så saknas just nu samtalsterapeut och sjuksköterska, samtalsterapeut kommer att börja i mars månad.

Vårdcentralen hade tidigare en filialverksamhet i Stora Skedvi som lades ned i samband med landstingets genomlysning och neddragningar år 2015.

Det som verksamhetschef Mikael Fransén tycker att fungerar bra är följande:

- På vårdcentralen utför personalen hela uppdraget, vilket också är en utmaning på en liten vårdcentral
- Vårdcentralen arbetar med så hög tillgänglighet som möjligt vilket kan vara en av förklaringarna till vårdcentralens goda rykte
- Audit lappar finns på toaletterna så att patienterna diskret kan ta dessa själva
- Kontakten med kommunen vad gäller risk- och missbruk
- Det privata asylboendet som finns bredvid vårdcentralen fungerar bra
- Läkarmedverkan i SÄBO och hemsjukvården, ca 5 timmar per vecka avsätts för detta arbete
- Barnmorsketjänsten som finns på vårdcentralen hjälper även till med ungdomsmottagning och smittspårning
- Ersättningssystemet i Hälsoval är okej
- Vårdcentralen är bra på handledning och har väldigt många ST- och AT-läkare

Det som verksamhetschef Mikael Fransén tycker att fungerar mindre bra är följande:

- Ett väldigt brett hälsovalsuppdrag
- Telefontillgängligheten vid t.ex. sjukdom
- Migrationsverkets boende fungerar inte så bra, de boende blir isolerade och få väldigt lite hjälp
- Kvalitetsersättningar som ändrat varje år gör det jobbigt för vårdcentralerna att ställa om
- Utmaningar för vårdcentralen är: diabetes, risk- och missbruk, psykisk ohälsa (mycket ångest och depression), rehabteam samt start av iKBT
- Psykiatrin måste utvecklas och börja ta emot remisser
- Arbetet med Astma/KOL på vårdcentralen behöver utvecklas

B) Digital vårdcentral, projektledare Matts Lindgren

Matts Lindgren berättar och visar bilder om den digitala vårdcentralen Min Vård som ska starta sin verksamhet den 16 januari 2017.

Patienterna kommer att via dator eller mobiltelefon kunna boka tid med läkare eller fysioterapeut. Tanken är att den digitala vårdcentralen i första hand ska erbjudas till befolkningen i Dalarna.

Bilaga § 13 B) Min Vård – vårdcentral i mobilen

C) Dietister i primärvården, biträdande verksamhetschef och avdelningschef Anna Sjödin

Anna Sjödin berättar och visar en prestation kring införandet av dietister i primärvården som ska starta under år 2017. Planeringen har börjat kring rekrytering av dietister, geografiska arbetsområden och arbetsplats-placeringar.

Bilaga § 13 C) Dietister i primärvården

D) Astma/KOL - vad krävs av primärvården? samordnare för Astma/KOL rådet i Dalarna Gunilla Franklin

Gunilla Franklin berättar och visar bilder om Astma/KOL arbetet.

Landstingsstyrelsen har i november 2016 beslutat att Socialstyrelsens Nationella riktlinjer och målnivåer för vård vid astma och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) antas. En handlingsplan för implementeringen av riktlinjerna ska utarbetas.

Bilaga § 13 D) Astma/KOL

E) Projekt psykisk hälsa, projektledare Ulla Allard och Jeremy Wihdén

Ulla Allard berättar om projektet psykisk hälsa barn och unga, där syftet är att identifiera "smarta flöden" dvs. skapa goda förutsättningar inför en

funktionell och tillgänglig vård med ett gemensamt ansvarstagande från alla berörda aktörer. Aktörerna är primärvård, BUP och kommunerna där såväl socialtjänst som elevhälsa ingår, befolkningsperspektivet är ytterligare ett perspektiv som ska beaktas.

Jeremy Wihdén berättar om sina två uppdrag/projekt under 2017.

Ett av uppdragen handlar om samverkan psykiatri och primärvården, där förbättringar bör ske. Målet är att minska antalet remisser som går fram och tillbaka, minska antalet avvikelser och att patienten snabbare ska komma till rätt vårdnivå utan att "bollas" fram och tillbaka.

Det andra uppdraget handlar om att skriva och implementera riktlinjer för primärvårdens psykosociala arbete, det finns väldigt lite dokument som berör detta. I nuläget varierar tillgängligheten och eventuell kvalitet på psykologisk behandling inom primärvården, och uppdraget/projektet syftar till att öka både tillgänglighet och kvalitet till vård. Utöver dokumentering hur man ska arbeta med psykiatri i primärvården ingår även utbildnings- och handledarinsatser.

Bilaga § 13 E) Psykisk hälsa barn och unga

F) Ekonomisk prognos och ersättningar Hälsoval 2017, ekonom Åsa Wäppling

Åsa Wäppling berättar om prognosen för Hälsovalsenheten som just nu visar ett resultat på minus 11,4 miljoner för år 2016. Underskottet beror bl.a. på patientavgifter som är lägre än budgeterat. Ökade kostnader för ACG, läkemedel, tolkersättning, födda utanför EU, sjukresor, utomlänsvård, Säbo läkemedel och övrigt.

Bilaga § 13 F) Prognos Hälsoval

G) Uppföljning Future café, sekreterare Marina Thiis

Marina Thiis går igenom gruppens individuella uppgifter från Future café mötet den 2016-10-20. Nästa uppföljning sker på Hälsovalsberedningen den 9 mars.

Bilaga § 13 G) Future café, avstämning 2016-12-06

H) Plan för uppföljning av Avtal Hälsoval 2016, hälso- och sjukvårdsplanerare Helena de la Cour

Helena de la Cour redogör för de huvudprocesser som Hälsovalsenheten planerar att arbeta med under år 2017. Uppföljningsbesöken till vårdcentralerna är planerat till februari och mars månad.

Bilaga § 13 H) Planering Hälsovalsenheten 2017

I) Övrigt

Hälsofrämjande arbete, specialist sjuksköterska i medicin, utbildare i Motiverande samtal (MI) Maria Hjorth

Maria Hjorth berättar och visar sammanfattande bilder över vårdcentralernas hälsofrämjande arbete. Nulägesbeskrivningarna lämnades av vårdcentralerna i maj 2016.

Rapport finns också som beskriver det hälsofrämjande arbetet år 2014 och 2015.

Bilaga § 13 I) 1. Vårdcentralernas hälsofrämjande arbete

Bilaga § 13 I) 2. Rapport hälsofrämjande arbete 2014 och 2015

§14 Anmälan

1. Anmälda delegeringsbeslut antecknas till protokollet.

Hälsovalschef Helén Kastemyr har enligt gällande delegeringsbestämmelser gjort redaktionella ändringar och förtydligande enligt bilaga a)

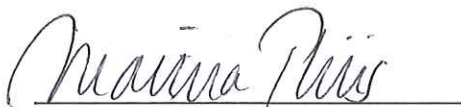
I ärendet redovisas följande bilagor:

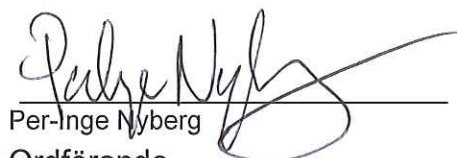
- a) Delegeringsbeslut

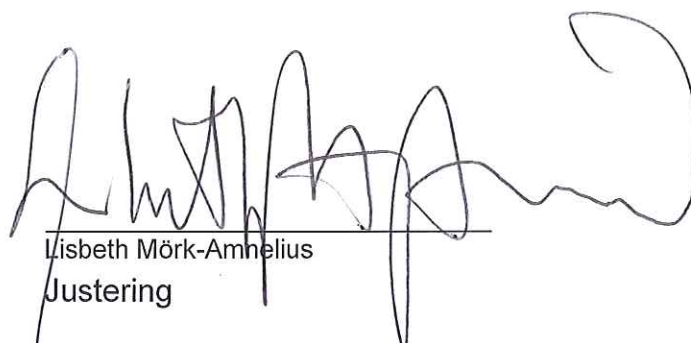
SN

Protokollsjustering

Vid protokollet


Marina Thiis


Per-Inge Nyberg
Ordförande


Lisbeth Mörk-Amnelius
Justering

Förvaringsplats för protokollet: Landstingshuset, Vasagatan 27, Falun.

Protokollet finns även tillgängligt på landstingets webbsida www.ltdalarna.se

§ 13 B)

**Snart kan patienter träffa
Landstinget Dalarnas
läkare och
sjukgymnaster digitalt
via videosamtal.**

Min Vård
-vårdcentralen i mobilen



Varför skapa ett digitalt vårdbesök?

- Hälso och sjukvården måste hänga med i digitaliseringen.
- Ett par aktörer erbjuder redan läkartjänster via video och digitala lösningar.
- Öka tillgängligheten genom fler alternativ till att träffa hälso- och sjukvården.
- Skapa mer tid för de som verkligen behöver träffa vården i ett fysiskt möte.



Vad är Min vård - vårdcentralen i mobilen?

- En app som laddas ner via mobil, läsplatta eller webbläsare.
- Via appen träffar patienter Landstinget Dalarnas läkare och sjukgymnaster digitalt via videosamtal.
- Patienter kan få medicinsk bedömning, rådgivning och andra typer av vårdsamtal direkt i sin mobil eller surfplatta (även dator).
- Videosamtalet är ett alternativ till ett fysiskt besök på vårdcentral.
- Appen och tjänsterna är tillgängliga för alla som söker primärvård.



Vad är Min vård - vårdcentralen i mobilen? Forts...

- Besök bokas i 15 minuters block
- Öppen för tidbokning mellan kl 06.00-21.00
- Öppettider 08.00-17.00 för videosamtal
- Appen och tjänsterna är tillgängliga för alla som söker primärvård.
- Patienter kan inte lista sig på digitala vårdcentralen.



För patienten

- Loggar in via mobilt bankID
- Kan enkelt och snabbt boka en tid som passar, och kopplas på ett säkert sätt till läkare eller sjukgymnast.
- Appen kan användas där patienten befinner sig, hemma, på jobbet, eller på semester.
- Det enda som behövs är internetuppkoppling, mobilt bankID.
- Vid användning av dator krävs webbläsare Chrome samt kamerautrustning/mikrofon om inte datorn har inbyggd.



För personal

- Anställda läkare i allmänmedicin eller ST-läkare i allmänmedicin.
- Ordinarie arbetsplats/rum. Tillgång till Take Care.
- Använder jour PC med kamera och headset.
- Videosamtalet går via webbläsare Chrome.
- Loggar in mot patient med SITHS-kort
- Mötet journalförs som vid vanligt besök, diktat eller att man själv skriver.
- Diktering sköts av arbetsplatsen.
- Varken samtal eller bilder får sparas.



För personal forts...

- Uppbyggd i Take Care som jourverksamheten.
- Samma mallar som där.
- Sjukgymnast/fysioterapeut använder samma mallar som i ordinarie verksamhet
- Besökstyp i Take Care= mottagningsbesök
- Besökstyp i Kassan= Fjärrkontakt

Säkerhet

- Personal med landstinget SITHS-kort
- Patienter måste logga in med Bank-Id
- Krypterad kommunikation
- Ingen information från besöket sparas

Ekonomi

- Ingår i IT investeringsbudget under projekt.
- Ingen avgift tas ut av listad vårdcentral.
- Går ej att lista sig på digitala vårdcentralen.
- Schablonersättning kommer att ges till den VC som lånar ut personal
- Lab och röntgenundersökningar betalas av listad vårdcentral.
- Ordinarie patientavgifter och villkor för högkostnadsskydd gäller.
- Patientavgift via faktura

Tidsplan

Upphandling	14 nov
Utveckling och uppbyggnad av app. Funktioner, grafik, test mm	Pågående – senast 30 nov
Tillsätta personal	Pågående – senast ?
Kommunikationsplan	Pågående under november
Utbildning personal	December/Januari
Ta fram externt infomaterial	December/Januari
Intern och extern kommunikation	December/Januari
App öppnar	16 januari 2017

Vill du testa att arbeta med digitala besök?

- Vi söker läkare och sjukgymnaster till digitala besök.
- Personalen arbetar en förbestämd tid med digitala besök och övrig tid som vanligt i verksamheten.
- Vi ser till att utrustning finns tillgänglig.
- Personal får utbildning och möjlighet att testa app och utrustning.
- Extra stöd ges under det första digitala besöket.
- Vid intresse, prata med din chef och Matts Lindgren.



För frågor

Matts Lindgren

Verksamhetschef

Min Vård – Vårdcentral i mobilen

Tel: 0281-49 81 95

E-post: matts.lindgren@ltdalarna.se



Dietist i primärvården 2017

Anna Sjödin

Avd. Chef Dietisterna Avesta, Falun, Ludvika och Mora lasarett
Bitr. verksamhetschef för Fysioterapi- och dietistverksamheten

Leg. Dietist

Dietisten arbetar med bedömning, utredning och behandling av
nutritionsrelaterade problem.

