

Rapport översyn vårdvalen 2022

Sammanfattning/bakgrund

Regionstyrelsen beslutade den 18 december 2020, §235, om att inrätta en politisk styrgrupp för översyn av Hälsoval Region Jämtland, Vårdval allmäntandvård för barn och unga vuxna samt Vårdval medicinsk fotvård inför 2022.

Den politiska styrgruppen har haft uppdrag med följande innehåll:

- Hälsocentralernas ansvar för akut vård
- Förflyttning v vård från sjukhus
- Kontinuitet i vårdkontaktarna
- Kostnadsansvar för sjukresor
- Kommunala särskilda boenden
- Översyn av krav gällande IT-säkerhet
- Kravuppfyllnad
- Tydlighet och överblickbarhet i beställningen
- Allmäntandvård för barn och unga vuxna
- Medicinsk fotvård
- Sistashandsansvar
- Riktade hälsosamtal

Styrgruppen har hämtat kunskap av verksamhetsföreträdare och utförare.

Styrgruppen lämnar ett antal förslag i respektive förfrågningsunderlag men har också uppmärksammat en del frågor som redovisas i separat ärende eller kräver vidare utredning.

Östersund 2021-05-05

För styrgruppen

Robert Hamberg (m) sammankallande och ordförande

Håkan Nilsson (c)

Ann-Marie Johansson (s)

Anton Nordqvist (mp)

David Adervall (s)

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING/BAKGRUND	1
1 INLEDNING	4
2 STYRGRUPPENS UPPDRAG	5
2.1 Tillägg till uppdraget	8
3 GENOMFÖRANDE AV UPPDRAGET	9
3.1 Hälsoval Region Jämtland Härjedalen	9
3.1.1 <i>Hearing med utförare</i>	9
3.2 Vårdval allmäntandvård för barn och unga vuxna	10
3.2.1 <i>Hearing med utförare</i>	10
3.3 Vårdval medicinsk fotvård	11
3.3.1 <i>Dialog med fotvårdare</i>	11
4 DISKUSSION	12
4.1 Hälsocentralernas ansvar för akut vård.....	12
4.2 Förflyttning av vård från sjukhus till hälsocentral.....	14
4.3 Kontinuitet i vårdkontaktarna	16
4.4 Kostnadsansvar för sjukresor	17
4.5 Kommunala särskilda boenden	18
4.6 Översyn av krav gällande IT-säkerhet.....	21
4.7 Kravuppfyllnad.....	22
4.8 Tydlighet och överblickbarhet i beställningen.....	24
4.9 Allmäntandvård för barn och unga vuxna.....	24
4.9.1 <i>Statistik folktandvården</i>	25
4.9.2 <i>Omvärldsspaning</i>	27
4.9.3 <i>Socioekonomisk faktor</i>	28
4.9.4 <i>Sistahandansvar</i>	29

4.10	Medicinsk fotvård	30
4.11	Sistahandsansvar	31
4.12	Riktade hälsosamtal	31
5	RESULTAT MED FÖRSLAG	33
5.1	Hälsocentralernas ansvar för akut vård.....	33
5.2	Förflyttning av vård från sjukhus	33
5.3	Kontinuitet i vårdkontakterna	33
5.4	Kostnadsansvar för sjukresor	34
5.5	Kommunala särskilda boenden	34
5.6	Översyn av gällande IT-säkerhet	34
5.7	Kravuppfyllnad.....	34
5.8	Tydlighet och överblickbarhet i beställningen.....	35
5.9	Allmäntandvård för barn och unga vuxna.....	35
5.10	Medicinsk fotvård	35
5.11	Sistahandsansvar	36
5.12	Riktade hälsosamtal	36

1 Inledning

Inför översynen av hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2021 inrättade regionstyrelsen en politisk styrgrupp med representanter från majoriteten och oppositionen. När resultatet i form av en rapport redovisades upphörde styrgruppen. Erfarenheter från det arbetet visade på ett fortsatt behov av politisk styrgrupp för hälsovalet. Regionstyrelsen lämnade därför ett förslag om inrättande av en styrgrupp eller vårdvalsutskott där även frågor om andra vårdval och arbete med andra privata vårdgivare t ex fysioterapeuter verksamma enligt Lag (1993:1652) om fysioterapiersättning (LOF) och läkare enligt Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) bör ingå. (RS/554/2019)

Regionstyrelsen såg positivt på förslaget om en politisk styrgrupp eller vårdvalsutskott men beslutade att frågan skulle hanteras inom översynen av den politiska organisationen. Ärendet överlämnades därför till fullmäktiges presidium som ansvarar för översynen av den politiska organisationen. Fullmäktiges presidium beslutade vid sitt sammanträde 2020-11-10 § 95 att i nuläget inte göra några förändringar i den politiska organisationen och därmed inte inrätta något vårdvalsutskott för vårdvalsfrågor. Fullmäktiges presidium överlät till regionstyrelsen att fatta beslut om hur de vill att vårdvalsfrågorna ska hanteras inom innevarande mandatperiod. (RS/2343/2016).

Regionstyrelsen beslutade att i nuläget inte tillsätta en permanent styrgrupp med utökat ansvar för samtliga vårdvalsfrågor utan det bör ingå som en del i översynen av den politiska organisationen inför kommande mandatperiod (RS/754/2020).

I stället beslutade regionstyrelsen den 18 december 2020, §235, om att inrätta en politisk styrgrupp för översyn av Hälsoval Region Jämtland, Vårdval allmäntandvård för barn och unga vuxna samt Vårdval medicinsk fotvård inför 2022.

Till styrgrupp utsågs:

- Robert Hamberg (m) sammankallande och ordförande
- Anton Nordqvist (mp)
- Håkan Nilsson (c)
- Ann-Marie Johansson (s)
- David Adervall (s)

De politiska sekreterarna har haft närvarorätt vid mötena.

2 Styrgruppens uppdrag

Styrgruppens förslag till förfrågningsunderlag för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2022, Vårdval medicinsk fotvård 2022 samt Vårdval allmäntandvård för barn och unga vuxna 2022 ska redovisas vid regionstyrelsen sammanträde i juni 2021.

En uppdragsbeskrivning togs fram som underlag för styrgruppens arbete med följande innehåll:

➤ **Hälsocentralernas ansvar för akut vård**

I nuvarande beslutat förfrågningsunderlag för Hälsovalet tydliggörs att deltagande vårdgivare har ansvar för listade patienter dygnet runt, veckans alla dagar. Det omfattar grundläggande akut och planerad vård och behandling inom området allmänmedicin. Vidare ska vårdgivaren medverka till att förhindra icke medicinskt motiverade besök/hänvisning till sjukhusets akutmottagning.

Resultatet av ovanstående åtagande, och då framförallt om sjukhusets akutmottagning belastas på grund av brister i åtagandet, följs idag inte upp på ett strukturerat och systematiskt sätt, vilket skapar en osäkerhet i vilken grad som deltagande vårdgivare uppfyller sitt åtagande. Med tanke på den belastning som sjukhuset, och inte minst akutmottagningen, tyngs av, är det viktigt att alla parter tar sitt ansvar, och i förlängningen också att Regionen har möjlighet att följa upp ansvarstagandet.

Mot bakgrund av ovanstående ska styrgruppen utreda vilka verktyg som Regionen i hälsovalet kan använda sig av för att dels följa upp ansvarstagandet, och dels för att styra mot att ansvarstagandet uppfylls, och återkomma till Regionstyrelsen med förslag på eventuella ändringar.

➤ **Förflyttning av vård från sjukhus till hälsocentral**

I förfrågningsunderlaget tydliggörs vad som förväntas av deltagande vårdgivare. Det står dock vårdgivarna fritt att erbjuda patienter ytterligare mottagningsbesök av öppenvård, inom andra specialiteter än allmänmedicin, under förutsättning att det sker inom ramen för hälsovalets ramar och ersättningsmodell. Det kan till exempel handla om en vårdgivare som har tillgång till ytterligare kompetens genom en läkare med dubbel specialistkompetens inom allmänmedicin och ortopedi, och därför erbjuder bedömningar inom ortopedi i den egna verksamheten.

I en region där geografi och avstånd är en återkommande utmaning att hantera, och där en stor andel av invånarna har en lång resväg till det enda sjukhuset, finns det ett stort mervärde i att kunna bedömas på en decentraliserad hälsocentral istället för en sjukhusmottagning. Den finns också en förebyggande aspekt i att kunna bedömas närmare hemorten genom att avståndet inte upplevs som ett hinder till att söka vård. I tillägg till att skapa mervärden för invånarna, så bidrar också förflyttningen till att avlasta Östersunds sjukhus och skapar bättre förutsättningar för att öka tillgängligheten där.

Mot bakgrund av ovanstående ska styrgruppen utreda hur Regionen i hälsovalet kan skapa incitament för vårdgivarna att med innovativa lösningar ta ett större ansvar i vårdkedjan

samtidigt som den medicinska kvaliteten och patientsäkerheten säkerställs och bibehålls, och återkomma till Regionstyrelsen med förslag på eventuella ändringar.

➤ **Kontinuitet i vårdkontaktarna**

Mycket forskning pekar på att vårdtagare med upprepade vårdkontakter hos en vårdgivare och en och samma kompetens gynnas, både i fråga om medicinsk kvalitet och upplevd kvalitet i vården. I hälsovalet ställs idag inga högre krav på vårdgivarna vad gäller kontinuitet än vad lagen gör, för att inte i för hög grad begränsa vårdgivarna i utvecklingen av vården. Samtidigt så kan det utifrån den forskning som finns på området finnas anledning för Regionen att vilja styra utvecklingen i den riktningen som forskningen visar att kvaliteten ökar.

Mot bakgrund av ovan ska styrgruppen utreda hur Regionen i hälsovalet kan styra mot en ökning av kontinuiteten i vårdkontaktarna utan ökad kravställning, och återkomma till Regionstyrelsen med förslag på eventuella ändringar.

➤ **Kostnadsansvar för sjukresor**

I och med inrättandet av en central sjukresefunktion för beställning och bedömning minskar vårdgivarnas möjligheter att påverka vilka kostnader de bär.

Mot bakgrund av ovan ska styrgruppen utreda hur kostnadsansvaret för sjukresor bör fördelas inom ramen för hälsovalet, och återkomma till Regionstyrelsen med förslag på eventuella ändringar.

➤ **Kommunala särskilda boenden**

Den 24 november 2020 beslutade Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att konstatera att brister har förekommit i samband med Covid-19-pandemin hos inom hälsovalet deltagande vårdgivare i det vårdåtagande vårdgivarna haft gentemot kommunernas särskilda boenden. Myndigheten konstaterar bland annat att boende vid särskilt boende inte fått vård och behandling utifrån den enskildas behov och att ställningstagande om och genomförande av vård i livets slutskede inte har skett i enlighet med gällande regelverk.

Samverkan med kommunala verksamheter i särskilda boenden regleras i hälsovalet som ett tilläggsuppdrag som är valfritt för vårdgivare att åta sig. Utifrån de initiala ställningstagandena som IVO har tagit finns det anledning att se över om Regionens styrning av samverkansarbetet med kommunala boenden är tillfredsställande, oavsett vad som blir myndighetens slutgiltiga ställningstagande efter Regionens svar.

Mot bakgrund av ovan ska styrgruppen utvärdera tilläggsuppdraget för särskilda boenden i sin helhet, och återkomma till Regionstyrelsen med förslag på eventuella ändringar.

➤ **Översyn av krav gällande IT-säkerhet**

Regionen arbetar ständigt med att se över och förbättra sin IT-säkerhet, ett nödvändigt arbete utifrån återkommande rapporter om aktiviteter och hot från främmande aktörer på området. Då Regionen bland annat hanterar en stor mängd med särskilt känslig persondata finns det anledning att återkommande säkerställa att data är skyddad. Eftersom att vårdgivarna genom hälsovalet bereds en väg in i Regionen IT-miljö, bör samma skydd gälla här.

Mot bakgrund av ovan ska styrgruppen utvärdera gällande krav på och villkor för IT-säkerhet och -rutiner hos deltagande vårdgivare, och återkomma till Regionstyrelsen med förslag på eventuella ändringar.

➤ **Kravuppfyllnad**

Hälsovalet är ett överlämnande av utförande från Regionen som beställare till en annan part. I det överlämnandet är det viktigt för Regionen att säkerställa att de krav som ställs uppfylls, särskilt med tanke på att överlämnandet i det här fallet handlar om invånarnas grundläggande hälsa. Det är viktigt att kraven som styrmedel är effektiva, och att det säkerställs att vårdgivarna uppfyller kraven

Mot bakgrund av ovan ska styrgruppen utreda om Regionens kravställning och uppföljning av kraven är effektiv och om och hur den kan bli bättre, återkomma till Regionstyrelsen med förslag på eventuella ändringar.

➤ **Tydlighet och överblickbarhet i beställningen**

Förfrågningsunderlaget med bilagor och tillhörande rutiner och styrdokument är Regionens medel för att tillse invånarnas allra grundläggande medicinska behov och hälsa. Det är därför viktigt att förfrågningsunderlaget som handling, i sin helhet, är tydligt och överskådligt så att invånare och alla inblandade parter, vårdgivare, administratörer, förtroendevalda och revisorer, har goda förutsättningar att läsa, förstå, utföra, följa upp och granska uppdraget i sin helhet utifrån sina respektive ansvarsområden.

