

Vårdval Primärvård, uppföljning januari-december 2017

Bakgrund

Vårdval Norrbotten infördes 1 januari 2010 med utgångspunkten att invånarna själva skall ges möjlighet att välja hälsocentral. Alla aktörer i vårdvalet, oavsett driftsform, har samma uppdrag. De ska leverera en kvalitativt god primärvård utifrån regionens beställning. Hälsocentralerna ska erbjuda en trygg och säker vård och uppfylla samma krav på kvalitet, kompetens och tillgänglighet.

Beställarens uppföljning har fokus på att länets befolkning får kvalitativ och jämlik primärvård. Uppföljning utgår från uppföljningsplan och resultaten redovisas i delårs- och årsrapporter. Resultaten finns tillgängliga kontinuerligt och transparent i Region Norrbottens datalager för samtliga hälsocentraler. Rapporterna är könsuppdelade för att ge möjlighet att analysera om det förekommer skillnader som tyder på ojämnlighet. Listningsläget och redovisning om vårdvalsersättning är transparent och finns tillgängliga för hälsocentraler via regionens listningssystem LISA. Sammanställning av resultat per tertial och år tillhandahålls samtliga hälsocentralsledningar och för egenregion också närsvårdsledning.

Allmänt

I Norrbotten fanns år 2017 totalt 31 hälsocentraler, av dessa drivs 27 i egen regi. Antalet hälsocentraler har de senaste åren minskat genom sammanslagning eller nedläggning av hälsocentraler. Vid årsskiftet 2017-2018 gjordes en sammanslagning av Porsöns och Björkskatans hälsocentraler. Beslut har fattats om sammanslagning av två hälsocentraler i Boden respektive Kalix, detta genomförs under 2018.

Fyra hälsocentraler drivs av privata företag: Gällivare Hälsocentral, och tre hälsocentraler inom Praktikertjänst AB: Cederkliniken i Piteå, Vårdcentralen NorraHamn i Luleå och Norrskensnets hälsocentral i Vittangi med filialer i Kiruna och i Karesuando.

Majoriteten av norrbottningarna (86 procent) får sin primärvård via Region Norrbottens hälsocentraler. Antalet listade på länets privata hälsocentraler ökar, sammanlagt är drygt 34 000 norrbottningar listade på en privat hälsocentral. 59 procent av norrbottningarna har gjort ett aktivt vårdval.

Tio av länets hälsocentraler har fler än 10 000 listade. Sex hälsocentraler har färre än 5 000 listade, dessa hälsocentraler är verksamma i glesbygd eller på mindre orter.

Vårdpeng

Den vårdpeng som hälsocentraler får månadsvis står för huvuddelen av hälsocentralens intäkter. Vårdpengen bygger på ålderskapitering 65 procent, socioekonomiskt index (CNI) 10 procent och vårdtyngd (ACG) 25 procent. Länssnittet för var och en av dessa tre kvoter är 1,0 och kvoterna fastställs månadsvis.

Ålderskapiteringen baseras på ålderssammansättningen av listade personer. Kapiteringskvoten ligger mellan 0,84 (Porsöns hälsocentral) och 1,08 (Överkalix hälsocentral).

Care Need Index (CNI) är ett hjälpmedel som, med utgångspunkt från socioekonomiska förhållanden, identifierar risk för ohälsa och är till hjälp för dimensionering av vårdersättningen. Uppgifterna för CNI hämtas månadsvis från Statistiska centralbyrån (SCB). CNI varierar mellan 0,67 (Gammelstads hälsocentral) och 1,26 (Överkalix hälsocentral).

ACG (Adjusted Clinical Groups) är ett verktyg som kan användas såväl för att beskriva hälsotillstånd i befolkningen som för att fördela resurser efter vårdtyngd. ACG bygger på att de diagnoser som har registrerats under en tidsperiod bakåt i tiden avgör individernas sjuklighet och behovet av insatser från sjukvården. ACG-kvoten varierar mellan 0,66 (Porsöns hälsocentral) och 1,27 Vårdcentralen NorraHamn).

