

# Bilaga 1

## Vårdval Norrbotten Uppföljning januari-augusti 2015

### Bakgrund

Vårdval Norrbotten infördes 1 januari 2010 och utgångspunkten är 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 landstingets beställning. Hälsocentralerna ska erbjuda en trygg och säker vård och uppfylla samma krav på kvalitet, kompetens och tillgänglighet. Den 1 januari 2014 infördes den nya organisationen med två divisioner för hälso- och sjukvård, en division för närsjukvård och en för länssjukvård. I den nya organisationen delas närsjukvården in i fem olika områden: Gällivare, Kalix, Kiruna, Luleå-Boden och Piteå närsjukvårdsområde.

Beställar- och analysenheten sammanställer delårs- och årsrapporter med resultatuppföljning. Det finns ett antal indikatorer som följs. Resultaten för primärvård redovisas grupperade per närsjukvårdsområde. Resultaten finns tillgängliga kontinuerligt och transparent i landstingets datalager för samtliga hälsocentraler. Listningsläget och ekonomisk redovisning är transparent och finns tillgängliga för hälsocentraler via landstingets listningssystem Lisa. Sammanställning av resultat per tertiäl och år tillhandahålls närsjukvårds- och hälsocentralsledning.

### Allmänt

I Norrbotten finns totalt 34 hälsocentraler, 30 av dessa drivs av landstinget och fyra drivs av privata företag: Adviva Hälsocentral AB i Gällivare och tre hälsocentraler inom Praktikertjänst AB: Cederkliniken i Piteå, Vårdcentralen NorraHamn i Luleå och Norrskens hälsocentral som ersatte Vittangi vårdcentral från och med 2015-05-01.

Andel personer som gör ett aktivt vårdval ökar. Den sista augusti 2015 hade 50 % av befolkningen (124 804 personer) valt aktivt, detta är en ökning med 7 % sedan årsskiftet. Privata hälsocentraler ansvarar för primärvård för 10 % av norrbottningar, resterande (90 %) får sin primärvård via landstingets hälsocentraler.

Länssnitt för antalet listade per hälsocentral är 7 345. Sju hälsocentraler har fler än 10 000 listade och åtta hälsocentraler har färre än 5 000 listade. Arjeplog hälsocentral och Överkalix hälsocentral är länets minsta hälsocentraler. Stadsvikens hälsocentral med strax under 15 000 listade är länets största hälsocentral. De två senast startade hälsocentraler Norrskens hälsocentral i Vittangi och Vårdcentralen NorraHamn är de hälsocentraler som ökat antalet listade mest sedan årsskiftet. Granitens och Malmens hälsocentraler har tappat mest. Det är främst Norrskens hälsocentral som fått listade från dessa. Stadsvikens hälsocentral i Luleå har tappat listade, främst till vårdcentralen NorraHamn. Norrfjärdens hälsocentral har minskat och det är främst Öjebyns hälsocentral som fått fler listade i Piteå. Detta beror förmodligen på de kända planerna att slå samman Norrfjärdens hälsosamtal och Öjebyns hälsocentral till en gemensam hälsocentral.

### Vårdpeng

Vårdpengen bygger på ålderskapitering, socioekonomiskt index (CNI) samt på vårdtyngd (ACG). Vårdpengen fördelas till 65 % efter ålderskapitering, 10 % CNI och 25 % ACG.

Ålderskapiteringskvot beror på ålderssammansättningen av listade personer. Kapiteringskvoten ligger mellan 0,79 (Porsöns hälsocentral) och 1,11 (Piteå hälsocentral), länssnitt är 1,0.

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 0,70 (Gammelstads hälsocentral) och 1,24 (Överkalix hälsocentral), länssnitt är 1,0.

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 0,71 (Porsöns hälsocentral) och 1,28 (Vårdcentralen NorraHamn), länssnitt är 1,0.