Mot bakgrund av ovan ska styrgruppen utvärdera förfrågningsunderlagets disposition och definitioner, inklusive bilagor och rutiner och styrdokument, och återkomma till Regionstyrelsen med förslag på eventuella sådana ändringar, redaktionella eller övriga, som behövs för att tydliggöra uppdragets omfattning och villkor.

➤ **Allmäntandvård för barn och unga vuxna**

Vårdvalet för allmäntandvård för barn och unga vuxen ersätter idag utförare inom vårdvalet med en rak kapiteringsersättning. Styrgruppens uppdrag är att utreda om vårdvalets nuvarande ersättning är tillräcklig med avseende på de kostnader utförarna har för att ge vård samt om det finns behov av en differentierad ersättningsnivå som i högre grad överensstämmer med den variation i kostnader utförarna har för olika patient. Utöver förändringar av kapiteringsersättningen ska styrgruppen utreda och föreslå förändringar som möjliggör fler utförare inom vårdvalet.

➤ **Medicinsk fotvård**

Vårdvalet för medicinsk fotvård ger patienter med diagnosgrupperna diabetes mellitus, reumatoid artrit och arteriell insufficiens i de nedre extremiteterna rätt till medicinsk fotvård. Styrgruppen ska utreda förutsättningar och konsekvenser av att patienter med medicinskt behov oaktad diagnos ska ges rätt till medicinsk fotvård. Styrgruppen ska utreda och föreslå förändringar som möjliggör fler utförare inom vårdvalet.

2.1 Tillägg till uppdraget

Vid Regionstyrelsens sammanträde den 24 mars 2021, § 44, beslutades om tillägg till styrgruppens uppdrag

➤ **Kommunala särskilda boenden**

I ett tillägg ska styrgruppen överväga om en förflyttning av medel inom hälsovalets ram bör göras så att en högre tilläggsersättning ges för ansvar av särskilt boende och korttidsplatser för att markera vikten av utökad tid av den delen av primärvårdens uppdrag.

➤ **Sistahandsansvar**

Regionen har som huvudman för sjukvården ansvar att se till att patienter i hela vårt län har tillgång till en fungerande primärvård. Det brukar kallas att regionen har ett sistahandsansvar. Regionen kan överlåta driften av hälsocentraler till privata utförare men inte överlåta sitt befolkningsansvar till enskilda vårdgivare. I praktiken är det egenregiverksamheten som haransvaret för att se till att upprätthålla en hälsocentralstruktur med utbud i varje kommun oavsett om ekonomin går runt för dessa enheter. Idag kompenseras inte egenregin för detta ansvar. Styrgruppen får i uppdrag att utreda hur sistahandsansvaret ska regleras ekonomiskt inom ramen för hälsovalet och vårdvalet för allmäntandvård barn och unga vuxna, där folktandvården har ett sistahandsansvar.

➤ **Riktade hälsosamtal**

I Regionplan 2021-2023 har Regionfullmäktige beslutat att Riktade Hälsosamtal ska införas från 2021. Regionfullmäktige har också avsatt 4 miljoner kronor för detta ändamål. Därefter har Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden i sina verksamhetsplaner angett mål där det framgår att hälsosamtalen ska driftsättas under 2021. En utredning har gjorts som beskriver vad som krävs för att kunna verkställa detta. Regionstyrelsen ger därför den särskilda politiska styrgruppen för vårdvalen uppdrag att vid utformning av förfrågningsunderlag för Hälsoval 2022 ska uppdraget för succesivt införande av Riktade Hälsosamtal inarbetas liksom ersättningsnivån.

3 Genomförande av uppdraget

Styrgruppen hade ett inledande möte för upplägg av uppdraget som därefter resulterade i fyra möten med fokus på uppdraget Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2022 samt fyra möten med fokus på de övriga vårdvalen. Därefter har ett avslutande avstämningsmöte genomförts. Samtliga möten har hållits via Teams.

Utifrån uppdraget har utförare och berörda kompetenser deltagit vid mötena och bidragit med inspel i de olika frågorna.

3.1 Hälsoval Region Jämtland Härjedalen

För frågor kring hälsovalet har, utöver representanter från Beställarenheten, kommunikationschef, utvecklingsstrateg för Reseservice samt informationssäkerhetssamordnare deltagit.

3.1.1 Hearing med utförare

Målgrupp: verksamhetschef/områdeschef

Frågor inför hearing;

Finns det något ni kan påverka för att minska era listades besök på akutmottagningen?

Vilka incitament skulle behövas för att med innovativa lösningar ta ett större ansvar i vårdkedjan?

Hur kan vi styra mot en högre kontinuitet?

Vilka förutsättningar behövs för att stärka vården på Säbo?

Budget och kostnadsansvar för sjukresor ingår idag i hälsovalet, vad skulle ni tycka om att detta istället centraliserades?

Deltagare Nya Närvården (NNV); Lars Boberg och Hans Boberg

Deltagare Fjällhälsan; Stina Hedengran

Deltagare Hälsorum Offerdal; Jessica Amarouche

Deltagare Ripan; Olle Christmansson och Helen Christmansson

Deltagare Närvård Frostviken; Maria Strängby

Deltagare regiondriven primärvård; Anna Fremner och Thomas Karlsson

Hälsocentralernas ansvar för akut vård

Fjällhälsan; Hur blir patienterna hänvisade till akuten? Upplever att de tar hand om "sina" patienter

Ripan; En kulturfråga, personer i Östersund står för den övervägande andelen av besöken. Hur bokar 1177 efter kl 17?

NNV; Upplever att det endast är blåljuspatienter som hänvisas till akuten

Egenregi; Anser sig ha rätt flöde men har en utmaning i Östersund där man behöver jobba mer med informationsinsatser

Förflyttning av vård från sjukhus till hälsocentral

NNV; Täckningsgraden visar på helhet och kontinuitet som borde ligga till grund för ekonomisk fördelning

Egenregi; Styrning mot täckningsgrad, däremot tveksam till olika specialiteter inom primärvården. Istället kan man använda specialiteterna som konsulter i styrningen ex Krokom använder sig av psykiatri i sina bedömningar. Upplever att det idag saknas flöde och styrning i uppdraget för psykisk hälsa liksom kompetenskrav.

Fjällhälsan; Önskar mer stöd från sjukhuset. Har idag gynekolog. Mer konsultverksamhet från specialistklinikerna borde införas.

Ripan; Vad är målet? Idag är det sjukhuset som bestämmer vad som ska finnas i primärvården. Har gynekolog, geriatriker och dermatolog men det finns inga incitament idag. Man måste bestämma mål och ersättning.

Kontinuitet i vårdkontaktarna

Ripan; Rätt kontinuitet är viktigt, ligger i uppdraget, ser då att mångbesökare minskar

NNV; En förutsättning för ekonomin och ligger i förståelsen hos vårdgivaren

Egenregin; Mätning bör gå i samtakt med beställaren

Kostnadsansvar för sjukresor

Egenregi; Upplever att det inte finns någon kravställning i hälsovalet. Bra med centralisering samt kostnadsansvar.

NNV; Svårt med uppstyrning kontra tillit, samt att mäta rätt. Bra med centralisering.

Offerdal; Bra med centralisering

Utöver hearingen har möjlighet funnits att lämna skriftliga synpunkter på uppdraget.

Representanter från den politiska styrgruppen deltog vid leverantörsträffen för alla utförare den 22 april för inspel i de beslutade politiska tilläggen. Rutiner kring läkarmedverkan vid särskilt boende och hemsjukvård diskuterades där en särskild grupp är utsedd att ta fram ett rutindokument. Även frågan om regionens sistahandsansvar utifrån huvudmannaskap togs upp.

3.2 Vårdval allmäntandvård för barn och unga vuxna

För frågor kring vårdval allmäntandvård för barn och unga vuxna har bedömningstandläkare, beställarchef samt folktandvårdens ekonom deltagit.

3.2.1 Hearing med utförare

Frågor inför hearing;

Snittkostnad/barn och ung vuxen

Finns det annat än ersättning som skulle göra att privattandläkare vill ha kvar uppdraget?

Hearingen hölls vid separata tillfällen mellan folktandvården och privata tandläkare

Folktandvården; Stefan Stjernström, områdeschef, Anneli Holm, verksamhetsutvecklare samt Bodel Göransson, ekonom.

De saknas idag ca 10 tandläkare och det är inom vissa delar av länet svårt att vara en attraktiv arbetsgivare då större delen av patienterna består av barn och unga vuxna.

Tidigare fanns en riskpott som fördelades till de som hade förhöjda kostnader inom vissa delar av barntandvården.

Snittkostnaden svår att räkna ut då regionen har problem med utdata i uppföljningsverktyget.

Deltagare privata; Veronica Borgh och Anna Haraldsson, privattandläkarföreningen
De beskriver att det finns ett behov att se över uppdraget men samtidigt svårt. Ersättningen täcker inte utgifterna och kostnaderna stiger med åldrarna.

Precis som folktandvården säger de privata att det är svårt att göra en beräkning av snittkostnaden.

Möjlighet till tak är en högt prioriterad fråga, men undantag borde göras för familjemedlemmar till redan listade. Svårt att säga ett bemanningsmål för tak då det kan variera beroende på storlek av klinik.

Det finns önskemål om att innehållet i bastandvården ses över.

3.3 Vårdval medicinsk fotvård

För frågor kring medicinsk fotvård har distriktsläkare och beställarchef deltagit.

3.3.1 Dialog med fotvårdare

Deltagare; Nadine Högdahl Sveg och Regina Eriksson, Östersund

De ger exempel på vilka diagnoser, utöver deras uppdrag, som de får remisser om. Det kan handla om ex demens, hyperhidros, stroke, demens och höftplastik. Nadine skickar tillbaka remisserna medan Regina i vissa fall behandlar och dessvärre inte får betalt av remitterande klinik.

4 Diskussion

Nedan följer en sammanfattning över dialogen i den politiska styrgruppen.

4.1 Hälsocentralernas ansvar för akut vård

I nuvarande beslutat förfrågningsunderlag för Hälsosvalet tydliggörs att deltagande vårdgivare har ansvar för listade patienter dygnet runt, veckans alla dagar. Det omfattar grundläggande akut och planerad vård och behandling inom området allmänmedicin. Vidare ska vårdgivaren medverka till att förhindra icke medicinskt motiverade besök/hänvisning till sjukhusets akutmottagning.

Resultatet av ovanstående åtagande, och då framförallt om sjukhusets akutmottagning belastas på grund av brister i åtagandet, följs idag inte upp på ett strukturerat och systematiskt sätt, vilket skapar en osäkerhet i vilken grad som deltagande vårdgivare uppfyller sitt åtagande. Med tanke på den belastning som sjukhuset, och inte minst akutmottagningen, tyngs av, är det viktigt att alla parter tar sitt ansvar, och i förlängningen också att Regionen har möjlighet att följa upp ansvarstagandet.

Mot bakgrund av ovanstående ska styrgruppen utreda vilka verktyg som Regionen i hälsosvalet kan använda sig av för att dels följa upp ansvarstagandet, och dels för att styra mot att ansvarstagandet uppfylls, och återkomma till Regionstyrelsen med förslag på eventuella ändringar.

Diskussionen har handlat om faktorer som spelar in gällande akutmottagningens besök, bl a läkarbemanningen på hälsocentralerna, jour- och beredskapsorganisationen inom primärvård i närområdet, möjlighet till röntgen vid hälsocentralerna samt hur 1177 hänvisar patienter då tjänsten inte alltid utförs av personal i Jämtland.

Antal kontakter / 1 000 list inv	2015	2016	2017	2018	2019	2020
2531 Svenstaviks hälsocentral	149	172	205	215	199	100
2533 Myrvikens hälsocentral	217	232	252	258	240	150
2551 Bräcke hälsocentral	188	225	240	229	232	126
2552 Kälarne hälsocentral	183	179	216	231	223	95
2571 Svegs hälsocentral	114	134	124	113	107	44
2573 Funäsdalens hälsocentral	87	88	110	115	83	38
2574 Fjällhälsan	113	129	151	165	124	40
2591 Krokoms hälsocentral	191	229	257	263	238	152
2592 Föllinge hälsocentral	169	207	236	260	241	121
2593 Hälsorum Offerdal	168	221	221	250	219	132
2610 Hälsocentralen Ripan			327	345	336	214
2611 Hammarstrands hälsocentral	184	215	231	232	195	99
2612 Stuguns hälsocentral	222	248	256	289	272	147
2631 Strömsunds hälsocentral	114	134	162	196	156	74
2633 Backe hälsocentral	129	170	184	197	196	86
2635 Närvård Frostviken	92	109	116	131	156	46
2636 Nya Närvården	134	138	189	193	171	76
2661 Järpens hälsocentral	145	161	183	193	178	82
2662 Åre hälsocentral	89	87	117	118	111	56
2663 Hallens hälsocentral	166	214	203	197	195	113
2681 Zätagränds hälsocentral	259	315	324	330	328	214
2682 Frösö hälsocentral	238	270	303	303	285	196
2683 Odensala hälsocentral	261	302	329	319	307	187
2684 Torvalla hälsocentral			388	404		
2685 Lugnviks hälsocentral	264	317	351	345	333	199
2686 Lits hälsocentral	196	219	255	271	265	156
2687 Brunflo hälsocentral	232	261	291	285	261	171
Totalt	198	230	256	261	244	145

Bild 1. Antal kontakter med akuten per 1 000 listade invånare

Besöken på akuten minskade rejält i samband med att pandemin startade . Akutmottagningen har tolkat det som att det uteslutande beror på pandemin. Det är främst medicinska barn som minskat men även minskat turistinflöde samt att förekomsten av vanliga infektioner såsom influensa och RS har minskat. Detta går i linje med siffror både nationellt och internationellt. Äldre personer samt riskgrupper har dragit sig för att söka akut samt att man gjorde en grundlig genomgång av alla som bodde på SÄBO och i större utsträckning vårdade dessa hemma.