Ålderskapiteringen är stabil över tid och variationen mellan hälsocentraler är relativt liten. CNI-kvoten och ACG-kvoten har betydligt större variation mellan hälsocentraler.

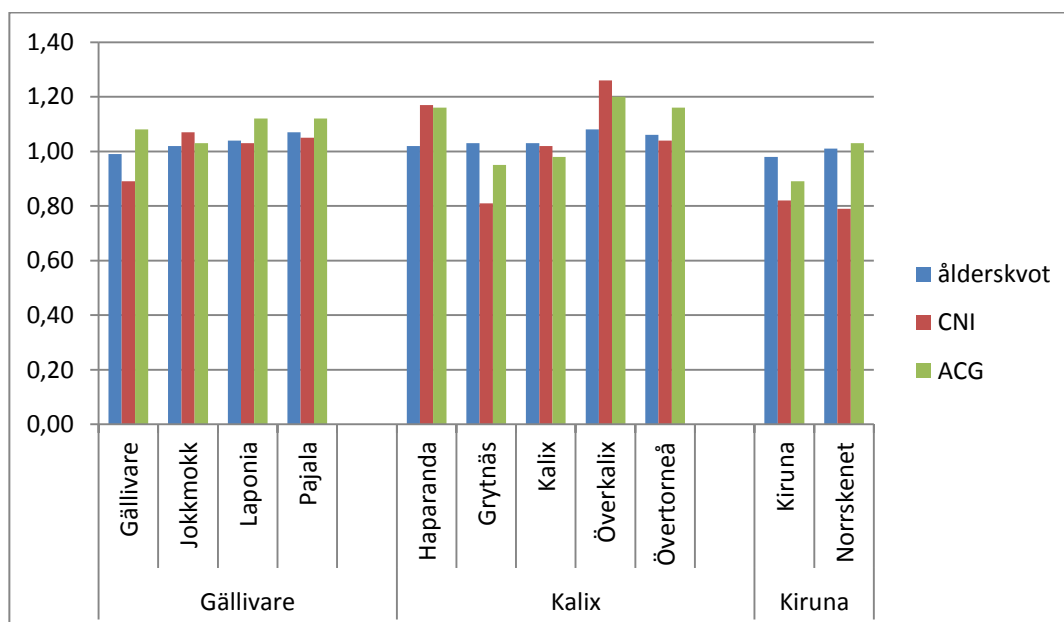


Diagram 1. Ålderskapiteringskvot, CNI-kvot, ACG-kvot vid hälsocentraler i Gällivare, Kalix och Kiruna närsjukvårdsområden, december 2017.