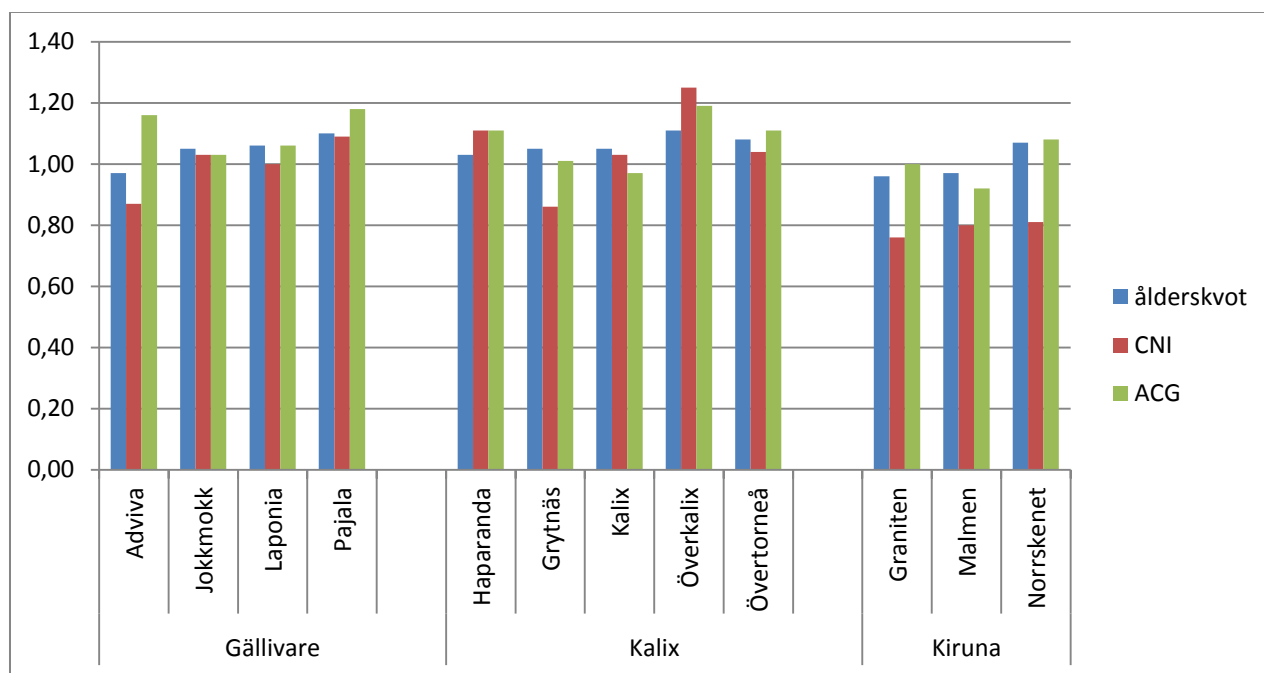


Diagram 1. Ålderskapiteringskvot, CNI-kvot, ACG-kvot, hälsocentraler i Gällivare, Kalix och Kiruna närsjukvårdsområden

