

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN



Uppföljning av Förändra primärvårdsstruktur LUP ekonomi

Beslutsinstans:



ANNIKA JONSSON
N/A

2018-01-16

RS/968/2015

Innehåll

UPPFÖLJNING LUP PRIMÄRVÅRD	2
Bakgrund	2
Kommentar till utvecklingen i primärvården efter fullmäktigebeslutet	2
Uppföljning av punkterna i beslutet om LUP primärvård	2
1. <i>Fysisk primärvårdsstruktur</i>	2
2. <i>Kontaktvägar till vården</i>	4
3 <i>Utökade öppettider i primärvården Östersund</i>	5
4 <i>Kompetenscentrum för personer med funktionsnedsättningar</i>	6
5 <i>Hälsocentral med särskilt ansvar för utbildning, utveckling och forskning</i>	6
6 <i>Primärvården som styrande i vården</i>	6
7 <i>Regionstyrelsens uppdrag att genomföra åtgärder</i>	7
8 <i>Förslag på hur uppföljning ska ske</i>	8

ANNIKA JONSSON
N/A

2018-01-16

RS/968/2015

UPPFÖLJNING LUP PRIMÄRVÅRD

Bakgrund

Vid regionfullmäktige 2015-10-20–21 fattades beslut om att förändra strukturen för den landstingsdrivna primärvården. Det övergripande syftet var att verksamheten skulle kunna drivas inom budgeterad ram. Beslutet innehöll ett antal punkter som i denna rapport kommer att följas upp.

Kommentar till utvecklingen i primärvården efter fullmäktigebeslutet

Under de dryga två år som förflutit efter fullmäktigebeslutet har mycket hänt i den regiondrivna primärvården som påverkat förutsättningarna för att genomföra de punkter som ingick i fullmäktigebeslutet.

Antalet besök till primärvården ökade kraftigt mellan 2016 och 2017. Totalt blev besöken 3 procent fler, varav läkarbesöken ökade med 1,6 procent och antalet besök till övrig vårdpersonal med 4,3 procent. I primärvården hanterades ökningen av läkarbesök framför allt genom ett större nyttjande av inhyrda läkare. Ökningen av övriga besök klarades genom fler arbetade timmar av andra personalkategorier både i form av det psykosociala teamet, fysioterapeuter, undersköterskor och sjuksköterskor.

I rapporten till LUP primärvård betonades möjligheterna att komma i kontakt med primärvården och en viktig punkt handlade om ett gemensamt telefonnummer in till primärvården. Detta gällde framför allt primärvården Östersund. Sedan rapporten skrevs har mycket hänt när det gäller digital kommunikationsteknik, som nu bl a möjliggör att vissa hälsocentralbesök kan ske digitalt. Detta innebär att fokus när det gäller tekniksatsningar snarare har hamnat på andra saker än de som beskrevs i rapporten. Detta kommenteras i denna rapport under de punkter som berörs.

Uppföljning av punkterna i beslutet om LUP primärvård

1. Fysisk primärvårdsstruktur

Minst en fullskalig hälsocentral ska finnas i varje kommun. På de orter runt om i regionen, där någon form av primärvård bedrivs, ska verksamheten utformas så att tillgången till tider hos olika yrkeskategorier anpassas efter befolkningens behov, upprättade flödesscheman, samt produktions- och kapacitetsplanering.

I nuläget finns minst en fullskalig hälsocentral i varje kommun i Jämtlands län. På vissa orter kompletteras hälsocentralen med säsongsfilialer med inriktning turistmottagning. Distriktssköterske-mottagningar finns på vissa mindre orter, exempelvis Storsjö, Bispgården, Mörsil och Ås. De har något varierande profil beroende på befolkningens behov. Storsjö och Bispgården har utrustats med viss distansteknik för att möjliggöra möten mellan patient och vårdkontakt på annan ort (ex vis sjukhuset), men även för att läkare på