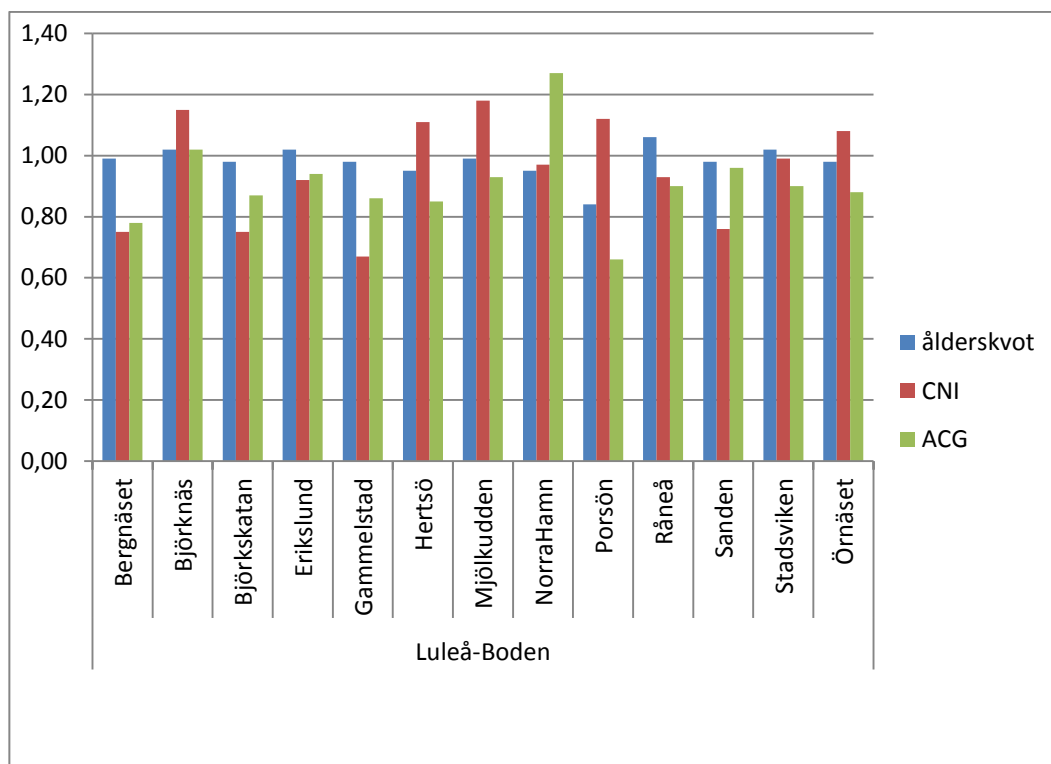


Diagram 2. Ålderskapiteringskvot, CNI-kvot, ACG-kvot vid hälsocentraler i Luleå-Boden närsjukvårdsområde, december 2017

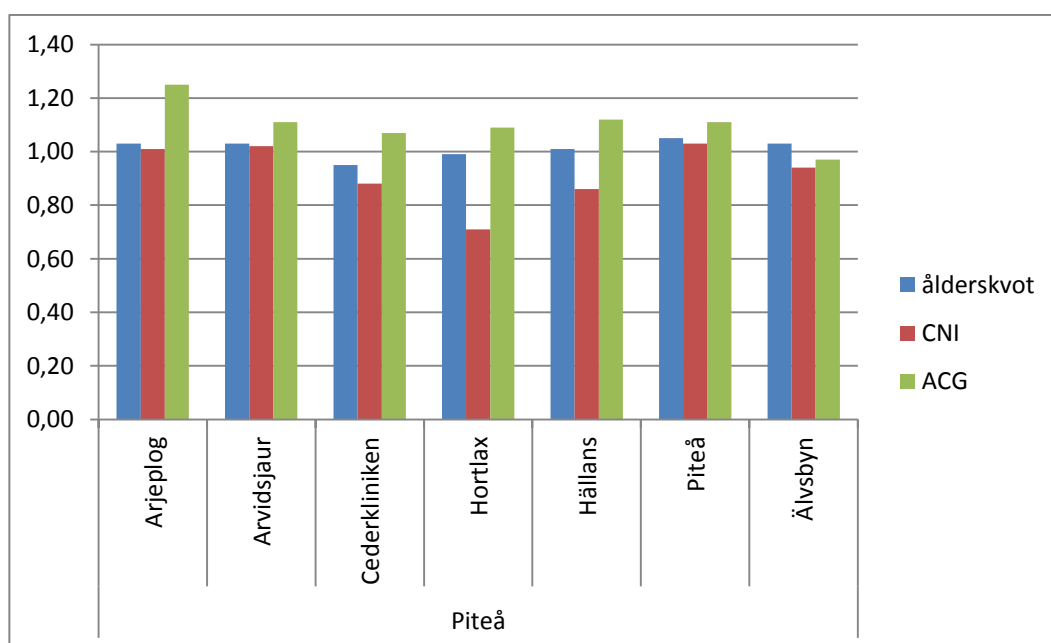


Diagram 3. Ålderskapiteringskvot, CNI-kvot, ACG-kvot vid hälsocentraler i Piteå närsjukvårdsområde, december 2017.

