

Samverkans- och avstämningsmöte om LOL, HSF – SLF, S-SPLF

Datum	30 maj 2023
Tid	16.00-18.00
Plats	Teamsmöte
Närvarande	Hannu Määttänen (S-SPLF) Rumiana Zlatewa-Cuenca (S-SPLF) Johan Styrod (SLF) Anja Beijar (SLF) Mikael Machado (S-SPLF) Richard Müller-Brunotte (S-SPLF) Mattias Jangard (S-SPLF) Anette Sjösten (S-SPLF) Björn Zachrisson (S-SPLF) Marina Skarbøvik (HSF) Britt Arrelöv (HSF) Mats Nilsson (HSF) Karin Bengtsson (HSF) Moa Östman (HSF)

1. Information/frågor från HSF**1.1 Synpunkter avseende mötesanteckningar från 15 februari 2023**

Rumiana tillägger som förtydligande då texten i tidigare sammanfattning punkt 1.3 upplevdes lite otydlig angående tidigare registrering av diagnoskoder i ARV som inte fungerat: Krav på diagnosregistrering i samband med ARV-registreringen påbörjades men lades ner då systemet inte klarade av det. Karin kollar upp detta och ändrar informationen vid behov.

Tillägg efter mötet: Rumiana har tillagt via mail till Karin att det först fanns årlig rapport med redovisning av bl.a. de tio vanligaste diagnoserna sin verksamhet, därefter skulle det rapporteras vilken typ av patienter man behandlade; läkarna hade en önskan om sammankoppling av diagnosrapporteringen till ARV med den obligatoriska rapporteringen till SoS Patientregister. HSF tillägger: HSN fattade i augusti 2020 beslut angående diagnosrapporteringen till Socialstyrelsen, men det kunde inte genomföras. Det finns i dagsläget inte planer på diagnosrapportering.

1.2 Nya medarbetare

Moa Östman – konsult som arbetar på HSF och hjälper till med olika administrativa uppgifter samt arbetar som objektspecialist för ARV-systemet.

Hon är hos oss under hela 2023.

Gunilla Brodda Jensen – Medicinskt sakkunnig som är utlånad från annan enhet under 2023.

Charlotte Björnmalm – Ny handläggare på enheten, har tidigare arbetat kliniskt som fysioterapeut. Tar över rollen som Christina Emilson tidigare haft.

1.3 Utredningen om småskalighet med mera

Konstateras att parterna sitter på ungefär samma information, vilket är att frågan/utredningen ligger på departementsnivå och bereds, och att vi återkommer till frågan när vi fått mer information.

1.4 Efterhandsgranskningar, iakttagelser

Efterhandsgranskning är en funktion/metod i ARV-systemet för att HSF enklare ska kunna göra uppföljningar av besöksrapportering hos vårdgivare kopplat till LOL och LOF. Vi har nu granskningsresultat från genomförda efterhandsgranskningar. Britt Arrelöv (medicinsk rådgivare/granskare) tillsammans med Christina Emilson (handläggare) har genomfört efterhandsgranskningar av journalanteckningar avseende cirka tre-fyra läkare.

Några generella iakttagelser redogör Britt för enligt följande.

