



Egenteam- handbok

Öppenvården

Egenteammodellen tryggar kontinuiteten
i den personliga vårdrelationen.

I denna handbok beskrivs vad
egenteammodellen inom
Varhas öppenvård innebär.

Varje region utformar arbetssätt som passar
dess egna förutsättningar och ansvarar
för att egenteammodellen fungerar.

Innehåll

Sida

1	Varhas egenteammodell	01
2	Egenteam	03
2.1	Teamets uppgifter	04
2.2	Egenskötare – ss / hv	05
2.3	Egenläkare	05
2.4	Teamets verksamhet	06
2.5	Förmannens roll	06
3	Bedömning av vårdbehov (HTA)	07
4	Vårdplan	07
5	Vård i eget team	08
6	Uppföljning och utvärdering	09
7	Bilagor – Sammanfattning av uppgifter som ska säkerställas	10

Egenteamhandboken är en uppdaterande handbok som har utarbetats av utvecklingsgruppen för hälsocentralernas fadderutvecklare. Den har godkänts av ledningsgruppen för öppenvården.

1. Varhas egenteammodell

Verksamheten inom öppenvården i Varha grundar sig på en egenteammodell som främjar kontinuiteten i vården (bild 1). Målet är att alla invånare, utöver sitt eget team, har en namngiven egenläkare och egenskötare. Vården bygger på mångprofessionellt samarbete och utgår från patienternas vårdplaner. Genomförandet av egenteammodellen följs upp med hjälp av indikatorer på nationell nivå, välfärdsområdesnivå och social- och hälsocentralnivå.

Vården baserar på mångprofessionellt samarbete



Bild 1. Varhas egenteammodell för kontinuitet i vården – Mer än en egenläkare

Teamen erbjuder distanstjänster och använder Varha-applikationen



I egenteammodellen utnyttjas kunnandet hos varje yrkesperson enligt patientens behov. Mångprofessionellt samarbete gör vården smidigare och möjliggör att patienten får vård i rätt tid av rätt yrkesperson, särskilt när det gäller patienter som har ett stort behov av tjänster. Egenteammodellen stöder kontinuiteten i vården, vilket förbättrar tillgången till vård samt vårdens kvalitet och kostnadseffektivitet. Teamen erbjuder distanstjänster och använder Varha-applikationen. Teamarbetet ger stora fördelar (bild 2) på många nivåer.