Akutmottagningen för ingen statistik över hur många som blir hänvisade till akuten utan remiss. Personalen på akuten kan ha en känsla av att det är primärvårdpatienter som söker på akuten och en del säger att de blivit hänvisade av hälsocentralen men där finns flera parametrar att ta hänsyn till; Stämmer det att hälsocentralen hänvisat? Har patienten överhuvudtaget kontaktat hälsocentralen? Har hälsocentralen gett patienten en annan plan, tex besök om 3 dagar? Osv.

Alla regioner anslutna till 1177 vårdguiden använder sig vid sina bedömningar av RGS webb, rådgivningsstöd, för att alla som bedöms ska få råd och hänvisning utifrån samma underlag, oavsett var denvårdsökande befinner sig. Vid behov tas kontakt med jour- eller beredskapsläkare, i första hand för hjälp med kompletterande bedömning och hänvisning, såvida det inte bedöms som ”solklart” ambulansärende. Dagtid hänvisas alltid till hälsocentral i första hand. Lokalt på ortopedläkarnas önskan tar vi alltid kontakt med dom innan hänvisning till akutmottagningen, oavsett avstånd för vårdsökande.

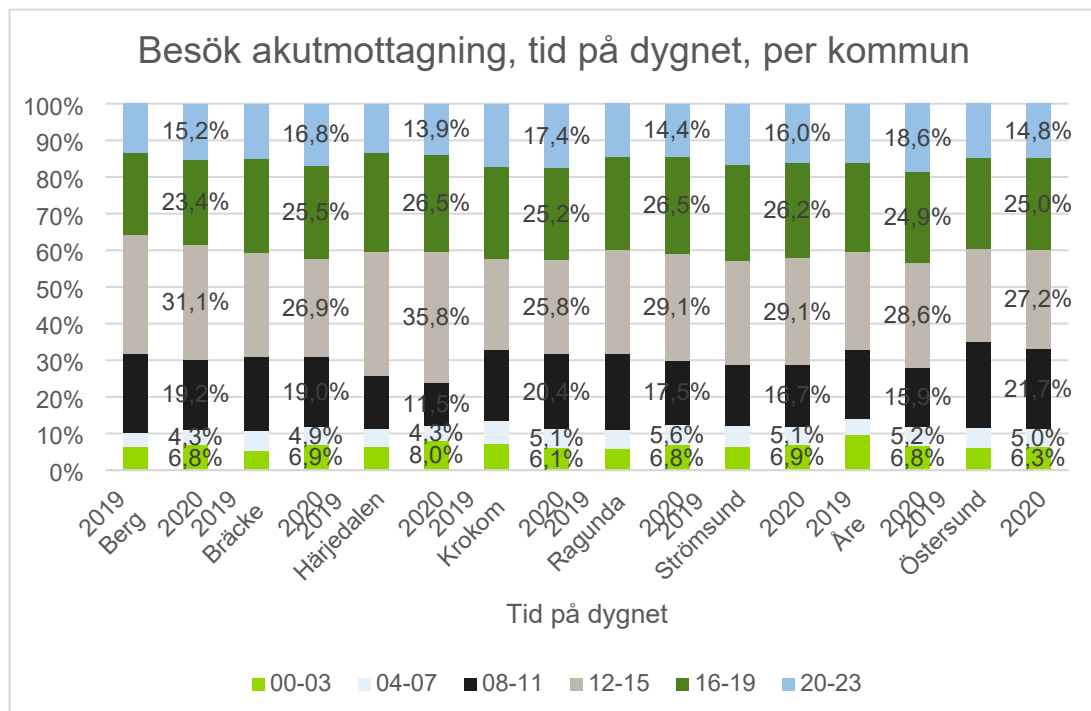


Bild.2 Besök akutmottagningen tid på dygnet

Flest besök på akutmottagningen sker mellan kl 12-15 och de vanligast förekommande diagnosgrupperna är ”annan specialiserad vård” och buksmärtor. Diagnosen ”annan specialiserad vård” (ICD kod Z718) används på akuten enbart av sjuksköterskor som bedömer, hänvisar till annan mottagning eller ger egenvårdsråd.

Ambulanssjukvården utför det man kallar för Vård på plats som innebär att personen av någon anledning inte åker med ambulansen ifrån platsen efter den medicinska bedömningen. De kan istället få medicinsk behandling på plats, egenvårdsråd, bli hänvisade till annat transportsätt (sjukresa), söka sjukvårdsinriktning på egen hand, ex egen bil eller kontakta hälsocentralen själv dagen.

Att få fram resultat som följer upp ansvarstagandet i primärvården visar sig svårt och vid hearingen med primärvårdens utförare är upplevelsen att primärvården har rätt flöde, med undantag för Östersund. Där handlar det om kultur och vana hos medborgarna och ett behov av informationsinsatser.

Ett sätt att minska besöken på akuten skulle kunna vara införande av remiss.

4.2 Förflyttning av vård från sjukhus till hälsocentral

I förfrågningsunderlaget tydliggörs vad som förväntas av deltagande vårdgivare. Det står dock vårdgivarna fritt att erbjuda patienter ytterligare mottagningsbesök av öppenvård, inom andra specialiteter än allmänmedicin, under förutsättning att det sker inom ramen för hälsovalets rammar och ersättningsmodell. Det kan till exempel handla om en vårdgivare som har tillgång till ytterligare kompetens genom en läkare med dubbel specialistkompetens inom allmänmedicin och ortopedi, och därför erbjuder bedömningar inom ortopedi i den egna verksamheten.

I en region där geografi och avstånd är en återkommande utmaning att hantera, och där en stor andel av invånarna har en lång resväg till det enda sjukhuset, finns det ett stort mervärde i att kunna bedömas på en decentraliserad hälsocentral istället för en sjukhusmottagning. Den finns också en förebyggande aspekt i att kunna bedömas närmare hemorten genom att avståndet inte upplevs som ett hinder till att söka vård. I tillägg till att skapa mervärden för invånarna, så bidrar också förflyttningen till att avlasta Östersunds sjukhus och skapar bättre förutsättningar för att öka tillgängligheten där.

Mot bakgrund av ovanstående ska styrgruppen utreda hur Regionen i hälsovalet kan skapa incitament för vårdgivarna att med innovativa lösningar ta ett större ansvar i vårdkedjan samtidigt som den medicinska kvaliteten och patientsäkerheten säkerställs och bibehålls, och återkomma till Regionstyrelsen med förslag på eventuella ändringar.

Omställningen till en God och nära vård tillsammans med nationell kunskapsstyrning, vårdförlopp samt personcentrering handlar mycket om denna fråga. Frågan är om det finns en önskan om att utöka beställningen av primärvård till att även gälla specialistvård eller om det är något som ska ses som en konkurrensfördel. Här kan införande av ett projekt vara ett alternativ.

Från 1 juli 2021 förändras definitionen av primärvård i Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (2017:30) och ett nationellt grunduppdrag för primärvården införs.

HSL 2 kap 6§

”Med *primärvård* avses i denna lag hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk *bedömning och* behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver *särskilda* medicinska *eller* tekniska resurser eller *någon* annan särskild kompetens”

HSL kap 13 A Primärvårdens grunduppdrag 1§

”Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt

1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,
2. se till att vården är lätt tillgänglig,
3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
4. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
5. möjliggöra medverkande vid genomförande av forskningsarbete.”

Fast läkarkontakt och kontinuitet kan vara ett sätt att mäta nuläget, täckningsgrad kan vara ett annat. Man kan fråga sig om hela länet låg på 80 % i täckningsgrad hur det skulle slå på produktionen på sjukhuset.

TÄCKNINGSGRAD

Definition

	2020	2019	2018	2017	2016
Funäsdalens hc	83%	84%	83%	83%	82%
Fjällhälsan	82%	81%	81%	80%	81%
Backe hc	81%	83%	85%	84%	85%
Sveg hc	80%	80%	80%	80%	75%
Närvård Frostviken	79%	79%	81%	83%	81%
Åre hc	78%	78%	78%	79%	80%
H-strands hc	76%	78%	77%	77%	78%
Kälarne hc	76%	75%	75%	73%	74%
Järpens hc	75%	76%	75%	76%	76%
Föllinge hc	75%	74%	73%	73%	74%
Nya Närvården	75%	75%	73%	74%	78%
S-sunds hc	73%	76%	77%	78%	78%
Hallens hc	71%	69%	70%	67%	69%
Hälsorum Offerdal	71%	69%	68%	71%	69%
Bräcke hc	71%	71%	73%	73%	74%
Svenstavik hc	70%	72%	71%	69%	72%
Stuguns hc	69%	70%	69%	67%	66%
Myrvikens hc	69%	69%	70%	70%	70%
Länet	66%	68%	67%	67%	
Krokoms hc	64%	64%	64%	63%	63%
Brunflo hc	63%	64%	62%	62%	61%
Lits hc	61%	61%	61%	62%	62%
Ripán hc	60%	61%	63%	69%	
Frösö hc	57%	58%	58%	57%	59%
Z-gränds hc	57%	58%	57%	55%	55%
O-sala hc	55%	58%	56%	55%	57%
Lugnviks hc	54%	57%	56%	55%	56%
Torvalla			55%	59%	

Bild 3. Täckningsgrad mäter primärvårdens andel av totala antalet öppenvårdsbesök i länet.

Det framkom tveksamheter till olika specialiteter inom primärvården vid hearingen med utförarna som istället föreslog specialiteterna som konsulter i styrningen samt ekonomisk styrning mot täckningsgrad. De anser vidare att det idag inte finns nåt mål i frågan, utan att det är sjukhuset som bestämmer vad som ska finnas i primärvården.

4.3 Kontinuitet i vårdkontaktarna

Mycket forskning pekar på att vårdtagare med upprepade vårdkontakter hos en vårdgivare och en och samma kompetens gynnas, både i fråga om medicinsk kvalitet och upplevd kvalitet i vården. I hälsovalet ställs idag inga högre krav på vårdgivarna vad gäller kontinuitet än vad lagen gör, för att inte i för hög grad begränsa vårdgivarna i utvecklingen av vården. Samtidigt så kan det utifrån den forskning som finns på området finnas anledning för Regionen att vilja styra utvecklingen i den riktningen som forskningen visar att kvaliteten ökar.

Mot bakgrund av ovan ska styrgruppen utreda hur Regionen i hälsovalet kan styra mot en ökning av kontinuiteten i vårdkontaktarna utan ökad kravställning, och återkomma till Regionstyrelsen med förslag på eventuella ändringar.

Kontinuitet kan styras genom målrelaterad ersättning eller avdrag vid ej uppnådda mål. En förutsättning för det är att det finns tillförlitlig statistik att tillgå, något som Region Jämtland Härjedalen inte haft sedan 2018. Från 2021 har regionen infört Medrave, ett mätverktyg för att utveckla sin verksamhet samt leverera statistik till Primärvårdskvalitet som är primärvårdens nationella kvalitetsregister.

Det nuvarande nationella mätetalet för kontinuitet i primärvården är patienter som haft 3 besök eller mer under de senaste 18 månaderna. Kontinuitetsmättet bygger på besök hos läkare eller sjuksköterska vid hälsocentralen och följer inte med om personalen byter till en annan arbetsplats. Kontinuitet kan bero på flera faktorer såsom svårigheter med bemanning, glesbygd, arbetssätt mm.

Det finns exempel från andra regioner över sätt att med olika tillägg eller avdrag ersätta mot högre kontinuitet. I dialogen framkommer funderingar på om det på annat sätt än genom ersättning går att ställa krav på ökad kontinuitet.

Ett antal nationella utredningar om fast läkarkontakt finns gjorda av [Socialstyrelsen](#) och en utgiven [rapport om kontinuitet](#) samt [fast vård- och läkarkontakt](#) av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Målet i överenskommelsen mellan staten och SKR för God och nära vård är att senast vid utgången av 2022 ska andelen i befolkningen som har en namngiven fast läkarkontakt i primärvård utgöra minst 55 procent. Samtidigt ska en 20-procentig ökning av kontinuitetsindex till läkare samt kontinuitetsindex för patientens totala kontakter ha skett i regionen. För de i befolkningen som bor på särskilt boende för äldre och som där får sin huvudsakliga hälso- och sjukvård ska andelen som har en fast läkarkontakt utgöra minst 80 procent och en betydande ökning av kontinuitetsindex till läkare ska ha skett.

För att få ta del av den statliga satsningen för god och nära vård 2021 ska en handlingsplan, gemensamt med kommunerna, för hur målet på kort sikt (2022) och på längre sikt (2025) lämnas till Socialstyrelsen senast den 1 september 2021.