Utifrån patientens förmåga, motivation och möjlighet att genomföra
förändringar ges individuell kostbehandling.

Målet är en långsiktig förändring för att förebygga, behandla eller lindra
vid olika sjukdomstillstånd.

Organisation



Organiserade tillsammans med dietister i den specialiserade vården på Falu, Ludvika, Avesta och Mora lasarett.

Verksamhetschef - Fysioterapi- och Dietistverksamheten på Falun, Ludvika och Mora lasarett

2016-12-06

6 dietisttjänster



- **Avesta** - Avesta, Avestahälsan, Koppardalen, Hedemora, Långshyttan och Säter
- **Borlänge** – Domnarvet, Jakobsgårdarna, Kvarnsveden, Läkarhuset Unicare och Gagnef
- **Falun** – Britsarvet-Grycksbo, Falu vc, Nordslund-Svärdsjö och Tisken
- **Ludvika** – Engelbrekt, Ludvika-Grängesberg, Sunnansjö, Smedjebacken
- **Mora** – Leksand, Malung, Sälen, Mora, Orsa, Rättvik, Vansbro, Särna och Älvdalen

2016-12-06

6 dietisttjänster



- En arbetsplats som utgångspunkt!
- Dietist på plats på de olika vårdcentralerna med bestämd kontinuitet
- Rimliga väntetider samt effektivt nyttjande av dietistresursen - patienten behöva resa till en närliggande vårdcentral eller till dietistens utgångsort

2016-12-06

Dietistbesök



- Individuella besök
- Gruppbesök t ex diabetes, KOL, MHV/BHV
- Telefonkontakt
- Behandling och information genom E-hälsa tex film, videosamtal, appar, och internetbaserade utbildningar

Utgångspunkt - effektivt resursutnyttjande med bibehållen patientnytta!

2016-12-06

Prioriterade grupper



- KOL
- Diabetes
- Hjärtsjukdomar
- Vård av äldre
- Olika sjukdomar/hälsotillstånd som leder till malnutrition
- Födoämnesallergier/intoleranser
- Celiaki
- IBS (irritable bowel syndrome)

2016-12-06

Avgränsning



- Boende på **kommunen**s särskilda boenden/inskrivna i hemsjukvården
- Övergripande ansvar för att stärka kompetensen inom **MHV/BHV** eller optimera det hälsofrämjande arbetet tillsammans med verksamhetsutvecklare/barnhälsovårdsöverläkare
- **Ätstörning** - remitteras av läkare till ätstörningsenheten eller om patienten har pågående kontakt inom psykiatri ska ärendet hanteras där.

2016-12-06

Uppföljning



- Patientenkät (mäta nöjdheten med kostbehandlingen)
- Medarbetarenkät (personalen på vårdcentralen tillfrågas kring om och i så fall hur de önskar att uppdraget på deras vårdcentral ska förändras).
- Antalet individuella besök, kontaktorsak samt kontakttyp (besök på vårdcentral, telefon eller E-hälsa via videolänk).
- Antalet gruppbesök, kontaktorsak samt på vilken vårdcentral besöket har skett.
- Antalet kvalificerade rådgivande samtal per vårdcentral.
- Antalet patienter på väntelista samt hur länge de har fått vänta.
- Antal patienter som är riskbedömda utifrån SKLs patientsäkerhet-nutrition samt antal och typ av åtgärd.

2016-12-06

Frågor?



Anna Sjödin – Bitr. Verksamhetschef Fysioterapi och dietistverksamheten
 Avd. Chef. Dietisterna Avesta, Falun, Ludvika och Mora
 Landstinget Dalarna
 Telefon: 023-492935, 070-5287698, E-post: anna.sjodin@ltdalarna.se
www.ltdalarna.se



2016-12-06

§13 D)



Vad krävs av primärvården?

Omhändertagande av patienter med astma och KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom)

Gunilla Franklin

Samordnare astma /KOL rådet i landstinget Dalarna.



- Prevalensen för astma är 15% i befolkningen. 40000 barn och vuxna i Dalarna.
- Prevalensen för KOL är 12,5%. 17000 personer i Dalarna
- 2000 människor dör årligen av sjukdomen KOL i Sverige.
- Fler dör där KOL är en klart bidragande orsak men där annan orsak anges, ex hjärtsjukdom.
- Vid 40 års ålder har man påvisat att 5% av rökarna har KOL. (15-20 packår)
- Vid 75 års ålder har 50% av rökarna KOL.





Jämför med diabetes.

- I Dalarna finns det 11000 personer med diabetes.
- 85% av dessa har diabetes typ 2



Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL

Remissversion publicerad i november 2014





- Nya riktlinjer kom i slutet av förra året 2015 (Socialstyrelsen).
- Rekommendationerna gäller diagnostik, utredning läkemedelsrelaterad behandling, omvårdnad och rehabilitering, symtombedömning samt uppföljning inom alla åldersgrupper.
- Rekommendationerna i de nationella riktlinjerna fokuserar enbart på de frågor där det framkommit behov av vägledning.
- Det gäller de områden där det framkommit stora praxisskillnader eller där behovet av kvalitetsutveckling är stort.



- Socialstyrelsen har i februari 2016 publicerat och påpekat en rad brister och förslag till åtgärder för att implementera de nya riktlinjerna i landstingen.
- Nationellt programråd har bildats och ska stödja förbättringar i vården (Sveriges Kommuner och Landsting).
- Nya rekommendationer för läkemedelsbehandling kom våren 2016 (Läkemedelsverket).



Varför nationella riktlinjer?



- God vård och omsorg på lika villkor
- Använda resurser effektivt
- Utveckling och uppföljning av kvalitet



7

Vad är nationella riktlinjer?

- Underlag för **prioriteringar** och **resursfördelning** inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
- **Rekommendationer på gruppnivå** om vilken åtgärd som bör ges vid ett visst tillstånd
- Visar på **nytta och risk** utifrån bästa tillgängliga kunskap – en del av evidensbaserad praktik



Vad används nationella riktlinjer till?

Exempel på användningsområden:

- beslut om resursfördelning inom och mellan olika grupper och verksamheter
- beslut om verksamhetsplanering
- beslut om verksamheternas organisation
- beslut om regionala och lokala vårdprogram.

Välja rätt
behandling

Ta fram
vårdprogram

Förbättra en
verksamhet

Fördela
resurser



Vilka frågeställningar lyfts i nationella riktlinjer?

Där det finns behov av vägledning

- praxiskillnader över landet
- kontroversiella frågor som rör många
- etiskt dilemma
- oenighet inom professionen
- åtgärd som har tveksam kostnadseffektivitet
- utmönstring av skadliga eller ineffektiva metoder



Tre olika typer av rekommendationer

I	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Rangordning 1-10

- Åtgärder som hälso- och sjukvården och socialtjänsten *bör, kan eller i undantagsfall kan* erbjuda
- Åtgärder med prioritering 1 har **störst** angelägenhetsgrad och 10 **lägst**

Icke-göra

- Åtgärder som hälso- och sjukvården och socialtjänsten *inte bör erbjuda alls*

FoU

- Åtgärder som hälso- och sjukvården och socialtjänsten *inte bör erbjuda* rutinmässigt och *endast inom ramen för kliniska studier*



Hur vet vi att nationella riktlinjer gör skillnad?

- I arbetet med de nationella riktlinjerna tar Socialstyrelsen fram indikatorer och målnivåer
- Indikatorerna används i Socialstyrelsen nationella utvärderingar av vården och omsorgen
- Utvärderingarnas syfte är att belysa kvalitet och effektivitet i vården och omsorgen samt utvärdera följsamheten till riktlinjerna.



Centrala rekommendationer



Centrala rekommendationer

Centrala rekommendationer är de rekommendationer som Socialstyrelsen bedömer är särskilt viktiga för hälso- och sjukvården ur ett styr- och ledningsperspektiv.

Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL innehåller 53 centrala rekommendationer.



Översikt centrala rekommendationer



Diagnostik vid misstänkt astma

Dynamisk spirometri med reversibilitetstest och mätning av dygnsvariation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda dynamisk spirometri med reversibilitetstest i diagnostiskt syfte till vuxna och barn som är 6 år eller äldre med misstänkt astma (prioritet 1).

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda mätning av dygnsvariation i diagnostiskt syfte (FEV₁ eller PEF) till personer med misstänkt astma (prioritet 6).

Diagnostik vid misstänkt astma

Riktad allergiutredning

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda barn med misstänkt astma en riktad allergiutredning med blodprov eller pricktest vid misstänkt utlösande allergen (*prioritet 2*).

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda vuxna med misstänkt astma en riktad allergiutredning med blodprov eller pricktest vid misstänkt utlösande allergen (*prioritet 5*).



Diagnostik vid misstänkt KOL

FEV₁/FEV₆-mätning för att identifiera personer till vidare utredning

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda FEV₁/FEV₆-mätning som inledande obstruktivitet utredning till personer med misstänkt KOL och som röker eller har rökt (*prioritet 2*).





Diagnostik vid misstänkt KOL

Mätning av FEV_1/FVC eller FEV_1/VC_{max} efter bronkdilatation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda dynamisk spirometri med **mätning av FEV_1/FVC** efter bronkdilaterande behandling till personer med misstänkt KOL och som röker eller har rökt (*prioritet 1*).



Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall

- erbjuda dynamisk spirometri med mätning av FEV_1/VC_{max} efter bronkdilaterande behandling till personer med misstänkt KOL och som röker eller har rökt (*prioritet 10*).



Interprofessionell samverkan vid astma eller KOL

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda personer i alla åldrar med astma vård med interprofessionell samverkan (*prioritet 4*).

- erbjuda personer med KOL vård med interprofessionell samverkan (*prioritet 3*).





Sjukdom	Profession	Kommentar
Astma	Läkare Astma/KOL-sjuksköterska Fysioterapeut Allergikonsulent Kurator/psykolog	Vid lindrig sjukdom utgörs kanske teamet av enbart två professioner, medan det vid måttlig eller svår sjukdom kan utökas beroende på patientens behov
KOL	Läkare Astma/KOL-sjuksköterska Fysioterapeut Arbets terapeut Kurator/psykolog Dietist	



Rökstopp vid astma och KOL

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda stöd att sluta röka till personer med astma som röker (*prioritet 1*)
- erbjuda stöd att sluta röka till föräldrar som har barn med astma (*prioritet 2*)
- erbjuda stöd att sluta röka till personer med KOL som röker (*prioritet 1*).





Läkemedelsrelaterad behandling vid astma

Läkemedelsbehandling av astma hos gravida

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda gravida med astma fortsatt optimal läkemedelsbehandling under graviditeten (*prioritet 1*).



Läkemedelsrelaterad behandling vid astma

Behandling med inhalationssteroider hos förskolebarn

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda behandling med inhalationssteroider till barn från 6 månader till och med 5 år som har återkommande astmasymtom (*prioritet 2*).





Läkemedelsrelaterad behandling vid astma

Behandling med inhalationssteroider före kombinationsläkemedel

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda tilläggsbehandling med regelbunden inhalationssteroid till vuxna och barn från och med 6 år med astma som har behov av kortverkande beta-2-stimulerare mer än 2 gånger per vecka (*prioritet 2*).

Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall

- erbjuda byte till kombinationsbehandling med inhalationssteroid och långverkande beta-2-stimulerare till vuxna och barn från och med 6 år med astma som har behov av kortverkande beta-2-stimulerare mer än 2 gånger per vecka (*prioritet 8*).



Läkemedelsrelaterad behandling vid astma

Läkemedelsadministrering av bronkdilaterare vid akut exacerbation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda bronkdilaterande läkemedelsadministrering med spray och spacer vid akut exacerbation till barn och vuxna med astma (*prioritet 2*).

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda bronkdilaterande läkemedelsadministrering med nebulisator vid akut exacerbation till barn och vuxna med astma (*prioritet 5*).





Mätning av fysisk kapacitet samt träning vid KOL

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda **mätning av fysisk kapacitet med 6 minuters gångtest** till personer med stabil KOL och misstänkt eller verifierad nedsatt fysisk kapacitet (*prioritet 2*).
- erbjuda personer med stabil KOL och nedsatt fysisk kapacitet **konditions- och styrketräning** (*prioritet 3*).



Nutritionsbehandling vid KOL

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda **nutritionsbehandling** till personer med KOL och ett BMI som är lägre än 22 (*prioritet 3*).





Utbildning och egenvård vid astma

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda ungdomar och vuxna med astma **patientutbildning och stöd till egenvård** individuellt eller i grupp (*prioritet 3*)
- erbjuda **utbildning för föräldrar till barn** med astma (*prioritet 3*)
- erbjuda personer med astma en **skriftlig behandlingsplan** (*prioritet 3*)
- erbjuda personer med ansträngningsutlöst astma **specifika träningsråd** för att minska ansträngningsutlösta andningsbesvär (*prioritet 4*).