Kontinuitet i vården – fördelar med egenteammodellen

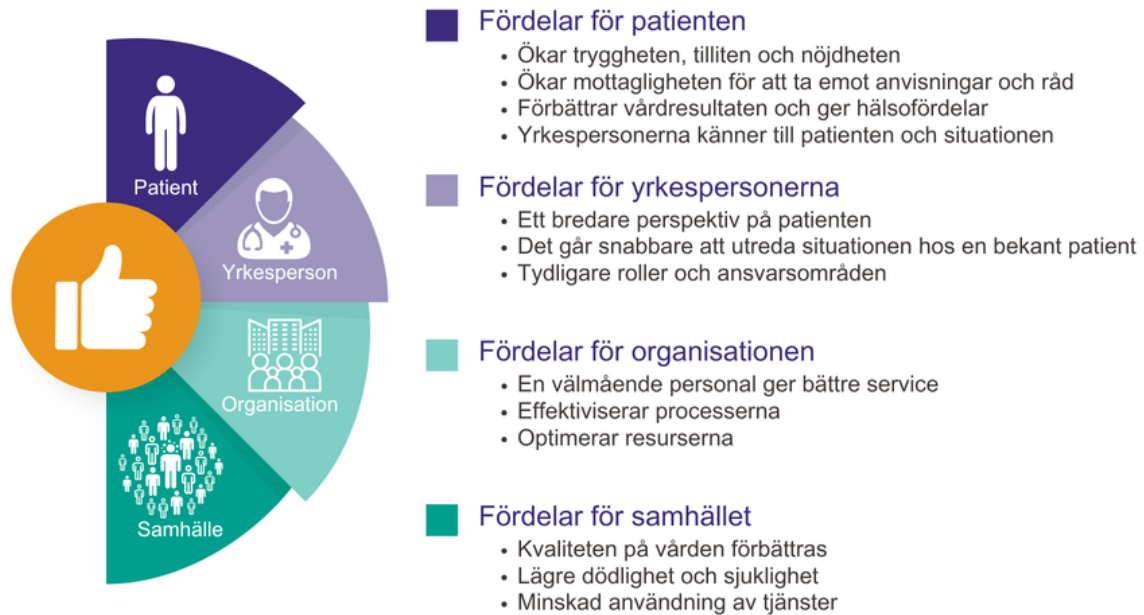


Bild 2. Kontinuitet i vården – fördelar med egenteammodellen

Forskning har visat att när patienten vårdas av en och samma läkare minskar antalet jourbesök och förebyggbara sjukhusvistelser. Även dödligheten och kostnaderna minskar och vårdbalansen förbättras (bild 3). Dessutom minskar riskerna för associerade sjukdomar och komplikationer. Patientsäkerheten förbättras, patienten är nöjdare och tryggare och känner en större tillit till läkaren. I Varha betonas även vikten av att samma skötare deltar i patientens vårdprocess i olika skeden, eftersom detta upplevs som betydelsefullt för patienten.

Kontinuitet i vården lönar sig

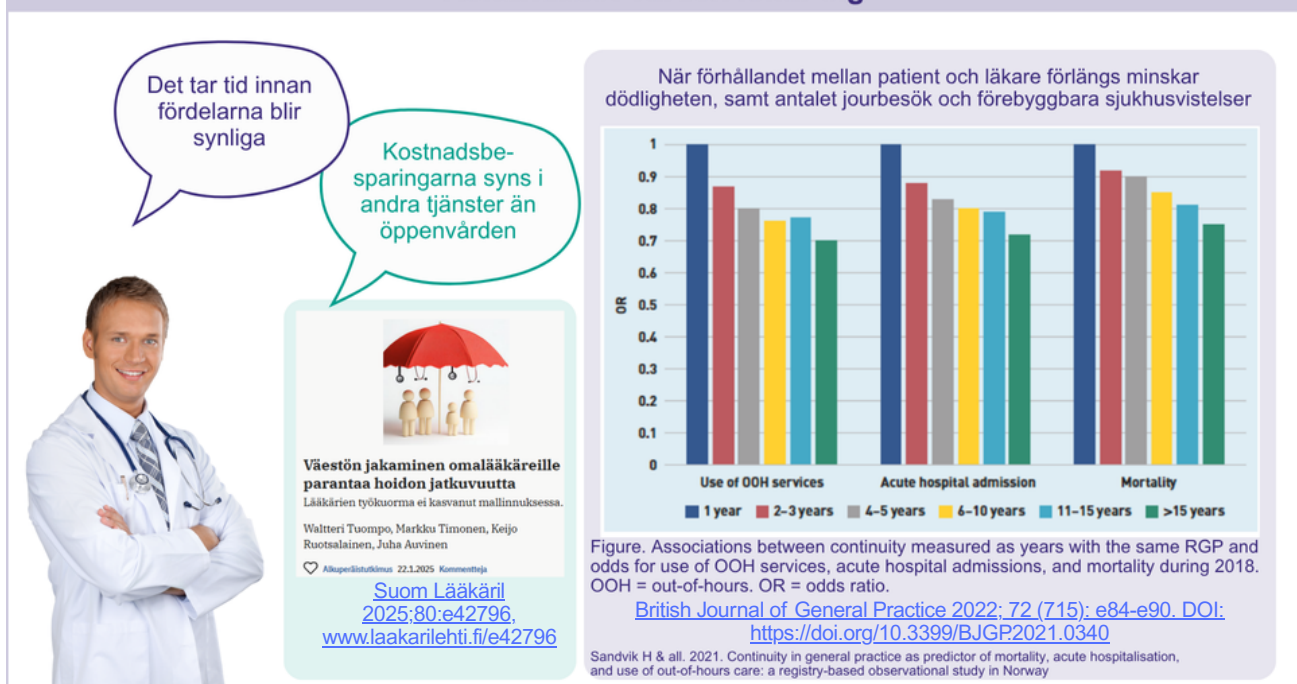


Bild 3. Kontinuitet i vården lönar sig

Källor: Auvinen J. ym. Hoidon jatkuvuusmalli - Omalääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportti. STM 2022. Mikkola I ym. Perusterveydenhuollon avovastaanottotoiminnan mallit sote-järjestelmässä; Hyvä käytäntö - konsensussuositus. Duodecim 2022. Sandvik H. ym. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care. British Journal of General Practice 2021.