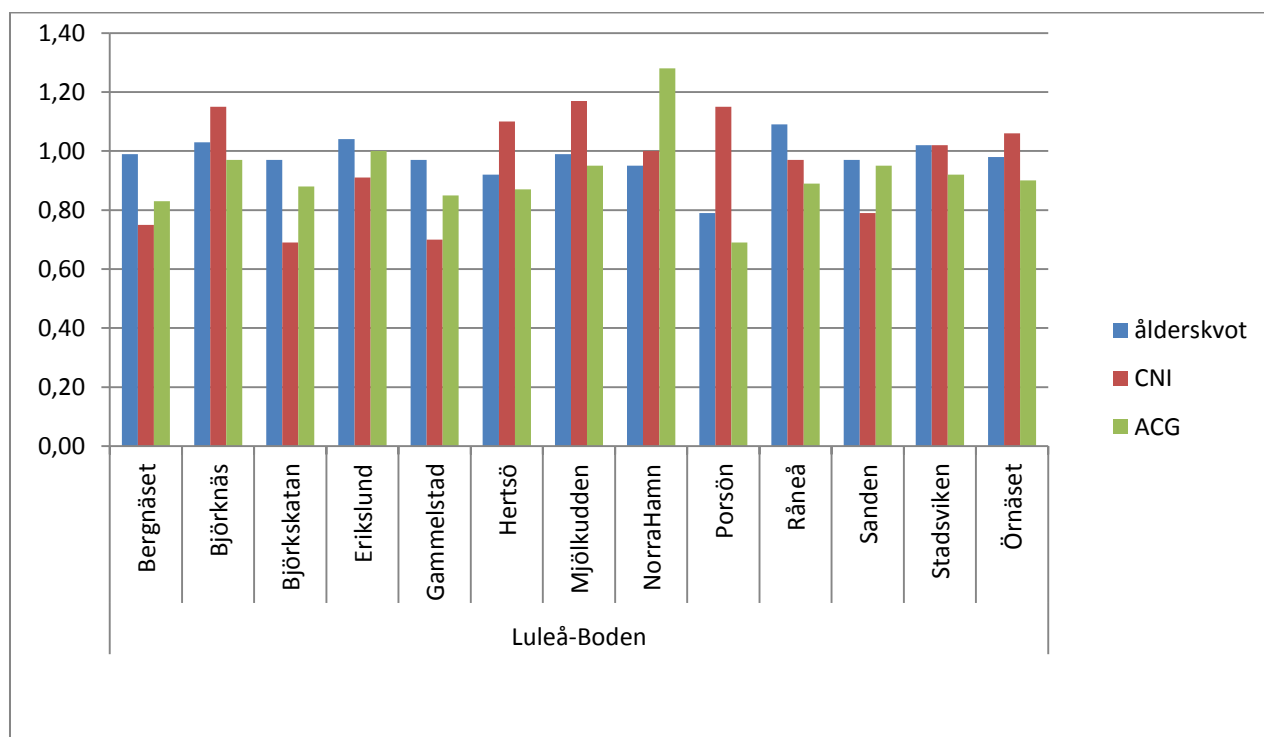


Diagram 2. Ålderskapiteringskvot, CNI-kvot, ACG-kvot, hälsocentraler i Luleå-Boden närsjukvårdsområde

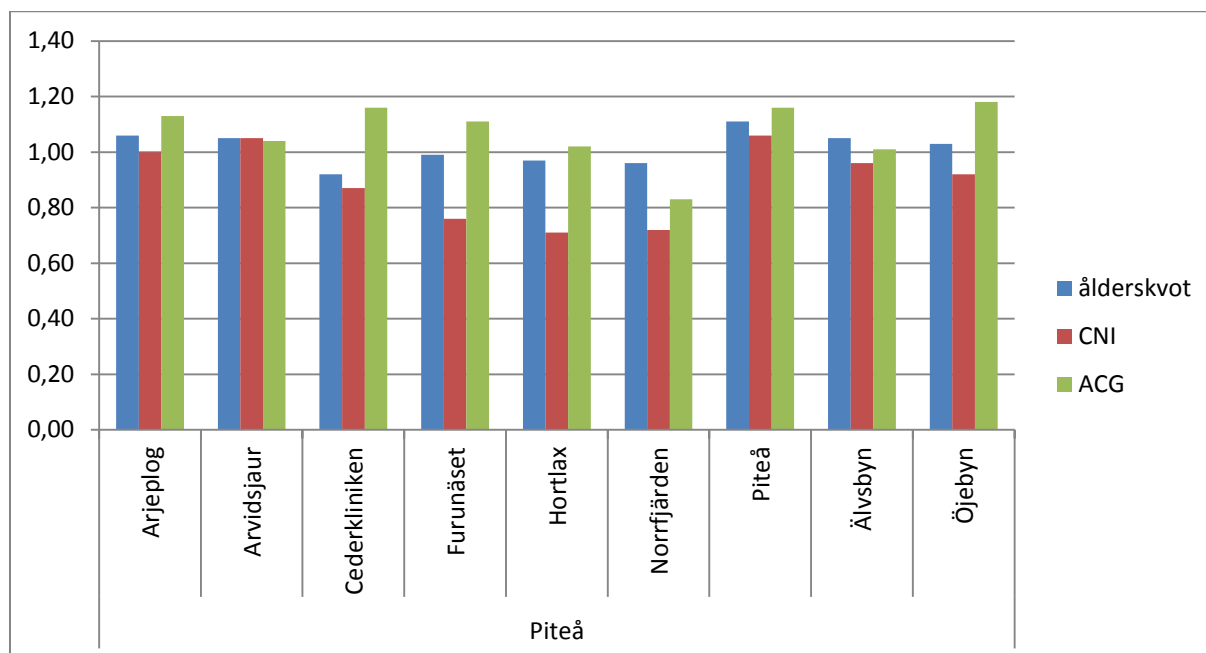


Diagram 3. Ålderskapiteringskvot, CNI-kvot, ACG-kvot, hälsocentraler i Piteå närsjukvårdsområde