ANNIKA JONSSON
N/A

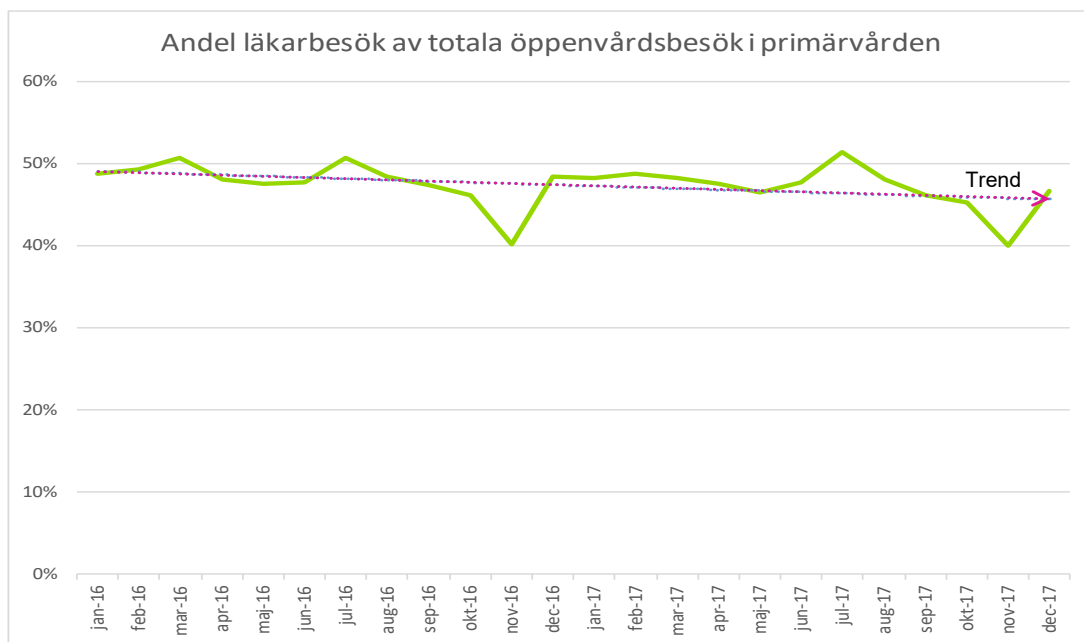
2018-01-16

RS/968/2015

hälsocentralen ska kunna kopplas upp direkt. Fortsatt utveckling av utrustning/distansteknik sker.

Flödesscheman har under 2017 gjorts på en stor andel av de regiondrivna hälsocentralerna utifrån införandet av nytt arbetssätt med lättakut, exempelvis Svenstavik, Bräcke, Kälarne, Hammarstrand, Stugun, Hallen och samtliga hälsocentraler i Östersund. Hälsocentralerna i Härjedalen, Myrviken och Åre använder sedan tidigare arbetssättet med öppna mottagningar/lättakut.

Ett av syftena med att utforma flödesscheman var att identifiera arbetsuppgifter i vårdkedjan som skulle kunna utföras av andra yrkeskategorier än läkare för att uppnå Rätt Använd Kompetens (RAK)¹. Primärvården har haft en person projektanställd på deltid för att arbeta med detta tillsammans med hälsocentralerna. Om man mäter läkarbesökens procentandel av de totala öppenvårdsbesöken de senaste åren ser det ut som om detta arbete gett viss effekt. Trenden visar att andelen läkarbesök av totalen sjunkit något. Eftersom besöken i primärvården ökat kraftigt kan det även beskrivas som att en större del av ökningen av besök tagits hand om av andra yrkeskategorier än läkare. Mätt som direkta och indirekta vårdkontakter ökade öppenvårdsbesöken till primärvården mellan 2016 och 2017 med ca 25 000. Av dessa gick 75 procent till andra personalkategorier än läkarna och 25 procent till läkarna. (Dipparna i kurvan över läkarbesökens andel av de totala besöken beror på att sjuksköterskebesöken var betydligt fler i november båda åren beroende på de årligen återkommande influensavaccinationerna.)



Primärvården har börjat arbeta med produktions- och kapacitetsplanering. En av påbörjade aktiviteter är att planera vården för det stora flödet med diabetespatienter utifrån produktions- och kapacitetsplanering. En annan aktivitet som kan kopplas till produktions-

¹ RAK, d v s att varje yrkeskategoris kompetens används på effektivaste sätt, t ex att läkare endast utför sådana arbetsuppgifter som det ovillkorligen krävs läkarkompetens för. Övrigt kan andra personalkategorier efter säkerställd kompetens utföra.

ANNIKA JONSSON
N/A

2018-01-16

RS/968/2015

och kapacitetsplanering är hanteringen av akutflödet – ”behov av vård på samma dag” och införande av lättakuter på hälsocentraler. Beslut om optimalt nyttjande av inhyrda läkare i primärvården, där specifika produktionskrav ställs på den inhyrda läkaren, är också en aktivitet inom ramen för produktions- och kapacitetsplanering.

2. Kontaktvägar till vården

Bland förslagen i bilagda rapport, ska utvecklingen av flera alternativa vägar för patienter att ta kontakt med vården prioriteras.

Sedan beslutet om att förändra primärvårdens struktur togs i oktober 2015 vidtas åtgärder på olika hälsocentraler för underlätta för patienterna att få kontakt med vården.

Det pågår införande av lättakuter/öppna mottagningar samt i övrigt arbete med att tillgodose behov av vård samma dag. I Sveg har en utökad variant med lättakut till fysioterapeut prövats. Både hälsocentralen i Sveg och i Brunflo har *psykosociala enheter* (PSE) kopplat till lättakuten för snabb bedömning direkt på plats och planering för egenvård/fortsatt vård inom psykiatrin.

Möjligheter finns till direktkontakt med PSE och tillgängligheten inom PSE har markant förbättrats.

Oavsett om arbetssättet lättakut/öppen mottagning finns eller inte på en hälsocentral, arbetar primärvården efter principen att alla patienter som kommer dit ska få en medicinsk bedömning på plats (dvs ingen skickas ut för att ringa, eller hem).