2. Egenteam

Hela befolkningen är indelad i team. För varje patient utses en egenläkare och en egenskötare inom sitt team (bild 4). Det finns inga direkt entydiga forskningsresultat om förhållande mellan en viss befolkningsstorlek och teamets storlek. Vid planeringen av teamens befolkningsstorlek och personalresurser beaktas befolkningens sjuklighet och åldersstruktur, geografiska skillnader (glesbygd, avstånd) och områdets kulturella mångfald.

Storleken på teamen begränsas inom Varha. Befolkningen delas in i mindre team inom social- och hälsocentralerna. Inom teamen kan man till exempel komma överens om en modell med arbetspar.

Konsultation möjliggör att vården kan inledas redan vid första kontakten



Bild 4. Egenteamen tryggar helhetsvården

I teamen är olika yrkesgrupper jämnt representerade (bl.a. läkare, hälsovårdare, sjukskötare, närvårdare, sjukskötare med förskrivningsrätt och eventuellt fysioterapeuter). Varje yrkesperson bidrar med sin grundkompetens till teamet. Specialkompetens utnyttjas flexibelt över teamgränserna enligt patientens behov.

När både nya och erfarna yrkespersoner arbetar tillsammans i ett team, stöder teamarbetet lärandet



Varhas ramar

- Befolkningsstorleken är 5 000–8 000 personer / team
- Hela befolkningen delas in per team
 - Uppdelningen sker enligt hemadress eller första bokstaven enligt efternamn
- I varje egenteam ingår 5–12 yrkespersoner
- Yrkespersonalen delas in i team
 - Teamuppgifterna hålls uppdaterade.
 - Kompetensen är jämnt fördelad mellan teamen
 - Specialkompetens utnyttjas över teamgränserna

Områdets uppgift är att se till

- Hur befolkningen delas upp
 - Adress eller efternamn
- Teamuppgifterna uppdateras varje vecka
- Hur befolkningen ska vara indelad per team
- Hur och när delas yrkespersonerna in per team
 - Delas befolkningen även till YEK-läkare
- Hur utnyttjas specialkompetens i alla team
- Hur och med vilka indikatorer bedöms teamarbetet

Byte av social- och hälsocentral: Om kunden har bytt social- och hälsocentral, utses kundens egenteam enligt lokal praxis. Kunden kan byta sohä-central en gång om året.

2.1 Teamets uppgifter

Egenteamet ansvarar för helhetsvården av de invånare som utsetts för teamet. I egenteamet används konsultationer till exempel för att förtydliga diagnoser, bedöma vårdlinjer eller fastställa behovet av fortsatt vård. Teamet kan till exempel konsultera en fysioterapeut, eller en sjukskötare vid enheten för mentalvårds- och missbrukartjänster, varvid ett team bildas kring patientens behov. De utsedda yrkespersonerna anges i grunduppgifterna i patientdatasystemet (bild 5).

Det är bra att synkronisera veckoprogrammen, så att t.ex. TIIMI-tiden infaller samtidigt och möjliggör multiprofessionella konsultationer

Exempel

Från teamet kan patienten hänvisas till social- eller äldreomsorgens tjänster: [Fackla-teamen](#) och [Tjänster för äldre](#).

Bild 5. Utsedda yrkespersoner i patientdatasystemet

2.2 Egenskötare – sjukskötare / hälsovårdare

Patienten hänvisas i första hand till egenskötaren. Vid behov används även andra skötare inom samma team. Skötaren är den primära kontaktpersonen vid icke-akuta förfrågningar och gör en bedömning av vårdbehovet. Skötaren samarbetar nära med teamets läkare och andra yrkespersoner. Skötaren vägleder, följer upp och koordinerar patientens vård under självständig mottagning enligt vårdplanen. I sitt arbete använder skötaren olika nätverk, t.ex. tjänster från tredje sektorn och kommunen.