Enligt utförarna, vilket framkom i hearingen, är att kontinuitet är viktigt och ligger i uppdraget då man ser att mångbesökare minskar.

4.4 Kostnadsansvar för sjukresor

I och med inrättandet av en central sjukresefunktion för beställning och bedömning minskar vårdgivarnas möjligheter att påverka vilka kostnader de bär.

Mot bakgrund av ovan ska styrgruppen utreda hur kostnadsansvaret för sjukresor bör fördelas inom ramen för hälsovalet, och återkomma till Regionstyrelsen med förslag på eventuella ändringar.

Martin Rosén, utvecklingsstrateg för Reseservice, redovisade nuvarande uppdrag för sjukresor samt kommande riktlinjer, vilka planeras träda i kraft det fjärde kvartalet detta år. Bedömning av rätt till sjukresor vilar idag på respektive sjukvårdsenhet vilket nu föreslås centraliseras till enheten för reseservice. Budget och kostnadsansvar för sjukresor ligger idag inom primärvården och hälsovalet samt i berörda delar även inom tandvården men som för övrig sjukvård är centraliserad. Med anledning av att reseservice framöver kommer att besluta vilka som får rätt till sjukresa, är frågan om även kostnadsansvar och budgeten för primärvården borde centraliseras. Det skulle innebära att utifrån 2020 års resultat drygt 7,3 mkr lyfts ifrån hälsovalsbudgeten.

I övrigt diskuterades hur det påverkar sjukresekostnader om den medicinska kompetensen inte finns vid bedömning av rätten till sjukresa samt om alla med rätt till sjukresa nyttjar den, vilket är svårt att svara på.

Listad HC Kostnadsställe	Antal listade patienter	Sjukresekostnader	Antal sjukresor
	År 2020	År 2020	År 2020
2531 - Svenstaviks hälsocentral	3 844	269 051	313
2533 - Myrvikens hälsocentral	3 434	169 934	86
2551 - Bräcke hälsocentral	4 298	384 422	528
2552 - Kälarne hälsocentral	1 153	191 674	353
2571 - Svegs hälsocentral	4 834	1 379 383	1256
2573 - Funäsdalens hälsocentral	2 234	301 513	291
2574 - Fjällhälsan	3 077		146
2591 - Krokoms hälsocentral	9 826	163 744	306
2592 - Föllinge hälsocentral	1 489	148 310	218
2593 - Hälsorum Offerdal	2 218		250
2610 - Hälsocentralen Ripan	6 841		227
2611 - Hammarstrands hälsocentral	3 805	499 457	833
2612 - Stuguns hälsocentral	1 150	88 637	115
2631 - Strömsunds hälsocentral	4 912	1 007 428	779
2633 - Backe hälsocentral	1 449	461 285	258
2635 - Närvård Frostviken	717		47
2636 - Nya Närvården	4 469		991
2661 - Järpens hälsocentral	4 675	416 014	666
2662 - Åre hälsocentral	5 727	319 065	175
2663 - Hallens hälsocentral	1 284	32 435	81
2681 - Zätastrands hälsocentral	12 245	57 572	530
2682 - Frösö hälsocentral	12 498	85 528	496
2683 - Odensala hälsocentral	13 351	141 359	920
2685 - Lugnviks hälsocentral	7 882	33 401	226
2686 - Lits hälsocentral	3 713	115 601	285
2687 - Brunflo hälsocentral	9 869	87 538	305
Summa	130 994	7 321 512	
Summa primärvård i egen regi	113 672	6 353 351	
Totalt inom Region JH (inkl PV)		47 267 241	

Bild 4. Sjukresekostnader primärvård 2020. Resultat för externa leverantörer är preliminära

He	Bef ers per listning 2104					Ers exkl sjukresor, 7,4 mkr, per listning 2104, Glesbygd 14%					Kostnad sjukresor 2020	Diff	Rel diff
	Listning 2104	Ers list inv	CNI	Glesbygd	S:a	Ers list inv	CNI	Glesbygd	S:a				
Svenstavik	3 856	8 015 301	5 540 235	3 606 328	17 161 864	7 991 289	5 523 660	3 316 789	16 831 738	269 051	-61 075	-0,4%	
Myrviken	3 445	7 436 832	3 719 759	3 002 255	14 158 846	7 414 553	3 708 630	2 761 215	13 884 398	169 934	-104 514	-0,7%	
Berg	7 301	15 452 132	9 259 994	6 608 583	31 320 710	9 232 290	6 078 003		30 716 136	438 985	-165 589	-0,5%	
Bräcke	4 228	8 812 387	6 049 813	5 012 015	19 674 215	8 785 988	6 031 713	4 609 618	19 427 319	384 422	-62 474	-0,3%	
Kälarne	1 110	2 564 401	1 375 092	1 489 078	5 428 571	2 556 718	1 370 978	1 369 525	5 297 222	191 674	60 325	1,1%	
Bräcke	5 338	11 376 788	7 424 905	6 501 094	25 302 786	11 342 706	7 402 691	5 979 144	24 724 541	576 096	-2 149	-0,0%	
Sveg	4 714	9 978 899	7 175 156	9 471 550	26 625 605	9 349 006	7 153 689	8 711 112	25 813 807	1 379 383	567 585	2,1%	
Funäsdalen	2 312	4 664 862	2 668 813	5 180 128	12 513 803	4 650 887	2 660 828	4 764 234	12 075 950	301 513	-136 340	-1,1%	
Härjedalen	7 026	14 643 761	9 843 969	14 651 678	39 139 408	14 599 893	9 814 517	13 475 346	37 889 757	1 680 896	431 245	1,1%	
Krokom	9 841	18 515 274	10 968 992	0	29 484 266	18 453 808	10 936 174	0	29 395 983	163 744	75 461	0,3%	
Föllinge	1 466	3 355 838	1 865 919	1 526 724	6 748 480	3 345 785	1 860 337	1 404 148	6 610 270	148 310	10 039	0,1%	
Krokom	11 307	21 871 112	12 834 911	1 526 724	36 232 746	21 805 593	12 796 511	1 404 148	36 006 252	312 054	85 660	0,2%	
Hammarstranc	3 799	7 993 644	5 789 617	4 604 011	18 387 272	7 969 698	5 772 295	4 234 371	17 976 365	499 457	88 549	0,5%	
Stugun	1 126	2 351 815	1 357 297	1 180 702	4 889 813	2 344 789	1 353 236	1 085 307	4 783 913	88 637	-17 263	-0,4%	
Ragunda	4 925	10 345 459	7 146 914	5 784 713	23 277 086	10 314 467	7 125 531	5 320 279	22 760 278	588 894	71 286	0,3%	
Strömsund	4 302	9 710 214	8 003 233	7 222 906	24 936 354	9 681 126	7 979 289	6 643 004	24 303 419	1 007 428	374 433	1,5%	
Backe	1 407	3 257 365	1 867 953	3 239 552	8 364 870	3 247 607	1 862 364	2 979 460	8 069 431	461 285	186 846	2,2%	
Strömsund	6 309	12 967 579	9 871 186	10 462 458	33 301 224	12 928 733	9 841 653	9 622 464	32 392 850	1 468 713	560 339	1,7%	
Järpen	4 735	9 188 303	8 144 935	5 279 152	22 542 391	9 090 988	8 120 567	4 855 308	22 066 863	416 014	-89 514	-0,3%	
Åre	5 973	10 453 164	6 432 837	6 407 680	23 353 681	10 421 850	6 473 411	5 893 223	22 788 491	319 065	-246 125	-1,1%	
Hallen	1 256	2 549 633	1 402 583	1 261 910	5 214 125	2 541 995	1 398 387	1 160 595	5 100 977	32 435	-80 713	-1,5%	
Åre	11 964	22 121 100	16 040 355	12 948 742	51 110 197	22 054 833	15 992 365	11 909 132	49 956 330	767 514	-386 353	-0,8%	
Z-gränd	12 284	22 656 227	19 004 913	0	41 661 141	22 588 356	18 348 054	0	41 536 410	57 572	-67 158	-0,2%	
Frisön	12 624	23 283 330	13 924 559	0	37 214 489	23 220 161	13 882 899	0	37 103 060	85 528	-25 301	-0,1%	
Odensala	7 869	26 286 988	19 797 989	0	45 080 824	26 287 673	19 227 679	0	44 945 998	140 689	6 689	0,0%	
Lugnvik	7 788	14 333 023	8 871 474	0	23 804 498	14 888 289	8 844 933	0	23 733 221	33 401	-37 875	-0,2%	
Lit	3 719	7 458 376	4 181 458	0	11 639 834	7 436 033	4 168 948	0	11 604 961	115 601	80 748	0,7%	
Brunflo	9 804	18 962 820	12 125 742	0	31 088 562	18 906 014	12 089 463	0	30 995 477	87 538	-5 547	-0,0%	
Östersund	59 724	113 597 332	76 892 014	0	190 489 347	113 257 031	76 661 967	0	189 918 998	520 999	-49 350	-0,0%	
Egen regi	113 894	222 375 264	149 314 248	58 483 392	430 173 504	221 709 039	148 867 526	53 788 517	424 365 142	6 353 351	544 989	0,1%	
Fjällhålan	3 162	6 780 543	3 923 628	6 817 905	17 522 076	6 760 230	3 911 889	6 270 520	16 942 639	177 072	-402 365	-2,3%	
Otiferdal	2 240	4 503 929	2 410 027	19 741 917	8 788 872	4 490 437	2 402 816	1 724 386	8 617 639	125 440	-45 733	-0,5%	
Gäddede	700	1 544 482	850 598	1 638 248	4 033 328	1 539 855	848 053	1 506 719	3 894 627	39 200	-99 501	-2,5%	
Nya Närvärder	4 403	9 560 943	5 899 161	7 274 937	22 735 041	9 532 302	5 881 512	6 690 858	22 104 671	246 904	-383 466	-1,7%	
Pipan	7 043	13 940 840	10 072 339	0	24 013 179	13 899 077	10 042 204	0	23 941 282	394 408	322 511	1,3%	
Entreprenad	17 954	36 330 736	23 155 752	17 606 098	77 092 496	36 221 901	23 086 474	16 192 483	75 500 858	983 024	-608 614	-0,8%	
TOTALT	131 448	258 706 000	172 470 000	76 090 000	507 266 000	257 931 000	171 954 000	69 981 000	499 866 000	7 336 375	-63 625	-0,0%	

Baserad på genomsnittlig kostnad/inv egen regi, 56 kr/inv

Bild 5. Preliminär förändring vid justering av glesbygdskostnader till 14% utifrån 2020 års kostnader.

Sett till resultat finns det inget direkt samband mellan avstånd och sjukresekostnader. Här kan åldersstrukturen för respektive hälsocentral spela roll.

Då glesbygdskostnaden i nuvarande budgetmodell avser att kompensera för bland annat merkostnader av sjukresor visar ovanstående bild hur det preliminärt skulle se ut om den faktorn sänktes från 15 till 14%. Vid hearingen med utförarna visades inga resultat över hur budgeten skulle se ut vid ett borttagande av kostnadsansvar, men ställdes sig positiva till principen.

4.5 Kommunala särskilda boenden

Den 24 november 2020 beslutade Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att konstatera att brister har förekommit i samband med Covid-19-pandemin hos inom hälsovalet deltagande vårdgivare i det vårdåtagande vårdgivarna haft gentemot kommunernas särskilda boenden. Myndigheten konstaterar bland annat att boende vid särskilt boende inte fått vård och behandling utifrån den enskildas behov och att ställningstagande om och genomförande av vård i livets slutskede inte har skett i enlighet med gällande regelverk.

Samverkan med kommunala verksamheter i särskilda boenden regleras i hälsovalet som ett tilläggsuppdrag som är valfritt för vårdgivare att åta sig. Utifrån de initiala ställningstagandena som IVO har tagit finns det anledning att se över om Regionens styrning av samverkansarbetet med kommunala boenden är tillfredsställande, oavsett vad som blir myndighetens slutgiltiga ställningstagande efter Regionens svar.

Mot bakgrund av ovan ska styrgruppen utvärdera tilläggsuppdraget för särskilda boenden i sin helhet, och återkomma till Regionstyrelsen med förslag på eventuella ändringar.

I ett tillägg ska styrgruppen överväga om en förflyttning av medel inom hälsovalets ram bör göras så att en högre tilläggsersättning ges för ansvar av särskilt boende och korttidsplatser för att markera vikten av utökad tid av den delen av primärvårdens uppdrag.

Ansvar för läkarmedverkan vid särskilda boenden (SÄBO) fördelas inom hälsovalet som ett tilläggsuppdrag, i första hand till den hälsocentral som ansvarar för det närområde där boendet ligger. I länet finns ca 1 600 platser fördelade på ca 60 SÄBO och korttidsboende. Idag ersätts SÄBO med 5 000 kr/plats/år och korttidsplatserna med 12 000 kr/plats/år. Läkarmedverkan vid kommunernas SÄBO och korttidsplatser regleras i samverkansavtalet med kommunerna från 2017-04-01.

I sammanhanget kan påpekas att de boende vid SÄBO har rätt att lista sig hos annan hälsocentral än den som ansvarar för boendet men kan då inte räkna med hembesök annat än vid akuta tillstånd.