Under de senaste åren har utvecklingen av distansöverbyggande teknik utvecklats snabbare än vad som förutsågs i LUP-rapporten om att förändra primärvårdens struktur. Mycket arbete läggs i primärvården ned på att ta till vara på de möjligheter som den tekniska utvecklingen ger. Brunflo hälsocentral har utvecklat ett arbetssätt för digitala vårdmöten med läkare. Arbetssättet är välfungerande och när funktionen blir tillgänglig i vårdsystemet Cosmic kommer fler hälsocentraler att kunna ta del av det.

I Härjedalen har virtuella akutrum utvecklats vilket möjliggör en ökad tillgänglighet till sjukvård dygnet runt i hela Härjedalen med sjuksköterska som första vårdnivå och läkare på distans.

Internet-KBT² har införts i primärvården och utveckling av fler patient-appar är en stor potential för ytterligare förbättringar.

² Kognitiv beteendeterapi (KBT) är ett samlingsnamn för olika former av psykoterapier med utgångspunkt i kognitiv psykologi och inlärningspsykologi.

ANNIKA JONSSON
N/A

2018-01-16

RS/968/2015

3 Utökade öppettider i primärvården Östersund

I syfte att förbättra tillgängligheten till primärvården i Östersund och bidra till färre besök på akutmottagningen, ska varje vardag en hälsocentral i Östersundsområdet ha öppet från kl 7.00 på morgonen och en hälsocentral ha öppet till kl. 19.00 på kvällen.

Närvårdsområde Östersund har inte infört förändrade öppettider på hälsocentralerna än. Viss utökning kan anses ha skett genom möjligheten till digitala vårdbesök i Brunflo och iKBT. Fortsatta diskussioner sker kontinuerligt kopplat till efterfrågan, lokal trångboddhet samt schemaläggning.

Syftet med åtgärden var alltså att minska besöken på akutmottagningen genom utökade öppettider, vilket inte genomförts. Vad har då skett med besöken på akutmottagningen?

Besök på akuten	2016	2017	Förändring antal	Förändring procent
Invånare Östersunds kommun	20 216	21 219	1 003	5,0 %
Övriga	19 444	19 620	176	0,9 %
Totalt	39 660	40 839	1 179	3,0 %

Ökningen på akuten av invånare från Östersunds kommun var alltså högre än den totala ökningen. Befolkningen i Östersunds kommun ökade mellan 2016 och 2017 med 926 personer (+ 1,5 procent), vilket kan ställas mot den totala ökningen i länet på 1 436 (+1,1 procent). Ca 65 procent av befolkningsökningen skedde alltså i Östersunds kommun och man borde därför kunna förvänta sig att invånare från Östersunds kommun utgjorde en större del av besöksökningen på akuten än övriga patienter, men kanske inte fullt så stor andel. Enligt en tidigare kartläggning låg andelen av akutmottagningens patienter som hade kunnat behandlas i primärvården på uppskattningsvis mellan 20 och 30 procent.

Mot bakgrund av siffrorna för akutmottagningen skulle man kunna misstänka att antalet besök i primärvården i Östersund inte stigit. En jämförelse av besöken 2016 och 2017 visar dock en kraftig ökning även i primärvården i Östersundsområdet.

Besök i primärvården Östersund	2016	2017	Förändring antal	Förändring procent
Invånare Östersunds kommun	322 613	334 341	11 728	3,6 %
Invånare övriga Jämtland	12 898	14 363	1 465	11,4 %
Invånare övriga Sverige	2 429	2 604	175	7,2 %
Personer ej folkbokförda i Sverige	4 296	3 139	-1 157	- 26,9 %
Totalt	342 236	354 447	12 211	3,6 %

Distriktsläkarjouren finns på akutmottagningen och diskussioner förs kring om den ska vara kvar där eller flyttas ut på någon hälsocentral, om öppettiderna ska förändras, samt om annan kompetens kan komplettera. I nuläget avvaktar man med att förändra distriktsläkarjouren. Införande av lättakut förväntas ge lägre behov av jourmottagning kvällstid. Uppföljning ska därför göras innan ny ställning tas till distriktsläkarjouren. För övrigt kan man konstatera att styrning till ändrade öppettider saknas i hälsovalet.

ANNIKA JONSSON
N/A

2018-01-16

RS/968/2015

4 Kompetenscentrum för personer med funktionsnedsättningar

En hälsocentral i Östersundsområdet ska vara ett kompetenscentrum för primärvården ifråga om anpassat bemötande av personer med funktionsnedsättningar.

På Lugnviks hälsocentral finns en specialist i allmänmedicin som har fördjupade kunskaper om personer med funktionsnedsättningar. Denna kompetens kan övriga HC kontakta för rådgivning. Alla HC har samma uppdrag att ta emot de patienter som söker vård/listar sig. Vi hänvisar inte patienter utifrån funktionsgrad till någon särskild HC.