Resultat

I denna rapport ges en kort beskrivning av utfallet för indikatorerna på länsnivå och några kommentarer till resultaten. I resultatbilagan presenteras resultaten per hälsocentral grupperade per närsjukvårdsområde.

En jämlik och kvalitativt likvärdig verksamhet

Patientupplevd kvalitet

Nationell patientenkät (NPE) genomförs samtidigt av alla landsting och regioner och koordineras av Sveriges kommuner och landsting. Primärvårdsmätning genomförs vartannat år. Senaste primärvårdsmätningen genomfördes sent under hösten 2017. Resultaten blir tillgängliga i mars och kommer att redovisas i tertialrapport 1/2018.

Tillgänglighet

Tillgänglighet som mäts gällande primärvård är telefontillgänglighet (kontakt med hälsocentralen samma dag) och tillgänglighet till läkarbesök (läkarbesök inom sju dagar).

Länssnittet för telefontillgänglighet är 86 procent, vilket är marginellt bättre än året före. Det finns en stor variation mellan hälsocentralerna. En tredje del av hälsocentralerna redovisar mycket god telefontillgänglighet och har gjort det under en lång tid. Beställaren har haft särskild uppföljning med de hälsocentraler som har bristande telefontillgänglighet. Tillfälliga problem med telefontillgänglighet förklaras av bemanningsproblem, men vissa hälsocentraler har haft problem under lång tid. Dessa hälsocentraler har fått begäran av rättelse vilket innebär att de får utföra analys av orsakerna till de låga resultaten och upprätta en handlingsplan för att komma till rätta med problemen. Det har skett en markant förbättring t.ex. på Kalix hälsocentral. Telefontillgängligheten är sämst på Kiruna hälsocentral. Ledningen arbetar där med förbättringsåtgärder som ska ge en långsiktigt hållbar organisation och arbetssätt som innebär bra tillgänglighet.

Länssnittet för tillgänglighet till läkarbesök inom sju dagar ligger på 91 procent vilket är något sämre än föregående år. Det finns en variation mellan 81 och 99 procent.

En kunskapsstyrd och säker verksamhet

Psykisk ohälsa, samtalsbehandling

En relativt stor andel av hälsocentralernas listade befolkning söker vård på hälsocentralen för psykisk ohälsa. Mellan fyra och tio procent av hälsocentralernas listade har besökt sin hälsocentral under året med en dokumenterad diagnos inom området psykisk ohälsa. Sammanlagt har drygt 3 300 norrbottningar fått samtalsbehandling inom primärvården, vilket är en ökning med 20 procent jämfört med året före. Det handlar i flesta fall om korttidsbehandlingar med några besök. Samtalsbehandling erbjuds numera på de flesta hälsocentraler, men tillgång till samtalsbehandling varierar över länet. På

vissa orter, t.ex. i Luleå, samverkar hälsocentralerna och resurserna för samtalsbehandling är koncentrerade till några hälsocentraler. Det pågår utvecklingsarbete inom området och t.ex. internetbaserad kognitiv beteendeterapi kommer att kunna erbjudas på flera hälsocentraler i länet.

Demens, uppföljning

Indikatorn mäter hur stor andel av de som besökt hälsocentralen under ett år med demensdiagnos som får ett uppföljningsbesök hos läkare inom 15 månader. Länsnittet är 52 procent, målnivån är 65 procent. Från och med detta år mäts också uppföljning hos andra vårdgivarkategorier eftersom hälsocentraler har olika upplägg för uppföljning. Länsnittet är 54 procent när uppföljning omfattar samtliga vårdgivarkategorier.

Diabetes, uppföljning

Majoriteten av patienter med diabetesdiagnos har varit på ett eller flera uppföljningsbesök vid sin hälsocentral de senaste 12 månaderna. Länsnittet för besök hos läkare och/eller sjuksköterska ligger på 76 procent, målnivån är 90 procent. Det finns variation i hur uppföljningen genomförs. En del av hälsocentralerna har som regel uppföljning med läkarbesök, andra har främst sköterskebaserad uppföljning för patienter med diabetes. Länsnittet för uppföljning via läkarbesök är 48 procent.