Utifrån IVO:s kritik lämnade regionen i sitt yttrande, HSN/705/2020, följande svar:

- *Arbetet med omställning till god och nära vård fortsätter med ett stort antal aktiviteter som ger bäring på vården för personer boende på SÄBO och med hemsjukvård i ordinärt boende.*
- *Fast läkarkontakt i primärvården prioriteras för de personer som har störst behov. Boende på SÄBO och personer i ordinärt boende med hemsjukvård bedöms högst prioriterade.*
- *Under år 2020 har en specialist i allmänmedicin påbörjat specialisering inom geriatrik. Regionen har sedan tidigare en läkare med specialisering inom både allmänmedicin och geriatrik som regelbundet håller i fortbildning för SÄBO-läkare. Utifrån de geografiska förutsättningarna i regionen ska det även säkerställas att fortbildningen är tillgänglig digitalt.*
- *En åtgärd i det fortsatta kvalitetsarbetet för hälsocentralerna är att Lokalt Programområde, LPO, Äldres Hälsa och Palliativ vård ska sköta obligatorisk introduktion för alla SÄBO-läkare samt anordna obligatoriska utbildningsdagar för SÄBO-läkare och kommunernas sjuksköterskor.*
- *Arbetsrutinerna för läkare på SÄBO behöver kvalitetssäkras varför en uppdaterad och övergripande rutin är under utformning vilken beskriver vad som ska göras på SÄBO och hur arbetet ska dokumenteras. I korthet innebär denna rutin att varje person som flyttar in på SÄBO ska erbjudas läkarundersökning, inkluderande läkemedelsgenomgång och samtal kring behandlingsstrategi inom 6 veckor efter inflyttning på SÄBO. Detta ska sedan erbjudas minst en gång årligen. Även det fortlöpande arbetet beskrivs i denna rutin som är klar nu i början på år 2021. 5(5)*
- *Uppdaterad information om ansvar för smittspårning, inklusive provtagning och informationsinsatser ska förmedlas till samtliga primärvårdsläkare och cheferna vid länets alla hälsocentraler. Detta med fokus på vad som gäller för äldreboenden. Detta ska också tydliggöras i kommande förfrågningsunderlag för hälsoval.*
- *Primärvården har i budgeten för 2021 en resursförstärkning genom ökad ersättning i hälsovalets kapitering utifrån omfördelning inom regionen, samt fortsatt finansiering genom statliga medel för omställningen till god och nära vård.*

- *I regionens interngranskning av insatser på SÄBO konstaterades att SÄBO-läkarna behöver avsätta mer tid för SÄBO. I syfte att skapa förutsättningar för hälsocentralerna att öka tiden på SÄBO görs en omfördelning i resursfördelningen där en större ersättning ska utgå för SÄBO.*
- *Utifrån resultatet av interngranskningen har det även föreslagits att hälsocentralerna vid tillfälligt ökade behov av insatser från SÄBO-läkaren ska kunna söka särskild finansiering från hälsoval. Det gäller vid särskilda tillfällen så som exempelvis vid utbrott av smittfarlig sjukdom på SÄBO.*
- *Omställningsarbete till nya arbetssätt som förbättrar kvalitet och tillgänglighet till läkare på SÄBO genomförs inom omställningen till god och nära vård och utökas till samtliga hälsocentraler.*
- *Utifrån resultatet från regionens interngranskning föreslås hälsovalskansliet att utöka den årliga kvalitetsuppföljningen med ett antal parametrar relaterade till SÄBO.*

I en bilaga till yttrandet har regionöverläkare Urban Tirén tillsammans med distriktsläkare Kristina Seling tagit fram förbättringsrekommendationer för SÄBO som inte är Covid-19-specifika och sammanfattas nedan:

- *Det är uppenbart att det generellt sett behövs mer läkartid på SÄBO.*
- *För att kunna arbeta så proaktivt som möjligt bör en behandlingsstrategi göras i samråd med personen och helst även personens anhöriga vid inflyttning på SÄBO. Denna behandlingsstrategi behöver uppdateras i takt med att hälsoläget förändras. Behandlingsstrategin ska dokumenteras både i regionens och kommunens journal.*
- *Det medicinska tillståndet hos de som bor på SÄBO bör regelbundet följas upp med läkemedelsgenomgångar, samtal och klinisk undersökning.*
- *Läkare som är ansvarig för SÄBO med pågående utbrott av smittfarlig sjukdom bör plockas bort från all annan verksamhet för att kunna stötta sköterskor och övrig personal.*
- *Vitala parametrar bör kunna registreras på SÄBO. Till detta behövs syresaturationsmätare samt blodtrycksmätare i olika storlekar på alla SÄBO.*
- *Förbättrad journalföring behövs generellt, både vad det gäller dokumentation av kontakter med kommunernas sjuksköterskor och löpande uppdatering av sökord i Gemensamma dokument, framför allt Tidigare/nuvarande sjukdomar samt Behandlingsbergränsning/strategi. Nya läkare och sjuksköterskor ska kunna få en snabb överblick över patientens hälsoläge. Även skörhetsgrad bör dokumenteras i Gemensamma dokument. Befintliga rutiner kring dokumentation av konsultationer, ställningstagande till behandlingsbegränsningar samt läkemedelsbehandling ska följas.*
- *Det bör finnas en central kunskapsorganisation i Region Jämtland Härjedalen som erbjuder introduktionskurs för alla nya SÄBO-läkare samt fortlöpande utbildning för stationära SÄBO-läkare, liknande den organisation som redan finns för BVC- och MVC-läkare. Att delta i dessa utbildningar bör vara ett krav. Det finns redan idag uppskattade SÄBO-läkarträffar. En högre närvaro vid dessa måste eftersträvas. Troligtvis skulle kvalitén på den medicinska verksamheten SÄBO ökas ytterligare om också SÄBO-sköterskor erbjuds centralt anordnad utbildning.*

- Dessutom behövs en central rutin för medicinsk vård på SÄBO, gärna baserad på de rutiner som redan existerar på vissa håll i länet.
- Regionen behöver en kvalitetsuppföljningsorganisation för de medicinska insatserna på SÄBO som kontinuerligt analyserar relevanta parametrar och ger råd och stöd till förbättringar. Förbättringsbehov måste kunna identifieras på både individ-, hälsocentrals- och regionnivå.
- Den lokala kunskapsstyrningsorganisationen med LPO Äldres Hälsa och Palliativ Vård är central i pågående förbättringsarbete och bör ges utökade uppdrag.
- Den framtida kompetensförsörjningen av specialister i Allmänmedicin, Geriatrik och Palliativ medicin behöver säkerställas.

En fördubbling av ersättningen för SÄBO och korttidsplatser skulle kosta ca 9 mkr. Frågor som gruppen diskuterat är, utifrån bemanningsläget, om mer pengar skulle ge mer tid för läkarmedverkan till SÄBO.

Det finns idag inget mått på läkartid per boende och enligt utförarna är det inte heller något som önskas, det är behovet som ska styra. En annan synpunkt från utförarna är kopplingen till läkarmedverkan vid sjukvård i ”ordinarie boende” som ökar och som också är ambitionen för god och nära vård.

Arbetet med rutindokument har påbörjats både lokalt och centralt som när det är klart ska ingå in uppdraget för primärvården.

4.6 Översyn av krav gällande IT-säkerhet

Regionen arbetar ständigt med att se över och förbättra sin IT-säkerhet, ett nödvändigt arbete utifrån återkommande rapporter om aktiviteter och hot från främmande aktörer på området. Då Regionen bland annat hanterar en stor mängd med särskilt känslig persondata finns det anledning att återkommande säkerställa att data är skyddad. Eftersom att vårdgivarna genom hälsoalet bereds en väg in i i Regionen IT-miljö, bör samma skydd gälla här.

Mot bakgrund av ovan ska styrgruppen utvärdera gällande krav på och villkor för IT-säkerhet och -rutiner hos deltagande vårdgivare, och återkomma till Regionstyrelsen med förslag på eventuella ändringar.

Lars Christerson, informationssäkerhetssamordnare, redovisade det ökade kravet utifrån den politiska styrgruppens uppdrag.

Ökade krav	Kräver åtgärder
1. Bättre tekniskt skydd mot skadlig kod/cyberhot*	Bättre skydd av klientutrustning
2. Bättre medvetenhet om hot från phishing/cyberhot*	Genomför informationssäkerhetsutbildning för alla medarbetare (Saba Cloud)
3. Högre transparens för inträffade avvikelser - Ger möjlighet att göra korrigerande åtgärder - Ger möjlighet till bättre riskbedömningar - Ger högre medvetenhet om vad som kan gå fel	Säkerställ medvetenhet om vilka säkerhetshändelser som ska rapporteras som avvikelser
4. Bättre avbrottsplanering vid IT-avbrott	Bättre medvetenhet om vilka IT-stöd och telefonitjänster som är verksamhetskritiska Förbättrade reservrutiner för kritiska IT-stöd
4. Skydd för personuppgifter inkl. loggkontroll (åtkomst till patientuppgifter)	Utse och utbilda lokala rollen Registerkoordinator (som stöd till chef att hantera personuppgifter enligt GDPR)
5. Hantering av behörigheter i IT-stöden	Öka medvetenhet om att både för höga och för låga behörigheter innebär risker i informationshanteringen – kan äventyra patientsäkerheten Säkerställ att tilldelning av behörigheter riskbedöms enligt Patientdatalagrens krav samt krav från GDPR

* Med **cyberhot** menar vi här antagonistiska hot såsom intrång/angrepp, sabotage, utpressning via **ransomware**, bedrägeri, id-stöld och informationsläckage/stöld.

Bild 6. Ökade krav på informationssäkerhet.

Nedan visas förslag från informationssäkerhetssamordnaren till förändringar inför 2022:

- Tydliggör att Leverantören ska tillhandahålla en skriftlig redogörelse för hur man ordnat det tekniska skyddet mot skadlig kod på sina klientsarbetsplatser samt hur man skyddar sig mot phishingförsök.
- Tydliggöra att Leverantören ska utse en lokal registerkoordinator för att samordna hanteringen av personuppgifter inom vårdgivaren
- Tydliggöra att Leverantören ska arbeta med avbrottsplanering för kritiska IT-stöd genom att ta fram reservrutiner för användningen av dessa IT-stöd
- Tydliggör att Leverantören ska efterleva regionens regelverk för loggkontroller av åtkomst till patientuppgifter
- Tydliggöra att samtliga medarbetare hos Leverantören ska genomgå regionens obligatoriska e-utbildning i informationssäkerhet för medarbetare (i Saba Cloud) inom viss tid från att uppdrag/anställning påbörjats
- Tydliggöra att Leverantören ska utse en ”kontaktperson säkerhet” som kan rapportera uppföljande internkontrollpunkter avseende informationssäkerhet
- Tydliggör att regionen vid avslutat avtal åtar sig att förvara Leverantörens vårddokumentation samt upprätthålla sammanhållen journalföring med denna vårddokumentation
- Tydliggöra att Leverantören ska redovisa sitt informationssäkerhetsarbete via den årliga patientsäkerhetsberättelsen
- Tydliggör att regionen agerar personuppgiftsbiträde för de uppgifter som Leverantören är personuppgiftsansvarig för. Den skrivning som finns i nuvarande förfrågningsunderlag nämner det omvända – att Leverantören skulle vara biträde för regionen
- Tydliggör vikten av att Leverantörens rutiner för behörighetshantering dokumenteras och vid behov ska kunna visas upp vid internkontroll
- Tydliggör vilka e-hälsotjänster som Leverantören, inom ramen för 1177-tjänsternas utbud, ska förbinda sig att tillhandahålla
- Tydliggöra skrivningen om att Leverantören kommer att ingå i sammanhållen journalföring och vad detta innebär

Efter avstämning med regionens ansvariga jurist i frågor om informationssäkerhet går inte alla ovan nämnda synpunkter att ställa krav på då externa utförare är egna vårdgivare som enligt lagkrav ska ha egna rutiner utifrån samma lagkrav som regionen har. Det gäller t ex loggkontroll, gallring och utdrag av information enligt GDPR.

Hänsyn av relevanta förslag kommer att tas vid utformande av de olika vårdvalen inför 2022.

4.7 Kravuppfyllnad

Hälsovalet är ett överlämnande av utförande från Regionen som beställare till en annan part. I det överlämnandet är det viktigt för Regionen att säkerställa att de krav som ställs uppfylls, särskilt med tanke på att överlämnandet i det här fallet handlar om invånarnas grundläggande hälsa. Det är viktigt att kraven som styrmedel är effektiva, och att det säkerställs att vårdgivarna uppfyller kraven

Mot bakgrund av ovan ska styrgruppen utreda om Regionens kravställning och uppföljning av kraven är effektiv och om och hur den kan bli bättre, återkomma till Regionstyrelsen med förslag på eventuella ändringar.

Uppföljning av vårdgivare inom hälsovalet sker på samma sätt för alla utförare, oavsett driftform, som syftar till att säkerställa att vårdenheterna uppfyller kraven i avtalet inom hälsovalet. Uppföljningen ska också bidra till utvecklingen av primärvården i regionen samt att säkerställa att vårdenheterna upprätthåller en god medicinsk kvalitet.