## Resultat

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

### Patientfokuserad hälso- och sjukvård

#### Patientupplevd kvalitet

Nationell Patientenkät genomförs inom primärvård under hösten. Åtta av indikatorerna i nationella patientenkäten (gäller läkarbesök) ingår i de uppföljningsparametrar som används inom Vårdval Norrbotten. Resultaten redovisas i form av ett viktat värde (PUK= patientupplevd kvalitet 0-100) för enheten. Resultatredovisning sker i årsrapporten. Hälsocentralers resultat finns också tillgängliga och jämförbara på [www.1177.se](http://www.1177.se)

#### 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 fler läkarbesök under en 12 månaders period har haft minst 50 % av läkarbesöken hos samma läkare. Länssnittet är 42 % och resultaten varierar mellan 29 % och 72 %. 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.

## **Tillgänglig och likvärdig hälso- och sjukvård**

### **Vårdgarantin**

Tillgänglighet som mäts gällande primärvård är telefontillgänglighet (kontakt med hälsocentralen samma dag) och tillgänglighet till läkarbesök (läkarbesök inom sju dagar). Länsnitt för telefontillgänglighet är 88 %, vilket är något lägre än samma period föregående år. Hälften av hälsocentraler har en telefontillgänglighet på 95 % eller bättre. Det finns ett antal hälsocentraler som har låga resultat gällande telefontillgänglighet. Piteå och Älvsbyns hälsocentraler har resultat under 70%. Under sommarperioden utmärker sig Örnässets, Piteå, Malmens och Älvsbyns hälsocentraler med låg telefontillgänglighet (varierat mellan 50 % och 67 %). Beställaren har tidigare krävt åtgärder från Malmens och Älvsbyns hälsocentraler för att komma till rätta med telefontillgängligheten. Resultaten visade en positiv utveckling under våren för dessa två hälsocentraler, men sommarens resultat försämrar åter den genomsnittliga telefontillgängligheten för perioden januari-augusti 2015.

Länsnitt för tillgänglighet på läkarbesök inom sju dagar ligger på 93 %, detta är samma nivå som under föregående år. Några hälsocentraler har svårigheter att leva upp till vårdgarantin gällande läkarbesök inom sju dagar. Haparanda och Övertorneå hälsocentraler har resultat under 85 %.

## **Hälsofrämjande förhållningsätt och sjukdomsförebyggande insatser**

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 åtgärder 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). Indikatorer som följs är andel patienter med dokumenterad riskbedömning (alkohol, fysisk aktivitet, matvanor och tobak) samt andel åtgärder enligt riktlinjer vid konstaterad risk. Mål för indikatorn är att riskbedömning gällande levnadsvanor och för åtgärder vid konstaterad risk ska uppgå till länsnittet föregående år. Resultaten under perioden januari- augusti visar att majoriteten av hälsocentraler når målen gällande riskgruppen diabetes, högt blodtryck och/eller övervikt. Måluppfyllelse är sämre gällande riskgruppen psykisk ohälsa.

### **FaR och tobaksavvänjning**

Vårdval Primärvård innehåller tre prestationsbaserade indikatorer inom levnadsvanor som inte riktar sig enbart mot riskgrupper. Dessa är förskrivning av fysisk aktivitet på recept (FaR), uppföljning av FaR samt kvalificerad tobaksavvänjning. Sammanlagt har 2 955 FaR förskrivits och 1 599 uppföljningar har genomförts. Antalet FaR ligger på samma nivå som året före. Sammanlagt har 394 kvalificerade tobaksavvänjningar genomförts, detta är något färre än samma period föregående år.