Läkemedel

Äldre patienter med många förskrivna läkemedel bör ha en årlig dokumenterad läkemedelsgenomgång. Resultaten visar att 21 procent av patienter 75 år eller äldre med fem eller fler uthämtade läkemedel hade en dokumenterad läkemedelsgenomgång. Resultaten har förbättrats, 2016 var snittresultatet 16 procent i länet. Målet, som är 50 procent, nåddes i år av en hälsocentral, Jokkmokks hälsocentral.

Det är ett läkaransvar att dokumenterad läkemedelsgenomgång genomförs, men t.ex. klinikapotekare eller sjuksköterska kan bidra i själva genomförandet. Under 2017 har fjorton hälsocentraler fått stöd av klinikapotekare i genomförandet av läkemedelsgenomgångar. Bristande måluppfyllse beror till viss del på omständlig registrering. Dokumenterade läkemedelsgenomgångar har varit en fokusindikator som beställaren följt och haft särskild dialog om med samtliga hälsocentraler. Förbättringsarbete har gjorts för att säkerställa dokumentationsrutinerna.

Samverkan internt och externt

Oplanerade återinskrivningar

Från 2014 är arbetet med vårdtunga patienter ett prioriterat område och därför utökades ersättningen inom vårdvalet med 4,4 mkr. Vårdvalet har under perioden 2014 till och med 2016 haft en ekonomisk koppling till denna indikator. Det innebar ett avdrag för de hälsocentraler som inte nådde målet om en minskning med 10 procent av oplanerade återinskrivningar. Från år 2017 finns inte någon ekonomisk koppling till denna indikator, men uppföljning sker. Målgruppen är begränsad till patienter som är 65 år eller äldre. Ut-

veckling över tid visar en liten minskning av oplanerade återinskrivningar vid redovisning av primärvård totalt. Resultatredovisning per hälsocentral är inte ändamålsenlig eftersom antal individer per hälsocentral i målgruppen är liten och därmed varierar resultaten kraftigt.

Personcentrerad hälso- och sjukvård

Kontinuitet

Många olika undersökningar påvisar att patienter skattar kontinuitet högt. En indikator som följs i vårdvalet är läkarkontinuitet för patienter med många besök. Måttet beskriver hur stor andel av patienter med tre eller flera läkarbesök under en 12 månaders period har haft minst 50 procent av läkarbesöken hos samma läkare. Länsnittet är 40 procent, målnivån är 50 procent. Resultaten varierar mellan 18 procent och 69 procent, en tredjedel av länets hälsocentraler når målet. Hälsocentraler med vakanser på läkartjänster har de lägsta kontinuitetsresultaten. Vakanser är dock inte enda orsaken till låg kontinuitet utan även hälsocentralens arbetssätt och prioritering har betydelse för resultaten.

Kontinuitet för patienter kan också erbjudas via andra vårdgivarkategorier än läkare. Enligt Patientlagen och Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård ska en fast vårdkontakt utses av verksamhetschef om det är nödvändigt för att tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet eller om den enskilde begär det. Den enskildes önskemål ska så långt som det är möjligt respekteras när den fasta vårdkontakten utses. Fast vårdkontakt ska utses i samband med upprättande av samordnad individuell plan. Region Norrbotten och länets kommuner har fastställt samverkansriktlinjer för samordnad plan och teknisk stöd för detta implementeras i början på 2018. När detta finns på plats bör det vara möjligt att följa i vilken omfattning det finns fasta vårdkontakter för patienter och att samordnade individuella planer görs.

En jämlik och jämställd hälsa

Sjukdomsförebyggande insatser har varit ett fokusområde inom vårdvalet under de senaste åren. Dessa insatser är även kopplade till viss prestationsbaserad ersättning inom vårdvalet.