Exempel

Skötaren kan berätta till patienten om laboratorieresultaten, om de inte kräver ställningstagande till diagnos

Exempel

Varha-applikationen öppnas smidigt för yrkespersoner på datorn. Testa gärna distansmottagningar.

Exempel

I Välfärdsguiden hittar du enkelt tjänster från tredje sektorn, kommunerna, församlingarna och Varhas Välfärdsfrämjande-tjänster. Välfärdsguiden.varha.fi

Skötaren kan även informera patienten om resultaten om avtalade laboratorie- och bilddiagnostiska undersökningar enligt regionala riktlinjer, och vid behov konsultera teamets läkare. Dessutom upprättar skötaren vårdplaner i samarbete med andra yrkespersoner och fungerar som konsult för andra yrkespersoner

De personliga vårdrelationerna bör värnas om



Exempel

Ifall patientens egenteam är överbelastad, kan vården påbörjas i ett annat team, så att inte skötande av ärendet förlängs

Säkerställ alltid kontinuiteten i vården – utnyttja vid behov egenläkares / egenskötarens konsultation för att vården ska fortskrida

2.3 Egenläkare

Patienten hänvisas i första hand till sin egenläkare. Säkerställ alltid vårdens kontinuitet. Om egenläkaren inte har tid, konsultera läkaren och vid behov hänvisas patienten till en annan läkare inom egenteamet eller, som sista alternativ, till ett annat team.

Läkaren fungerar som medicinskt ansvarig och planerare för den utsedda patientgruppen och ställer diagnos för patienten.

Läkaren tolkar resultat från laboratorie- och bilddiagnostiska undersökningar samt vådrapporter för sin patientgrupp. Dessutom ansvarar läkaren för granskning av utkast till vårdplaner och medicinering samt receptförnyelser. Läkaren fungerar som konsult för andra yrkespersoner. En del av läkarinsatsen kan tillfälligt komma från centraliserad distanstjänstproduktion. I sådana fall upprättas samarbetsrutiner för att på bästa sätt säkerställa kontinuitet i vården även i dessa situationer

2.4 Teamets verksamhet

Teamet skapar egna arbetssätt inom områdets ramar för att säkerställa ett smidigt samarbete inom teamet. Teamet kommer till exempel överens om hur konsultationer sköts inom teamet, hur patienternas vård planeras och hur gemensamma mottagningar ordnas. Teamen använder Varha-applikationen maximalt, där nya funktioner blir tillgängliga varje månad. Målet är utöver högkvalitativ vård, att stärka samarbetet, utveckla arbetsförmågan och dela kunskap mellan yrkespersoner. På så sätt undviks dubbelarbete och patienternas vårdprocesser effektiviseras.

Exempel *Det finns också en nationell modell som innebär 15 minuters teamtid både på morgonen och eftermiddagen för att kort gå igenom aktuella frågor.*



Teamet utformar sina egna arbetsformer i enlighet med områdets ramar

Exempel *Möte med andra yrkesgrupper (såsom Topa och Miepä) ordas vid behov för att förankra verksamheten och öka samarbetet.*

Exempel *Avdelningsfarmaci utnyttjas när läkemedelsbehandlingar utvärderas och planeras. Varhas farmaceutkonsultation sairaala-apteekki.info@varha.fi, brådskande ärenden tfn 02 313 2750.*

2.5 Förmannens roll

Ny verksamhet kräver bra och noggrann planering, underhåll, uppföljning samt vägledning och lättillgänglig kommunikation. Förmänstöd på olika nivåer behövs för att främja genomförandet av egenteammodellen. Egenteamet är avsett att arbeta självstyrkt, vilket kräver tydliga strukturer och mål (se Egenteam-handboken).