- i. Från de granskningar som genomförts har bland annat bristfälliga journalanteckningar upptäckts hos majoriteten av de granskade vårdgivarna. Det finns många olika aspekter att ta hänsyn till vid journalföringen och besöksrapporteringen som är underlag för debitering. Det finns en problematik kring att debiteringsunderlaget är bristfälligt. Det gör att HSF kan begära återkrav av de pengar som betalats ut utan att det finns ett korrekt underlag som visar rätten till ersättning. Alla besök måste vara medicinskt motiverade för att ge rätt till ersättning, vilket vi märkt att det inte alltid är.
- ii. Det finns behov av att ytterligare sprida informationen kring debiteringsanvisningar och korrekt och tillräcklig journalföring.
- iii. Det förekommer brister avseende signering av journalanteckningar. I ett fall var inte en enda anteckning signerad, vilket sänker trovärdigheten/kvaliteten och väcker frågor om besöket ägt rum och vem som träffat patienten. Journalanteckningen måste kunna knytas till aktuell debitering av läkarvårdsersättning. Det är viktigt att journalerna i enlighet med gällande regel signeras i anslutning till besöket. HSF har dock inte hittat på några nya regler vid efterhandsgranskningen avseende signering, utan vill snarast nu uppmuntra till och betona att journalerna ju alltid bör vara signerade. Det är dock inte så att besök/åtgärder underkänts så att återkrav beslutats på grund av att journaler inte är signerade.
- iv. På fråga informeras att fördjupad uppföljning inte endast sker för utvalda läkare inom LOL utan det sker inom hela Region Stockholm.

- v. Det är inte Helseplan som gör alla granskningar, utan olika upphandlingar förekommer. Men Helseplan har ett upphandlat ramavtal kopplat till uppföljning och granskning.

1.5 Fördjupad uppföljning inom neurologi, rapport om resultat

En fördjupad uppföljning inom neurologi har genomförts. Journalgranskning som utförts av Helseplan har sammanställts i en granskningsrapport. Många viktiga och intressanta resultat. Hannu bekräftar att rapporten är tillgänglig och att det inte finns önskemål om att skicka ut på nytt. På fråga om granskarens sekretess bekräftas att Helseplans granskare är bundna av sekretess.

Fråga ställs om de tre neurologerna inom LOL blev utbetalningsstoppade innan resultatet från granskningen var klar, då detta kan upplevas lite rättsosäkert från läkarnas perspektiv, hur fungerar denna process, hur kunde man stoppa utbetalningar innan ett beslut? Från HSFs sida förklaras att det fanns ett preliminärt resultat men att rapporten inte var slutligt sammanställd inom förvaltningen. Resultaten, som i svaren från själva journalgranskningen, fanns och på grund av de stora brister som sågs fanns det skäl att innehålla fortsatta utbetalningar. Regionens utgångspunkt är enligt praxis att inte fortsätta att betala ut mer pengar när läkaren i fråga redan har ett återkrav mot sig som är större än läkarens krav på ”ny” läkarvårdsersättning, och regionen dessutom ser att pengar som betalas ut skulle behöva krävas tillbaka längre fram. Beslutet kan prövas på så sätt att den som inte får ut läkarvårdsersättning kan stämma regionen vid allmän domstol (första instans tingsrätt) och begära läkarvårdsersättning. Det är regionens inställning baserat på LOL och rättspraxis att läkaren har bevisbördan för rätten till läkarvårdsersättning. Vid ytterligare frågor kring denna process så kan vi återkomma till detta.

1.6 Debiteringsanvisningar

Debiteringsanvisningarna behöver uppdateras, skrevs 2015. Ett förslag har tagits fram, men har inte publicerats än.

2. Information/frågor från SLF, S-SPLF

2.1 Frågeställningar avseende kommunikation med HSF, sammanfattning även avseende LOV-frågor

Den politiska ledningen har betonat vikten av dialog. De önskar en förbättrad dialog och alltid förankring med professionen inför beslut som rör vården. Hur tänker HSF att dialogen kring viktiga beslut kring sjukvården ska ske för den Småskaliga Vården inom Vårdval?

Önskan om att ha återkommande möte oftare tillsammans med andra vårdval. Finns mycket gemensamt mellan de olika vårdvalen där det finns samma typer av problem, ses ett värde av ett forum där vi kan diskutera mindre frågor och problem tillsammans med andra vårdval där vi kan diskutera detta

gemensamt. Kan finnas ett intresse och behov för HSF att få insyn i vårdvalen. Ömsesidigt utbyte.