Utbildning och egenvård vid KOL

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda personer med KOL **patientutbildning och stöd till egenvård** individuellt eller i grupp (*prioritet 3*)
- erbjuda personer med KOL en **skriftlig behandlingsplan** (*prioritet 3*).





Strukturerad symtombedömning

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda barn och vuxna med astma bedömning av hälsostatus med frågeformuläret ACT (*prioritet 2*).
- erbjuda barn med astma bedömning av hälsostatus med frågeformuläret C-ACT (*prioritet 2*)
- erbjuda personer med KOL symtombedömning med frågeformuläret CAT (*prioritet 2*).



Symtombedömning

Hjärtsviktsutredning vid KOL

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda hjärtviktsutredning till patienter med KOL och andnöd som inte förklaras av KOL (*prioritet 2*).



Uppföljning och återbesök vid astma hos barn och ungdomar

Hälso- och sjukvården bör erbjuda regelbundna återbesök vid astma hos barn och ungdomar.

Besöken bör ha frekvens och ett strukturerat innehåll i enlighet med tabellen (prioritet 2 och 3).

Tillstånd	Frekvens	Prioritet	Besökets Innehåll
Astma med exacerbation	Inom 6 veckor	2	• Bedömning av symtom med validerat frågeformulär (t.ex. ACT) • Anamnes om passiv rökning, exacerbationer, fysisk aktivitet samt frånvaro från förskola och skola • Uppföljning av skriftlig behandlingsplan • Undersökning av inhalationsteknik och mätning av längd och vikt • Spirometri (barn ≥ 6 år)
Okontrollerad astma med underhållsbehandling	Minst 2 gånger per år	2	
Kontrollerad astma med underhållsbehandling	1–2 gånger per år	2	
Kontrollerad astma utan underhållsbehandling	Vid behov	3	



Uppföljning och återbesök vid astma hos vuxna

Hälso- och sjukvården bör erbjuda regelbundna återbesök vid astma hos vuxna. Besöken bör ha frekvens och ett strukturerat innehåll i enlighet med tabellen (prioritet 2–4).

Tillstånd	Frekvens	Besökets Innehåll
Astma med exacerbation	Inom 6 veckor	• Bedömning av symtom med validerat frågeformulär (t.ex. ACT) • Anamnes om rökstatus, exacerbationer och fysisk aktivitet • Uppföljning av skriftlig behandlingsplan • Undersökning av inhalationsteknik samt mätning av längd och vikt
Okontrollerad astma med underhållsbehandling	Minst 2 gånger per år	
	1 gång per år	
Kontrollerad astma med underhållsbehandling	1 gång per år	• Spirometri • Bedömning av symtom med validerat frågeformulär (t.ex. ACT) • Anamnes om rökstatus, exacerbationer och fysisk aktivitet • Uppföljning av skriftlig behandlingsplan • Undersökning av inhalationsteknik samt mätning av längd och vikt
	Minst vart tredje år	• Spirometri
Kontrollerad astma utan underhållsbehandling	Vid behov	• Bedömning av symtom med validerat frågeformulär (t.ex. ACT) • Anamnes om rökstatus, exacerbationer och fysisk aktivitet • Uppföljning av skriftlig behandlingsplan • Undersökning av inhalationsteknik samt mätning av längd och vikt
	Minst vart tredje år	• Spirometri



Uppföljning och återbesök vid KOL

Hälso- och sjukvården bör erbjuda regelbundna återbesök för personer med KOL. Besöken bör ha frekvens och ett strukturerat innehåll i enlighet med tabellen (prioritet 2 och 3).

Tillstånd	Frekvens	Besökets innehåll
KOL med akut exacerbation	Inom 6 veckor	- Bedömning av symtom med validerat frågeformulär (t.ex. CAT) - Anamnes om rökstatus, exacerbationer och fysisk aktivitet - Uppföljning av skriftlig behandlingsplan - Undersökning av längd och vikt, inhalationsteknik och saturation
KOL med upprepade exacerbationer	Minst 2 gånger per år	
KOL med underhållsbehandling	1 gång per år	
KOL utan underhållsbehandling	Vid behov	
KOL, FEV ₁ < 80 procent av förväntat värde	1 gång per år, i max 5 år	Spirometri för att identifiera personer med snabb årlig lungfunktionsförsämring ("rapid decliners")
Rökare med KOL	1 gång per år	Spirometri



Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser





Bedömning av riktlinjernas konsekvenser för hälso- och sjukvården

- Bedömning av hur några av de centrala rekommendationerna kommer att påverka organisation, personalresurser, annan resursåtgång och kostnader för hälso- och sjukvården.
- Bedömningen utgår från en bild av hur vården vid astma och KOL bedrivs generellt på nationell nivå i dag.
- Syftet är att ge stöd och underlag till huvudmännen så att de kan erbjuda patienterna bästa möjliga vård.



Ekonomiska konsekvenser i korthet

- Kortsiktiga kostnadsökningar
 - ökad frekvens återbesök
 - utökad interprofessionell samverkan
 - ökad frekvens av astmautredningar av barn
 - mer stöd till träning och nutritionsbehandling vid KOL.





- På längre sikt stora kostnadsbesparingar då fler personer med astma eller KOL upptäcks och behandlas i en tidigare fas av sjukdomen
- Ökad sjukdomskontroll och färre exacerbationer ger färre akutbesök och sjukhusinläggningar.
- Rökstopp
- Interprofessionell samverkan
- Bättre uppföljning genom återbesök
- Minskning av onödig kombinationsbehandling vid astma.



På samhällsnivå förväntas rekommendationerna även resultera i besparingar till följd av minskad sjukfrånvaro samt minskad vård av barn.





Organisatoriska konsekvenser-sammanfattning

- Ökat behov av utbildning av personal och nyrekryteringar för att möjliggöra
- En utökad interprofessionell samverkan vid astma och KOL
- Ett utökad fokus på allergiutredning vid misstänkt astma
- Ett utökad fokus på träning och nutrition vid KOL en ökad frekvens återbesök vid astma och KOL.



- Skapa fungerande struktur för att möjliggöra interprofessionell samverkan med t ex fysioterapeuter och dietister.
- Information till primärvård och kommuner när patient fått akutvård.
- Patientutbildning och föräldrautbildning.



Indikatorer och målnivåer för uppföljning



Landstinget
DALARNA

Indikatorer - mått som avser att spegla god vård och omsorg

- Socialstyrelsen följer upp hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis
- Myndigheten utarbetar därför indikatorer inom ramen för arbetet med nationella riktlinjer
- Indikatorerna ska kunna användas som underlag för verksamhetsuppföljning och verksamhetsutveckling samt för öppna redovisningar av hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader.





Nationella målnivåer

- Anger den nivå som hälso- och sjukvården bör arbeta mot, och uppnå, inom den överenskomna tiden
- Målnivåerna utgår alltid från en testad och mätbar indikator, som i sin tur baseras på en rekommendation i de nationella riktlinjerna
- Syftet är att ge ökad kvalitet, inte att ingå i ersättningsmodeller
- Målnivåer gäller övergripande för en hel patientgrupp och ska inte förväxlas med behandlingsmål för enskilda patienter.



Indikatorer för vård vid astma och KOL

- Socialstyrelsen tagit fram följande indikatorer:
 - 8 övergripande indikatorer för vård vid astma och KOL
 - 14 indikatorer för vård vid astma hos vuxna
 - 19 indikatorer för vård vid astma hos barn och ungdomar
 - 18 indikatorer för vård vid KOL
- Socialstyrelsen har fokuserat på indikatorer som ska spegla de viktigaste aspekterna av en god vård samt av rekommendationerna i riktlinjerna
- Målnivåer har tagits fram för ett urval av dessa indikatorer.



Övergripande indikatorer för vård vid astma och KOL

Nummer	Namn	Målnivå
Indikator 1.1	Dödlighet i astma	-
Indikator 1.2	Dödlighet i KOL	-
Indikator 1.3	30-dagars dödlighet efter inskrivning i slutenvård med diagnosen KOL	-
Indikator 1.4	Inskrivning i slutenvård vid astma	-
Indikator 1.5	Inskrivning i slutenvård vid KOL	-
Indikator 1.6	Återinskrivning i slutenvård vid KOL	-
Indikator 1.7	Rapportering av astma till Luftvägsregistret	-
Indikator 1.8	Rapportering av KOL till Luftvägsregistret	-



Indikatorer och målnivåer för vuxna med astma

Nummer	Namn	Målnivå
Indikator 2.1	Spirometri vid astma	≥ 95 procent
Indikator 2.2	Bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär ACT vid astma	≥ 95 procent
Indikator 2.3	Rökavvänjning vid astma	≥ 95 procent
Indikator 2.4	Rökstopp vid astma	-
Indikator 2.5	Uppföljning med spirometri en gång per år vid okontrollerad astma	-
Indikator 2.6	Återbesök minst två gånger per år vid okontrollerad astma	-
Indikator 2.7	Patientutbildning vid astma	≥ 80 procent
Indikator 2.8	Skriftlig behandlingsplan vid astma	-
Indikator 2.9	Patientrapporterat resultat vid astma	-
Indikator 2.10*	Exponeringsanamnes för inomhusmiljö vid astma	-
Indikator 2.11*	Tillägg av regelbunden inhalationssteroid vid okontrollerad astma	-
Indikator 2.12*	Återbesök inom sex veckor vid exacerbation av astma	-
Indikator 2.13*	Återbesök en gång per år vid kontrollerad astma med underhållsbehandling	-
Indikator 2.14*	Interprofessionell samverkan vid astma	-



Indikatorer och målnivåer för barn och ungdomar med astma

Nummer	Namn	Målnivå
Indikator 3.1	Spirometri vid astma	≥ 95 procent
Indikator 3.2	Allergikutredning vid astma	-
Indikator 3.3	Bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär ACT vid astma	≥ 95 procent
Indikator 3.4	Ungdomar med astma som har fått frågan om rökning	≥ 97 procent
Indikator 3.5	Längdmätning vid astmabehandling med inhalationssteroider	≥ 95 procent
Indikator 3.6	Återbesök två gånger per år vid okontrollerad astma	-
Indikator 3.7	Återbesök minst en gång per år vid kontrollerad astma med underhållsbehandling	-
Indikator 3.8	Patientutbildning vid astma	≥ 80 procent
Indikator 3.9	Skriftlig behandlingsplan vid astma	-
Indikator 3.10	Patientrapporterat resultat vid astma	-
Indikator 3.11*	Exponeringsanamnes för inomhusmiljö vid astma	-
Indikator 3.12*	Astmautredning vid obstruktiva andningsbesvär	-
Indikator 3.13*	Uppföljning med ställningstagande till astmautredning vid obstruktiva andningsbesvär	-
Indikator 3.14*	Uppföljning med ställningstagande till astmautredning vid obstruktiva andningsbesvär mer än 2 gånger	-
Indikator 3.15*	Tillägg av regelbunden inhalationssteroid vid okontrollerad astma	-
Indikator 3.16*	Inhalationssteroid vid okontrollerad astma	-
Indikator 3.17*	Återbesök inom sex veckor vid exacerbation av astma	-
Indikator 3.18*	Föräldrautbildning vid astma	-
Indikator 3.19*	Interprofessionell samverkan vid astma	-



Indikatorer och målnivåer för personer med KOL

Nummer	Namn	Målnivå
Indikator 4.1	Mätning av FEV ₁ /FVC efter bronkdilatation vid diagnostik av KOL	≥ 95 procent
Indikator 4.2	Bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär CAT vid KOL	≥ 95 procent
Indikator 4.3	Bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär mMRC vid KOL	-
Indikator 4.4	Rökavvänjning vid KOL	≥ 95 procent
Indikator 4.5	Rökstopp vid KOL	-
Indikator 4.6	Non-invasiv ventilation för respiratorisk acidosis vid exacerbation av KOL	≥ 80 procent
Indikator 4.7	Uppföljning med spirometri bland personer med KOL som röker	-
Indikator 4.8	Återbesök minst två gånger per år vid exacerbation av KOL	-
Indikator 4.9	Återbesök en gång per år vid KOL med underhållsbehandling	-
Indikator 4.10	Patientutbildning vid KOL	≥ 80 procent
Indikator 4.11	Skriftlig behandlingsplan vid KOL	-
Indikator 4.12	Patientrapporterat resultat vid KOL	-
Indikator 4.13*	Mätning av fysisk kapacitet vid KOL i stabilt skede	-
Indikator 4.14*	Konditions- och styrketräning vid KOL i stabilt skede	-
Indikator 4.15*	Nutritionell behandling med näringsdryck till personer med KOL som har BMI < 22	-
Indikator 4.16*	Energibesparande tekniker till personer med KOL som har ADL-problematik	-
Indikator 4.17*	Återbesök inom sex veckor vid akut exacerbation av KOL	-
Indikator 4.18*	Interprofessionell samverkan vid KOL	-





Nationella programrådets verksamhetsmål för 2016.