Exempel *I kommunikationen bör man identifiera olika nivåer:*
 A) via ledningsgruppen
 B) till närmaste förmän
 C) till alla yrkespersoner

Teamet behöver veta vilken riktning man strävar mot och hur framsteg följs upp. Det är viktigt att upprätthålla reflektion kring verksamheten och en konstruktiv feedbackkultur. Förmannens uppgift är att möjliggöra kontinuitet i vården och kompetensutveckling genom resurser och planering.

Exempel *Gör kunskapsbaserat ledarskap synligt för personalen, t.ex. på whiteboard - mål för tillgång till vård och vår situation, deltagande möten och kontinuerlig uppmärksamhet på viktiga frågor.*

Varhas ramar

- Förmän på olika nivåer möjliggör teamverksamheten
- Smidig kommunikation direkt till de berörda parterna
- Teamet kommer överens hur göra vid konsultationer och praxis, enligt området
- Flexibel konsultationspraxis, [anvisningsvideo](#)
- Vägledning till Välfärdsguiden, tredje sektorn samt själv- och egenvårdsprogram

Områdets uppgift är att se till

- Förmän stöder teamen vid implementeringen av verksamheten
- Kommunikationen riktas alltid till de berörda parterna
- Områdets ramar för teamets verksamhet
 - Flexibla konsultationer och praxis inom teamen (brådskande till konsultationsläkare, icke-brådskande till egenteamet)
- Utnyttjar Välfärdsguiden, tredje sektorn samt själv- och egenvårdsprogram

3. Bedömning av vårdbehov (HTA)

I HTA beaktas tidigare besök, journalanteckningar och vårdplan. Ärendet sköts alltid vid första kontakt när det är möjligt. Vid HTA används riktlinjer från Varha och Hoidonperusteet.fi, och dessutom utnyttjas tjänster från tredje sektorn samt själv- och egenvårdsprogram.

Chat-tjänstens HTA genomförs för närvarande främst via centraliserad distanstjänst. En smidig HTA kräver samarbete och gemensamma rutiner.

I fortsättningen

Miepä och Topa kommer att ansvara för sina egna HTA – detta kräver enhetliga riktlinjer och smidiga konsultationskanaler

Exempel

Pateinten kontaktar i icke-akut ärende - försöks hänvisas till egenteamet



Varhas ramar

- Alla yrkespersoner genomför [HTA-webbkursen](#) och följer [sohä-centraltjänsternas anvisningar för bedömning av vårdbehov](#)
- Det är i första hand egenteamet som gör HTA
- Patientens ärende sköts alltid under den första kontakten när det är möjligt
 - Konsultation används i HTA
 - Vårdplanen beaktas vid bedömningen av vårdbehovet
 - Utnyttja Välfärdsguiden, tredje sektorn samt själv- och egenvårdsprogram.

Områdets uppgift är att se till

- Datum för när alla har genomfört HTA-webbkursen
- HTA-anvisning ingår i introduktionen
- Hur man får kontakt med egenteamet
 - En modell som lämpar sig för telefonsystemet
 - Vid behov bokas telefontid till egenteamet
- Att patientens vård inleds vid den första kontakten
 - Konsultation är möjligt
 - Att vårdplanerna beaktas
 - Praxis för hur kunden hänvisas till tredje sektorns tjänster eller egenvårdsprogram

4. Vårdplan

Syftet med vårdplanen är att säkerställa att patienten får individuell, behovsenlig och planerad vård. Vårdplanen upprättas vanligtvis av den yrkesperson som har vårdansvar för patienten, såsom skötare, läkare eller ett mångprofessionellt team. Patientens delaktighet i vårdplanen är viktig för att vården ska lyckas.

En vårdplan görs när:

1. Patienten använder många tjänster
2. Patientens hälsotillstånd kräver övervakning, behandling eller rehabilitering
3. Patientens hälsotillstånd kräver undersökning eller behandling av olika yrkesgrupper
4. Patienten behöver vårdmaterial
5. Patienten vill ha en vårdplan

En patient som vet vad vården innebär och hur hen ska agera blir mer engagerad i sin vård

Varhas ramar

- Vårdplanen utarbetas för alla som har behov av en sådan
- Vårdplanen dokumenteras i fliken HOITOS
- Vårdplanen upprättas i första hand av en medlem i egeteamet: läkare, skötare eller hela egeteamet
- Yrkespersonerna genomför webbkursen [Hoitosuunnitelma ja hoidon linjaukset på Duodecims Oppiportti](#)