Vi önskar bättre samverkan mellan slutenvården och de färre aktörerna inom Vårdval vilket leder till att resurser används mer effektivt. Så var det från början när Vårdval för somatiska specialiteter kom till (2012) men det har blivit mer polariserat nu. Sjukhusen skulle avlastas, tillgängligheten och kontinuiteten för patienterna skulle förbättras.

Vårdval är ju både storskalig vård (Capio, Aleris, GHP, mm) samt mindre läkarägda specialistläkarmottagningar/vårdcentraler/husläkarmottagningar. På Branchrådet diskuteras aldrig små vårdvalsenheter som ändå står för stor vårdproduktion, utan mer Regionens framtida sjukvård, kunskapsutveckling generellt och sjukhusärenden. Det är inte rätt forum för oss att diskutera Småskalig vård. Vi saknar ett forum för den Småskaliga sjukvården i Stockholm.

Den Småskaliga sjukvården har inte alltid samma intressen som de stora vårdbolagen. För den Småskaliga, patientnära vården med hög kontinuitet finns inte några "gungor eller karuseller" som hos vårdbolagen som kan ta förluster genom vinster inom ett annat vårdområde. De små bolagen företräds oftast av professionen, de stora bolagen av ekonomer, jurister etc. Vi behöver ett forum för våra frågor.

Uppräkning av ersättningarna inom vårdval-hur sker det? Har stora vårdbolag tillgång till information genom kontakter med Hsf som den Småskaliga Vården inte har och som kan vara värdefull för utveckling av verksamheter. Vi saknar en kanal för information om vårdvalens utveckling.

Revidering av vårdval-vilka är på gång, vad är väsentligt att veta inför framtida revidering. Finns det plats för Småskalig vård?

Utbildningsbidrag och kompetensförsörjning är en jätte viktig fråga. Det ställs höga krav för att vi ska kunna bidra till kompetensförsörjningen. Detta är ett av de största problemen vi har, svårt att hantera.

Förfrågningsunderlaget ställer samma krav på alla trots olika specialiteter trots att vi kan bidra på många olika sätt och via flera olika plan.

Frågorna i kursivt ovan, även ställda till HSF innan mötet, besvaras framför allt av Anne Lund Jensen, enhetschef på avdelningen Specialiserad vård, Avtalsenheten vårdval, där merparten av specialist-vårdvalen ligger, enligt följande.

Vi har kontinuerlig dialog med de vårdgivarna som är verksamma inom vårdvalet. Olika referensgrupper finns vid revidering av olika vårdval. Vi instämmer i att det är viktigt med dialog när vårdval revideras eller nya vårdavtal tas fram.

Det har gått ut information kring omställningsplanen. Mer information kommer den 16 juni. Rapporten innehåller olika förslag kring att avskaffa vårdval. Ny

strategisk plan kring hur man ska upphandla vård i Stockholm, där vårdvalet ingår.

Efter mötet: Se länk [Omställningsplan vårdval | Vårdgivarguiden \(vardgivarguiden.se\)](https://vardgivarguiden.se)

Hur kan den Småskaliga vården bidra till utbildning av läkare och annan vårdpersonal? Den låga ersättningen försvårar för en liten verksamhet att inom givna ekonomiska ramar även kunna bedriva utbildning trots hög kontinuitet med fasta läkare och övrig personal som är väsentligt för en god utbildning.

Viktigt att visa hur mycket viktigt småskalig vård gör.

2.2 Uppföljning av problematiken med långa PAD-svarstider från Unilabs. Har man rätt att anlita ett annat laboratorium?

Mikael lyfter frågan på nytt. Svarstiderna är fortsatt alldeles för långa. Till exempel två månaders väntetid för malignt melanom. Dessa långa väntetider får medicinskt allvarliga konsekvenser. Det har hållits en dialog med Unilabs under en lång tid där vi visat på flertalet exempel där väntetiderna varit allt för långa och fått konsekvenser. Trots detta återstår problemet fortfarande ett år senare. Patienter är jättemissnöjda och arga på oss läkare, men det är egentligen Unilabs som inte levererar i tid. Vi (läkare) kan inte komma runt detta då vi måste gå via Unilabs – varför kan vi inte göra undantag och använda oss av till exempel Karolinska eller andra leverantörer som kan genomföra arbetet snabbare - Regelverket är väldigt fyrkantigt och det går inte att göra undantag för detta.