- Underlätta en korrekt och förbättrad diagnostik genom att ta fram kunskapsstöd som kommer att innehålla:
 - Spirometri, tillvägagångssätt, spirometrikörkort
 - Diagnostik av astma hos barn och vuxna
 - FEV1/FEV6-mätning för screening av KOL
 - Diagnostik av KOL
 - Differentialdiagnos astma-KOL
 - Riktad allergiutredning i olika åldrar



- Uppnå fullgod astmakontroll genom att underlätta användning av frågeformulären ACT och CAT.
- Ändamålsenlig behandling i samverkan med patienten och som stärker dennes resurser genom att erbjuda behandlingsplaner med stöd av eHälsa och integrering av behandlingsplaner i journalsystemen.
- Öka interprofessionell samverkan mellan alla professioner i astma- och KOLvården.
- Kvalitetssäkra astma- och KOL-mottagningar i landet genom att ta fram kriterier för kvalitetssäkring och/eller certifiering. Projektet utförs tillsammans med de nationella programråden för stroke och diabetes.





Vilka behövs i vården av patienter med astma och KOL?

Patienten med närstående

Läkare

Sjuksköterskor

Fysioterapeuter (sjukgymnaster)

Dietister

Arbetssterapeuter

Kuratorer

Psykologer

Allergikonsulenter



Vilka behöver samarbeta i vården av patienter med astma och KOL?

- Vårdcentraler
- Primärvårdens jourmottagningar/kvälls-helgmottagningar
- Primärvårdens paramedicinska enheter
- Sjukhusen: akutmottagningar, barnkliniken, lungkliniken och ÖNH.
- Skolhälsovård
- BVC och MVC
- Kommunens hemsjukvård och hemtjänst.





Förbättringsområden för primärvården

- Öka kompetensen hos alla yrkesgrupper
- Mer tid behövs för arbetet med patienter med astma/KOL
- Bygga astma/KOL-mottagningar som fyller kriterierna för godkända och helst optimala mottagningar
- Förbättra informationsöverföring mellan landsting och kommunerna



Region Skåne Certifiering av astma/KOL-mottagningar

- Först i landet med att certifiera vårdcentraler som driver astma- och KOL-vård med hög kvalitet
- Allergikompetenscentrum på Skånes Universitetssjukhus, SUS, i Lund satte igång arbetet med certifieringen i januari 2014
- Hittills har omkring 65 av Skånes 150 vårdcentraler fått kvalitetsstämpeln
- Ersättning på 20000 kr/år per vårdcentral
- Om man inte är certifierande så kommer man inte med i 1177/vårdguiden.



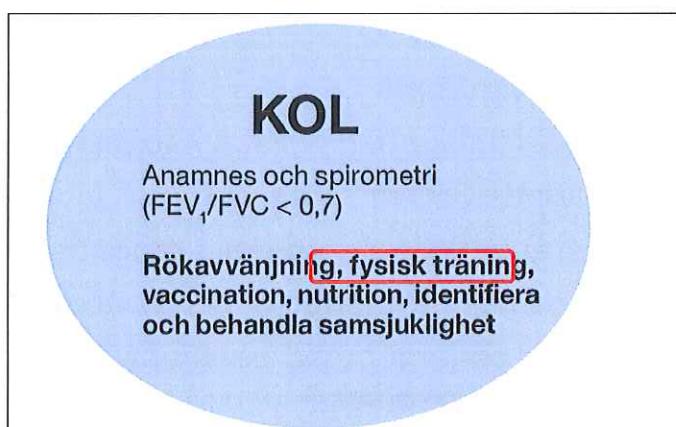


Region Skåne: Krav för Certifiering av astma/KOL-mottagningar

- Specialist i allmänmedicin ska ha uppdraget som medicinskt ansvarig för astma/allergi/KOL och genomgå kontinuerlig fortbildning
- Det ska finnas etablerad samverkan med sjukgymnast
- Läkare, sjuksköterska eller annan utsedd medarbetare ska ha "spirometrikörkort"
- Spirometer, pulsoximeter, syrgas(oxygen) och nebuliseringsapparat ska finnas på mottagningen
- Strukturerade utredningar med lungfunktionsmätning och behandling ska genomföras



Alla patienter med KOL diagnos:



Läkemedelsverket 2015



KOL - Mätningar

Rad	Tillstånd	Åtgärd	Reko mend ation
K04.09	KOL, stabilt skede, misstänkt eller verifierad nedsatt fysisk kapacitet	Mätning av fysisk kapacitet med 6-minuters gångtest	2



6 minuters gångtest (6 MWT)

- Kliniskt användbart
- Värdefullt att följa den fysiska kapaciteten
- Tröskelvärde 350 m
- Identifierar patienter med dålig prognos
- Förutsäga risk för mortalitet och exacerbationer
- Identifierar patienter med behov av rehabiliteringsinsatser



KOL - Andningstekniker

Rad	Tillstånd	Åtgärd	Rekomendation
K03.10	KOL i stabilt skede, dyspné med eller utan sekretproblem.	PEP (motstånd på utandning)	5
K03.14	KOL vid exacerbation, dyspné med eller utan sekretproblem.	PEP (motstånd på utandning)	2



KOL - Utbildning och rådgivning

Rad	Tillstånd	Åtgärd	Rekomendation
K03.03	KOL	Patientutbildning, individuellt eller i grupp	3



Astma - Bedömning/utredning

Rad	Tillstånd	Åtgärd	Rekomendation
D00.09	Misstänkt astma	Standardiserat ansträngningstest	7



Astma - Behandlingsåtgärder

Rad	Tillstånd	Åtgärd	Rekomendation
A03.11	Astma, otillräcklig fysisk kapacitet	Konditions och styrketräning	7
A03.12	Astma, ansträngningsutlösta andningsbesvär	Specifika träningsråd för att minska ansträngningsutlösta andningsbesvär	4





Nutritionsbehandling vid KOL och BMI < 22

Rekommendation:

- Hälso- och sjukvården bör erbjuda nutritionsbehandling till personer med KOL och ett BMI som är lägre än 22 (prioritet 3).
- Dödligheten ökar vid BMI <22
- Optimalt BMI = 25-29



Undernäring vid KOL

Undernäring vid KOL medför bl.a. :

- Ökat dödlighet
- Infektionsbenägenhet
- Minskad muskelmassa
- Minskad muskelstyrka





Ekonomiska konsekvenser

- Ca 30% av KOL patienterna har ett BMI < 22
- Om 20% av dessa ej får nutritionsbehandling = ökat resursbehov och kostnader på 36 milj/ år!
- Endast 40% av PV enheterna i Sverige har som rutin att erbjuda dietistkontakt



Organisatoriska konsekvenser

Interprofessionell samverkan :

Skapa fungerande struktur för samverkan mellan dietister och fysioterapeuter





Nutrition och träning

Nutritionen är avgörande för
effekt av träningen !



Samsjuklighet

- Diabetes
 - Hjärtkärlsjukdom
 - Hjärtsvikt
 - Mag-tarmsjukdom
 - Depression
 - m.m.
-
- **Individanpassa kostråden!**



DALARNA



PROTOKOLLSUTDRAG Landstingsstyrelsen Central förvaltning

Sammanträde 2016-11-07 Sida 1 (2)

Landstingsstyrelsens Beslutsärenden

Landstingsstyrelsens beslut

1. Socialstyrelsens Nationella riktlinjer och målnivåer för vård vid astma och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), enligt bilaga b) och c), antas.
2. Förvaltningschefen för Hälso- och sjukvården ges i uppdrag att utarbeta en handlingsplan för implementering av Socialstyrelsens Nationella riktlinjer.





Vad innebär NR för Dalarnas primärvård?

Först behöver vi ha en revolution i vården kring dessa patienter!

Astma och KOL sjukdomarna har låg status i vården.

Ingen kommer ihåg att KOL finns! 6 av 10 KOL patienter är oroliga för hur sjukdomen kommer att utvecklas.

Astma/KOL sjuksköterskor saknas. För närvarande 7 heltidstjänster i Dalarna, jämför med diabetes.

Ansvarig allmänläkare, jämför med diabetes.

Vi behöver tänka team och patientflöde! VIKTIGAST.



Införande av interprofessionell samverkan.

Ökat behov av fysioterapeutisk och dietist insats.

Anslutning till Luftvägsregistret, Direktöverföring till registret planeras. Nya gemensamma journalmallar.

Viktigt med följsamhet till dokumentation i mallarna.

Kräver strukturerad vårddokumentation och standardiserad vårdprocess.





Kvalitet kommer dock inte ur ett register, däremot
möjlighet till uppföljning.

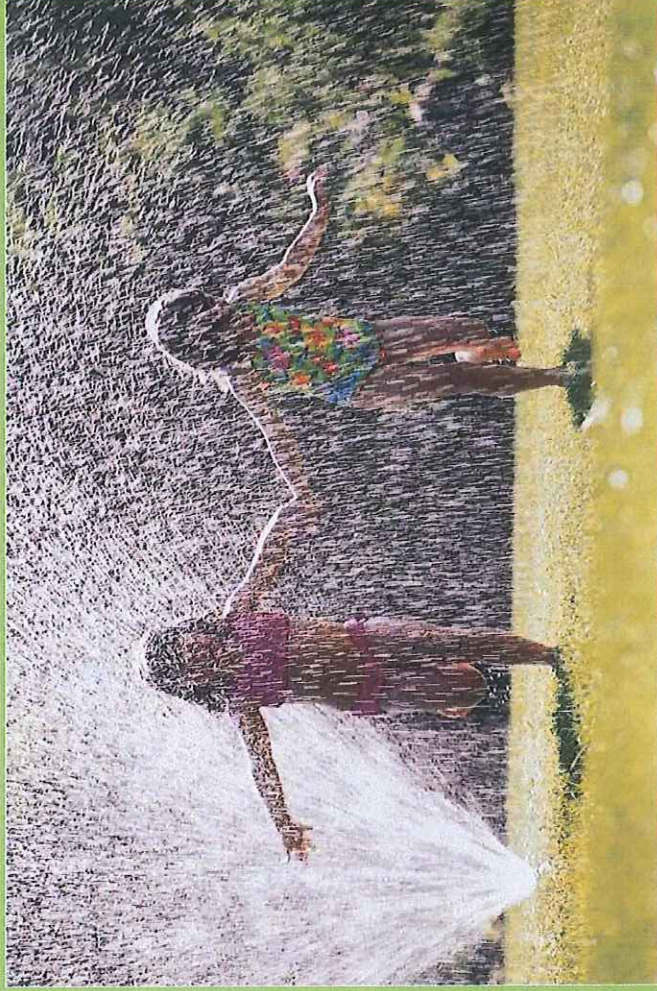
Kvalitetsutveckling kräver chefsengagemang!

Kvalitetsuppföljning.

Ytterligare resurser till primärvården eller hjälp med
prioriteringar?



PROJEKT - PSYKISK HÄLSA BARN O UNGA - SMARTA FLÖDEN



LANDSTINGET DALARNA

ULLA ALLARD, PROJEKTLEDARE 2016

PROJEKTÄGARE

ULF BÖRJESSON OCH PER SÖDERBERG

§ 13 E)

SKL PROPOSITION 2016 - PSYKISK HÄLSA, BARN OCH UNGA

- Psykisk ohälsa i barndomen ger sämre förutsättningar att leva ett gott och långt liv. Konsekvenserna av psykisk ohälsa är omfattande även för samhället. Psykisk ohälsa är ett folkhälsoproblem som kräver kraftfulla åtgärder och insatser. En av de viktigaste framtidsfrågorna är att skapa goda uppväxtvillkor för barn och unga genom att kommuner, landsting och regioner möter barns och ungas olika förutsättningar och behov.
- Folkhälsan förbättras i Sverige samtidigt som skillnaderna mellan olika grupper är förhållandevis stora och barn och unga upplever psykisk ohälsa i större utsträckning. Den psykiska hälsan skiljer sig mellan flickor och pojkar, utifrån ålder, socioekonomiska förutsättningar, etnisk tillhörighet, funktionsnedsättning, sexuell läggning, könsöverskridande identitet eller uttryck, religion eller annan trosuppfattning och bostadsort.
- Detta positionspapper redovisar SKL:s syn på hur arbetet för barns och ungas psykiska hälsa bör utvecklas, SKL:s ställningstaganden om hur kommuner, landsting och regioner bör agera men också vilket ansvar staten har. Positionspapperet antogs av SKL:s styrelse 15 april 2016. Det utgör ett underlag och stöd för såväl SKL:s arbete som för kommuner, landsting och regioner.