### **Hälsosamtal**

För att ytterligare förstärka det förebyggande området fick leverantörerna ett befolkningsinriktat hälsoupdrag från och med 2013. Hälsosamtal skall erbjudas till alla listade som under året fyller 30 år. Från och med 2014 skall också 40, 50 och 60 åringar erbjudas ett strukturerat hälsosamtal. Folkhälsocentrum har tagit fram ett koncept för hälsosamtalet samt utbildat primärvårdens personal som genomför samtalen. Under perioden januari-augusti 2015 har sammanlagt 643 hälsosamtal genomförts, under samma period året före hade 1053 hälsosamtal genomförts. Denna kraftiga minskning kan delvis bero på att hälsosamtalen är avgiftsbelagda sedan maj 2015. Detta är dock inte enda förklaringen utan flera hälsocentraler uppger att det är svårt att hinna med hälsosamtalen. Även ointresse eller att inbjudna personer uteblir från hälsosamtalen uppges som orsak till låga resultat. Det är stor variation på antalet genomförda hälsosamtal per hälsocentral, det finns ett antal hälsocentraler som inte hitintills i år genomfört ett enda samtal.

### **MHV och BHV**

För mödra- och barnhälsovård finns nationella basprogram som ska följas. Länsenhet för Mödra- och barnhälsovård sammanställer en särskild årsrapport med resultat för ett flertal indikatorer för mödra- och barnhälsovård. Beställar- och analysenheten redovisar i årsrapport resultaten för hälsosamtal, hembesök hos familjer med ett nyfött barn, depressionsscreening för nyförlösta samt föräldrastödgrupper.

## **Effektiv hälso- och sjukvård**

### **Återinskrivningar**

Från år 2014 är arbetet med vårdtunga patienter ett prioriterat område och därför utökades ersättningen inom vårdvalet med 4,4 mkr, samtidigt infördes ett avdrag av oplanerade återinskrivningar. Detta innebär att de hälsocentraler som inte minskar antalet oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar med minst 10 % får ett avdrag som motsvarar 1 % av vårdpengen. De åtta hälsocentraler som har lägst andel oplanerade återinskrivningar erhåller dock inget avdrag. Mätperioden för primärvården är 12 månader. Resultaten redovisas i årsrapporten.

## **Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård**

### **Demens, uppföljning**

Indikatorn mäter hur stor andel av de som besökt hälsocentralen under ett år med demens-diagnos får ett uppföljningsbesök hos läkare inom 15 månader. Länssnittet är 59 %. Resultaten har förbättrats sedan föregående år, men resultaten innebär att fyra av tio patienter med demens-diagnos inte får ett uppföljningsbesök hos läkare. Det kan dock innebära att uppföljning på patienten sköts på annat sätt ex. via besök hos annan vårdgivarkategori.

### **Diabetes, uppföljning**

Majoriteten av patienter med diabetes-diagnos har ett eller fler uppföljningsbesök på sin hälsocentral de senaste 12 månader. Länssnittet för besök hos läkare och/eller sjuksköterska ligger på 78 %. Läkarbesök hade 63 % av diabetiker. Det finns skillnader mellan hälsocentraler hur uppföljningen sker, vissa har som regel ett läkarbesök och det finns en del hälsocentraler som har främst sköterskebaserad diabetesuppföljning.

### **Diagnossättningsgrad**

Dokumentation av diagnos är dels viktigt för informationsöverföring och dels för verksamhetsuppföljning. Läkare har en lång tradition av dokumentation av diagnos och läkarbesöken är i hög grad diagnossatta, länssnittet är 94 %. Övriga vårdgivare har inte samma långa tradition av dokumentation av diagnoser, diagnossättningsgrad har dock ökat markant de två senaste åren, länssnittet är nu 73 %.

Diagnossättningsgrad är en indikator som beskriver andelen diagnossatta besök, det beskriver inte kvalitén i diagnossättning. För en bra uppföljning krävs att diagnoser beskriver patientens tillstånd och inte enbart vårdåtgärd. De fördjupade dialogerna visar att det finns skäl att förbättra diagnoskvalitén.

### **Läkemedel**

Inom vårdvalet följs förskrivningen av läkemedel inom fyra områden: förskrivning avseende ”250-målet”, antibiotika till äldre (80+), antibiotika till barn (0-6 år) samt förskrivning av läkemedel med risk för beroendeutveckling.