5 Hälsocentral med särskilt ansvar för utbildning, utveckling och forskning

Minst en hälsocentral i regionen ska ha ett särskilt uppdrag med ansvar för utbildning, utveckling och forskning. En utvecklingsenhet inrättas för primärvården med ansvar för att utveckla arbetsmetoder och rutiner, glesbygdsmedicin, arbetsmiljö med flera utvecklingsområden samt koordinera och ta tillvara resultat av arbetet inom samma område. Bemanning sker genom insatser av personer som är aktiva i sitt yrke.

Hälsocentralerna i Krokoms och Odensala har definierats som akademiska hälsocentraler.

I början av år 2018 har primärvården och FOUU för avsikt att ansöka om att Krokoms hälsocentral får bli Universitetssjukvårdsenhet. Krokoms hälsocentral kommer att vara ledande inom utbildningsfrågor och representera primärvården i läkarutbildningsfrågor. Ansvaret för forskning delas fortsatt med FOUU.

Utveckling ska bedrivas i hela primärvården. Riktningen för utveckling följer övergripande verksamhetsplanering. Varje hälsocentral arbetar med det som är mest prioriterat för att nå övergripande mål. Verksamhetsutvecklare finns organiserade i primärvårdsstaben och stödjer hälsocentralerna i arbete med metoder och rutiner. Olika alternativ för att organisera en utvecklingsenhet har diskuterats men eftersom det kräver att resurser tas från verksamheten har det arbetet inte tagits vidare utan prioriteringen är att bemanna hälsocentralerna och ha en god tillgänglighet med minskat behov av inhyrda läkare. Med fast personal på hälsocentralerna förbättras förutsättningarna att bedriva utvecklingsarbetet lokalt.

6 Primärvården som styrande i vården

På försök, som ett pilotprojekt på en eller två hälsocentraler, föreslås primärvården bli styrande i vården. Projektet ska sedan utvärderas, innan beslut kan fattas om införande i hela hälso- och sjukvården.

Detta beslut har inte verkställts. Diskussioner har skett både på ledningsnivå och ute på enheterna om hur en sådan pilot skulle kunna genomföras samt vilken uppföljning som

ANNIKA JONSSON
N/A

2018-01-16

RS/968/2015

behöver finnas för utvärderingen. Det är framför allt i Östersundsområdet som denna förändring skulle kunna få större effekter eftersom primärvården har lägre täckningsgrad³ i detta område än i övriga delen av länet. Primärvården som styrande innebär att primärvården skulle få en funktion som beställare av specialistvård. För det krävs dock en stabil bemanning med egna fast anställda distriktsläkare och i delar av primärvården är nyttjandet av inhyrda läkare ganska stort även om det under 2017 har börjat trappas ned.

I det arbete som pågår i primärvården att utveckla den prehospitla vården i samarbete med bl a ambulanspersonal kommer primärvårdsläkaren, för de patienter som blir berörda, att få en roll som liknar den som primärvårdsläkaren skulle få om primärvården blir styrande i vården. Den rollen innebär att vara kontaktperson till patienten och att följa patienten genom hela vårdkedjan.

7 Regionstyrelsens uppdrag att genomföra åtgärder

I enlighet med förslagen i bilagda rapport, får regionstyrelsen i uppdrag att genomföra förändringar av arbetssätt, vidta åtgärder för att åstadkomma en bättre arbetsmiljö och underlätta rekryteringar, samt att anpassa primärvården i enlighet med vad som anges i punkterna 1 till 6 ovan.

Som beskrivits under övriga punkter pågår förändringar av arbetssätt, t ex i form av digitala vårdmöten, distansbedömningar, lättakut/öppen mottagning och implementering av retts triage, kompetensöverföring på grundval av flödesscheman mm.

Arbetsmiljön följs genom enkätundersökningar två gånger per år och resultaten inom primärvården har varit goda. Primärvården rankar sin arbetsmiljö högre än regionen totalt. Arbetsmiljön är en av de viktigaste frågorna vid läkarrekrytering och därför prioriteras den vid rekrytering och i samverkan för att rekrytera och behålla primärvårdsläkare.

