

Slutrapport

**Implementering av nytt arbetssätt inom
Primärvården till vuxna med
flerfunktionsneddsättning**

**UPPDRAGiL
Region Gävleborg**

Uppdragsnamn Implementering av nytt arbetssätt inom Primärvården till vuxna med flerfunktionsnedsättning

Uppdragsägare Roger O Nilsson, bitr. Hälso- och sjukvårdsdirektör Nära vård

Uppdragsledare Maria Bood, Hälsovalskontoret

Innehållsförteckning Sida

1.	Inledning	3
1.1	Behov av samverkan	4
1.2	Målgrupp	5
2	Syfte	5
3	Metod	5
3.1	Organisation	5
3.2	Genomförande	6
3.3	Utbildning till berörda hälsocentraler	7
3.4	Identifiering av brukare	7
3.5	Material	7
3.6	Ekonomisk ersättning	8
4	Resultat	8
4.1	Antal brukare	8
4.2	Enkätundersökning brukare/företrädare	8
4.3	Enkätundersökning personal PV	9
4.4	Enkätundersökning Vuxenhabilitering	11
5	Erfarenheter och observationer	11
6	Förslag till förbättring	12
7	Referenser	12
8	Beslut att godkänna slutrapporten	13

Bilagor

- bil. 1 Mall för kartläggningssamtal
- bil. 2 Informationsbrev till brukare
- bil. 3 Informationsbrev till företrädare
- bil. 4 Informationsfolder
- bil. 5 Ersättningsmodell
- bil. 6 Enkät till brukare/företrädare
- bil. 7 Enkät till personal

1	Inledning.....	3
2	Syfte	5
6	Förslag till förbättringar	12
	Överlämning	12
7	Referenser	12
8	Beslut att godkänna slutrapporten.....	13

Projektägare Roger O Nilsson, bitr. Hälso- och sjukvårdsdirektör Nära vård
Projektledare Maria Bood, Hälsovalskontoret

1 Inledning

Alla människor ska tillförsäkras tillgänglighet, delaktighet och jämlikhet. Detta är grundläggande principer i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Syftet med FN:s konvention är ”att främja, skydda och säkerställa det fulla och lika åtnjutandet av alla rättigheter och grundläggande friheter för alla personer med funktionsnedsättning och att främja respekten för deras inneboende värde” (ur FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning).

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet (SFS 1982, 2014).

”Alla människor ska bemötas och behandlas på ett likvärdigt sätt och få likvärdig tillgång till välfärdstjänster och service”. ”Lika för alla” leder dock inte till likvärdighet. Att göra jämlikt innebär att göra skillnad, det vill säga att erbjuda generella insatser till alla, men anpassade på ett sådant sätt att de motsvarar olika människors olika behov och förutsättningar. Att göra skillnad innebär också att skapa förutsättningar för människor att få sina mänskliga rättigheter tillgodosedda och påverka deras livsvillkor” (SKL 2011).

Enligt rapporten *Rätt till vård på lika villkor* erbjuds personer med funktionsnedsättning inte lika bra vård som övrig befolkning. Flera folkhälsoundersökningar visar att personer med funktionsnedsättning har sämre hälsa än majoriteten av befolkningen. Ohälsan har dels ett direkt samband med funktionsnedsättningen, men också med ekonomisk otrygghet, diskriminering och brist på tillgänglighet. Samsjukligheten är större bland personer med fysisk funktionsnedsättning, t ex är astma, diabetes, bröstcancer, högt blodtryck, mag- och tarmbesvär och benägenhet för stress, suicidtankar och suicidförsök vanligare i gruppen. Personer med funktionsnedsättning är en grupp som löper stor risk att drabbas av psykisk ohälsa. Senare års prevalensstudier visar en förekomst av psykisk ohälsa, som i genomsnitt är två till tre gånger så stor som i övriga befolkningen (Diskrimineringsombudsmannen 2012).