SYFTE

- Det övergripande syftet är skapa goda förutsättningar för en funktionell och tillgänglig vård inom området psykisk hälsa för barn och unga med ett gemensamt ansvarstagande från alla berörda aktörer.
- Att patientens väg mellan och inom de olika vårdnivåer och samverkanspartners tydliggörs och upplevs mer tillgängligt, rakare, mer välkomnande och med en ökad professionalitet som i sin tur ger ökad patientkvalitet.
- Att se smarta flöden där vi nyttjar allas kompetenser, identifierar och bättre implementerar dokument genom att använda bästa tillgängliga kunskap för att ge rätt insatser på rätt sätt, på rätt vårdnivå och i rätt tid där vi tydliggör allas ansvarsområden

GRUNDLÄGGANDE INFORMATION

Projektet avser att arbeta fram

- Riktlinjer för hur det psykosociala arbetet för barn och unga personer med psykisk ohälsa ska bedrivas inom primärvården
- Identifiera de patientgrupper som skall behandlas
- Öka tillgängligheten genom att ta fram "smarta flöden" i samverkan med andra aktörer som elevhälsa och socialtjänsten i kommunen och BUP och habiliteringen i specialistsjukvården.
- Föreslå ett mer effektivt nyttjande av vårdens resurser och beskrivna metoder som vi skall nyttja inom primärvården genom att analysera/diskutera/värdera beprövad erfarenhet och forskning
- Beskriva kompetenskrav på behandlare samt beskriva produktionsförväntningar per antal behandlare/1 000 innevånare

PROJEKTMEDLEMMAR

Namn	Uppdrag
Ulla Allard	Projektfledare
Sofia Folke Hernefalk	Projektmedarbetare, <u>psykolog SBU</u> . Nya beh. metoder Faktagranskning och Utbildning
Ann-Christin Witteberg Rasck	Projektmedarbetare, <u>psykolog SBU</u>
Helena Berglund	Projektmedarbetare, <u>samtalsterapeut SBU glesbygd</u>
Lisa Tångring-Wolgast	Projektmedarbetare, <u>samordnande psykolog BHV</u>
Mona Westman	Projektmedarbetare UM
Anna Ståhlkloo t.v.	Verksamhetschef BUP
Marie Kindström	Projektmedarbetare Elevhälsa
Magnus Nordahl	Projektmedarbetare socialförvaltningen
Referensgrupp	
Anita Nääs, verksamhetschef, VC Orsa	
Anna-Klara Levin, verksamhetschef barn och unga Falun	
Ann-Christin Runkvist, områdessamordnare primärvården Västerbergslagen	
Gunilla Apell, samordning av barnkonventionsinsatser	

1. KARTLÄGGNING

- Patientnämnd
- Synergier
- Utvärdering SBU
- BUP interrevision
- BHV
- Kommuner
- Patientperspektiv (pågående)
- Omvärldsbevakning (pågående)

2. IDENTIFIERING AV FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN EXEMPEL UTIFRÅN KARTLÄGGNING

Primärvårdens behandlingsmålgrupper, tydligt uppdrag för SBU i PV och kommun
Tillgänglighetskrav och uppföljning
Vilket utbud och behandlingsmetoder skall vi använda oss av i PV?
Vilka kompetenskrav skall vi ställa och hur används de på bästa sätt, grundkrav, spec. kompetens?
Kompetensutbildningsbehov, nivåanpassade utbildningsinsatser
Antal behandlare per 1 000 innevånare
E-hälsa iför barn och unga, skattningsskalor kopplas till stöd och behandlingsplattform?
Stöd i styrning och ledning
Hur skall vi organisera oss i kommunerna
Inventera och samordna arbetsgrupper i landsting och kommun
Administration, journalskrivning, remissförfarande
Revidering vårdprogram, behov av nya....

3. FÖRBÄTTRINGSARBETEN

- Projektgruppen arbetar fram dessa utifrån inkomna förslag med fokus på VAD och HUR som skall genomföras för att sedan forma organisationen kring barn o ungas psykiska hälsa...

Nuvarande prognos är – 11,4 mkr.

Underskottet beror till största delen på patientavgifter som är lägre än väntat. I budgetarbetet fick vi instruktioner på att vi skulle få in 20 mkr mer i patientavgifter än tidigare på grund av de höjda avgifterna. Detta har dock inte realiserats och i prognosen ligger det 7,3 mkr lägre än budget för dessa. Dock ser det ut som att dessa kommer bli ännu lägre i bokslutet, minst 0,5 mkr.

Ytterligare en stor del av det prognostiserade underskottet beror på ett högre utfall på ACG och läkemedelsersättning än vad som budgeterats. Totalt är differensen i prognos – 6 mkr.

Eftersom det inte ligger någon ny prognos för central förvaltning kommer denna prognos gälla till bokslut. Det jag kan se nu är att vissa poster kommer att bli bättre än prognosen i bokslutet. Jag tror att vi kan hoppas på att resultatet 2016 landar på – 9 mkr och då är majoriteten av den på grund av patientavgifterna.



Åsa Wäppling – Ekonom

Landstinget Dalarna – Ekonomienheten

Telefon: 072-573 83 04 | E-post: asa.wappling@ltdalarna.se

www.ltdalarna.se



927 Hälsovalsenheten						
INTÄKTER						
Patientavgifter och Frikortsbesök	50 764	58 560	-7 795	63 000	70 300	-7 300
Momsersättning vid köp av privat vård	11 177	10 829	348	13 000	13 000	0
Övr int; t ex Landstingsbidrag, övriga bidrag, jourbesök, besök annan vc	1 037 022	1 033 114	3 908	1 243 980	1 240 233	3 747
S:A INTÄKTER	1 098 964	1 102 503	-3 539	1 319 980	1 323 533	-3 553
KOSTNADER						
Personalkostnader	-3 819	-3 736	-82	-4 675	-4 580	-95
ACG	-565 038	-559 841	-5 197	-678 077	-672 078	-5 999
- varav ACG ersättningen	-429 035	-426 744	-2 290	-514 620	-512 298	-2 322
- varav Läkemedelsersättningen	-136 003	-133 097	-2 906	-163 457	-159 780	-3 677
CNI	-140 829	-139 961	-868	-168 937	-168 020	-917
Besöksersättning	-67 375	-68 266	891	-84 112	-84 002	-110
- Ersättningsgrundade besök	-58 216	-59 273	1 057	-70 800	-71 156	356
- Telefonkontakter	-5 358	-5 265	-92	-6 392	-6 321	-71
- Mina Vårdkontakter	-2 578	-2 021	-558	-2 933	-2 426	-507
- Vaccination riskgrupp och +65 år	-190	-576	386	-2 644	-2 741	97
- Besök hemsjukvård, hembesök	-1 034	-1 131	98	-1 343	-1 358	15
Täckningsgrad	-198 905	-199 943	1 039	-237 904	-240 028	2 124
Kvalitetsersättning	-22 293	-25 998	3 705	-32 598	-36 003	3 405
- Telefonfölgelighet	-7 019	-9 997	2 978	-9 054	-12 001	2 947
- Del 2 (2015 Antibiotika)	-5 625	-6 001	376	-11 515	-12 001	486
- Del 3 (2015 Hälsofrämjande)	-9 649	-10 000	351	-12 029	-12 001	-28
Tolkersättning	-7 991	-7 017	-974	-9 455	-8 424	-1 031
Stickavgift	-7 038	-7 014	-25	-8 228	-8 420	192
Säbo	-2 246	-2 238	-7	-2 712	-2 687	-25
Födda utanför EU	-3 258	-2 499	-759	-3 950	-3 000	-950
Familjecentralersättning	-871	-1 020	149	-1 046	-1 225	179
Riskbruk/Missbruk	-6 159	-6 664	505	-7 530	-8 000	470
Ers deltagande arbetsgrupper	-36	-250	214	-22	-300	278
Momskompensation privata	-3 415	-3 332	-83	-4 000	-4 000	0
Sjukresor	-5 874	-5 723	-151	-7 870	-6 870	-1 000
Utomlänsvård. Netto	-1 530	-833	-697	-2 298	-1 000	-1 298
Nationella taxan inkl lab, röntgen, tolk. Netto	-8 455	-9 390	935	-9 681	-11 273	1 592
SÄBO läkemedel	-14 071	-12 495	-1 576	-17 300	-15 000	-2 300
Grundavgift LD-net	-22 564	-22 549	-15	-27 070	-27 070	0
Övriga kostnader; t ex utbet OTA, jourbesök, besök annan vc	-19 968	-17 954	-2 015	-23 871	-21 553	-2 318
S:A KOSTNADER	-1 101 734	-1 096 724	-5 010	-1 331 336	-1 323 533	-7 803
RESULTAT	-2 770	5 779	-8 549	-11 356	0	-11 356

Future café

Röd text = avstämning HVB 2016-12-06

Individuell uppgift:

Jag ska undersöka appen "Primärvårdens innovationer" och se om det är något som vi kan använda därifrån. Har laddat ner den, den är lite stel i utformningen men jag ska kolla mer i den vid tillfälle och se om det är något som vi kan ha användning av eller dela med oss av.

Tillsammans med Marina och Helén titta igenom Avtal Hälsoval och göra omvärldsbevakning + "brainstorma" kring utformning av ev. nytt avtal (kan behöva vara i stugan).

Inplanerad huvudprocess för våren.

Vd kommer regionaliseringen att innebära? Undersöka hur resterande avtal i Svea ser ut och presentera på HVB 2017.

Regionbildning ej aktuellt men vilja finns inom sjukvårdsregionen att ha liknande avtal för att stimulera till jämlik vård. Kommer att jämföra sjukvårdsregionens avtal som en del av arbetet inför Avtal Hälsoval 2018.

Helena de la Cour

Stämma av med ansvarig för personcentrerad vård i Id – ta upp frågan på HVB hur vi stimulera detta via hälsoval (i avtalet, projektpeng)? Ska stämma av med Lotta Borelius.

Omvärldsbevaka avtalen i regionen och driva förändring där det är relevant tillsammans med Marina och Helena. Har

planerats in i aktivitetsplanen för 2017.

Införa virtuell VC i samverkan med Ulf B och Matts Lindgren.

Arbete pågår, start 16 januari 2017.

Helén Kastemyr

Läsa på om e-hälsa allmänt.

Ta reda på aktuella försök i Lt Dalarna att införa IT baserade Hjälpmedel.

Informera hemma i Orsa ang. 1177.

Har tagit upp och informerat om 1177 i Orsa på Kommunala handikapp och pensionärsrådet 2/11 samt i Politiska samverkansgruppen för Orsa kommun och landstinget POLSAM 2/12.

Maria Tapper

Kolla upp mer om e-hälsa, 1177 används på olika ställen i landet och mer noggrant om LtD.

Informera på stort medlemsmöte (S).

Informera på PRO 1/12. Detta är redan klart.

Tror att e-hälsa som begrepp inte är helt känt heller, och vad det innebär. På gång att ta in någon till vår landstingsgrupp för att prata om e-hälsa.

Till ltgrp ta in "ngn" som kan prata om utveckling

Anna-Lena Andersson

Jag vill verkligen göra!

Genomföra huvuddragen i Stiernstedts och LDs

Närsjukvårdsutredning!

Genom politisk agitation och beslutskraft.

Skapa – de politiska förutsättningarna för detta.

Driva dessa frågor under denna mandatperiod på ett sätt så att förändringarna skall synas!

Direkt medverka till en för primärvården realistisk ekonomisk ram och dito skrivningar i Landstingsplanen.

Arbete pågår

Göran Engström

Jag ska:

Informera mina kollegor om mötet och eventuella effekter av detta (nu).

Läsa igenom hälsovalsavtalets alla delar (nu).

Fortsätta stödja Hälsoval gällande de delar som handlar om hälsofrämjande (nu och sedan).

Arbetet har påbörjats i frågorna.

Evelina Hilmerzon

Jag ska för PV/Hälsoval fortsätta som verksamhets/ledningsrepresentant för PV i samverkan/lednings forum med:

1. Hälsoval/Hälsovalsbedrning

2. Lt-ledning – divisionsledning

3. Kommun representant - spec. Falun och Hedemora/Säter

Det rullar på för mitt deltagande i ledningsfora för ledning, uppfölj och samverkan kring PV.

Ulf Nordin

Utveckla Hälsofrämjande. Utveckla Kopparslingan = motionsspår – FAR, aktiv dietist.

Hem PT. Diabetespatienterna tar egna prover hemma.

Helene Schoultz

Att vara support för frågor från vårdcentralerna gällande ersättning m.m. Jag svarar på frågor om vårdcentralerna de vänder sig till mig.

Att rapportera till staben om förändringar i statistik m.m. Statistiken har redovisats på staben i oktober och november.