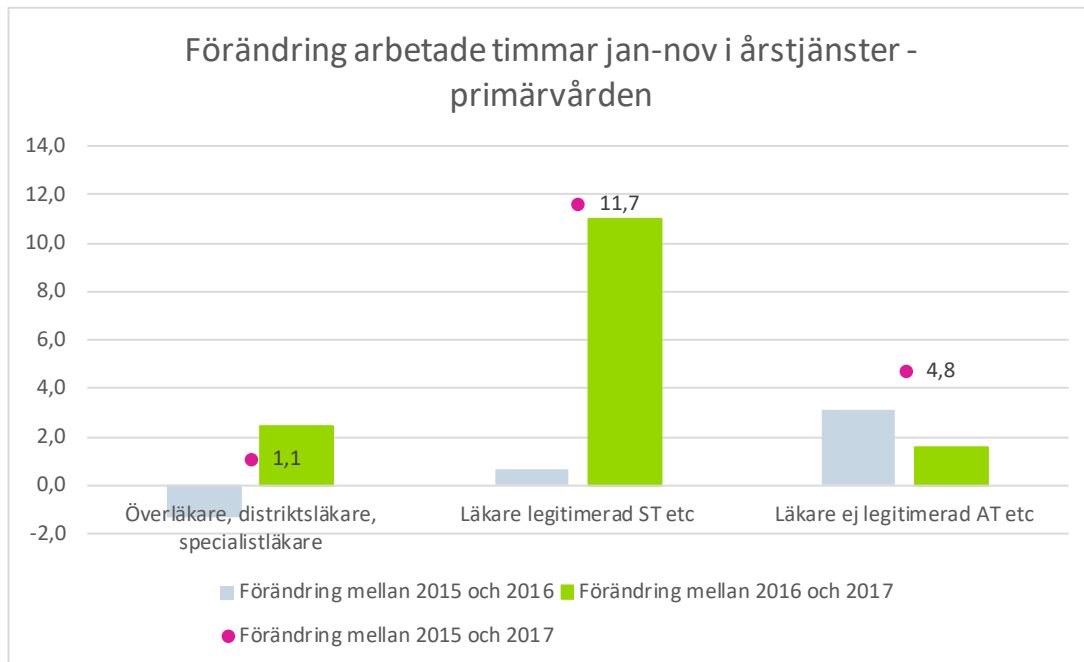
Rekryteringsarbetet under 2017 har varit relativt framgångsrikt. Antalet ST-läkare har utökats enligt planering och summerar vid årets slut till 45. Planen är att fortsätta öka antalet under 2018. En viss snedfördelning finns främst beroende på att några hälsocentraler (Torvalla, Hammarstrand, Strömsund) har svårigheter att lösa handledningen pga låg eller avsaknad av fast läkarbemanning. Hälsocentralerna i Zätagränd, Frösö, Lit, Brunflo och Sveg har förbättrat förutsättningarna och tar emot/kan ta emot ST-läkare. Som namnet indikerar genomgår ST-läkarna sin specialistutbildning under tjänstgöring på plats ute i vården. Det innebär dels att de behöver handledning av färdiga allmänläkarspecialister, dels att de periodvis inte vistas i primärvården utan i olika specialiteter på Östersunds sjukhus. En nyanställd ST-läkare kan därför inte direkt och helt ersätta en inhyrd läkare. Åtgärden är dock ett alternativ till att försöka rekrytera en färdigutbildad allmänläkarspecialist, vilket under årtionden varit mycket svårt, då alltför få i landet valt denna inriktning vid sin specialisering. Under 2017 har primärvården påbörjat minskningen av nyttjandet av inhyrda läkare.

³ Täckningsgrad = den andel av öppenvården som primärvården tar hand om.

ANNIKA JONSSON
N/A

2018-01-16

RS/968/2015



Trots svårigheten att rekrytera färdiga allmänläkarspecialister har flera färdiga specialister sökt sig till primärvården under senare delen av 2017 och anställningar har kunnat genomföras. En bidragande orsak kan vara att arbetet med distansöverbyggande teknik och de möjligheter den erbjuder till förändrade arbetsätt rönt intresse även utanför Jämtlands län. Även hälsocentralerna i Brunflo och Härjedalen har goda möjligheter för läkare att delvis arbeta med vårdbesök på distans.

8 Förslag på hur uppföljning ska ske

Regionstyrelsen får uppdrag att till i mars 2016 ta fram förslag på hur uppföljning ska ske, av att beslutade åtgärder för att förändra primärvårdens struktur ger resultat.

Det övergripande syftet med förslagen till åtgärder i *Förändra primärvårdsstruktur i LUP ekonomi* var att den regiondrivna primärvården skulle kunna drivas inom befintlig budgetram. Kostnadsminskningar beräknades ske genom att distriktssköterskor med hjälp av fler öppna mottagningar och bokningar via internet skulle lägga mindre tid på telefonsamtal, att nyttjandet av inhyrda läkare skulle kunna minska som följd av fler flödesscheman som styrde patienter mot andra yrkesgrupper inom vården än läkarna, samt att primärvården skulle lyckas anställa fler läkare. Man kan konstatera att även om många åtgärder genomförts i primärvården de senaste två åren och det fortfarande pågår många förändringar, har de inte lett till de kostnadsminskningar som krävs för att den regiondrivna primärvården ska kunna bedrivas med tilldelad budget. Ett skäl är att antalet öppenvårdsbesök⁴ ökat så kraftigt.

Att antalet öppenvårdsbesök ökat beror på flera saker. Befolkningen i länet har ökat med 1436 invånare mellan 2016 och 2017 och antalet patienter har ökat med nästan lika många

⁴ Mätt som genomförda direkta och indirekta vårdkontakter.