Hälsovalet följer SKR:s basmodell för primärvård som utgår från Socialstyrelsens nationella indikatorer för god vård samt de mått och mätetal som regionstyrelsen fastslår in sin verksamhetsplan. Vårdgivarna lämnar årligen in en skriftlig verksamhetsberättelse med svar på frågor utifrån ställda krav och resultat av mätbara mått samt ekonomisk redovisning/bokslut. Därefter träffas beställaren och vårdgivarna för en enskild uppföljningsdialog som ibland kan resultera i krav på en handlingsplan. Utöver detta träffar beställaren utförarna samlat 2-4 gånger per år i en så kallad leverantörsträff. Övriga uppföljningar består av rapport från patientnämnden och mödrabarnhälsovården samt andra eventuella fördjupningar, som ex uppföljning av SÄBO. Process för uppföljning utärderas regelbundet.

Hälsoval Region Jämtland Härjedalen tillämnar i sin uppföljning för kvalitet en tillitsmodell där det idag inte finns någon målrelaterad ersättning med avdrag eller tillskott på uppnådda mål. Till det ska tilläggas att det finns en del svårigheter inom regionen att få ut tillförlitlig statistik på mätetal.

I förfrågningsunderlaget framkommer

- Om vårdgivaren lämnat ofullständiga eller felaktiga uppgifter har regionen rätt att innehålla den ersättning som är kopplad till dessa uppgifter i avvaktan på att fullständiga eller riktiga uppgifter lämnas.
- Om regionen efter utredning, som kommunicerats med vårdgivare, konstaterar brister som kräver att aktiva åtgärder vidtas av vårdgivaren kan regionen, beroende på bristernas omfattning och karaktär, förelägga vårdgivaren att vidta rättelse. Om rättelse inte vidtas får regionen ta ut vite tills dess rättelse sker. Vitet bestäms utifrån bristens art och omfattning upp till högst 50 000 kr/brist.
- Om vårdgivaren inte i tid levererar uppgifter såsom verksamhetsplan, rapporter, årsberättelser eller andra uppgifter som vårdgivaren enligt avtalet ska leverera till regionen, Sveriges Kommuner och Regioner eller myndigheter, utgår för varje handling ett förseningsvite om 5 000 kr/vecka, upp till maximalt 50 000 kr för varje tillfälle och handling.
- Om vårdgivaren inte uppfyller kravet på mottagande av patient enligt listningsreglerna, utgår ett vite om 1 000 kr/person/vecka. Maximalt utgår 10 000 kr/person och aktuellt tillfälle.
- Part kan säga upp avtalet om andre parten i väsentliga delar inte uppfyller avtalskraven och inte vidtar rättelse inom 30 dagar efter skriftligt påpekande från motparten.

Enligt nuvarande skrivning i förfrågningsunderlaget kan, när tillförlitliga data finns för mätning av vårdgarantin inom primärvård, vite för ej uppnått mål komma att införas.

4.8 Tydlighet och överblickbarhet i beställningen

Förfrågningsunderlaget med bilagor och tillhörande rutiner och styrdokument är Regionens medel för att tillse invånarnas allra grundläggande medicinska behov och hälsa. Det är därför viktigt att förfrågningsunderlaget som handling, i sin helhet, är tydligt och överskådligt så att invånare och alla inblandade parter, vårdgivare, administratörer, förtroendevalda och revisorer, har goda förutsättningar att läsa, förstå, utföra, följa upp och granska uppdraget i sin helhet utifrån sina respektive ansvarsområden.

Mot bakgrund av ovan ska styrgruppen utvärdera förfrågningsunderlagets disposition och definitioner, inklusive bilagor och rutiner och styrdokument, och återkomma till Regionstyrelsen med förslag på eventuella sådana ändringar, redaktionella eller övriga, som behövs för att tydliggöra uppdragets omfattning och villkor.

Till möte med styrgruppen bjöds kommunikationschef Sara Nilsson in för att delta i dialogen. Sara delade in frågeställningen i dimensioner av, information till medborgare, information till aktiva vårdgivare, information till presumtiva vårdgivare samt Tillgänglighetsdirektivet. Frågor som diskuterades var bl a upplägg och struktur av hälsovalets förfrågningsunderlag med bilagor, var man hittar förfrågningsunderlaget samt hur aktuella styr- och rutindokument som finns på hemsidan är.

Både majoritet och opposition har en önskan om att möjliggöra för medborgarna att kunna göra andra jämförelser än tillgänglighet och vårdutbud exempelvis kontinuitet när man tar ställning till vilken hälsocentral man vill tillhöra. Sara informerade om att all info till medborgarna numera går via 1177.se där man måste gå in på varje enskild hälsocentral för information om utbud mm. Inera har valt att ta bort den jämförande tjänsten då den inte nyttjades av många. En fundering är om det går att lägga in resultat av Primärvårdskvalitet under respektive kontaktkort på 1177.se alternativt på regionjh.se

Sara fick i uppdrag att inhämta information från Inera om möjligheten att redovisa jämförande parametrar via 1177 och i ett svar därifrån meddelar att de fått frågan om att återinföra tjänsten från flera regioner. Inera arbetar tillsammans med SKR om ett projektdirektiv där nya jämförelsetal ska kunna tas fram och visas på 1177.se. Det är dock oklart när någonting konkret kan vara på plats – för först och främst kommer behoven att utredas under våren 2021, och det är först efter det som det går att fatta beslut om vägval/lösning. Det finns också en tanke om att i samma veva även utveckla utseendet/funktionerna på kontaktkorten vilket då blir då ett större jobb, men kan behövas för att få till bra kvalitet i verksamheternas texter och hur dessa presenteras för invånaren. Det är också en viktig parameter som komplement till den mer ”hårda” sifferfaktan som kommer gå att utläsa ur jämförelsetjänsten.

4.9 Allmäntandvård för barn och unga vuxna

Vårdvalet för allmäntandvård för barn och unga vuxen ersätter idag utförare inom vårdvalet med en rak kapiteringsersättning. Styrgruppens uppdrag är att utreda om vårdvalets nuvarande ersättning är tillräcklig med avseende på de kostnader utförarna har för att ge vård samt om det finns behov av en differentierad ersättningsnivå som i högre grad överensstämmer med den variation i kostnader utförarna har för olika patient. Utöver förändringar av kapiteringsersättningen ska styrgruppen utreda och föreslå förändringar som möjliggör fler utförare inom vårdvalet.

Frågor som har lyfts i styrgruppen:

- Går det att få fram siffror för kostnader per vårdtillfälle?

- Hur ser det ut i andra regioner, hos de som har vårdval och de som valt att inte ha vårdval? Där lyfts Västerbotten som ett exempel.
- Går det att få fram tandhälsa och socioekonomiska resultat för åldersgrupperna?
- Finns det forskningsresultat att använda?
- Hur hanteras barn och unga vuxna i vissa diagnosgrupper med stora behov av tandvård?
- Finns det andra faktorer är listningsstak som skulle kunna påverka de privata utförarna att ha kvar avtal?
- Går det att ta fram underlag för hur det skulle slå om man ex fördelade ersättningen med 80% som ersättning/listad och 20% på CNI?

För att få inspel i frågorna bjöds företrädare från folktandvården och privattandläkarna in till en "hearing" vid ett möte, se punkt 2.2

Både folktandvården och representanterna för de privata utförarna anser att det är svårt att få fram en rättvis bild av snittkostnader per vårdtillfälle för barn och unga vuxna.

Barn och unga vuxna med stora behov av tandvård sköts både av allmäntandvård och specialisttandvården, beroende på vad problemet rör

4.9.1 Statistik folktandvården

Uppgifter och tabeller framtagna av Folktandvårdens ekonom.

Nedanstående bild visar folktandvårdens så kallade skuggdebitering vilket motsvarar den intäkt som skulle ha erhållits om barnen debiterats enligt tandvårdstaxan. Grafernas syfte är att visa förändring i vårdbehov. Beloppen i kronor ska inte användas som beskrivning av vad det kostar att utföra vården. Bilden visar den genomsnittliga skuggdebiteringen per patient fördelat på ålder 3-23 år. Medelvärde för 2019-2020 vilket är de år där alla åldrar finns representerade som omfattas av vårdvalet idag. En kontroll har gjorts även 6 år bakåt i tiden och samma mönster uppvisas oavsett vilka år som väljs.

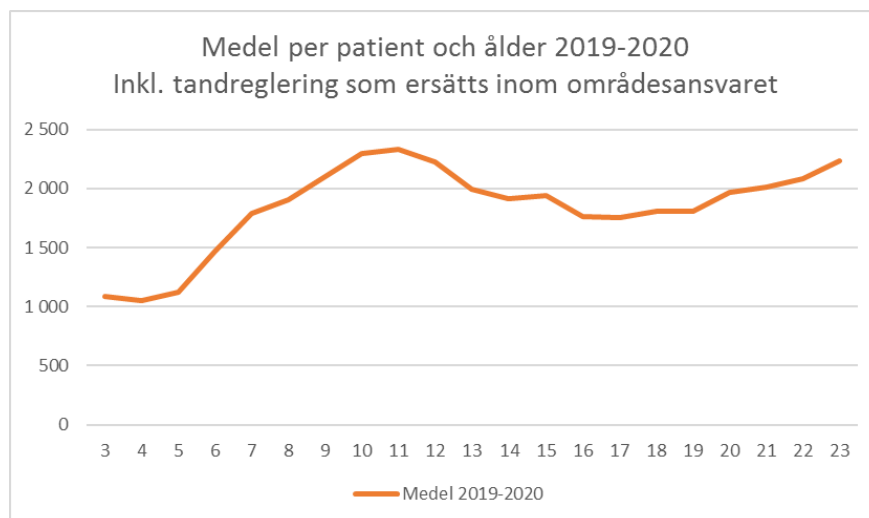


Bild 7. Medelkostnad inkl tandreglering som ersätts inom områdesansvaret

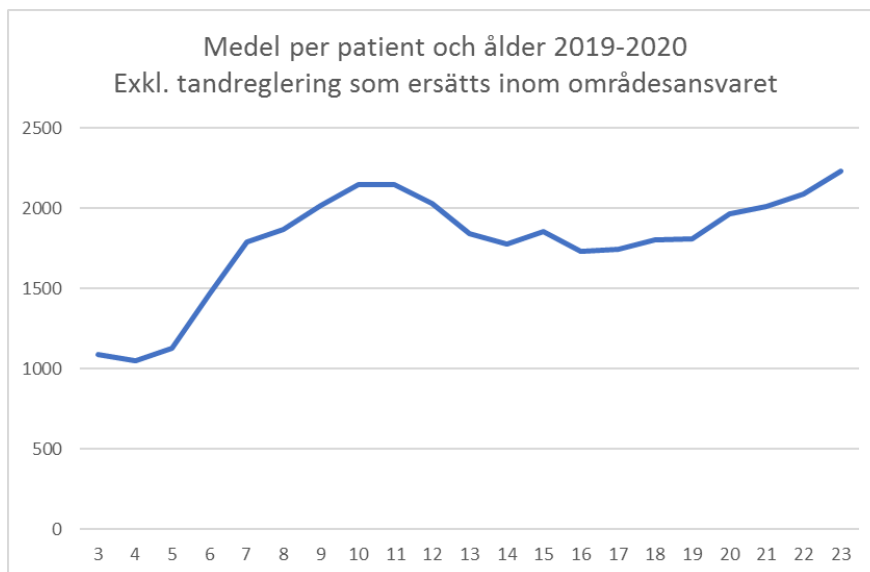


Bild 8. Medelkostnad exl tandreglering

Generellt kan man konstatera att gruppen 3-6 år kräver mindre resurser, färre åtgärder och därmed har en lägre kostnadsnivå för att sedan stiga. Gruppen 7-23 år ligger på en nivå, ”plata”, över den yngsta åldersgruppen.

Utfallet är avstämt med Folk tandvårdens verksamhetsutvecklare för att ge en tolkning av varför utfallet skiljer sig beroende på ålder.

I de yngsta åldersgrupperna utförs undersökningar med kortare intervall än i de äldre åldersgrupperna men den vård som utförs för de allra yngsta utöver undersökningar är inte så omfattande. De har inte fått sina permanenta tänder och bittet är långt ifrån färdigutvecklat.

Kurvan visar på en tydlig ökning när barnen blir något äldre vilket hänger ihop med att vårdprogrammet blir mer omfattande när barnen får sina permanenta tänder. Utöver vanliga undersökningar, som visserligen sker med glesare intervall, ska tandutvecklingen och bittet bevakas och tandregleringsbehandlingar startar. Mer åtgärder utförs på permanenta tänder än mjölk tänder för att förebygga ohälsa och behandla uppkomna skador.

Kurvan går sedan ner något när den mest intensiva bittutvecklingsperioden är över för att sedan öka igen. Övergången till vuxenlivet kan innebära förändrade levnadsvanor som påverkar tandhälsan. Ju äldre man blir desto mer åldras också tänderna och mer kan hända som ger ett vårdbehov. Vissa behandlingar kan inte heller utföras förrän patienten uppnått en viss ålder. Om kurvan utökas att omfatta även alla vuxna skulle den visa en stigande kostnad ju äldre patienten blir.