Socialstyrelsen definierar personer med flerfunktionsnedsättning som ”barn, unga och vuxna, som har en kombination av flera och omfattande funktionsnedsättningar som får betydande konsekvenser i den dagliga livsföringen inom alla eller de flesta livsområden. Det är frågan om personer som inte kan kommunicera sina basbehov och vars kommunikativa och kognitiva stödbehov kan vara svårbedömda” (Socialstyrelsens termbank) .

Projektägare Roger O Nilsson, bitr. Hälso- och sjukvårdsdirektör Nära vård
Projektledare Maria Bood, Hälsovalskontoret

Det är svårt att exakt beräkna målgruppens omfattning då det saknas nationell statistik kring andelen individer med funktionsnedsättning, men uppskattningsvis har ca 1 procent av befolkningen i Sverige intellektuell funktionsnedsättning, ca 1 procent autism och ca 0,2 procent rörelsenedsättning.

Erfarenhet visar att personer med komplexa funktionsnedsättningar kan ha svårt att hitta lämplig familjeläkare i primärvården. Gruppen med funktionsnedsättning är förhållandevis liten och geografiskt spridd och familjeläkarna är många till antalet. Detta leder till att den enskilde familjeläkaren endast träffar ett fåtal personer med svåra funktionsnedsättningar och därför har svårt att upprätthålla kompetens.

1.1 Behov av samverkan

Många vuxna med medfödd funktionsnedsättning har svårt att uttrycka sina vårdbehov men även ta ställning till olika behandlingsalternativ. De företräds ofta av personer (närstående, personal eller gode män) som har en god kännedom om den enskildes hälsohistoria och funktionsförmåga. Dessa kan utgöra ett stort stöd i vården. Det åligger dock vårdgivaren att, så långt som möjligt, kommunicera på ett sådant sätt att patienten själv kan vara delaktig i utredningen och i beslutet om behandlingen.

Inom denna målgrupp har många individer en nedsatt autonomi och är i behov av samordnade insatser från flera aktörer, t ex kommun, region, Försäkringskassan och Arbetsförmedling. När flera aktörer är inblandade i vården av personer med funktionsnedsättning kan samverkan ge positiva effekter, t ex underlätta för den enskilde att hitta rätt i vårdapparaten, skapa ett tillgängligt kontaktnätverk för individen och närstående, bidra till verksamheternas effektivitet genom bättre informationsöverföring mm (Socialstyrelsen, 2008).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen 5 kap.1§ (SFS 1982) ska hälso- och sjukvårdsverksamheten tillse att vården är lättillgänglig. Tillgänglighet innebär att hälso- och sjukvården i tid, rum och funktion är anpassad efter patientens behov. Anpassningar kan behövas i bl a bemötande, kommunikation och tid för besök. För att kunna erbjuda god tillgänglighet krävs att vården har kunskap om patientens behov.

- *Tidsmässig tillgänglighet* – i viss utsträckning behöver individer inom målgruppen längre besökstid för att kunna få ett gott bemötande, en korrekt bedömning, rätt behandling och uppföljning.
- *Fysisk tillgänglighet* – anpassning till miljö/lokaler behöver göras för att kunna ge optimal vård till målgruppen.
- *Informationstillgänglighet* – all vårdinformation behöver anpassas utifrån de förutsättningar personer med funktionsnedsättning har för att de ska kunna uppfatta informationen rätt.

Personer med funktionsnedsättningar har ofta många kontakter med olika delar av vården. När de är barn och ungdomar finns utarbetade system att arbeta efter, men efter 18 årsdagen räknas de som vuxna och som vilken patient som helst.