Riskbedömning avseende levnadsvanor och åtgärd vid konstaterad risk (riskgrupper)

Från och med 2014 är målgruppen för levnadsvaneåtgärder två riskgrupper. Den ena gruppen är patienter med diabetes, högt blodtryck och/eller övervikt. Den andra gruppen handlar om patienter med psykisk ohälsa (depression, ångest och sömnstörning). Indikationer som följs är andel patienter med dokumenterad riskbedömning (alkohol, fysisk aktivitet, matvanor och tobak) samt andel åtgärder enligt riktlinjer vid konstaterad risk. Målet är att 70 procent av patienter i gruppen diabetes, högt blodtryck och/eller övervikt får en

dokumenterad riskbedömning och insatta åtgärder vid konstaterad risk. Målet för den andra gruppen (psykisk ohälsa) är att 36 procent ska få en dokumenterad riskbedömning och 53 procent ska få åtgärder vid konstaterad risk. Det finns en ekonomisk ersättning, totalt 4,4 mkr, som är kopplad till dessa indikatorer. Hälsocentralerna får ta del av denna prestationsbaserade ersättning beroende på målpuppfyllelse och hur stor andel patienter hälsocentralen har i respektive grupp.

Resultaten har förbättrats jämfört med tidigare år. Majoriteten av hälsocentralerna nådde målen inom minst två delområden, fyra hälsocentraler nådde målen inom samtliga delområden. Tre hälsocentraler nådde inget av delmålen och fick inte ta del av den prestationsbaserade ersättningen. Föregående år var det elva hälsocentraler som inte fick ta del av denna prestationsbaserade ersättningen.

FaR och tobaksavvänjning

Vårdval Primärvård innehåller två prestationsbaserade indikatorer inom levnadsvanor som inte riktar sig enbart mot riskgrupper. Dessa är kvalificerad tobaksavvänjning och förskrivning av fysisk aktivitet på recept (FaR) där uppföljning av FaR innebär ekonomisk ersättning. Antalet FaR-förskrivningar är 4 426, sammanlagt har 2 775 FaR-uppföljningar utförts. Detta är en ökning jämfört med föregående år då motsvarande resultat var 3 912 FaR-förskrivningar och 2 302 uppföljningar. Ersättning för uppföljning av FaR är 500 kr/ uppföljning. Sammanlagt har 564 kvalificerade tobaksavvänjningar genomförts, detta är på samma nivå som föregående år. Ersättning för kvalificerad tobaksavvänjning är 1 000 kr/ genomförd tobaksavvänjning.

Hälsosamtal

Norrbottens hälsosamtal är en riktad hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande intervention på befolkningsnivå med huvudsyfte att minska insjuknandet i hjärt- och kärlsjukdom. Utgångspunkten för hälsosamtalen är att genom att nå många kan hälsan i befolkningen påverkas. Samtidigt kan personer med hög risk för sjukdom och förtida död identifieras och erbjudas adekvata åtgärder.

Norrbottens hälsosamtal är utformat enligt den svenska modell som vuxit fram de senaste åren i de landsting och regioner som bedriver hälsosamtal/hälsoundersökningar riktade mot hjärt-och kärlsjukdom. Hälsosamtal skall erbjudas personer listade vid hälsocentralen som under året fyller 30, 40, 50 eller 60 år. Från januari 2017 erbjuds 50- och 60-åringar också provtagning av blodsocker och kolesterol. Sedan tidigare ingår mätning av vikt, BMI, midjemått och blodtryck för alla åldersgrupper. Genom att lägga till provtagning får man ytterligare en pusselbit i att bedöma hälsan hos de som kommer på hälsosamtal.

Antalet genomförda hälsosamtal var totalt 1 406, vilket är en ökning jämfört med föregående år då 847 hälsosamtal genomfördes. I aktuella åldersgrupper har totalt 11 procent deltagit i hälsosamtal jämfört med sju procent 2016. Resultaten har förbättrats, men är långt från målet som är 25 procent av aktuella åldersgrupper. Störst ökning är det bland 50-60 åringar, vilka många

hälsocentraler har prioriterat att bjuda in. Bland 60-åringarna har 18 procent deltagit och motsvarande siffra för 50-åringar är 15 procent.