Att vara uppmärksam om BILD-rapporterna visar onormala förändringar. Jag är uppmärksam om det finns onormala förändringar.

Att uppdatera min "stand-in" på nyheter i Ersättningsbilagan 2017. Jag kommer att uppdatera min stand-in vid tillfälle i början av nästa år.

På lång sikt planera för att någon ska överta mina arbetsuppgifter vid pension. Jag har pratat med Ewa Samuelsson 161124, jag kommer att fortsätta med Hälsoval åtminstone ett par år till innan pension.

Lars Wigert

Informationsdagar i entrén om 1177, dela ut informationsmaterial. Har skapat ett preldatum 14 december och inväntar svar från kommunikationsavdelning på frågor om hjälp.

Informera på chefsmöten om hälsoval. Har informerat på chefsmöten att det kommer info under 2017. Så jag behöver tänka lite vilken info de ska få

Ha dialog med vårdcentralerna i Avesta, Hedemora, Långshyttan hur jag som samordnare kan vara behjälplig när det gäller hälsovalsfrågor. Dialog upprättad

Skapa dialog med medborgarna kring primärvårdens utveckling. Påbörjad diskussion om hur en enkät ska utformas och hur den ska besvaras, påbörjat arbete

Arbeta med levnadsvanor och rapport för LT att identifiera områden att fokusera på. Inväntar beställning från Hälsofrämjande och Evelina Hilmerström till BILD. Evelina ska hantera detta i december

Arbeta för att stödja VC-chefer i utvecklingsområden som de vill driva ex utveckla ledarskapet hos medarbetare på enheten för ökat bemötande. Har förmedlat till verksamhetschefer i

södra på chefsmöte att jag finns tillgänglig för stöd i ett utvecklingsarbete. En av VC cheferna återkommer, såg direkt ett behov

Lis Linnberg

Vi ska tillsammans efter beslut sprida och informera om närsjukvårdsutredningen.

Föreslå hälsoval att titta på de delar i närsjukvårdsutredningen där ersättning behöver kopplas på

Det är ännu inget beslut taget i närsjukvårdsutredningen så vi avvaktar beslutet innan vi kan gå vidare med vårt uppdrag.

Ann-Christin Runkvist och Lena Karlsson

- PERSONALEN- den viktigaste resursen, genom enkätundersökning ta reda på vad de anställda anser vara viktigt!?
- Vi, hela landstingsgruppen, bör kunna jobba för en BRA och förbättrad personalpolitik som förhoppningsvis ger nöjda medarbetare som vill stanna kvar hos Landstinget eller söker sig till Landstinget Dalarna.
- Rätt kompetens för att utföra arbetsuppgifter-frigöra tid doktorerna för patienter och minska deras administrativa börda-fler läkarsekreterare? Delegera fler sjuksköterskearbetsuppgifter till undersköterskor-ge sjuksköterskorna mer tid per patient! Sjukvårdsbiträden kan fylla på förråden, tänka brett vid rekrytering, socionomer, (KBT, rökavvänjning mm) osv.
- Jag ska försöka ta varje tillfälle i akt att påminna om att VC/Primärvården har kapacitet att klara av flertalet krämpor som inte kräver Akut AKUT-vård, när jag har tillfälle att tala med människor runt omkring mig!

Lokala Sjukvårdsberedningen har haft svårt att hitta Borlängebor som har intresse att engagera sig i patientråd vid vårdcentralerna.

Temakväll risk- och missbruk ordnas i Borlänge 2016-12-06

Maud Nordfeldt-Holmqvist

Jag vill verkligen göra för temat framtiden:

- Öka tillgängligheten genom mer resurser, (ökade öppettider)
- Patienten i fokus, inte organisationen
- Bemöta den ökade psykiska ohälsan på VC

- Utveckla e-hälsan
- Samla LT/kommun i gemensam resurs för de som står längst från arbete
- Att LT ska finnas med "rätt kompetens" i LSG

Åsa Nilser

Ett stort omtag av Avtal Hälsoval inför 2018 tillsammans med Helén och Helena, under våren 2017. Jämföra med övriga landsting/regioners avtal i SVEA-nätverket. Har planerats in i aktivitetsplanen för 2017.

Diskutera med kommunikationsenheten, ang. landstingsdrivna vårdcentralers marknadsföring/hemsidor. Har haft ett möte fått besked att 1177 kommer att uppdateras under våren 2017.

Arbeta med Hälsovalsenhetens externa och interna hemsidor. Har påbörjat arbetet med att få till sidorna på Intra för Hälsovalsenheten del.

Tillsammans med Per-Inge N se till att Helén K blir med i ledningsgruppen och ev. andra viktiga grupper som berör PV och Hälsoval. Har påbörjat detta arbete...

Diskutera med Lotta Borelius ang. deras information från befolkningen (behovssegmentering). Har diskuterat med Ulla Frid det är hon som har denna information, hon ska delge Hälsoval för att se om vi kan ha nytta av informationen.

Marina Thiis

Planering Hälsovalsenheten 2017

Helena de la Cour

Definierat huvudprocesser

- Uppföljningsbesök
- Hälsofrämjande
- Riskbruk/missbruk
- Astma och KOL
- Avtal och budget 2018
- Kommunikation
- Tillgänglighet –övriga besök
- Familjecentraler

Familjecentraler



Namn VC	Namn FC	VB	Giltigt samverkansavtal m kommunen	Beslut
Ludvika	VillGott	Ja, 2015	Ja, t.o.m. 2020	Ja
Avesta	Avesta FC	Ja, 2015	t.v. ett år i taget	Ja
Tisken Norslund/Svärdsjö	Elsborgs FC	Ja, 2015	Ja, t o m 2020 Undertecknat Claes-Göran Björk Förvaltningschef Närsjukvård 2009-11-05	Ja
Hedemora	FC Hedemora	Nystart	Ja, t.v. from 2016-01-01	Ja
Gagnef	Familjens Hus	Ja, 2015		Ja
Britsarvet		Inflyttning och start årsskiftet 2017/2018	Ja, undertecknat avtal finns. Har ej det undertecknade avtalet, men i ett utkast som finns anges giltighetstid till 20 år från inflyttning	
Leksand, Borlänge på gång 2017/2018				

NULÄGE 2016

Vårdcentralernas hälsofrämjande arbete

Maria Hjorth

Hälsofrämjande och hållbar utveckling

Statistik rapport kommer att sammanställas för
2016.

Rapport av vårdcentralernas nulägesbeskrivning
2014-2015 bifogas



Vårdcentralernas resurser

- Kunskap – *grundkunskap finns om hälsofrämjande frågor, används frekvent för sekundärprevention, Samtalsmetod i MI/KBT samt personcentrerad vård, kännedom om samverkande aktörer inom främst riskbruk/missbruk, fysisk aktivitet, tobak, stress/psykisk ohälsa*



Forts Resurser

- Organisation och struktur –
*arbetar med handlingsplaner,
personalgrupper med fokus på
sekundärprevention (diabetes,
högt blodtryck, astma/KOL, stroke*
- Datasystem – *BILD, Synergi,
Nordiska diabetesregistret*

Forts Resurser

- Material – *landstingets broschyr,
socialstyrelsen, FYSS/FaR, AUDIT,
1177, e-hälsa i form av appar*
- Patientnära insatser – *MVC/BVC stort
preventivt arbete mot föräldrar,
blodtryck och livsstilsmottagning,
sjuksköterskemottagning vid
riskbruk/droger, grupper för stress, vikt
och livsstil*

Uttryckta behov

- Utbildning – *punktinsatser med grundutbildning av hälsofrämjande frågor, tobaksdiplomerings utbildning, utbildning i Motiverande samtal*
- Organisation – *förbättra arbetet kring rökning/övervikt, ökad sjuksköterskeresurs vid alkohol/beroende, dietist som resurs i kvalificerad rådgivning, utveckla samarbetet kring psykisk ohälsa barn/ungdom, enhetligt budskap på samtliga vårdcentraler*

Forts Behov

- Datastöd – *Konkret BILD uppföljning kopplat till handlingar, stöd vid datauttag*
- Utvecklingsområden – *stöd i arbetet kring riskfylld övervikt, ohälsosamma matvanor, kostråd, psykisk ohälsa, enkla råd om hälsofrämjande frågor*

Fortsatt arbete

- Pågående arbeten – *Hälsofrämjande och hållbar utveckling rustar för ett system som innebär mer jämlik vård utifrån hälsofrämjande frågor. En palett av insatser för att tillgodose behoven. T.ex. skriftligt stödande material nätverk, varierade utbildningsinsatser, utbildning i Motiverande samtal, förändrad struktur för dokumentation för bättre statistiska uttag. HFS-nätverket är en viktig kunskapskälla för material och nätverkande.*

Forts Fortsatt arbete

- Utmaningar – *Personalbrist utmanar verksamheterna hur hälsofrämjande frågan kan prioriteras, behandlingen av patienter är inte jämlik över länet, Svårighet att inrymma förebyggande arbetet i verksamheten. Matvanor är en stor utmaning med stor komplexitet. Bemötande – många utbildas i Motiverande samtal, få genomgår fördjupning/repetition. Svårt att sätta patienten i centrum - arbetet med personcentrerad vård är hjälpsamt.*



Vårdcentralernas
nulägesbeskrivningar
av det hälsofrämjande
och sjukdomsförebyggande arbetet
2014 till 2015

Innehåll

Sammanfattning	2
Nulägesbeskrivningarna	3
Största framstegen görs på de svåraste områdena.....	3
Stor spännvidd på levnadsvaneindex i vårdcentralernas redovisade nulägen	4
Förmågan att erbjuda patienter stöd i att förändra levnadsvanor ökar	5
Systematiskt förbättringsarbete för stödjande strukturer - avgörande för goda resultat.....	6
Personcentrerad vård och hälsofrämjande förhållningssätt	7
Slutsats.....	7

Sammanfattning

Hälsovalsavtalet för 2014 och 2015 omfattar bl.a. att landstingets vårdcentraler ska göra en nulägesbeskrivning av sitt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete genom att besvara en webbaserad enkät. Nulägesbeskrivningarnas syfte är att vara en del i det informationsutbyte som bildar underlag för utvecklingen av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet inom hälso- och sjukvården. Resultatet av den analys som gjorts av nulägesbeskrivningarna från 2014 och 2015 visar på en positiv utveckling av detta arbete som både handlar om sjukdomsförebyggande insatser och en allmän utveckling av en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård med särskilt fokus på vårdens möten med patienter.

En realistisk ambitionsnivå för framtiden är dock att kvaliteten i stöd och strukturer generellt ska utvecklas ytterligare för att LD ska kunna uppnå de kvantitativa och kvalitativa effekter som man kan förvänta sig av t.ex. följsamheten till nationella riktlinjer som berör området

Ett prioriterat kompetensområde för det fortsatta förbättringsarbetet är samtalsmetodik och förmågan att skapa goda möten i vilka patientens egna resurser tas till vara i syfte att uppnå bästa resultat.

Nulägesbeskrivningarna

Hälsoavtalet för 2014 och 2015 omfattar bl.a. att landstingets vårdcentraler ska göra en nulägesbeskrivning av sitt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete genom att besvara en webbaserad enkät samt upprätta och årligen revidera en handlingsplan för sitt arbete på detta område. Nedan följer en redovisning av nulägesbeskrivningarna och den analys som gjorts på "gruppnivå".

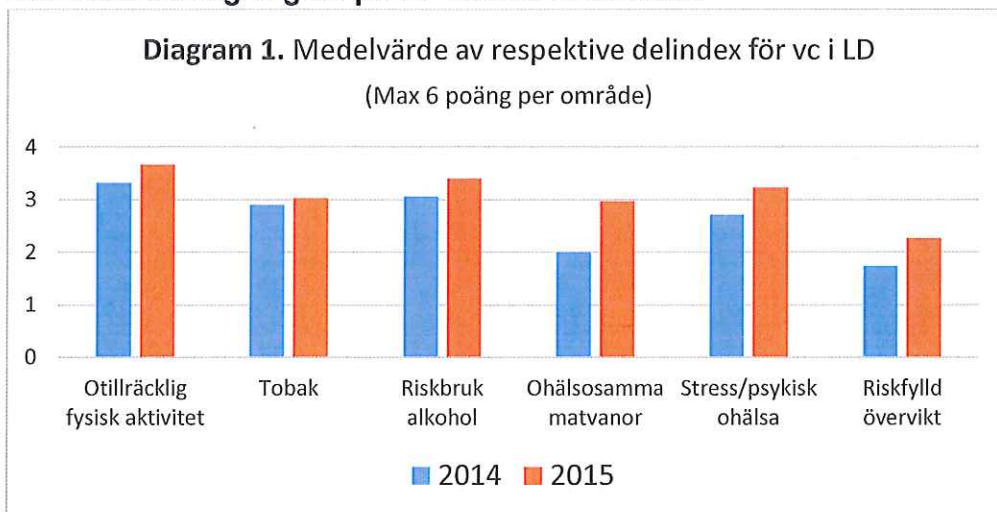
Den webbaserade enkäten innehåller 8 frågor med delfrågor om nuläget samt 2 frågor som relaterar till handlingsplanen och besvaras med fritext.