Projektägare Roger O Nilsson, bitr. Hälso- och sjukvårdsdirektör Nära vård
Projektledare Maria Bood, Hälsovalskontoret

Landstingsstyrelsen i Gävleborg beslutade den 3 september 2014 om genomförande av en habiliteringsutredning (LS 2014/822). Bakgrunden till beslutet var att vid tidigare genomförd rehabiliteringsutredning framkom att vuxna personer med flerfunktionsnedsättningar är en grupp som inte har ett optimalt omhändertagande inom hälso- och sjukvården. Primärvården har ett större hälso- och sjukvårdsuppdrag för vuxna än för barn och ungdomar. Primärvården upplever egna brister på kompetens då antalet patienter för varje hälsocentral är litet och vanan att behandla personer med medfödda eller förvärvade funktionsnedsättningar är komplex. Under våren 2014 kontaktades landstingsråden av brukarföreträdare som påtalade de problem som finns inom hälso- och sjukvården när brukarna uppnår 18 år. Utredningens förslag på åtgärder fastslogs av Hälso- och sjukvårdsnämnden 24 april 2015, (HSN 2015/116).

1.2 Målgrupp

Det berör personer med intellektuell funktionsnedsättning, och eller autism, förvärvade hjärnskador, neurologiska sjukdomar och kombinationer av dessa funktionsnedsättningar. I gruppen ingår också personer med behov av regelbunden uppföljning utifrån nationella vårdprogram. Flertalet i målgruppen har någon form av kommunikationssvårigheter och har till följd av sin funktionsnedsättning behov av ett anpassat bemötande. Målgruppen kan ha behov av samverkan mellan olika aktörer, t ex specialistvård, kommun och Försäkringskassan.

2 Syfte

Syftet med projektet är att,

- på minst en hälsocentral inom varje samverkansområde implementera förändrat arbetsätt för att möta målgruppens vårdbehov
- säkerställa att målgruppens vård inom Primärvården är sammanhållen och ges med kontinuitet

3 Metod

3.1 Organisation

En styrgrupp, bestående av bitr hälso- och sjukvårdsdirektör Roger O Nilsson, tidigare chef för HVK, Magnus Thureson, VC Kristina Lingman (VO BUH/BUP/VUH), VC B-O Staffas (Capio Gävle HC), VC Robert Hill (Doktorama), VC Anna Andersson (VO Ljusdal) och VC Susanna Björklund (VO Gävle) har följt utvecklingen av pågående förändringsarbete. Föredragande har varit implementeringsledare Maria Bood. Projektledare Åsa Linder har även deltagit i processarbetet.

Under hela processen har Länets Handikappersråd (LHR) kontinuerligt kallat implementeringsledaren för avrapporteringar.

Projektägare Roger O Nilsson, bitr. Hälso- och sjukvårdsdirektör Nära vård
Projektledare Maria Bood, Hälsovalskontoret

3.2 Genomförande

Nio hälsocentraler har tagit på sig uppdraget,

Gästrikland

Sandviken södra Din HC
Sandviken norra Din HC
Cario Gävle HC
Sätra Din HC

Hälsingland

Söderhamnsfjärdens HC
Oxtorget HC
Håstaholmens HC
Aleris Bollnäs HC
Ljusdal/Ramsjö Din HC.

Sandviken södra och norra Din HC och Ljusdal/Ramsjö Din HC började januari 2017 som pilotprojekt. De övriga anslöt vartefter och Aleris Bollnäs HC kom med maj 2018.

På två orter, Sandviken och Söderhamn, har teamen samverkat, men ansvarat för sina egna patienter.

Ur ordinarie personalgrupp har respektive HC bildat team, bestående av arbetsterapeut, fysioterapeut, läkare, sjuksköterska/undersköterska. Vid Ljusdal/Ramsjö Din HC och Söderhamnsfjärdens HC har även kurator deltagit i teamet.

Flertalet ur teamen har deltagit vid uppstartseminarium, där teamen fick arbeta med hur de skulle organisera arbetet och vilka patienter de ville prioritera att starta med.