Marina lyfter att Regionen inte avsäger sitt ansvar för denna problematik, det ligger på Unilabs men det är vårt ansvar att se till att ha en bra dialog med dem och se till att detta blir förbättrat. Detta är ett pågående förbättringsarbete och vi ser problematiken.

Finns krav på att förhålla sig till upphandlade leverantörer för provtagning. Vi behöver vara tydligare i våra krav från Unilabs i de upphandlingar vi gör i juridikens språk så att vi kan undkomma långa och många fördröjningar vid provsvar.

Mikael förmedlar efter mötet mejl om tillfälligt undantag som gjordes under begränsad period 2019 när svarstiderna initialt avvek i högsta grad från avtalet.

2.3 Hur är det tänkt att vårdgivare ska hantera vidare remittering när Vårdgarantikansliet läggs ner?

Frågas ställs om det är det korrekt uppfattat att det är kirurgen som fått en remiss att hitta en ersättande vårdgivare vid tillfälle där hen inte kan hantera ärendet. Som vårdgivare så tar man inte emot patienten om remissen inte är godkänd, vid sådana tillfällen ska remissen skickas tillbaka.

Det finns en begränsad kapacitet inom vissa vårdområden i Stockholm. Tanken med att ha ett husläkarsystem är att det alltid ska finnas en läkare som är

ursprungligen ansvarig. Kansliet ska finnas kvar för vårdgivaren, det försvinner endast för patienterna.

Se i detta sammanhang: [Regler för remisshantering | Vårdgivarguiden \(vardgivarguiden.se\)](#)

2.4 Kan man i samband med initiering av fördjupad uppföljning, om legitima skäl föreligger, förlänga tiden (två veckor) för inlämning av journaler?

Förvaltningen tar hänsyn till att det kan finnas godtagbara skäl. Vi kan inte ge ett generellt ja för alla utan de sker en bedömning vid varje tillfälle som avgör om det är möjligt eller inte.

3. Övriga frågor

Inga övriga frågor. Eligt önskemål redovisas i anteckningarna här nedan statistik som Karin nyligen uppdaterat även via mail till Rumiana.

**Öppenvård 2018-2022. Vårdkontakter.
OVR+ARV. 2023-04-13.**

Driftform	Privat
Yrkesgrupp	(Alla)

Vårdkontakter		År					Total-	
Källa	Besökstyp	Vårdval	2018	2019	2020	2021	2022	summa
ARV-systemet	Distanskontakt	N	95		90	70	65	
			595	81 903	902	090	151	403 641
	Fysiskt besök	N	1 114		794	730	696	4 365
			316	1 029 228	267	473	808	092
			1 209		885	800	761	4 768
ARV-systemet			911	1 111 131	169	563	959	733
Öppenvård	Distanskontakt		1 504	1 729	1 489	1 144	1 546	7 412
			209		1 067	1 713	1 699	4 996
		J	866	304 900	880	960	583	189
			107		348	405	354	1 376
		N	938	160 062	651	448	370	469
					10	12	17	
	Fysiskt besök		9 663	9 482	058	026	439	58 668
			8 543		7 581	8 106	8 411	41 424
		J	645	8 782 026	211	066	947	895
			2 378		2 439	2 662	3 085	13 082
		N	909	2 515 938	957	698	473	975
			11		11	12	13	
Öppenvård			251		449	901	570	60 946
Summa			525	11 774 137	246	342	358	608

	12		12	13	14	
	461		334	701	332	65 715
Totalsumma	436	12 885 268	415	905	317	341

4. Nästa möte

27 september 16.00-18.00