Beräkning av levnadsvaneindex: Av de 8 frågorna om nuläget är det 6 frågor som berör 6 olika levnadsvanerelaterade delområden. Ur dessa kan ett levnadsvaneindex tas fram. De aktuella delområdena är *otillräcklig fysisk aktivitet*, *tobaksbruk*, *riskbruk alkohol*, *ohälsosamma matvanor*, *stress/psykisk ohälsa* samt *riskfylld övervikt*. De 6 frågorna som tas upp behandlar för respektive delområde:

- förekomsten av kompetensutveckling,
- vårdcentralens förmåga att erbjuda stöd till patient att förändra levnadsvanor,
- organisering och struktur på mottagningen som stöd för arbetet,
- samverkan i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet,
- användning av informationsmaterial i olika former, olika hjälpmedel m.m. samt
- redovisning av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i verksamhetsuppföljning

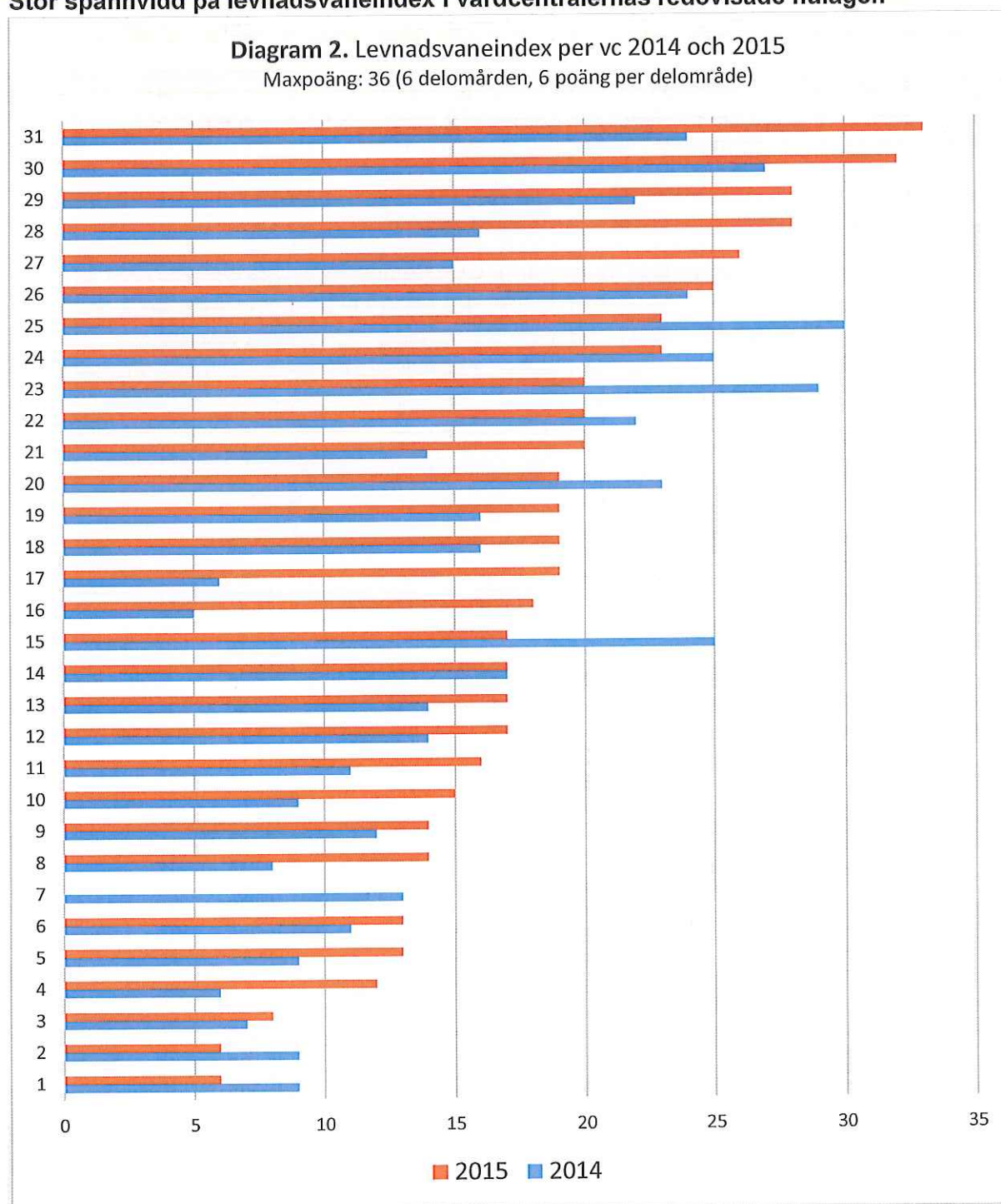
Ett positivt svar på respektive delfråga (6 st) ger en "indexpoäng". Varje delområde kan som mest ge 6 indexpoäng. Summan indexpoäng per delområde utgör ett delindex. Eftersom det är 6 olika delområden som belyses kan de 6 frågorna ge 36 poäng som alltså är det högsta totala indexvärdet.

Största framstegen görs på de svåraste områdena



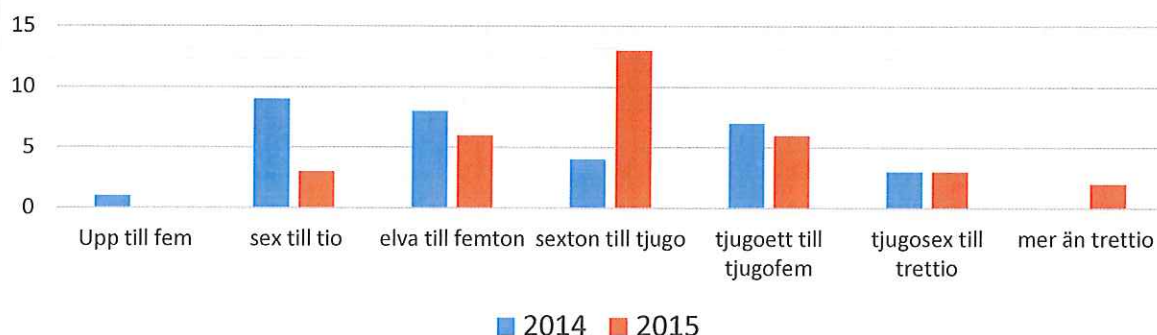
I diagram 1 visas medelvärdet från samtliga vårdcentraler för de 6 olika delindexen inom de levnads-vanerelaterade områdena och hur det förändrats från 2014 till 2015. Ohälsosamma matvanor och riskabel övervikt tillhör de områden som anses svårast att arbeta med. Samtidigt visar enkätsvaren att det är där som de största kliven framåt har tagits.

Stor spännvidd på levnadsvaneindex i vårdcentralernas redovisade nulägen



Vårdcentralernas levnadsvaneindex har en stor spridning både 2014 och 2015, se diagram 2 (redovisade utan namn). Medelvärde har förbättrats från 15,7 till 18,6. Framförallt så har vårdcentraler som 2014 rapporterade lågt indexvärde höjt sig till medelnivå, se diagram 3.

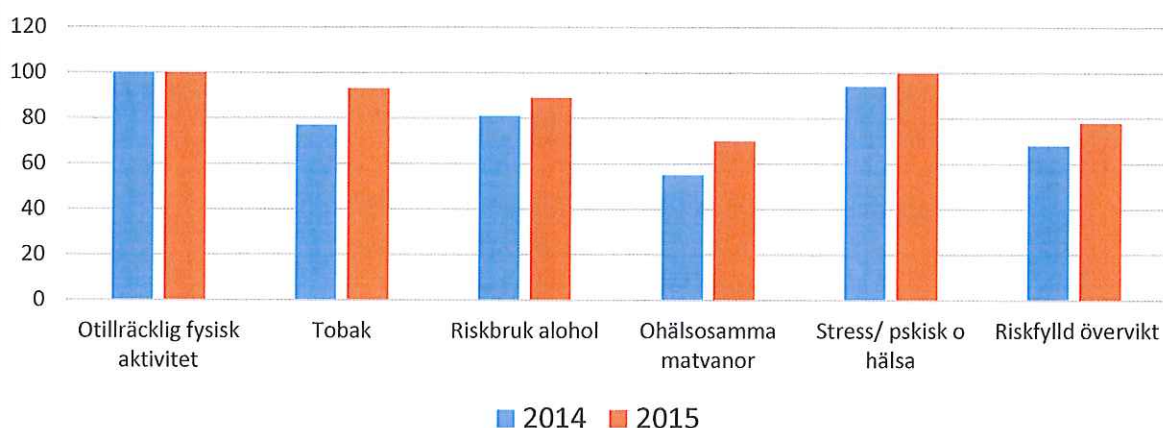
Diagram 3. Antal vårdcentraler som ligger inom respektive intervall av totala levnadsvaneindex
Maxpoäng: 36 (6 poäng per delområde, 6 delområden)



Förmågan att erbjuda patienter stöd i att förändra levnadsvanor ökar

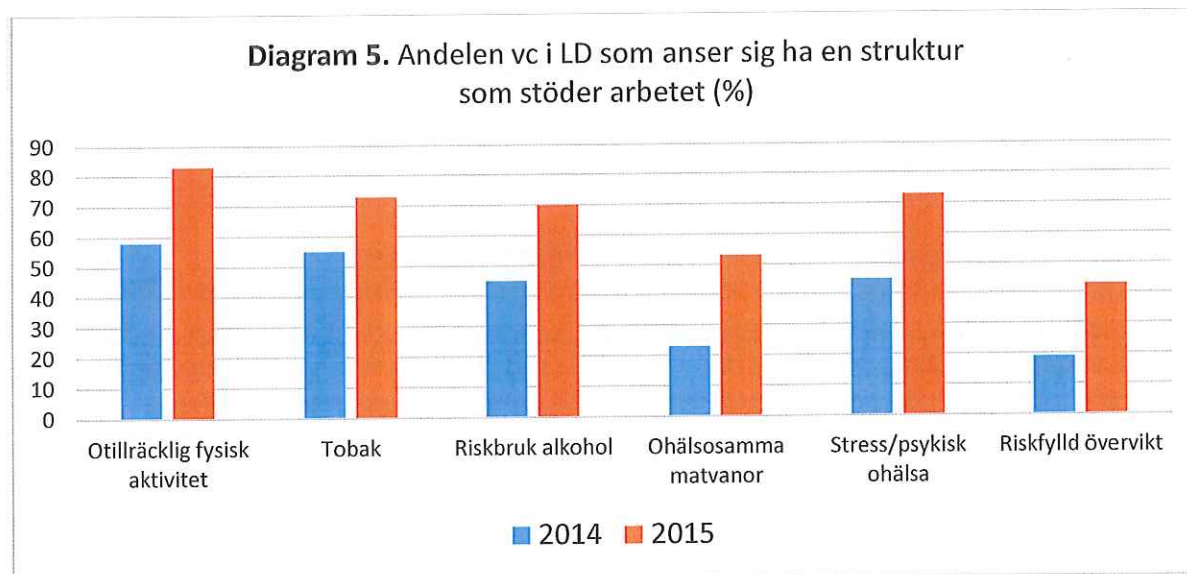
Trots att flera vårdcentraler i sina nulägesbeskrivningar når förhållandevis låga värden i levnadsvaneindex så svarar en ökande andel att förmågan att erbjuda patienterna stöd i levnadsvanearbetet finns, se diagram 4. Det gäller alla de 6 områdena. För områdena *otillräcklig fysisk aktivitet* och *stress/psykisk ohälsa* finns förmågan hos samtliga verksamheter. I frågan tas det inte upp något som avspeglar kvalitet eller omfattning i förmåga till stöd. Kvalitet och kvantitet är dock viktiga delar i det fortsatta förbättringsarbetet.