Inledningsvis fanns inte sjuksköterska med i teamet, men behovet av en samordnande funktion i den dagliga verksamheten blev snabbt mycket tydlig. När hälsocentralerna i Gävle och Söderhamn gick med fanns funktionen vilket var en underlättande faktor.

Teamen på respektive hälsocentral träffas regelbundet, ca var 3:dje vecka. Tidsåtgången varierar, från 1- 2 timmar. Hälsocentralerna i Sandviken har avsatt tid för målgruppens läkarbesök i anslutning till teamtid. Detta möjliggör medverkan från övrig personal och direkt återkoppling till övriga teamet efter läkarbesöket. Vid övriga hälsocentraler ansvarar samordnaren för bokning av läkarbesök utifrån läkarens tidbok.

Representanter från Vuxenhabiliteringen, arbetsterapeut och/eller fysioterapeut och/eller kurator har medverkat vid teamträffarna, fysiskt på plats eller via länk. Efter samtycke från brukare/företrädare genomförs ett kartläggningssamtal. Om möjligt genomförs samtalet i brukarens hem. Samtalet ska beröra brukarens hela livssituation, utifrån WHOs klassifikation ICF (bil 1).

Återrapportering sker till teamet, hälsokontroll planeras in och vid behov genomförs SIP.

Projektägare Roger O Nilsson, bitr. Hälso- och sjukvårdsdirektör Nära vård
Projektledare Maria Bood, Hälsovalskontoret

SIPar har genomförts 10 – 15 gånger, varav flera har varit uppföljningar på tidigare SIPar.

3.3 Utbildning till berörda hälsocentraler

Hälsocentralerna har erbjudits utbildning av Vuxenhabiliteringen kring intellektuell funktionsnedsättning och Kom-X har erbjudit utbildning kring alternativ kommunikation. Utbildningarna har genomförts vid alla hälsocentraler förutom Aleris Bollnäs, då det tidsmässigt inte varit genomförbart ännu. För att öka kompetensen generellt har utbildningen erbjudits till all personal på hälsocentralen.

3.4 Identifiering av brukare

För att få tillgång till teamens insatser ska brukaren vara listad på någon av hälsocentralerna. Brukare har inledningsvis identifierats av teammedlemmar utifrån patientkännedom och med hjälp av fakturaunderlag från Hjälpmedel SAM. Information om arbetet har givits vid arbetsplatsträffar på respektive HC och till Barn- och ungdomshabiliteringen samt Vuxenhabiliteringen. Informationsmöten har genomförts till kommunernas omsorgsförvaltningar, flera assistansbolag och brukarorganisationer.

I Sandviken har även information lämnats till LSS-sjuksköterskor för att de tillsammans med brukare och omsorgspersonal ska genomföra en kartläggning av vilka brukare som kan vara aktuella. Samordnare i teamet och implementeringsledare har därefter gjort en prioritering. Kartläggningen har inneburit att 5-10 svar har inkommit och alla uppfyllde kriterierna för att erhålla teamets insatser.

3.5 Material

Under projektets tid har olika material utformats. Ett informationsbrev som skickas till företrädare och ett anpassat informationsbrev till brukare (bil 2, 3). Information finns i Hälsovalshandboken, på Samverkanswebben och på väntrumsskärmar på Barn- och ungdomshabiliteringen och Vuxenhabiliteringen. Arbetssättet omnämns även i Nationellt kliniskt kunskapsstöd (NKK), Region Gävleborg.

Till Barn- och ungdomshabiliteringen och Vuxenhabiliteringen har en folder tagits fram med information om hälsocentralernas arbete (bil 4).

Barn- och ungdomshabiliteringens personal uppmanas att rekommendera att ungdomarna som ska avslutas, listar sig på de hälsocentraler som medverkar i arbetet.

I journalsystemet PMO utvecklas en anteckningsmall för att bättre passa det inledande kartläggningssamtalet, mallen är strukturerad för att dokumentation ska kunna göras direkt vid besöket.