ANNIKA JONSSON
N/A

2018-01-16

RS/968/2015

personer. Ökningen är ett par hundra fler än vad som kan kopplas enbart till befolkningsökningen, eftersom den andel av befolkningen som är patienter i primärvården har blivit större. Antalet patienter som inte är folkbokförda i Sverige har minskat, vilket sannolikt återspeglar en nedgång i antalet asylsökande⁵ i länet mellan 2016 och 2017. Patientantalet från andra län i Sverige har dock vuxit med nästan 500 stycken. Det som emellertid förklarar det mesta, nästan 80 procent, av besöksökningen, är att antalet besök per patient har ökat mellan åren. Detta är samma tendens som kunde konstateras i den nyligen gjorda fördjupade analysen av specialistvården. En förklaring till att öppenvårdsbesöken blivit fler var just att man år för år gör mer för varje patient. I svaren från områdena på Östersunds sjukhus förklarades det bl a med förändringar i nationella riktlinjer, som för vissa diagnosgrupper föreskrev mer uppföljning per patient. Oavsett vad förklaringen är till ökningen av besök per patient i primärvården, betyder det att det blir svårare att klara en högre produktion med samma personal och samtidigt åstadkomma kompetensförskjutning från läkare till sjuksköterska. Det var en av åtgärderna för att kunna minska behovet av läkartimmar och därmed dra ned på nyttjandet av hyrläkare.

Förändringarna i antal patienter och antal besök per patient innebär också att det blir svårare att följa upp resultatet av åtgärderna eftersom det blir så många faktorer att ta hänsyn till och korrigera för.

I bemanningsprojektet följs två variabler som handlar om primärvårdens långsiktiga utveckling – dvs minskningen av antal hyrläkarveckor/kostnad och ökningen av ST-läkare.

Har varit svårt hitta andra mätetal följa upp men detta är andra uppföljningen av beslutspunkterna (den förra rapporterades till Regionstyrelsen 2016-04-28 § 96).

9. Det arbete som det tillsatta "kreativa teamet" arbetar med och dess framtidsplaner ska återrapporteras till regionfullmäktige.

En rapportering till fullmäktige av det kreativa teamets arbete gjordes i november 2015. Styrelsen informerades om arbetet i maj 2017.

⁵ Asylsökande som befinner sig i länet är inte folkbokförda innan de fått beviljad asyl.

ANNIKA JONSSON
N/A

2018-01-16

RS/968/2015

Uppföljning av vad som hänt med NRFs utredning Primärvården i Fokus

Förbundsdirektionen i Norrlandstingens regionförbund (NRF) beslutade formellt den 2 mars 2016 att initiera ett projekt med syfte att komma med förslag på den fortsatta utvecklingen av primärvården i den norra sjukvårdsregionen. Projektet löptr från februari 2016 till januari 2017.

NRF har för egen del fattat följande beslut:

2017-05-24 § 40 det regionala chefsrådet för primärvård ilandtingens/regionernas regi återinrättades:

Inom ramen för sjukvårdsregionens gemensamma rapport "Primärvården i fokus" lämnades förslag om att starta om chefsrådet i primärvård med ett formellt uppdrag liksom de andra chefsråden. Föreslagna samverkansområden är enligt rapporten; utreda förslaget om gemensamt fortbildningsråd, planera gemensamt primärvårdsseminarium 2018, undersöka förutsättningarna för ett gemensamt hjärtsviktsprojekt i öppenvård och undersöka förutsättningarna för att införa centrala funktioner för att facilitera omfördelning av arbetsuppgifter.

2017-05-24 § 41 ett Råd för vård och omsorg i glesbygd inrättades.

Rådet för vård och omsorg i glesbygd består av en till två ledamöter från landstingen i Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland och Region Jämtland Härjedalen och förbundsdirektören för Norrlandstingens regionförbund (NRF). Rådet adjungerar kompetens vid behov.

Rådets uppdrag är att vara en arena för att diskutera långsiktiga strategier för utveckling inom vård och omsorg i glesbygd, med syfte att ständigt utveckla dessa områden i Norra sjukvårdsregionen. Genom samverkan i rådet kan parternas initiativ/verksamhet inom dessa områden förstärka varandra. Rådet kan i sitt arbete också samverka med andra aktörer.

För att göra detta ska Rådet för vård och omsorg i glesbygd bland annat:

- Ta fram en strategi för utveckling av vård och omsorg i glesbygd i Norra sjukvårdsregionen till 2022 som fastställs av Förbundsdirektionen.
- Ta fram gemensam årlig utvecklingsplan för vård och omsorg i glesbygd i Norra sjukvårdsregionen som fastställs av Förbundsdirektionen.
- Verka för att strategi och utvecklingsplan genomförs.
- Årlig rapportering till Förbundsdirektionen i förbundets årsrapport samt information vid behov.

I rapporten finns också följande rubriker där en kort kommentar i rött anger vad som pågår:

Målbild för primärvårdens roll i systemet.