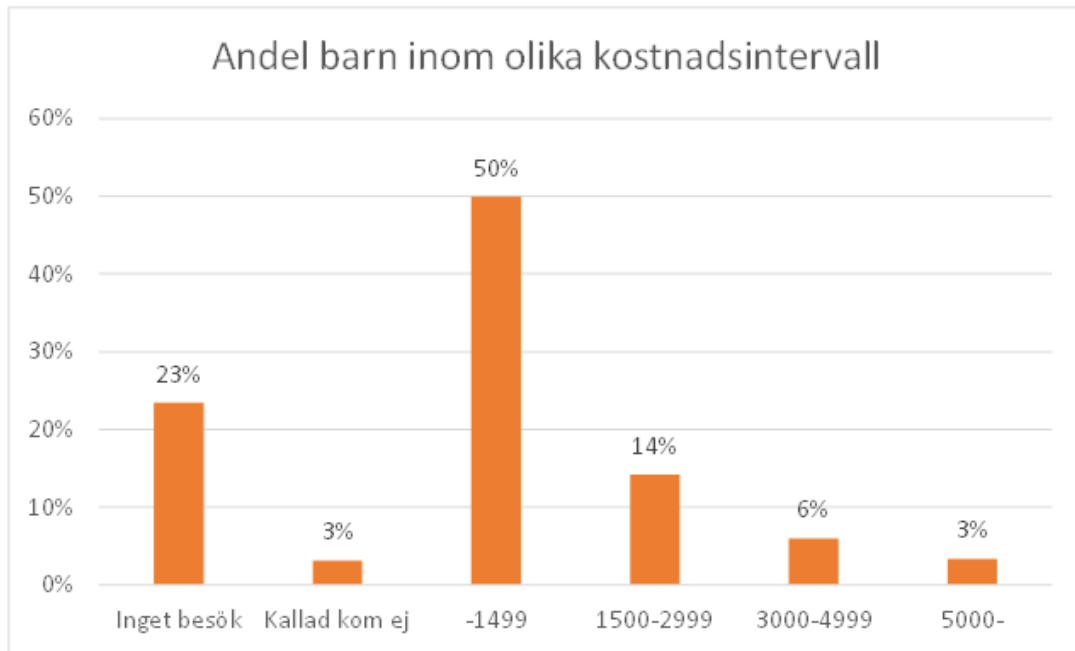


Bild 9. Kostandfördelning folktandvården

Andel barn 3-19 år av totalt antal listade patienter per klinik		
	Februari 2021	Förväntad ökning
Frösön	54%	
Strömsund	46%	
Krokom	46%	50%
Åre	41%	
Hammarstrand	40%	
Campus	40%	
Järpen	40%	
Sveg	39%	
Berg	39%	
Brunflo	37%	
Bräcke	37%	49%
Hede	31%	
Hoting	30%	
Gäddede	29%	
Funäsdalen	29%	
TOTALT	42%	
Förväntad ökning pga uppsägning från privata vårdgivare		

Bild 10. Procentuell fördelning barn och unga vuxna inom folktandvården

4.9.2 Omvärldsspaning

Samtliga regioner har kravspecifikationer för att få utföra allmäntandvård för barn och unga vuxna varav mer än hälften har det enligt Lagen om valfrihetssystem (LOV). Västerbotten inför LOV från 2022.

Ersättningsmodellerna varierar något men de flesta har en så kallad rak kapitering som innebär en fast summa per listad patient. Bland annat Halland, Kronoberg, Västra Götaland och Kalmar har infört en socioekonomisk faktor parallellt med epidemiologiska data. Skåne och Kalmar har också ett regelverk kopplat till särskilda patientgrupper.

Sörmland har en lägre ersättning för åldersgruppen 20-23 år vilket infördes några år innan det blev obligatoriskt för dessa åldrar. Utgångspunkten var att det skulle vara kostnadsneutralt jämfört med innan höjningen.

Ersättningen per listad patient varierar i landet 2019 mellan 1 043 kr och 1 588 kr.

Region Gävleborg erbjuder kostnadsfri tandvård t o m 24 år.

Möjlighet till begränsning av listade för privata utförare förekommer under max ett år inom några regioner.

Den nationella tandvårdsutredningen ligger nu på remiss hos regionerna för yttrande.

4.9.3 Socioekonomisk faktor

Forskningsresultat från Östergötland finns som säger att i socioekonomiskt utsatta områden är tandhälsan sämre. Även en rapport från Privattandläkarna belyser frågan.

De regioner som använder sig av socioekonomi som en faktor i fördelningen av ersättning brukar metoden CNI (care need index). För att få fram resultat används berörda parametrar hos föräldrar i åldrarna 3-17 år samt för myndiga personer.

En tillfällig körning har genomförts av SCB med uppgifter från regionens tandvårdsstöd för barn och unga vuxna. Nedan redovisas resultat per klinik vid införande av 80% ersättning per listad och 20% CNI

Ram barntandvård 2021				Bef fördelning	100% listning					
42 980 000				Ny fördelning	75% listning, 25% CNI					
Klinik	Listning	CNI	Bef fördelning		Ny fördelning		Summa	Diff ny förd - bef förd		
			Listning	CNI	Listning	CNI		Diff	Rel diff	
FTV Svenstavik	2 009	1,24	1 637 403	1 228 052	508 898	1 736 950	99 547	6,1%		
FTV Bräcke	1 678	1,27	1 367 627	1 025 720	434 766	1 460 486	92 859	6,8%		
FTV Funäsdalen	833	0,65	678 923	509 192	110 167	619 360	-59 563	-8,8%		
FTV Hede	750	1,08	611 275	458 457	165 627	624 083	12 808	2,1%		
FTV Sveg	1 457	1,51	1 187 504	890 628	446 847	1 337 475	149 971	12,6%		
FTV Krokomb	5 655	0,84	4 609 017	3 456 763	965 360	4 422 123	-186 894	-4,1%		
FTV Hammarstrand	1 515	1,30	1 234 776	926 082	402 681	1 328 764	93 987	7,6%		
FTV Gäddede	237	0,66	193 163	144 872	31 866	176 738	-16 425	-8,5%		
FTV Hoting	612	1,14	498 801	374 101	142 597	516 697	17 897	3,6%		
FTV Strömsund	2 662	1,29	2 169 620	1 627 215	702 329	2 329 544	159 923	7,4%		
FTV Järpen	2 396	1,40	1 952 821	1 464 616	685 257	2 149 873	197 052	10,1%		
FTV Äre	2 138	0,81	1 742 543	1 306 907	353 777	1 660 684	-81 859	-4,7%		
FTV Brunflo	3 450	0,75	2 811 867	2 108 900	530 101	2 639 002	-172 866	-6,1%		
FTV Frösön	8 803	0,89	7 174 744	5 381 058	1 597 412	6 978 470	-196 274	-2,2%		
FTV Campus	10 182	1,21	8 298 676	6 224 007	2 506 224	8 730 230	431 555	5,2%		
FTV kansli	72	3,80	58 682	44 012	55 676	99 687	41 005	69,9%		
Edling Katja	248	0,69	202 128	151 596	34 924	186 520	-15 608	-7,7%		
Narup Margareta	95	0,59	77 428	58 071	11 471	69 542	-7 886	-10,2%		
Hetta Pentti	22	0,76	17 931	13 448	3 428	16 876	-1 055	-5,9%		
Åström Brigitti	630	0,56	513 471	385 104	71 471	456 575	-56 896	-11,1%		
Storsjötandläkarna	269	0,53	219 244	164 433	29 051	193 484	-25 760	-11,7%		
Gudmundson Birgit	154	0,78	125 515	94 136	24 596	118 733	-6 782	-5,4%		
Malin Häggström	605	0,67	493 096	369 822	82 243	452 065	-41 031	-8,3%		
Jonsson Jonas	4	0,00	3 260	2 445	0	2 445	-815	-25,0%		
Ludwig Paul	213	0,79	173 602	130 202	34 396	164 597	-9 005	-5,2%		
Strömberg Reidun	89	1,02	72 538	54 404	18 536	72 939	401	0,6%		
Lagerfalk-Leijon Charlott	1 031	0,68	840 300	630 225	142 029	772 254	-68 046	-8,1%		
Olsson Fredrik	109	0,79	88 839	66 629	17 574	84 203	-4 635	-5,2%		
Dellborg & Nordin	325	0,60	264 886	198 665	39 512	238 176	-26 710	-10,1%		
Hellblom Johan	392	0,67	319 493	239 620	53 603	293 223	-26 270	-8,2%		
Borgh Veronica	627	0,50	511 026	383 270	63 258	446 528	-64 498	-12,6%		
Trønders Per	392	0,44	319 493	239 620	35 378	274 998	-44 495	-13,9%		
Sandqvist Kerstin	102	0,58	83 133	62 350	12 153	74 503	-8 631	-10,4%		
Helene Tangas	88	1,07	71 723	53 792	19 122	72 914	1 191	1,7%		
Hammerdals Tandklinik	706	1,02	575 414	431 560	146 816	578 376	2 962	0,5%		
Anna Haraldsson	120	0,55	97 804	73 353	13 337	86 690	-11 114	-11,4%		
Björk Tandhälsa	149	0,44	121 440	91 080	13 344	104 424	-17 016	-14,0%		
Åretandläkarna	410	0,61	334 164	250 623	51 338	301 961	-32 203	-9,6%		
Annelie Alenius	586	0,74	477 610	358 207	88 793	447 001	-30 609	-6,4%		
Marie Sinclair	488	0,50	397 737	298 302	49 874	348 176	-49 560	-12,5%		
Sandra Jansson	431	0,56	351 280	263 460	49 171	312 631	-38 649	-11,0%		
	52 734		42 980 000	32 235 000	10 745 000	42 980 000	-0	-0,0%		

Bild 11. Fördelning CNI

Enligt folktandvården korrelerar resultat av CNI inte med epidemiologiska resultat.

4.9.4 Sistahandansvar

Ur folktandvårdens budget avsätts medel för

- Akut tandvård, helger (utanför ordinarie kliniks öppethållande)
- Vård utförd av allmäntandvård på rekommendation av specialist främst tandreglering men även protetik
- Specialisttandvård
- Sistahandansvar för alla som inte gjort en aktiv listning.
- Tillgänglighetsansvar där folktandvården ska erbjuda vård på de orter som beslutats av regionen.
- Förebyggande arbete i samverkan med barnhälsovård, skolor mm
- Screening för att tidigt fånga upp riskbarn (0-2 år). Stödsamtal mm vid risk.

Folktandvårdens totala budget ingår inte i styrgruppens uppdrag men bör ses över i ett separat ärende.

4.10 Medicinsk fotvård

Vårdvalet för medicinsk fotvård ger patienter med diagnosgrupperna diabetes mellitus, reumatoid artrit och arteriell insufficiens i de nedre extremiteterna rätt till medicinsk fotvård. Styrgruppen ska utreda förutsättningar och konsekvenser av att patienter med medicinskt behov oaktad diagnos ska ges rätt till medicinsk fotvård. Styrgruppen ska utreda och föreslå förändringar som möjliggör fler utförare inom vårdvalet.

Exempel på frågor som styrgruppen har diskuterat är

- Går det att styra utifrån medicinskt behov istället för diagnosgrupper?
- Vad skulle ett utökat uppdrag kosta och hur skulle det finansieras?
- Går det att få fram underlag ur ett samhällsekonomiskt perspektiv?
- Hur skiljer man på medicinska- och omsorgsbehov?
- Vilka, förutom risken för amputation, är de medicinska riskerna med att inte få fotvård?
- Vilka insatser behövs för att inte få konsekvenser av dåligt skötta fötter?

Distriktsläkare Mats Mäki deltog i mötet för att svara på en del av frågorna. Han skulle önska att det fanns en fotvårdsskola som lär ut till patienter i preventivt syfte hur man tar hand om sina fötter. Bra om behov fick styra men det skulle vara svårt att dra gräns för vad som är ett medicinskt behov. Det finns idag andra diagnosgrupper som kan vara i mer behov av fotvård än de som är beslutade idag. Svårt att få fram underlag ur ett samhällsmedicinskt behov då det skulle krävas journalgranskning för samtliga diagnoser eftersom behov av fotvård inte registreras som ett sökord. Detsamma gäller för att räkna ut kostnaderna.

I en artikel i tidningen Fotterapeuten nr 4 från 2020 finns en sammanställning över hur andra regioner styr medicinsk fotvård. Där framkommer att hos några regioner är det medicinska behovet och inte diagnosgrupper som styr. Vid kontakt med berörda regioner framkommer att det i praktiken ändå gäller för usedda diagnosgrupper liknande vår region.

Inom de nationella riktlinjerna för diabetes och psoriasis beskrivs medicinsk fotvård som prioriterat men redovisar inte resultat ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Fotteamet på sjukhuset behandlar enbart patienter med diabetes typ 1.

Idag börjar det bli en brist på fotvårdare med avtal i Östersund och från i höst även Strömsund. Det finns fotvårdare i länet som väljer att inte ansluta sig till vårdvalet där en privat behandling enl uppgifter på webben, kostar mellan 430 kr till 1100 beroende på behandlingstid och ort. Ersättning för medicinsk fotvård räknades en gång ut på snittet för privata behandlingar. För att få till fler fotvårdare anslutna till vårdvalet har efter hearingen ett förslag på höjning av ersättningen kommit som ett sätt att få fler anslutna. En höjning av ersättningen till 650 kr, vilket för 2019 års resultat skulle motsvara en merkostnad med 300 tkr inkl uppräknings på LPIK på 2%.