För att uppnå läns målet, ”250-målet”, om mindre än 250 varurader per 1000 invånare under helåret 2015 så bör förskrivningen av antibiotika komma ner till cirka 83 varurader per tertial. Under 2015 års två första kvartal har 102 respektive 92 varurader skrivits ut. Trots något höga siffror ser man över åren en långsam trend mot sjunkande antal varurader. Förskrivning av antibiotika till äldre (>80 år) varierar över åren men en viss sjunkande trend noteras. Stora variationer mellan hälsocentraler både i

totala antalet förskrivningar liksom förändring av förskrivningsmönster ses. Ett antal hälsocentraler har minskat förskrivningen betydligt medan andra går åt motsatt håll.

Till barn under 6 år var antibiotikaförskrivningen totalt 20 % lägre under andra kvartalet jämfört med samma period 2012-2014.

Målsättningen är att en hög andel (80 %) av antibiotika till barn är smalt/riktat, detta för att minska risken för resistensutveckling. Länsnittet för andelen smalt/riktat antibiotika var under kvartalet 71 % vilket är lägre än första kvartalet. Under de senaste åren 2012-2015 har andelen smalt/riktat antibiotika varierat mellan 70 % och 80 %. Utifrån dessa resultat måste medvetenheten för risken för resistensutveckling anses vara hög.

Sedan år 2011 följs förskrivningen av läkemedel med risk för beroendeutveckling, uppdelat i tre undergrupper. Över tidsperioden ses en trend av ökade antalet individer som hämtat ut läkemedel med risk för beroende utveckling. Den åldersgruppen som är störst är personer 65 år och äldre och kvinnor utgör totalt drygt 60 % av individerna. Det finns relativt stora lokala variationer gällande förskrivning av dessa läkemedel. Detta faktum samt att förskrivningen totalt ökar över tid bör även fortsättningsvis uppmärksammas.

## **Sammanfattande resultat**

### **Patientfokuserad hälso- och sjukvård**

- Kontinuitet för mångbesökare gällande läkarbesök varierar mellan 29 % och 72 %, länsnittet är 42 %.

### **Tillgänglig och likvärdig hälso- och sjukvård**

- Genomsnittlig telefontillgänglighet under perioden januari- augusti ligger på 88 %. Under sommarperioden hade ett antal hälsocentraler dålig telefontillgänglighet (varierat mellan 50 % och 67 %). Genomsnittlig tillgänglighet på läkarbesök inom sju dagar ligger på 93 %.

### **Hälsofrämjande förhållningssätt och sjukdomsförebyggande insatser**

- Majoriteten av hälsocentraler når målen gällande levandsvanearbetet riktad mot riskgruppen diabetes, högt blodtryck och/eller övervikt. Resultaten är sämre gällande den andra definierade riskgruppen, psykisk ohälsa.
- 643 hälsosamtal för åldersgrupper 60, 50, 40 och 30-åringar har genomförts under perioden januari-augusti. Detta är betydligt färre än under samma period föregående år.

### **Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård**

- Fyra av tio patienter med demens-diagnos har inte haft ett uppföljningsbesök hos läkare 15 månader efter konstaterad diagnos.
- Majoritet av patienter med diabetes-diagnos (78 %) har ett eller fler uppföljningsbesök på sin hälsocentral under en tidsperiod av 12 månader.
- Antibiotika förskrivning sjunker långsamt över en längre tidsperiod. Förskrivning av antibiotika till äldre (>80 år) varierar över åren men en viss sjunkande trend noteras. Stora variationer mellan hälsocentraler både i totala antalet förskrivningar liksom förändring av förskrivningsmönster ses. Ett antal hälsocentraler har minskat förskrivningen betydligt medan andra går åt motsatt håll. Till barn under 6 år var antibiotikaförskrivningen totalt 20 % lägre under andra kvartalet jämfört med samma period 2012-2014. Målsättningen är att en hög andel (80 %) av antibiotika till barn är smalt/riktat, detta för att minska risken för resistensutveckling. Resultaten över tid tyder på att medvetenheten för risken för resistensutveckling är hög.

- Över tidsperioden ses en trend av ökade antalet individer som hämtat ut läkemedel med risk för beroende utveckling. Den åldersgruppen som är störst är personer 65 år och äldre och kvinnor utgör totalt drygt 60 % av individerna. Det finns relativt stora lokala variationer gällande förskrivning av dessa läkemedel. Detta faktum samt att förskrivningen totalt ökar över tid bör även fortsättningsvis uppmärksammas.