2.3 Fastställa målbild och strategi för primärvårdens roll i hälso- och sjukvårdssystemet.
--

ANNIKA JONSSON
N/A

2018-01-16

RS/968/2015

Pågår i samarbetet mellan primärvården och akutvårdsområdet i utformning av beskrivning av det "prehospitala huset"
Balansen i systemet
2.4 Omfördelning av resurser Pågår inom ramen för prehospitala arbetet
2.4 Dokument som reglerar arbetsfördelning mellan sjukhus och primärvård. Pågår löpande, ex HÖKen, Zamsynsdokument mm
2.4 Överväga projekt motsvarande "Göra klart"
Uppdrag och beställning
2.5 Utvidga uppdraget för beställarfunktionen till att även innefatta kunskapsstyrning.
2.5 Öka samarbetet mellan nuvarande beställarfunktioner. Regiondirektörerna har gett uppdrag till beställarcheferna att utveckla sina tankar om strukturerat samarbete.
Kunskapsstyrning och fortbildning
2.6 Fortsatt engagemang i uppbyggnad av nationellt kunskapsstöd Nationellt beslut om 360 kunskapsstödsdokument uppstartade - Former för lokal mottagningsorganisation diskuteras och hur samverkan på sjukvårdsregional nivå ska se ut.
2.6 Fortsatt anslutning till Primärvårdskvalitet Införande av Cosmic Insight beslutat
2.6 Modell för att använda resultatet Blir nästa steg
2.6 Föreslaget Chefssamråd i primärvård tar ställning till gemensamt fortbildningsråd. NRF har inrättat chefssamråd i primärvård
Forskning
2.7 Ökad forskning i primärvård, uppdrag till FUI-rådet
2.7 Enas om definitioner t.ex. akademisk hälsocentral Det finns en definition inom läkarutbildningen, vi har Odensala och Krokom enligt den definitionen som akademiska HC.
2.7 Hitta gemensamma profilområden för primärvårdsforskning

ANNIKA JONSSON
N/A

2018-01-16

RS/968/2015

2.7 Undersöka gemensamma forskningsområden med kommunerna.
Läkare i primärvård
2.8 Öka antalet AT-block och identifiera flaskhalsar Diskussioner pågår hur vi skulle kunna skapa fler AT genom att korta ATtiden, dvs få fler för samma ekonomiska insats.
2.8 Målsättning för antalet ST-block i allmänmedicin. Vi har ett mål på 60 ST 2018-12-31
2.8 Strategi för rekrytering av ST-läkare. Primärvården har beslutade strategier för att rekrytera läkare till PV
2.8 Strategier för handledning
2.8 Följa utfall av ST-blocken
2.8 Utbilda ST-läkare i andra specialiteter i primärvård. Primärvårdschefen förespråkar att ST på sjukhuset randar sig i PV och har lyft det i olika sammanhang, men några beslut är ännu inte fattade.
2.8 Delar av tjänster i sjukhuspecialiteter förläggs i primärvård. Regelverk kring internstafetter finns. Men framförallt så utvecklar vi digitala möten mellan patient och sjukhus på HC så att fler besök till sjukhuset sker på HC utan att sjukhusläkaren behöver resa ut i länet.
Förebyggande och hälsofrämjande
2.9 Inriktningsbeslut om andelen för hälsofrämjande och förebyggande arbete.
2.9 Påverka utbildningarna att öka andelen förebyggande arbete.
2.9 Gemensam kunskapsbas för alla anställda i primärvården för evidensbaserad rådgivning.
2.9 Strategiska utbildningsinsatser till allmänläkarna.
2.9 Ökat intresse från ledning på alla nivåer och försöka hitta relevanta uppföljningsmått.
2.9 Göra hälsofrämjande och förebyggande arbete till en profilfråga i varumärket.
Verksamhetsutveckling med IT

ANNIKA JONSSON
N/A

2018-01-16

RS/968/2015

<p>2.10 Fullfölja uppdraget givet till arbetsgruppen "Vård på distans" för att säkerställa en gemensam "infrastruktur".</p> <p>Vård på distansgruppen inom NRFsamarbetet arbetar just nu med att analysera och komma med förslag som ökar möjligheterna att snabbare utveckla distansteknik gemensamt i Norrland och samverka genom våra "brandväggar". Primärvården i Jämtland har dialog om samarbete med Västerbotten i frågor om vård på distans.</p>
<p>2.10 Fortsatt samarbete mellan landstingen avseende utbildningsfrågor, framtagande av evidens mm avseende distanslösningar.</p> <p>Andra delen av frågan, även här dialog med Västerbotten.</p>
<p>2.10 Uppdrag till primärvården att enas kring önskvärda distanslösningar.</p> <p>Dialog med Västerbotten.</p>
<p>Samverkan med andra aktörer</p>
<p>2.11 Säkerställa att system för samverkan mellan primärvård och andra aktörer finns på plats och fungerar.</p>
<p>2.11 Klara ut principfrågan om vem som representerar primärvården i olika sammanhang.</p> <p>Klart</p>
<p>2.11 Särskilt fokus på samverkan mellan primärvård och psykiatri.</p> <p>PVs medicinska rådgivare träffar psykiatrin regelbundet.</p>
<p>2.11 Eventuellt fullfölja sammanläggningen av ALK och MLA uppdragen.</p>
<p>2.11 Systematisk uppföljning av hur samverkan fungerar.</p>
<p>Tillgänglighet</p>
<p>2.12 Undersöka förutsättningarna att stänga jourmottagning och i stället ha längre öppettider på hc.</p> <p>Pågår dialog i Östersund</p>
<p>Målbild för landstingsdriven primärvård</p>
<p>3.1 Utforma målbild för den landstingsdrivna primärvården.</p> <p>Pågår</p>