Psoriasis är en grupp som diskuterats som tillägg för subventionerad fotvård inom regionen, I snitt har mellan 2-4% psoriasis i Sverige. Räknat på 4% motsvarar det ca 5 000 i

Jämtlands län. Om 1% av dessa skulle få fotvård fyra gånger per motsvarar det 1,3 mkr högre kostnad för primärvården. Uppgifter på antal från hudmottagningen saknas.

I och med införande av Nära vård behöver kommunens ansvar för medicinsk fotvård tas med i beaktande i kommande samverkansavtal.

4.11 Sistahandsansvar

Regionen har som huvudman för sjukvården ansvar att se till att patienter i hela vårt län har tillgång till en fungerande primärvård. Det brukar kallas att regionen har ett sistahandsansvar. Regionen kan överlåta driften av hälsocentraler till privata utförare men inte överlåta sitt befolkningsansvar till enskilda vårdgivare. I praktiken är det egenregiverksamheten som har ansvaret för att se till att upprätthålla en hälsocentralstruktur med utbud i varje kommun oavsett om ekonomin går runt för dessa enheter. Idag kompenseras inte egenregin för detta ansvar. Styrgruppen får i uppdrag att utreda hur sistahandsansvaret ska regleras ekonomiskt inom ramen för hälsovalet och vårdvalet för allmäntandvård barn och unga vuxna, där folktandvården har ett sistahandsansvar.

Ersättning för sistahandsansvar skiljer sig mellan primärvård och tandvården, där folktandvården avsätter en summa i sin budget för uppdraget.

Tillgång till hälsocentral och folktandvårdsklinik i varje kommun (då det finns särskilt landstingsfullmäktigebeslut på detta utbud) samt nyetablering vid avveckling av privat vårdgivare där inget annat vårdalternativ kvarstår är exempel på sistahandsansvar.

Utöver detta finns uppgifter och uppdrag som endast kan åtas av huvudmannen. Exempel på huvudmannaskap kan vara:

- Nyttillkomna uppgifter från staten som ej reglerats i förfrågningsunderlaget och som inte kan åläggas vårdgivarna inom grunduppdraget
- Forsknings och utvecklingsuppdrag
- Övergripande medicinska rådgivare och övergripande verksamhetsutvecklare
- Studierektors och huvudhandledarfunktioner
- Utbildningsverksamheter
- Samverkansansvar med andra huvudmän
- Planering för jour och beredskap

Region Värmland har ett dokument som reglerar ”Likvärdiga villkor för utförare inom vårdval” som tydliggör huvudmannaskap och sistahandsansvar. Styrgruppen anser att liknande dokument bör utformas för Region Jämtland Härjedalen och att respektive förfrågningsunderlag anpassas utifrån den skrivningen. Det kan innebära att vissa uppgifter inom hälsovalet överförs som en anslagsfinansierad verksamhet.

4.12 Riktade hälsosamtal

I Regionplan 2021-2023 har Regionfullmäktige beslutat att Riktade Hälsosamtal ska införas från 2021. Regionfullmäktige har också avsatt 4 miljoner kronor för detta ändamål. Därefter har Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden i sina verksamhetsplaner angett mål där det framgår att hälsosamtalen ska driftsättas under 2021. En utredning har gjorts som beskriver vad som krävs för att kunna verkställa detta. Regionstyrelsen ger därför den särskilda politiska styrgruppen för vårdvalen uppdrag att vid utformning av förfrågningsunderlag för Hälsoval 2022 ska uppdraget för succesivt införande av Riktade Hälsosamtal inarbetas liksom ersättningsnivån.

Styrgruppen har inte gjort någon djupare analys i frågan men tagit del av det underlag som finns i ärende RS/157/2021.

Frågan hanteras även inom regionens Folkhälsoråd.

5 Resultat med förslag

5.1 Hälsocentralernas ansvar för akut vård

Styrgruppen har uppmärksammat att det finns verktyg som mäter antal besök på akuten, tid på dygnet samt antal kontakter med akuten per hälsocentral. Dialog har förts med akuten, sjukvårdsrådgivningen och chefer i primärvården som alla säger att det är svårt att få fram relevant statistik om och på vilket sätt kontakt patienten tagit med primärvården före besöket på akutmottagningen. Med undantag för Östersund upplever hälsocentralerna att de har rätt flöde av patienter och har själva identifierat ett behov av informationsinsatser över vårdnivåer i Östersund.

Utredningen föranleder inga ändringar i förfrågningsunderlaget inför 2022.

Styrgruppen rekommenderar istället en utredning som föreslår åtgärder som får till effekt att personer som söker vård vid sjukhusets akutmottagning med vårdbehov som inte bedöms akuta i högre grad söker vård till rätt vårdinstans.

5.2 Förflyttning av vård från sjukhus

Förflyttning av vård från sjukhus med hjälp av primärvård och kommun är precis vad God och nära vård handlar om, liksom arbetet med nationella programområden (NPO) och kunskapsstyrning. Täckningsgraden kan vara ett sätt att mäta nuläget. Ett annat kan vara kontinuitet, fast läkarkontakt och fast vårdkontakt.

Vid hearingen med utförarna framkom tveksamheter till olika specialiteter inom primärvården utan föreslog istället återinförande av konsulter och ekonomisk styrning mot täckningsgrad.

Med anledning av det arbete som pågår med God och nära vård, NPO och nationella kunskapsstyrningen föreslår styrgruppen att det uppmärksammas med text i förfrågningsunderlaget samt en anpassning till den nya lagtexten i Hälso- och sjukvårdslagen för primärvårdens grunduppdrag.

5.3 Kontinuitet i vårdkontaktarna

Frågan har uppmärksamats på nationell nivå, inte minst genom de krav på handlingsplaner för kontinuitet och fast läkarkontakt som ställs i överenskommelsen mellan staten och SKR för regionerna att få ta del av medlen inom God och nära vård.

Enligt utförarna i hälsovalet är kontinuitet viktigt och ligger i uppdraget som en framgångsfaktor där man ser att mångbesökare minskar.

Styrgruppen föreslår att de nationella kraven på mål och mätning av kontinuitet, fast vårdkontakt och fast läkarkontakt införs i förfrågningsunderlaget för hälsovalet från 2022.

5.4 Kostnadsansvar för sjukresor

Då budget och kostnadsansvar redan idag hanteras centralt och även kommer att bedömas av en central funktion ses det som naturligt att kostnader och budget för sjukresor även för primärvård och tandvård centraliseras.

Styrgruppen föreslår att kostnadsansvar för sjukresor inom primärvården överförs till sjukreseservice. Det innebär att 7,5 mkr flyttas från hälsovalets budget till sjukreseservice och att glesbygdsfaktorn i ersättningsmodellen sänks till 14% av summan för ersättning per listad, CNI och glesbygdsersättning. Vidare föreslår styrgruppen att även kostnadsansvar och budget för tandvård överförs till sjukreseservice.

5.5 Kommunala särskilda boenden

Utifrån IVOs granskning av särskilda boenden har en intern utredning genomförts och i regionens yttrande har ett antal aktiviteter identifierats, bland annat ökad tid för läkarmedverkan vid SÄBO och korttidsplatser. Arbete pågår därefter med rutiner i frågan och som har intensifierats, vilka kommer att gälla för alla utförare oavsett driftform. Viktigt att i sammanhanget påpeka det ökade behovet av hälso- och sjukvård även i det ordinarie boendet vilket bör tas i beaktande framöver.

För det utökade krav på tilläggsuppdraget för SÄBO och korttidsplatser föreslår styrgruppen att ersättningen till vårdgivarna dubbleras och att 9 mkr tillförs hälsovalets budget.

5.6 Översyn av gällande IT-säkerhet

En gedigen genomgång av gällande informationssäkerhet har givits styrgruppen dock kan regionen juridiskt inte ställa alla förslagna krav på externa vårdgivare som ska ha egna rutiner utifrån samma lagkrav som regionen har.

Styrgruppen föreslår att möjliga förslag på krav och ändringar införs och redovisas i samtliga valfrihetssystem för 2022.

5.7 Kravuppfyllnad

Årsberättelse krävs av alla vårdgivare inom respektive valfrihetssystem.

Inom hälsovalet sker uppföljning enligt "SKR:s basmodell för primärvård" där beställarenheten har en årlig dialoguppföljning som kan komma att kräva en handlingsplan. För närvarande finns ingen målrelaterad ersättning men krav på vite inom vissa områden kan tillämpas.

Styrgruppen föreslår ett förtydligande i berörda förfrågningsunderlag om att samtliga krav följs upp och att det åligger vårdgivaren att meddela risk för bristande kravuppfyllelse.

5.8 Tydlighet och överblickbarhet i beställningen

Styrgruppen anser att behov finns för att sidor för vårdgivarna behövs göras mer lättillgängliga och användarvänliga samt att behov finns av jämförbar information för medborgarna. Ett problem som framkommit är att regionens dokumenthanteringssystem inte på ett enkelt sätt kan hålla reda på vilka dokument som berör hälsovalets vårdgivare, något som systemansvariga ser över.

Efter påtryckningar från flera regioner har SKR och Inera meddelat att de arbetar på ett projektdirektiv där nya jämförelsetal ska kunna tas fram och visas på 1177.se. Oklart när någonting konkret kan vara på plats, först och främst kommer behoven att utredas under våren 2021. Det finns också en tanke om att eventuellt även samtidigt utveckla utseendet/funktionerna på kontaktkorten vilket blir ett större jobb, men kan behövas för att få till bra kvalitet i verksamheternas texter och hur dessa presenteras för invånaren.

Styrgruppen föreslår att Kommunikationsenheten får i uppdrag att tillsammans med Beställarenheten gå igenom sidorna avsedda för vårdgivarna för att göra dem mer lättillgängliga och användarvänliga samt ta bort inaktuella styrdokument.

5.9 Allmäntandvård för barn och unga vuxna

Folktandvårdens ledningsgrupp föreslår ingen differentiering i ersättningsmodellen för vårdvalet då svårigheten är att "träffa rätt" och det förekommer stor spridning i åldersgrupper mellan dyra och billiga insatser. Folktandvården meddelar att resultat av CNI inte korrelerar med epidemiologiska resultat. Dessutom kräver en differentiering mer administration. Ingen av utförarna har heller framfört ett önskemål om en differentiering av ersättningen, däremot är samtliga överens om att en höjning behövs men redovisar ingen exakt siffra.

Den viktigaste faktorn för privata utförare är att kunna begränsa antalet listade.

Utifrån genomgång av frågorna föreslår styrgruppen en höjning från 2022 av ersättningen beräknad på dubbelt landstingsprisindex exkl läkemedel vilket motsvarar en höjning utifrån preliminära siffror med 5% med ett behov av ökad budget med 1,1 mkr kronor. Vidare föreslår styrgruppen möjlighet till begränsning av antal listade för privata vårdgivare för längre tid än 12 månader.

Styrgruppen har sen tidigare uppmärksammat behovet av en översyn av folktandvårdens anslagsfinansierade del.

5.10 Medicinsk fotvård

Inspel i frågorna har inhämtats av distriktsläkare och fotvårdare med avtal samt genom omvärldsbevakning. Önskemål om höjning av ersättning för behandling framförs av vårdgivarna. Behov och kostnader för medicinsk fotvård är svåra att beräkna liksom konsekvenser av att inte få fotvård. I de nationella riktlinjerna för diabetes och psoriasis prioriteras fotvård men finns inte beskrivet i övriga.

Med hänsyn till vad som framgår i de nationella riktlinjerna och för att främja hälsa för psoriasis föreslår styrgruppen att patienter med svår psoriasis på fötterna tillförs som en ny grupp som efter medicinsk bedömning kan få subventionerad fotvård upp till fyra gånger per år. Ersättningen till fotvårdarna höjs till 650kr per behandling. Utökade kostnader för dessa ändringar beräknas uppgå till ca 1 mkr som tillförs budgeten i hälsovalet, vilka har kostnadsansvaret, och fördelas i Ersättning per listad person och CNI.

5.11 Sistahandsansvar

Exempel på sistahandsansvar har identifierats och styrgruppen har fått tagit del av hur Värmland hanterar frågan i ett separat dokument. Gruppen är enig om ett liknande dokument behövs inom Region Jämtland Härjedalen.

Styrgruppen har tagit fram ett förslag för "Likvärdiga villkor för utförare inom valfrihetssystem i Region Jämtland Härjedalen". Förslaget hanteras och beslutas i ett separat ärende (RS/383/2021).

Förslaget påverkar även innehåll i förfrågningsunderlaget för hälsoval 2022 vilka framkommer ärende RS/60/2021.

5.12 Riktade hälsosamtal

Frågan om ersättning och avgifter hanteras i ett separat ärende som regionstyrelsen tidigare beslutat om. Styrgruppens uppdrag har varit att föreslå formulering i förfrågningsunderlag för hälsovalet.

Styrgruppen föreslår att riktade hälsoundersökningar och hälsosamtal införs succesivt från 2022 för åldersgrupperna 40,50,60 och 70 åringar. Formulering redovisas i ärendet om förfrågningsunderlaget för hälsoval 2022 (RS/60/2021). Rutiner hanteras i ett separat dokument beslutat av regionledningen.

Regionfullmäktige beslutade den 14 april 2021 att hälsosamtalen ska vara avgiftsfria. (RS/157/2021).