Vuxenpsykiatri (VUP) och neurologmottagningen erbjuder läkare på hälsocentralerna konsultstöd. VUP nås via telefon eller mail med överläkare Mats Rosengren, och neurologmottagningen nås via dagjourläkare. Vid enstaka tillfällen har kontakt tagits från HC, med goda erfarenheter.

Projektägare Roger O Nilsson, bitr. Hälso- och sjukvårdsdirektör Nära vård
Projektledare Maria Bood, Hälsovalskontoret

3.6 Ekonomisk ersättning

Hälsocentralerna som deltar i arbetet ersätts med 400.000:-/år, ersättningen ska säkra kompetens för uppdraget, säkra beredskap för arbetet, att lokaler och utrustning är anpassade efter målgruppens behov samt att hälsocentralen kan vara uppdaterad inom området. Ersättningen bygger på en modell från Region Sörmland (bil 5). Sedan oktober 2017 har även hälsocentralerna fått ersättning för hyrda hjälpmedel från Hjälpmedel SAM.

4 Resultat

4.1 Antal brukare

Antal brukare som ingår i teamens arbete är, 100 personer (2019-03-15), fördelade enligt följande:

Hälsocentral	Antal personer
Sandviken norra Din HC	14
Sandviken södra Din HC	10
Capio Gävle HC	14
Sätra Din HC	10
Söderhamnsfjärdens HC	10
Oxtorget HC	8
Håstaholmens HC	6
Ljusdal/Ramsjö Din HC	16
Aleris Bollnäs HC	12

4.2 Enkätundersökning brukare/företrädare

Under januari/februari 2019 har brukare/företrädare besvarat en kvalitativ enkät, 80 stycken distribuerades och 28 enkäter har besvarats, vilket ger en svarsfrekvens om 35% (bil 6).

Nedan följer en sammanställning av svaren.

Hur har din situation påverkats av HC förändrade arbetsätt?

Får inte den hjälp jag behöver, ingen större skillnad, för tidigt att utvärdera, bättre med AT/FT, mycket positivt, mer fokus på mej som individ, lättare få kontakt med HC, tryggt att ha samma team, tryggt med fast vårdkontakt, fler personer som känner till situationen, att inte bli ifrågasatt, bra med helhetssyn och kartläggning

Upplevelse av kartläggningssamtalet

Ytligt, nödvändigt, mycket bra, bra information, intresserad av mej, tagen på allvar, personlig

Användes kommunikationsstöd

Nej, ja, personlig assistent, föräldrar, kommunikationshjälpmedel

Upplevelse av 1:a läkarbesöket

Osäker läkare, jobbigt, bra, mycket positivt, tagen på allvar, grundligt, bra bemötande, påläst, lyhörd, engagerad, betryggande

Projektägare Roger O Nilsson, bitr. Hälso- och sjukvårdsdirektör Nära vård
Projektledare Maria Bood, Hälsovalskontoret

Tillgång till fast vårdkontakt

Nej, vet ej, ja

Flera uppfattar att det är läkaren som är fast vårdkontakt

Något som saknas

Fast vårdkontakt och uppföljning, kontinuitet hos personal, uppföljande kartläggningssamtal, direktnummer till fast vårdkontakt/läkare, samarbete mellan vårdgivare, hjälpmedel på HC

Övriga kommentarer

Tråkigt med personalomsättning, trodde det skulle bli mer skillnad, telefonlista, mycket nöjda, känner att de lyssnar och bryr sig, optimal trygghet

4.3 Enkätundersökning personal

Under oktober/november 2018 har personal i teamen besvarat en kvlitativ enkät, 40 stycken distribuerades och 20 stycken har besvarats, vilket ger en svarsfrekvens av 50% (bil 7).

Nedan följer en sammanställning av svaren.

Sandviken/Ljusdal

Vilka förändringar medför det nya arbetssättet?

Omfattande omhändertagande, total överblick, patienten får mer hjälp, teamkänsla

Hur fungerar bemanning i teamet och konsekvenser av bemanning?