ANNIKA JONSSON
N/A

2018-01-16

RS/968/2015

3.1 Utifrån målbild utforma handlingsplan.
Identitet och varumärke
3.2 Bygga upp varumärke och identitet för primärvården
Ledarskap
3.3 Säkerställa att ledarutbildningen är rätt. Gemensamma ledarskapsprogram?
3.3 Advisory board för primärvårdschefen?
3.3 Utveckling av MLA rollen
3.3 Skapa forum för verksamhetschefer i primärvård
3.3 Samarbeta med Östergötland?
3.3 Uppdrag till NRF att formera en primärvårdschefsgrupp? Den finns nu.
Utvecklingskapacitet
3.4 Har primärvården tillräcklig utvecklingskapacitet? Fungerar när PV är tillräckligt bemannade på HC för att kunna bedriva utvecklingsarbete utifrån att utveckling ska ske i verksamheten - utifrån övergripande verksamhetsplanering och mål. Men viktigt att stödfunktioner finns och kan sluta upp och stötta med olika delar, typ metodstöd, dokumentation, etc. Trots tre personer (ej 3*100%) som arbetar som VU i PV snävt med resurs att klara allt just nu med de stora förändringar som pågår och ska göras.
3.4 Ökat samarbete mellan regionens utvecklingsenheter?
3.4 Gemensamt utbildningsprogram avseende utvecklingskunskap för chefer och ST-läkare
3.4 Skapa uppföljningsmått på utvecklingskapacitet.
3.4 Inrätta lärande seminarier för primärvården
3.4 Regiongemensamt primärvårdsmöte 2017
3.4 Inrätta årligt kvalitetspris för regionens primärvård
Patientflöden
3.5 Gemensamt ramverk för utveckling

ANNIKA JONSSON
N/A

2018-01-16

RS/968/2015

3.5 Särskilt fokus på utveckling av den 1:a bedömningen
Särskilda behovsområden
4.1 Inventera och öka "riktningen" av vården för de mest sjuka äldre enligt föreslagen trappa. PV fokuserar på prehospitala arbetet.
4.1 Utveckling av mobila team för målgruppen Ja, men också mer hembesök med fast läkare... Mint är infört. Andra finns.
4.1 Utredda förutsättningarna för listningsbar enhet?
4.1 Utredda förutsättningarna för att låta primärvården disponera vårdplatser I prehospitala arbetet ligger både platser i kommunerna och på sjukhuset men med primärvårdsläkare som sammanhållande i processen.
4.2 Uppföljning av samverkan mellan primärvård och psykiatri
4.2 Utveckla mer effektiva arbetssätt för psykisk ohälsa i primärvård Det görs, exvis snabba bedömningar, iKBT, grupper mm mm
4.2 Regiongemensam genomgång av specialistpsykiatri?
4.3 Samla ihop de sjukhusanknutna projekt i regionen som avser hjärtsvikt, utbyt erfarenheter och utveckla modell. Dialog med Västerbotten kring detta.
4.4 Finns inventering av hur sjukvårdsbehovet tillgodoses för behovsgruppen enligt LSS? De ingår i särskilt fokus i prehospitala arbetet "de som mest behöver"
Ändrad arbetsfördelning
5.1 Avsätta central resurs för att underlätta omfördelning av arbetsuppgifter.
5.1 Systematisk inventering i norra sjukvårdsregionen av möjligheter till omfördelning
5.1 Integrera frågor om omfördelning av arbetsuppgifter i medarbetarsamtalen
Vård och omsorg i glesbygd
6.1 Tydligt uppdrag till landstingens primärvård avseende den fortsatta utvecklingen av profilmrådet glesbygdsmedicin.



ANNIKA JONSSON
N/A

2018-01-16

RS/968/2015

Dialog med Västerbotten om visst samarbete plus att vi vill definiera hela vår PV som glesbygdsmedicinsk profil pga glesbygds-län.
6.1 Bilda regiongemensam styrgrupp
6.1 Utse arbetsgrupp och resurssätta med administrativt stöd?
6.1 Utarbeta gemensam strategi
6.1 Utarbeta gemensam utvecklingsplan
6.1 Avsätta medel utifrån beslutad ambitionsnivå
6.1 Undersöka det politiska intresset av en förstudie om fördjupat samarbete mellan landsting och kommun enligt internationella erfarenheter.
Radikalt nytänkande
7.1 Undersöka förutsättningarna att starta helt nya hälsocentraler

Slutligen har landstings/regiondirektörerna beslutat om :

- Uppdrag till FUIrådet om primärvårdsforskning
- Utredda samverkan kring gemensam ledarutveckling
- Ökat samarbete mellan beställarfunktionerna