För att öka kännedomen om Norrbottens hälsosamtal fick alla som fyllde 30-40-50 och 60 år i Norrbotten ett vykort i början av året med information om att de var välkomna på ett hälsosamtal vid den hälsocentral de är listad på. Folkhälsocentrum har genomfört utbildning och nätverksträffar för utförare av hälsosamtal. Ett utvecklingsarbete har påbörjats för att digitalisera enkäten så att deltagaren kan fylla i den hemma med ingång via 1177. Utvecklingsarbetet innefattar också en automatisering av utskick av inbjudan med möjlighet till webbokning.

Det finns fortfarande ett antal hälsocentraler som har få genomförda hälsosamtal vilket föranleder att hälsosamtalen är fortsatt ett fokusområde för beställarens uppföljning.

Våld i nära relation

Antalet dokumenterade frågor om våld i nära relation ökar stadigt. Totalt har 4 700 patienter med vårdkontakt på hälsocentralen fått en fråga om våld i nära relation. Motsvarande resultat föregående år var 2 700. Resultaten varierar vilket tyder på att hälsocentraler kommit olika långt i implementeringen av arbetssättet att fråga om våldutsatthet.

Vaccination mot säsongsinfluensa

Målet är att 75 procent av norrbottningar som är 65 år eller äldre vaccinerar sig mot säsongsinfluensa. Resultaten på denna indikator kommer att redovisas i tertialrapport 1/2018.

MHV och BHV

För mödra- och barnhälsovård finns nationella basprogram som ska följas och som förtydligas i Styr- och vägledningsdokument för Norrbotten. Det finns samverkan mellan hälsocentraler gällande mödra- och barnhälsovård i Luleå och i Kalix. Detta innebär att Kalix hälsocentral har ansvar för all mödra- och barnhälsovård i Kalix. Mödrahälsovården vid Hertsöns hälsocentral i Luleå sköts via Örnäsets hälsocentral. Indikator för mödrahälsovård är andel separata hälsosamtal. Målet är att 80 procent av de som är inskrivna inom mödrahälsovård får ett tidigt separat hälsosamtal. Snittresultat för länet är 73 procent, vilket är en förbättring med två procent jämfört med föregående år. En tredjedel av hälsocentraler når målet. Beställaren har haft dialog med de hälsocentraler som nått lägsta måluppfyllelsen och resultatförbättring har skett på dem.

Uppföljning av tobaksbruk under graviditeten bygger på registrering i Nationella graviditetsregistret. Resultaten i detta register är för Norrbottens del bristfälliga och redovisas därför inte.

För barnhälsovård redovisas resultat för hembesök hos familjer med ett nyfött barn och depressionsscreening för nyförlösta. Länsnittet för hembesök hos familjer med ett nyfött barn är 65 procent. Detta är en förbättring med tio procent jämfört med året före. Målet, som är 70 procent, nås av hälften av hälsocentralerna. Nio hälsocentraler har resultat under 50 procent. Beställa-

ren har haft dialog med de hälsocentraler som haft lägsta måluppfyllelsen. Resultaten på dem har förbättrats, men det finns fortfarande en ojämnlighet i länet gällande hur hälsocentraler genomför hembesök hos familjer med ett nyfött barn.

Depressionsscreening för nyförlösta ligger på 72 procent, vilket är sju procent bättre än året före. Målet är 90 procent. Det finns vissa undantag t.ex. annat modermål än svenska eller pågående behandling för psykisk ohälsa som gör att alla i målgruppen inte erbjuds depressionsscreening. Till viss del kan låga resultat förklaras av bristande dokumentation, men tydligt är att det också finns förbättringspotential på vissa hälsocentraler. Beställaren har haft dialog med hälsocentraler med låg måluppfyllse och det har skett förbättring av resultat under året. Länsenheten för föräldra- och barnhälsa har tagit fram material på flera språk och har haft utbildning i depressionsscreening vilket också påverkat resultaten gynnsamt.