Bra mix, ojämn belastning för olika professioner, avsaknad av läkare och samordnande sjuksköterska, sårbart vid byte av personal, teamtiden tar tid från andra patienter

Upplevelse av arbetssättets organisation

Fungerande arbetsflöde, strukturerat

Upplevelse av teamträffar, tidsåtgång, fokus på frågor

Vid start mycket tid, lagom lång tid, tideffektiva, hinner diskutera, rätt fokus ibland repetition

Implementeringsledarens roll/funktion

Bra stöd

Utbildningsbehov

Diagnoskunskap, SIP, info från andra aktörer, hjälpmedel

Erfarenhet av kartläggningssamtal och/eller SIP

Uttömmande samtal

Projektägare Roger O Nilsson, bitr. Hälso- och sjukvårdsdirektör Nära vård

Projektledare Maria Bood, Hälsovalskontoret

Kommande utmaningar och utvecklingsområden

LSS-patienter, bemanning, tidsåtgång i relation till andra patienter

Sätra/Capio/Söderhamn/Hudiksvall

Förhoppningar inför uppstart

Lära nytt, få en samlad bild av patienternas behov, inte medföra merarbete

Utfall

Inget merarbete, ny kunskap, mycket positiva erfarenheter

Farhågor inför uppstart

Merarbete, för lite kunskap och erfarenhet, tungt

Utfall

Inget merarbete, lättare att diskutera vid teamträffar, fått kunskap från andra, strukturerat arbete kring patienten

Upplevelse av tidsåtgång för arbetet

Hög arbetsbelastning påverkar, går i vågor, tar tid från annat arbete, inte påverkat ordinarie arbete

Upplevelse av arbetssättets organisation

Bra med tvärprofessionella kontakter, överskådligt, toppen

Upplevelse av teamträffarna

Välorganiserade och effektiva, lärrika, samlad kunskap

Implementeringsledares roll/funktion

Avgörande för att driva arbetet framåt, håller den röda tråden

Upplevelse av skillnad i patientarbetet

Närmare kontakt med företrädare, samlad bild med färre möten

Utbildningsbehov

Erfarenhetsutbyte med andra team

Erfarenhet av kartläggningssamtal/SIP

Lärorikt, bra planering för patienten

Inför fortsatt arbete

Behov av att lämna över inför pension, att arbetet får fortsätta

Projektägare Roger O Nilsson, bitr. Hälso- och sjukvårdsdirektör Nära vård

Projektledare Maria Bood, Hälsovalskontoret

4.4 Enkätundersökning Vuxenhabilitering

Involverad personal från Vuxenhabiliteringen har besvarat en kvalitativ enkät under oktober/november 2018

Vilka förändringar upplever ni

Förbättrat samarbete, tydligare rollfördelning, ökat hab-tänk på HC

Vilka konsekvenser får arbetssättet för VUX

Behov av prioritering för att undvika undanträngningseffekter

Utmaningar för VUX

Bemanning

5 Erfarenheter och observationer

För att underlätta för brukare och företrädare visar arbetet att det är nödvändigt att denna målgrupp har en namngiven fast vårdkontakt utsedd. För att upprätthålla kontakten bör den fasta vårdkontakten kontakta brukaren/företrädaren kontinuerligt för att ”checka läget”. Detta medför att frågor kan diskuteras innan de blir till svårigheter.

Många brukare och företrädare önskar direktnummer till fast vårdkontakt.

Teamen beskriver att arbetet har medfört att de har fått en helhetsbild av brukaren, vilket medför att det underlättar att bestämma vilka insatser som ska ges. Risken blir då mindre att insatser som inte efterfrågas ges och behandlingsresultat uteblir. Vakanser och täta personbyten är ett hinder för att kontinuitet. Flera team uttrycker en oro över bemanningssituationen på hälsocentralerna. Förändringar i personalgrupperna innebär behov av kontinuerlig utbildning i intellektuell funktionsnedsättning och alternativ kommunikation.