Områdets uppgift är att se till

- Att vårdplanerna används
 - Att vårdplanerna dokumenteras i fliken HOITOS
 - Att teamen fastställer hur vårdplanerna ska utarbetas
- Hur patienten / närstående involveras i upprättandet av vårdplanen
- Introduktion inkluderar utbildningen om vårdplaner

5. Vård i eget team

Patienten hänvisas alltid i första hand till egeteamet. Patientens ärende behandlas under ett besök och vården inleds vid den första kontakten när det är möjligt. På så sätt framskrider patientens vård smidigt och onödiga kontakter och besök minskar.

Tidsbundna kontroller görs av den i teamet vars kompetens bäst motsvarar patientens behov. Tidsbundna kontroller genomförs enligt en enhetlig process. Gemensam mottagning ordnas när patientens vård kräver samarbete mellan olika aktörer. Gemensam mottagning kan innebära konsultation, mångprofessionell gemensam mottagning eller efterföljande mottagningar hos olika yrkespersoner. I vården används digitala tjänster såsom digitala vårdvägar, fjärrmottagningar, coaching och egenvårdsprogram. Dessutom används Varha-applikationen.

Brådskande vård ges på social- och hälsocentralernas brådskande mottagningar eller på ÅUCS Akuten. Yrkespersonerna på den brådskande mottagningen är inte nödvändigtvis den samma som i patientens egeteam. Även i dessa situationer är det viktigt att säkerställa kontinuiteten i vården genom att eventuell fortsatt vård ges av egeteamet.



***Patientens ärende
behandlas under ett
besök och vården inleds
vid den första kontakten
när det är möjligt***

Exempel

Om en patient som besöker en diabetesskötares mottagning ska få en Cohemin-injektion om några dagar, ger diabetesskötaren injektionen i samband med besöket.

Exempel

Alla har en tid i veckan för mångprofessionell mottagning. Om den mångprofessionella mottagningen inte har schemalagts veckan innan kan tiden frigöras för annat arbete.

Exempel

Skötarens roll vid tidsbundna kontroller har blivit mer betydande – det är ofta de som påbörjar eller utför tidsbundna kontroller självständigt.

Varhas ramar

- Patienten "fångas upp" vid första kontakten
- Patienten hänvisas alltid om möjligt till egenläkare eller egenskötare
- Enhetliga processer och riktlinjer – tillgängliga i Ohjeistaja.
- De tidsbundna kontroller följer en enhetlig process
- Användning av gemensamma mottagningar vid både brådskande och icke-brådskande ärenden
- Den brådskande vården struktureras tydligt
- Fortsatt vård efter brådskande vården sker i egenteamet

Områdets uppgift är att se till

- Patientens vård påbörjas vid första kontakten
- Praxis för att hänvisa patienten till egenskötare eller egenläkare
- Fortsatt vård efter brådskande vården sker i egenteamet
- Riktlinjer för prioritering av brådskande vård
- Enhetliga processer och riktlinjer är i bruk
- Processer för tidsbundnakontroller är i bruk
- Praxis för gemensamma mottagningar

6. Uppföljning och utvärdering

Kontinuiteten i vården följs upp med COC-indexet. Indexet mäter hur ofta patienten under en viss tidsperiod besöker samma läkare eller sjukskötare / hälsovårdare inom öppenvården i förhållande till alla icke-brådskande besök. Ju högre COC-index (skala 0-1), desto bättre är kontinuiteten i vården för patienten.

Avohilmo-registret: uppgifterna överförs från patientdatasystemet till Avohilmo på basis av yrkespersonernas statistikföring. Dessutom följs tillgången till vård upp med T3-indikatorn, som anger väntetiden i kalenderdagar till den tredje lediga icke-brådskande mottagningstiden (läkare och sjukskötare / hälsovårdare).