Diagram 4. Andelen vc i LD med förmåga att erbjuda stöd till pat att förändra levnadsvanor (%)

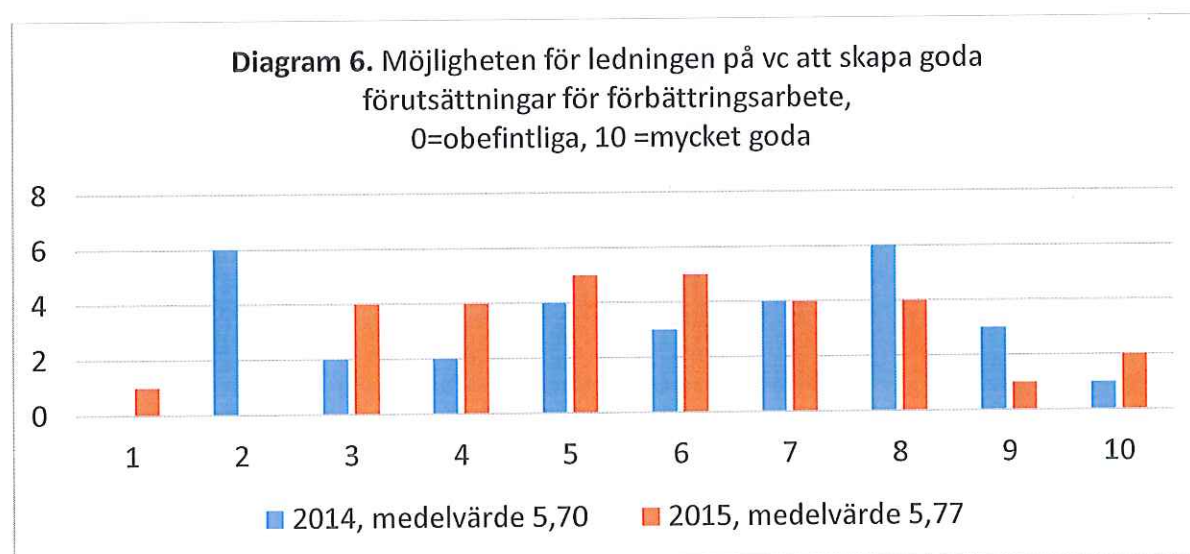


Systematiskt förbättringsarbete för stödjande strukturer - avgörande för goda resultat

Från landstingsledningens sida har vikten av en stegvis och långsiktig utveckling av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet betonats. För att på sikt t.ex. kunna uppnå följsamhet till Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder behöver strukturer som stöder arbetet få växa fram anpassat till verksamheternas olika situationer. Enkätsvaren visar generellt att arbetet med att utveckla stöd och strukturer i levnadsvanearbetet går framåt på ett positivt sätt, se diagram 5. En realistisk ambitionsnivå för framtiden är dock att kvaliteten i stöd och strukturer generellt ska utvecklas ytterligare för att LD ska kunna uppnå de effekter som man kan förvänta sig av t.ex. följsamheten till nationella riktlinjer som berör området



För att ytterligare utveckla stöd och strukturer i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet behöver det finnas en kompetens och ett utrymme för förbättringsarbete. På frågan om förutsättningarna för förbättringsarbete är goda svarar vårdcentralernas verksamhetschefer med stor variation, se diagram 6. En viss förbättring ses 2015 jämfört med 2014 men helhetsintrycket är att totalt sett är förutsättningarna medelmåttiga, och någon större förbättring har inte skett. En ambition borde vara att alla verksamheter upplevde sig ligga på den övre halvan av skalan.

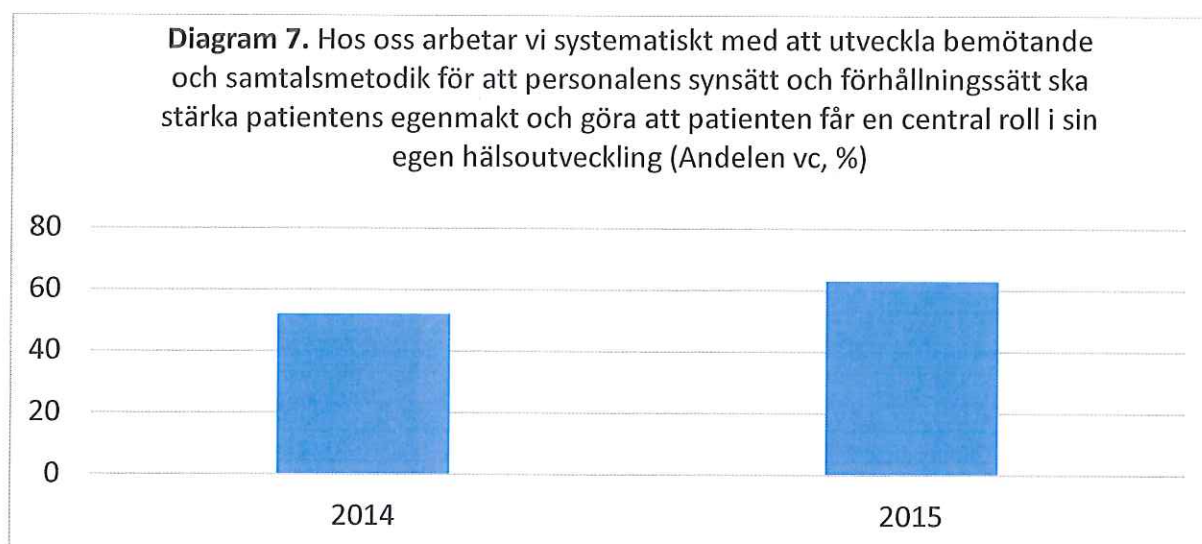


Personcentrerad vård och hälsofrämjande förhållningssätt

Förutom organisering och struktur på mottagningen, samverkansformer, användning av informationsmaterial i olika former, olika hjälpmedel och andra strukturer som stöder det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet är personalens kompetens en avgörande faktor. Till de viktigaste kompetensområdena kan räknas samtalsmetodik och förmågan att skapa goda möten i vilka patientens egna resurser tas till vara i syfte att uppnå bästa resultat.

I oktober 2015 antog landstingsstyrelsen ett policybeslut om ökad delaktighet i hälso- och sjukvården för patienter, anhöriga och brukarorganisationer. Vård och behandling utformas i partnerskap och utövas i linje med en personcentrerad vård med ett hälsofrämjande förhållningssätt. I diagram 7 ses hur andelen vårdcentraler som systematiskt ger utrymme för denna utveckling har ökat något från 2014 till 2015.

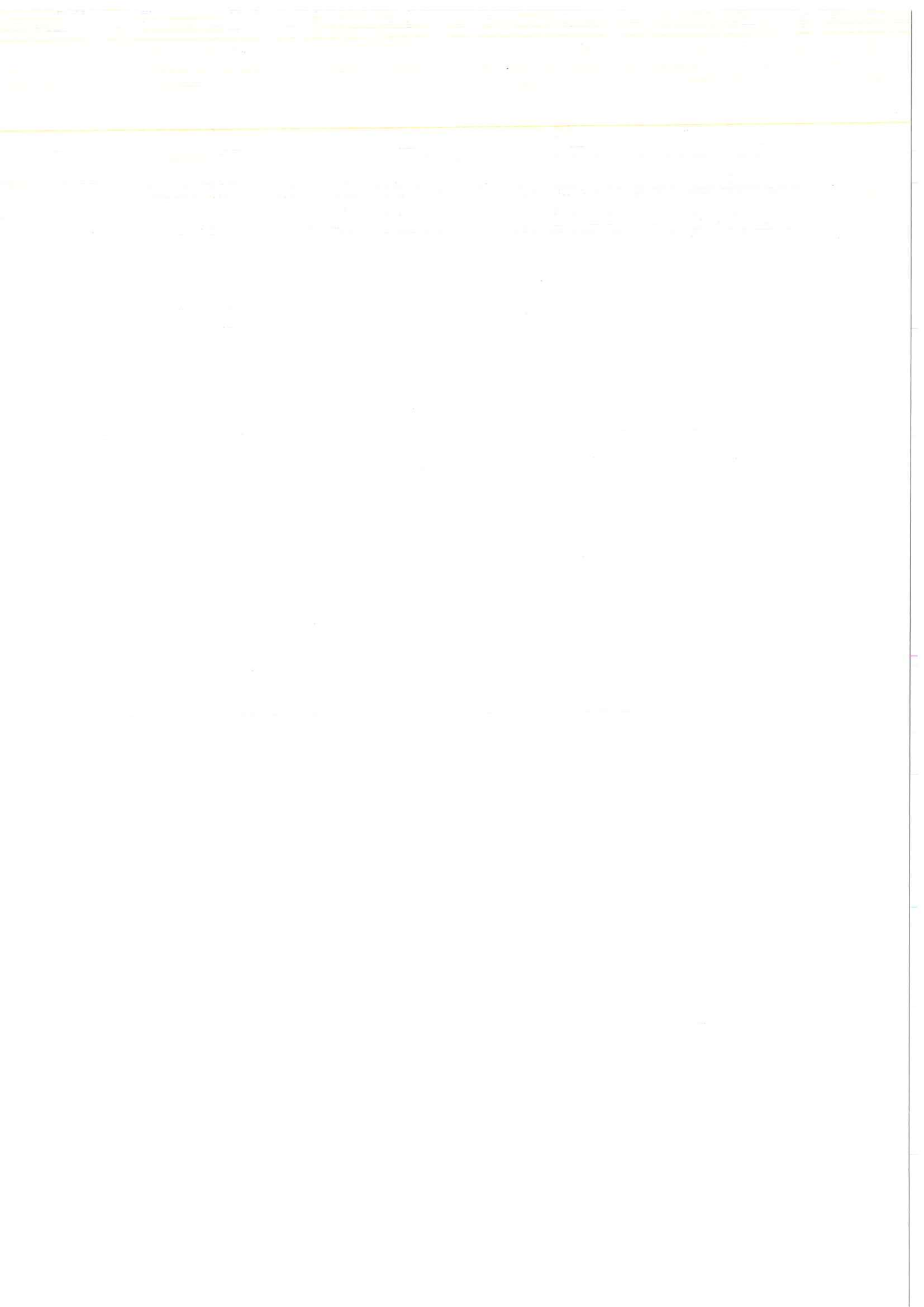
Ambitionsnivån bör vara 100 %. Policybeslutet ställer krav på omfattande utbildningsinsatser och förbättringsarbete.



Slutsats

I denna analys presenteras en positiv utveckling av vårdcentralernas hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete baserat på den nulägesbeskrivning som varje vårdcentral gör enligt Hälsoavtalet. Det görs dock ingen kvantitativ eller djupare kvalitativ analys av arbetet. Även i uppföljningen av 2016 ingår en analys av nulägesbeskrivningarna men med den nya termstrukturen i Take Care finns bättre möjlighet att få en enhetlig dokumentation i levnadsvanearbetet och förbättrade analysmöjligheter som kan tjäna som grund för dialogen mellan verksamheter och centrala stödfunktioner i.

Nytt policybeslut och framtagna handlingsplan till att införa personcentrerad vård i kombination med utvidgat stöd till verksamheterna för utveckling av en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård skapar positiva förväntningar på det fortsatta förbättringsarbetet på området.



Redaktionella ändringar/revideringar av Avtal Hälsoval Dalarna med tillhörande bilagor

Delegeringsbeslut av Hälsovalsenhetens chef enligt LS § 17/13 p. 311

Undertecknad beslutar att revidera Avtal Hälsoval Dalarna med tillhörande bilagor enligt följande:

Bilaga Uppföljning

Punkt 1.2 Områden för uppföljning.

Personcentrerad vård läggs till under texten Individanpassad hälso- och sjukvård.

Punkt 2.2 Kvalitetsbokslut

Meningen: Utveckling pågår med integrering av nationella primärvårdsindikatorer kompletteras med *för nationell jämförelse och för att följa resultat lokalt*.

Individanpassad hälso- och sjukvård

Under rubriken Patientnöjdhet, Nationella patientenkäten ändra året från 2015 till 2017.

Säker hälso- och sjukvård

Under rubriken Analys antibiotika görs följande förtydligande.

Texten *Alla föreskrivare ska ha genomfört kunskapstest på*

www.antibiotikasmart.se flyttas från rutan Metod till rutan Mått.

I rutan Metod, läggs följande text till: *Varje halvår och sedvanligt*.

I rutan När, görs följande ändringar: *Kvartal* tas bort och ersätts med *halvår*.

Texten: *I maj tonsillit och cystit och i november otit och akut bronkit/pneumoni*, läggs till.

Bilaga Ersättning

Under Kvalitetsmått, Analys antibiotikaföreskrivning

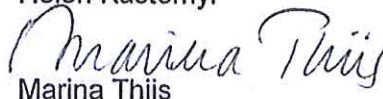
Följande text tas bort: *eller minst en genomförd förbättring*, och ersätts med *journalgranskningar*.

Justeras beslutande:



Helén Kastemyr

Underskrift handläggare:



Marina Thiis

Avtal Hälsoval och tillhörande bilagor finns publicerade på Landstinget Dalarna externa webbsida: <http://www.ltdalarna.se/Halso--och-sjukvard/Primarvard/Att-valja-varldcentral/Information-till-varldgivarer/>

Delegeringsbeslut för Hälsovalsenheten finns publicerade på Landstingets externa webbsida: <http://www.ltdalarna.se/Politik/Handlingar-och-protokoll/Halsovalsberedning/>