Samordnarna i teamen har träffats för att utbyta erfarenheter. Ytterligare träffar planeras. Det har även framkommit önskemål om att övriga professioner önskar utbyta erfarenheter samt gemensamma utbildningar.

För att ytterligare anpassa kommunikation behöver hälsocentralerna ta fram kommunikationshjälpmedel i form av enklare bildkartor.

Förändringsarbetet som griper in i verksamhetens ordinarie arbete på ett påtagligt sätt kräver en person som hjälper till praktiskt på ett underlättande sätt.

Närhetsprincipen blir ett hinder för brukaren som är listad på en hälsocentral, men bor i annan kommun. För brukaren är det viktigt att alla insatser från hälsocentralen hålls ihop av teamet.

Framgångsfaktorerna handlar om professionellt bemötande, kontinuitet, tillgänglighet, kunskap och samverkan, men även att det finns en varaktig struktur för omhändertagande av målgruppen, intresserad och engagerad personal samt stödjande chefer och ledare.

Projektägare Roger O Nilsson, bitr. Hälso- och sjukvårdsdirektör Nära vård
Projektledare Maria Bood, Hälsovalskontoret

6 Förslag till förbättringar

Personalen på hälsocentralerna behöver få ett fördjupat underlag vid avslut från Barn- och ungdomshabiliteringen. Avvikelser från rutinen förekommer vilket medför merarbete för personalen på hälsocentralen.

För att samordna insatser bör representant från teamet bjudas in till avslutande samtal när brukaren har varit på uppföljning vid Medicinska rehabiliteringskliniken i Sandviken. Detta skulle medföra minskat ”glapp” mellan vårdgivarna och att brukaren inte behöver vara förmedlande länk.

Frågå närhetsprincipen angående hembesök.

Ytterligare insatser behöver göras för att identifiera flera brukare som har behov av samordnat medicinskt omhändertagande.

Planering för hur brukare som väljer att inte lista sig på nischade hälsocentraler får sina vårdbehov tillgodosedda.

Överlämning

Slutrapporten överlämnas till projektägare under april 2019.

7 Referenser

Diskrimineringsombudsmannen (2012). *Rätt till vård på lika villkor*. (Artikelnr R4 2012) <https://www.do.se>

HSN 2015/116 <http://platina.lg.se> Slutrapport - genomförande av habiliteringsutredningens resultat

LS 2014/822 <http://platina.lg.se> Beslut om genomförande av habiliteringsutredning

SFS. (1982:763). *Hälso- och sjukvårdslagen*. <https://www.riksdagen.se>

SFS. (2014:821). *Patientlag*. <https://www.riksdagen.se>

SKL (2011). *Göra jämlikt är att göra skillnad. Vägledning för jämlik styrning och ledning*. <https://www.skl.se>

Socialstyrelsen (2008). *Samverkan i re/habilitering*. (Artikelnr 2008-126-4). <http://www.socialstyrelsen.se>

Projektägare Roger O Nilsson, bitr. Hälso- och sjukvårdsdirektör Nära vård
Projektledare Maria Bood, Hälsovalskontoret

8 Beslut att godkänna slutrapporten

	Ja	Nej
Har resultatet och ev restpunkter gällande projektmålen beskrivits?	X	
Har utfallet gällande tidplanen beskrivits?	X	
Har utfallet gällande kostnader/intäkter beskrivits?	X	
Har uppföljning av effektmål beskrivits genom hur, när och vem?	X	
Har erfarenheter och observationer beskrivits?	X	
Har förbättringsförslag beskrivits?	X	

JA NEJ Kommentar:

Beslut att godkänna slutrapporten

--	--	--

Datum:

Datum:

Roger O Nilsson
Projekt-/uppdragsägare

Maria Bood
Projekt-/uppdragsledare