Egenteammodell
en stöder
kontinuiteten i
vården



**Yrkespersoners
statistikföring har en stor
betydelse för uppföljningen
av tillgången till vård**

Varhas ramar

- Varha sätter upp mål för indikatorerna
- Mätning av kontinuiteten i vården (COC-index) och årlig rapportering
- Uppföljning av tillgången till vård (Avohilmo och T3) och rapportering 1–2 gånger per månad

Områdets uppgift är att se till

- Förmän ansvarar för uppföljning, utvärdering av indikatorer och förändringar i verksamheten
 - COC-indexet
 - Beräkningen av T3-tiden separat för olika yrkesgrupper
 - Andra tillgängliga indikatorer
 - Uppgifter från Egenteamhandboken enligt området



Bilagor, sammanfattning av uppgifter som ska säkerställas

Varhas ramar

Områdets uppgift är att se till

Egenteam

- Befolkningsstorleken är 5 000–8 000 personer / team
- Hela befolkningen delas in per team
 - Uppdelningen sker enligt hemadress eller första bokstaven enligt efternamn
- I varje egenteam ingår 5–12 yrkespersoner
- Yrkespersonalen delas in i team
 - Teamuppgifterna hålls uppdaterade.
 - Kompetensen är jämnt fördelad mellan teamen
 - Specialkompetens utnyttjas över teamgränserna

- Hur befolkningen delas upp
 - Adress eller efternamn
- Teamuppgifterna uppdateras varje vecka
- Hur befolkningen ska vara indelad per team
- Hur och när delas yrkespersonerna in per team
 - Delas befolkningen även till YEK-läkare
- Hur utnyttjas specialkompetens i alla team
- Hur och med vilka indikatorer bedöms teamarbetet

Teamets uppgifter, verksamhet och förmännens roll

- Förmän på olika nivåer möjliggör teamverksamheten
- Smidig kommunikation direkt till de berörda parterna
- Teamet kommer överens hur göra vid konsultationer och praxis, enligt området
- Flexibel konsultationspraxis, [anvisningsvideo](#)
- Vägledning till Valfärdsguiden, tredje sektorn samt själv- och egenvårdsprogram

- Förmän stöder teamen vid implementeringen av verksamheten
- Kommunikationen riktas alltid till de berörda parterna
- Områdets ramar för teamets verksamhet
 - Flexibla konsultationer och praxis inom teamen (brådskande till konsultationsläkare, icke-brådskande till egenteamet)
- Utnyttjar Valfärdsguiden, tredje sektorn samt själv- och egenvårdsprogram

Bedömning av vårdbehov (HTA)

- Alla yrkespersoner genomför [HTA-webbkursen](#) och följer [sohä-centraltjänsternas anvisningar för bedömning av vårdbehov](#)
- Det är i första hand egenteamet som gör HTA
- Patientens ärende sköts alltid under den första kontakten när det är möjligt
 - Konsultation används i HTA
 - Vårdplanen beaktas vid bedömningen av vårdbehovet
 - Utnyttja Valfärdsguiden, tredje sektorn samt själv- och egenvårdsprogram.

- Datum för när alla har genomfört HTA-webbkursen
- HTA-anvisning ingår i introduktionen
- Hur man får kontakt med egenteamet
 - En modell som lämpar sig för telefonsystemet
 - Vid behov bokas telefontid till egenteamet
- Att patientens vård inleds vid den första kontakten
 - Konsultation är möjligt
 - Att vårdplanerna beaktas
 - Praxis för hur kunden hänvisas till tredje sektorns tjänster eller egenvårdsprogram

Vårdplan

- Vårdplanen utarbetas för alla som har behov av en sådan
- Vårdplanen dokumenteras i fliken HOITOS
- Vårdplanen upprättas i första hand av en medlem i egenteamet: läkare, skötare eller hela egenteamet
- Yrkespersonerna genomför webbkursen [Hoitosuunnitelma ja hoidon linjaukset på Duodecims Oppiportti](#)

- Att vårdplanerna används
 - Att vårdplanerna dokumenteras i fliken HOITOS
 - Att teamen fastställer hur vårdplanerna ska utarbetas
- Hur patienten / närstående involveras i upprättandet av vårdplanen
- Introduktion inkluderar utbildningen om vårdplaner

Vård i eget team

- Patienten "fångas upp" vid första kontakten
- Patienten hänvisas alltid om möjligt till egenläkare eller egenskötare
- Enhetliga processer och riktlinjer – tillgängliga i Ohjeistaja.
- De tidsbundna kontroller följer en enhetlig process
- Användning av gemensamma mottagningar vid både brådskande och icke-brådskande ärenden
- Den brådskande vården struktureras tydligt
- Fortsatt vård efter brådskande vården sker i egenteamet

- Patientens vård påbörjas vid första kontakten
- Praxis för att hänvisa patienten till egenläkare eller egenskötare
- Fortsatt vård efter brådskande vården sker i egenteamet
- Riktlinjer för prioritering av brådskande vård
- Enhetliga processer och riktlinjer är i bruk
- Processer för tidsbundna kontroller är i bruk
- Praxis för gemensamma mottagningar

Uppföljning och utvärdering

- Varha sätter upp mål för indikatorerna
- Mätning av kontinuiteten i vården (COC-index) och årlig rapportering
- Uppföljning av tillgången till vård (Avohilmo och T3) och rapportering 1–2 gånger per månad

- Förmän ansvarar för uppföljning, utvärdering av indikatorer och förändringar i verksamheten
 - COC-indexet
 - Beräkningen av T3-tiden separat för olika yrkesgrupper
 - Andra tillgängliga indikatorer
 - Uppgifter från Egenteamhandboken enligt området



Sammanfattning av uppgifter som ska säkerställas

Områdets uppgift är att se till	Plan
Egenteam - Hur befolkningen delas upp - Adress eller efternamn - Teamuppgifterna uppdateras varje vecka - Hur befolkningen ska vara indelad per team - Hur och när delas yrkespersonerna in per team - Delas befolkningen även till YEK-läkare - Hur utnyttjas specialkompetens i alla team - Hur och med vilka indikatorer bedöms teamarbetet	Praxis: Ansvarsperson: Tidsschema:
Teamets uppgifter, verksamhet och förmannens roll - Förmän stöder teamen vid implementeringen av verksamheten - Kommunikationen riktas alltid till de berörda parterna - Områdets ramar för teamets verksamhet - Flexibla konsultationer och praxis inom teamen (brådskande till konsultationsläkare, icke-brådskande till egenteamet) - Utnyttjar Välfärdsguiden, tredje sektorn samt själv- och egenvårdsprogram	Praxis: Ansvarsperson: Tidsschema:
Bedömning av vårdbehov (HTA) - Datum för när alla har genomfört HTA-webbkursen - HTA-anvisning ingår i introduktionen - Hur man får kontakt med egenteamet - En modell som lämpar sig för telefonsystemet - Vid behov bokas telefontid till egenteamet - Att patientens vård inleds vid den första kontakten - Konsultation är möjligt - Att vårdplanerna beaktas - Praxis för hur kunden hänvisas till tredje sektorns tjänster eller egenvårdsprogram	Praxis: Ansvarsperson: Tidsschema:
Vårdplan - Att vårdplanerna används - Att vårdplanerna dokumenteras i fliken HOITOS - Att teamen fastställer hur vårdplanerna ska utarbetas - Hur patienten / närstående involveras i upprättandet av vårdplanen - Introduktion inkluderar utbildningen om vårdplaner	Praxis: Ansvarsperson: Tidsschema:
Vård i eget team - Patientens vård påbörjas vid första kontakten - Praxis för att hänvisa patienten till egenskötare eller egenläkare - Fortsatt vård efter brådskande vården sker i egenteamet - Riktlinjer för prioritering av brådskande vård - Enhetliga processer och riktlinjer är i bruk - Processer för tidsbundna kontroller är i bruk - Praxis för gemensamma mottagningar	Praxis: Ansvarsperson: Tidsschema:
Uppföljning och utvärdering - Förmän ansvarar för uppföljning, utvärdering av indikatorer och förändringar i verksamheten - COC-indexet - Beräkningen av T3-tiden separat för olika yrkesgrupper - Andra tillgängliga indikatorer - Uppgifter från Egenteamhandboken enligt området	Praxis: Ansvarsperson: Tidsschema: