

Vårdval Norrbotten

Uppföljning januari-augusti 2016

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.

Beställaren 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 redovisning om vårdvalsersättning 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 32 hälsocentraler, av dessa driver landstinget 28. Vid årsskiftet genomfördes sammanslagningar av hälsocentraler i Kiruna och i Piteå. Granitens och Malmens hälsocentraler slogs ihop och blev Kiruna hälsocentral. Norrfjärdens och Öjebyns hälsocentraler i Piteå slogs ihop och heter Hällans hälsocentral. Fyra hälsocentraler drivs av privata företag: Adviva Hälsocentral AB i Gällivare och tre hälsocentraler inom Praktikertjänst AB: Cederkliniken i Piteå, Vårdcentralen NorraHamn i Luleå och Norrskenets hälsocentral i Vittangi med filialer i Kiruna och i Karesuando. Andel personer som gör ett aktivt vårdval ökar. I augusti 2016 hade 58 procent av befolkningen (145 261 personer) valt aktivt, detta är en ökning med 7 procent sedan årsskiftet. Majoriteten av norrbottningar (88 procent) får sin primärvård via landstingets hälsocentraler, men andelen listade på privata hälsocentraler ökar.

I och med genomförda sammanslagningar har antalet stora hälsocentraler ökat, tio hälsocentraler har fler än 10 000 listade. Sex hälsocentraler har färre än 5 000 listade. Länsnitt för antalet listade per hälsocentral är 7 8000.

Vårdpeng

Vårdpengen bygger på ålderskapitering 65 procent, socioekonomiskt index (CNI) 10 procent samt på vårdtyngd (ACG) 25 procent. Länsnitt för var och en av dessa tre kvoter är 1,0.

Ålderskapiteringen beror på ålderssammansättningen av listade personer. Kapiteringskvoten ligger mellan 0,84 (Porsöns hälsocentral) och 1,09 (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 0,68 (Gammelstads hälsocentral) och 1,28 (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 0,71 (Porsöns hälsocentral) och 1,35 (Vårdcentralen NorraHamn).

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

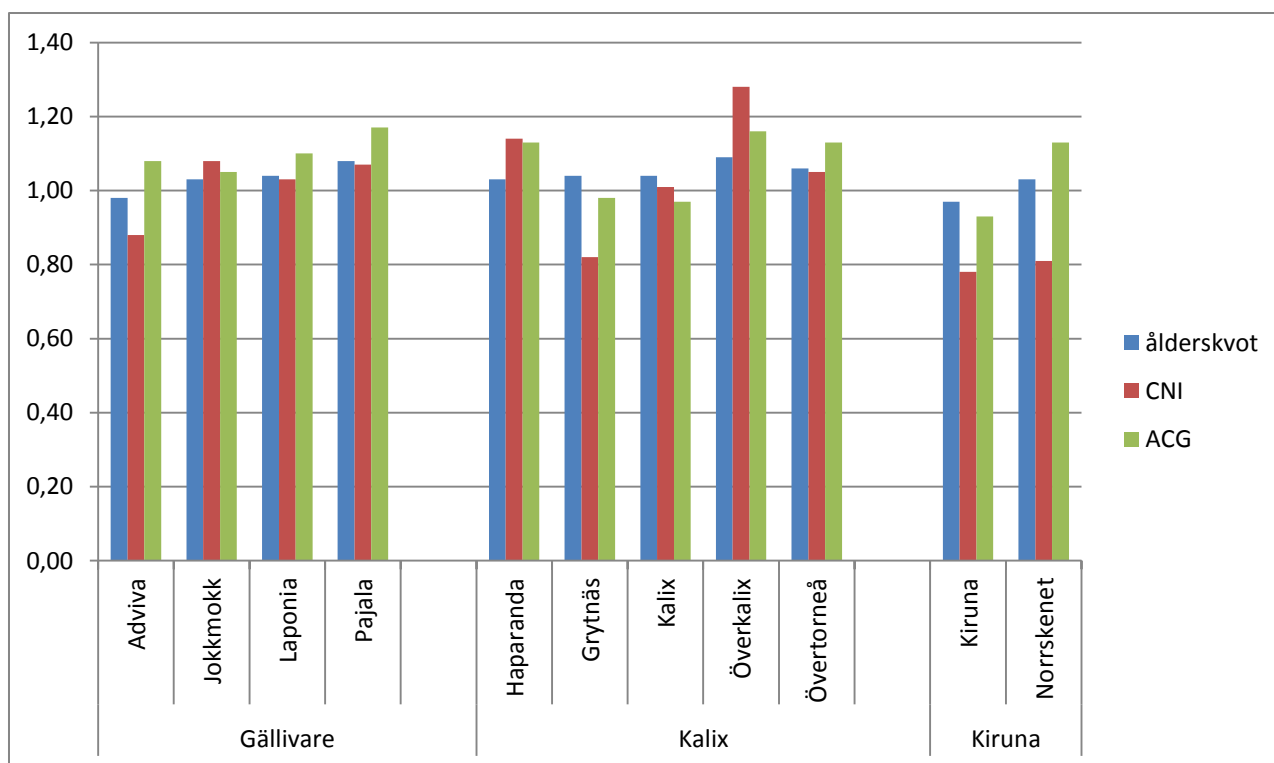


Diagram 1. Ålderskapiteringskvot, CNI-kvot, ACG-kvot, hälsocentraler i Gällivare, Kalix och Kiruna närsjukvårdsområden, april 2016.

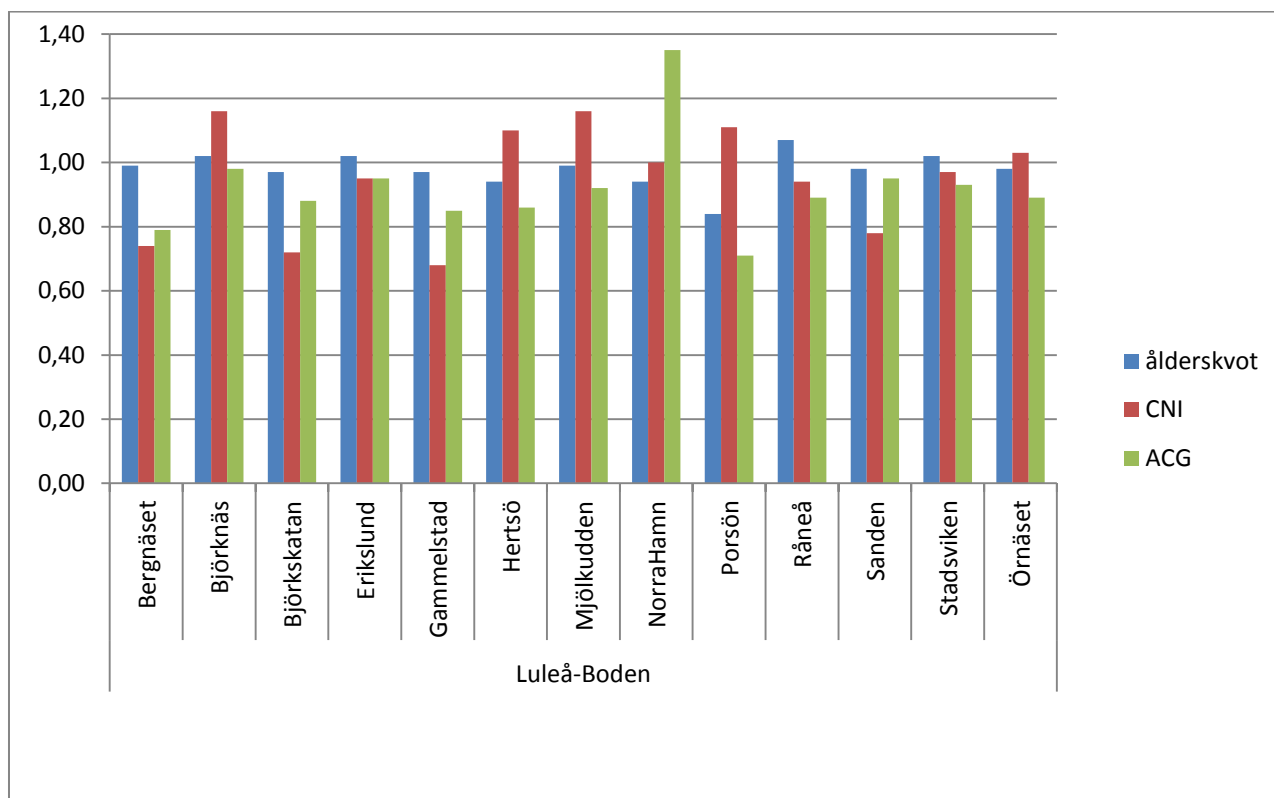


Diagram 2. Ålderskapiteringskvot, CNI-kvot, ACG-kvot, hälsocentraler i Luleå-Boden närsjukvårdsområde, april 2016.

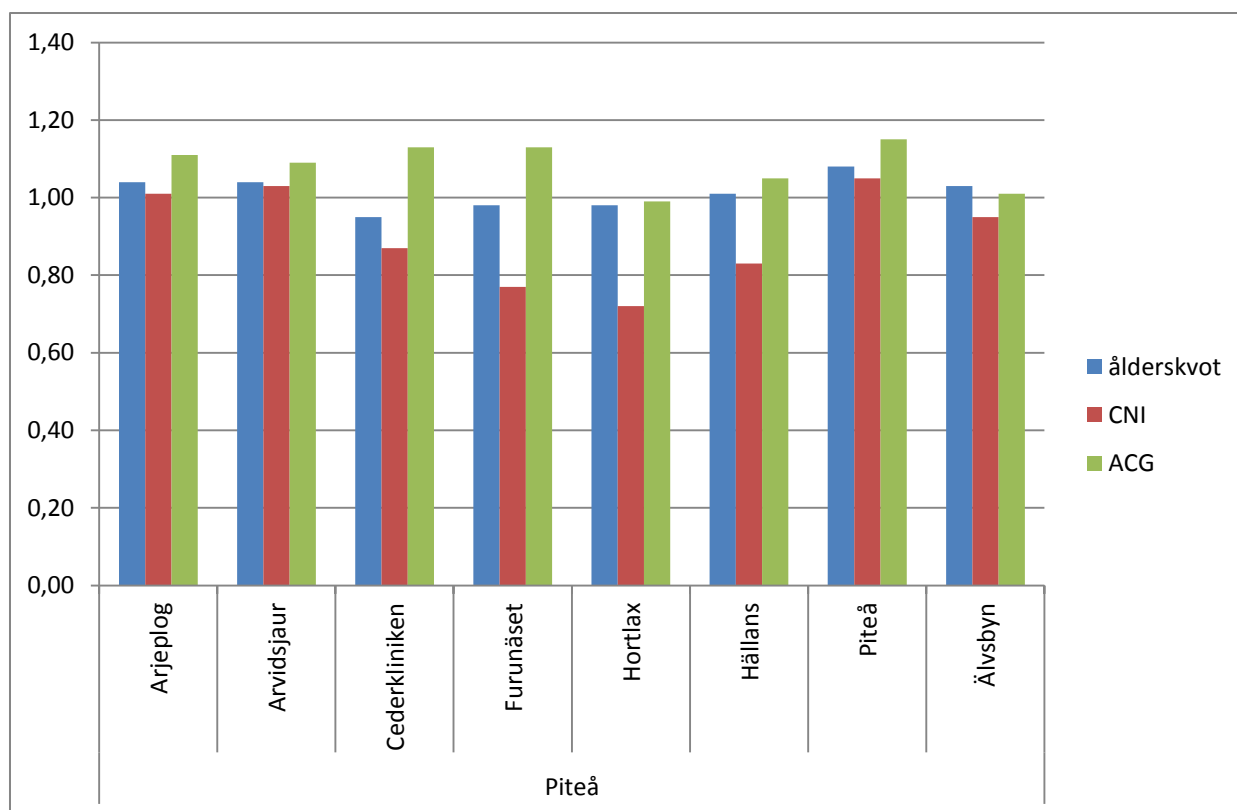


Diagram 3. Ålderskapiteringskvot, CNI-kvot, ACG-kvot, hälsocentraler i Piteå närsjukvårdsområde, december 2015.

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.

Under 2016 förs dialog med verksamheten om områden med bristande resultat och låg måluppfyllelse. Särskild uppmärksamhet riktas mot insatser för att förbättra telefontillgängligheten, öka hälsofrämjande förhållningssätt och sjukdomsförebyggande insatser samt öka antalet genomförda hälsosamtal.

En jämlik och kvalitativt likvärdig verksamhet

Tillgänglighet

Tillgänglighet som mäts gällande primärvård är telefontillgänglighet (kontakt med hälsocentralen samma dag) och tillgänglighet till läkarbesök (läkarbesök inom sju dagar). Länsnitt för telefontillgänglighet är 84 procent, vilket är något lägre än föregående år. Delvis kan försämrat resultat förklaras av tekniska problem i samband med byte till ett nytt telefonkösystem. Länsnitt för tillgänglighet på läkarbesök inom sju dagar ligger på 93 procent, detta är samma nivå som föregående år.

En säker och kunskapsstyrd verksamhet

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. Länsnittet är 54 procent, målnivån är 65 procent.

Resultaten ligger på samma nivå som föregående år. Vissa hälsocentraler har anmärkningsvärt låga resultat exempelvis Älvsbyns hälsocentral, där bara 10 har ett dokumenterat återbesök hos läkare.

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 79 procent, målnivån är 90 procent. Råneå hälsocentral avviker från majoriteten av hälsocentraler genom att ha resultat på 40 procent. 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.

Läkemedel

Äldre patienter med många förskrivna läkemedel bör ha en årlig läkemedelsgenomgång. Resultaten visar att 14 procent av patienter 75 år eller äldre med fem eller fler uthämtade läkemedel hade en dokumenterad läkemedelsgenomgång. Resultaten har förbättrats något, men är fortfarande långt ifrån målnivån som är 50 procent. Resultaten kan delvis bero på bristande dokumentation, men tydligt är att det finns förbättringspotential inom detta område.

God samverkan internt och externt

Oplanerade 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 procent får ett avdrag som motsvarar 1 procent av vårdpengen. De åtta hälsocentraler som har lägst andel oplanerade återinskrivningar erhåller dock inget avdrag. Mätperioden för primärvården är 12 månader. Resultaten visar att sammantaget har andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar minskat. Kritik har riktats mot denna indikator, dels för dess koppling till ekonomisk ersättning och dels för att antal individer per hälsocentraler är låg och då har enstaka patienter stor inverkan på hälsocentralens resultat.

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 fler läkarbesök under en 12 månaders period har haft minst 50 procent av läkarbesöken hos samma läkare. Länssnittet är 42 procent, målnivån är 50 procent. Resultaten varierar mellan 19 procent och 66 procent. 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.

En jämlik och jämställd

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). 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 länssnittet föregående år. Målnivåerna är högre för detta år, 70 procent för gruppen diabetes, högt blodtryck och/eller övervikt. Målet för den andra gruppen (psykisk ohälsa) är 36 procent för riskbedömning och 53 procent för åtgärder vid konstaterad risk. Hitintills i år når inte majoriteten av hälsocentraler de uppsatta målnivåerna.

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 som innebär ekonomisk ersättning. Antalet FaR-förskrivningar under perioden är 2627, sammanlagt har 1547 FaR-uppföljning gjorts. Jokkmokks hälsocentral utmärker sig som flitiga FaR-förskrivare. Sammanlagt har 369 kvalificerade tobaksavvänjningar genomförts. Haparanda hälsocentral är, som tidigare år, länsledande gällande tobaksavvänjning. Både FaR-förskrivning och kvalificerad tobaksavvänjning har sjunkit något jämfört med samma period 2015.

Hälsosamtal

Norrbottens hälsosamtal är en riktad hälsofrämjande och sjukdoms- förebyggande 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 som personer med hög risk för sjukdom och förtida död kan 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 till alla listade som under året fyller 30, 40, 50 eller 60 år. Under år 2014 genomfördes 2000 hälsosamtal och under 2015 genomfördes 836 hälsosamtal. Efter den kraftiga minskningen av hälsosamtal har dialog förts med leverantörer. Folkhälsocentrum har erbjudit utbildningstillfällen för vårdpersonal och informationskampanj riktad till befolkning pågår. Landstinget som arbetsgivare har erbjudit sin personal i aktuella åldersgrupper möjligheten att delta i hälsosamtal på arbetstid. Under perioden januari- augusti har 361 hälsosamtal genomförts, detta innebär 2-5 procent av respektive åldersgrupp. Hälften av hälsocentraler har inte genomfört ett enda hälsosamtal hitintills i år. Det krävs åtgärder från hälsocentralerna för att landstingets mål ska uppfyllas, att alla i berörda åldersgrupper blir erbjudna hälsosamtal och att minst hälften av dessa genomför hälsosamtal på sin hälsocentral. Hälsosamtalen är ett fokusområde för beställarens dialoger med hälsocentraler. De hälsocentraler som inte ha några genomförda hälsosamtal eller bara enstaka har fått begäran om rättelse för bristande måluppfyllelse. Kraven att erbjuda hälsosamtal har också förtydligats ytterligare i Beställning Primärvård 2017.

MHV och BHV

För mödra- och barnhälsovård finns nationella basprogram som ska följas och som förtydligas i Styr- och vägledningsdokument för Norrbotten. För BHV redovisas resultat för hembesök hos familjer med ett nyfött barn och depressionsscreening för nyförlösta samt föräldrastödgrupper. Länssnittet för hembesök hos familjer med ett nyfött barn är 49 procent, målet är 70 procent. Det finns en stor variation, vissa hälsocentraler har inga eller få registrerade hembesök. Detta gäller Kiruna hälsocentral, Hertsöns hälsocentral, Råneå hälsocentral, Laponia hälsocentral och Norrskens hälsocentral. Den vanligaste förklaringen till låga resultat är att hälsocentralen har prioriterat annan verksamhet inom BHV istället för hembesök. Detta innebär dock en ojämnlik barnhälsovård i länet och beställaren kontaktar berörda hälsocentraler för dialog om bristande måluppfyllelse.

Depressionsscreening för nyförlösta har ett länssnitt på 54 procent, målet är 90 procent. Det finns några hälsocentraler bl.a. Norrskens hälsocentral och Arvidsjaur hälsocentral som har väldigt få dokumenterade depressionsscreeningar.

Vårdval Primärvård Norrbotten Fördjupade dialoger

Bakgrund

Beställare och leverantörer har ett gemensamt ansvar och intresse för en väl fungerande dialog och uppföljning av verksamheten. Utgångspunkten för detta arbete ska vara en ömsesidig strävan att uppnå en förtroendefull relation mellan parterna. Verksamheten ska bedrivas inom ramen för de mål, inriktningsmål och strategier som anges i landstingsstyrelseplanen samt beställningen. Från och med 2013 genomför beställaren fördjupade dialogmöten med 12 hälsocentraler varje år.

Valda hälsocentraler

Under våren 2016 har fördjupade dialoger genomförts med Adviva hälsocentral, Bergnäsets hälsocentral, Björkskatans hälsocentral, Haparanda hälsocentral, Hortlax hälsocentral och Norrskenet hälsocentral.

Tillvägagångssätt

Inför dialogmötet skickades en uppföljningsblankett till respektive verksamhetschef. I denna uppmanades verksamhetschefen besvara en del basfakta gällande hälsocentralens verksamhet.

Beställaren sammanställde ett material med uppgifter hämtade från det gemensamma statistiksystemet samt nationella patientenkäten. Även uppgifter från verksamhetsspecifika områden inhämtades. Presentationsmaterialet som utgjorde underlaget på dialogmöten skickades till respektive verksamhetschef innan dialogmötet.

Varje dialogmöte omfattade en tre timmars träff där beställaren representerades av beställaransvarig och planeringsstrateg. Hälsocentralerna representerades av verksamhetschef, medicinsk rådgivare samt på vissa hälsocentraler också ytterligare någon/några personer som respektive verksamhetschef hade utsett. Närsjukvårdscheferna och tjänstemän från divisionsstaben var inbjudna, och deltog i möten gällande egenregins hälsocentraler.

Beställaren har sammanställt en rapport till respektive hälsocentral och tydliggjort aktuella förbättringsområden. Verksamhetschefer har getts möjlighet att faktagranska rapporten.

Beställaren har begärt en återrapportering kring förbättringsområdena från respektive hälsocentral sex månader efter genomförd fördjupad dialog.

Adviva hälsocentral

Adviva hälsocentral startade sin verksamhet i oktober 2011. Hälsocentralen är idag fullbemannad med fasta läkare, det har inte varit några problem att rekrytera läkare. Hälsocentralen har haft en tydlig profil med förebyggande hälsovård. Personalsammansättningen är formad utifrån detta, det finns bl.a. två KBT-terapeuter och en hälsopedagog. Hälsocentralen har liten administration.

Arbetsorganisationen har anpassats och utvecklats så att patienter kan erbjudas både bra kontinuitet och tillgänglighet. Det finns omfattande verksamhet med samtalsbehandling jämfört med många andra hälsocentraler i länet. Tillgången till KBT-terapeuter ses som mycket värdefullt för hälsocentralen. Adviva hälsocentral har förbättringspotential gällande följsamhet till dokumentationsrutiner för ex. levnadsvanor och läkemedelsgenomgångar. Diagnoskvalité är ett annat område att arbeta med.

Det fem åriga avtalet med Adviva hälsocentral går ut i oktober 2016, arbetet med ett nytt avtal pågår. Ägarförhållanden har förändrats och hälsocentralen kommer att byta namn vid kommande årsskiftet.

Bergnäsets hälsocentral

Bergnäsets hälsocentral har haft stabil bemanning under många år. Sedan ett par år är läget förändrat gällande läkarbemanning. Rekrytering av läkare är en viktig och svår fråga, det är svårt att vara en attraktiv arbetsplats om det är brist på ordinarie läkare. Från hösten 2014 då mycket kändes kaotiskt har resan påbörjats för att ställa om arbetet och utgå från gällande förutsättningar. Att erbjuda både tillgänglighet och kontinuitet för patienter är en svår ekvation vid en hälsocentral med sviktande

läkarbemanning. Hälsocentralens resultat gällande uppföljning av patienter med kroniska diagnoser ex. demens och diabetes ligger under länssnittet. Bristande dokumentation kan delvis förklara de svaga resultaten gällande levnadsvanearbete. Det finns också förbättringspotential gällande de indikatorer som beställare följer inom MHV och BHV.

Björkskatans hälsocentral

Björkskatans hälsocentral har sedan många år stabil bemanning, även listningsläget har varit stabilt över tid. De listade ger ett gott betyg i Nationella patientenkäten till hälsocentralen, även anmälningar till Patientnämnden är väldigt få. Hälsocentralen har både bra tillgänglighet och bra kontinuitet. Ledningens målbild är att hälsocentralen inte ska bli större än att alla listade kan erbjudas fast läkare. Hälsocentralen tillämpar planeringslistor och de patienter som har kroniska diagnoser och behov av årliga besök blir kallade till läkare. Förbättringsområden är följsamhet till dokumentations- och registeringsrutiner. Det finns också förbättringspotential inom prevention och levnadsvanearbete.

Haparanda hälsocentral

Haparanda hälsocentralens läge vid gränsen präglar verksamheten påtagligt. Närheten till Finland har påverkat inflyttningen till kommunen. Många som flyttar till Haparanda från södra Sverige är inte arbetsföra. Det finns hög sjuklighet, det förekommer missbruk, sociala problem och språkligt handikapp. 80 procent av befolkningen har finsk bakgrund.

Haparanda hälsocentral har haft en period då tillfredsställande kontinuitet och tillgänglighet inte har erbjudits till befolkningen. Ledningen har tagit tag i problemen och sakta byggt upp organisationen och verksamheten. Målsättningen är att tänka på nytt sätt, hitta nya lösningar för att kunna erbjuda Haparandabor god och säker primärvård. Många förbättringsarbeten är redan initierade. Utöver det som redan pågår bör hälsocentralen förbättra BHV-verksamheten så att familjer med nyfött barn får hembesök och depressionsscreeningar för nyblivna mammor genomförs. Förbättring av dokumentationsrutiner och diagnoskvalitén är ytterligare en utmaning för hälsocentralen.

Hortlax hälsocentral

Hortlax hälsocentral har under många år haft en stabil bemanning och ett stabilt listningsläge. Hälsocentralen har generellt mycket goda resultat gällande patientnöjdhet och tillgänglighet. Läkarkontinuiteten har varit något sämre än tidigare, organisationen har anpassats till en ny situation när pensionsavgångar och föräldradledigheter varit aktuella i läkargruppen. Hälsocentralen har tydligt läget under kontroll, det finns fungerande kapacitetsplanering och beredskap för kommande förändringar. Ansvarstagande kultur har skapats under årens lopp och detta vårdas kontinuerligt. Hortlax hälsocentral har förbättringspotential gällande följsamhet till dokumentationsrutiner ex. levnadsvanor och läkemedelsgenomgångar. Diagnoskvalité är ett annat område att arbeta med. För att ge ett bra underlag för verksamhetsuppföljning bör diagnoser som beskriver patientens sjukdomstillstånd användas i större omfattning.

Norrskens hälsocentral

Norrskens hälsocentral startade sin verksamhet i maj 2015 och ersatte då Vittangi vårdcentral som var en LOU-upphandlad verksamhet sedan många år. Övergången innebar att hälsocentralen tog över både lokaler och personal samt listade patienter från Vittangi vårdcentral. Huvudmottagning är i Vittangi, men verksamhet bedrivs också i Kiruna och i Karesuando. Det är verksamheten i Kiruna som främst står för ökningen av antalet listade.

Gensvaret från patienter har varit mycket positivt via nationella patientenkäten och gällande läkarkontinuitet och tillgänglighet. Hälsocentralen har tre ordinarie distriktsläkare. Det har varit svårigheter att rekrytera barnmorska, i övrigt har rekrytering av personal fungerat relativt bra. Lokalerna i Kiruna är en tydlig begränsande faktor och verksamheten flyttas till nya större lokaler juni. Förbättringsområden är arbetet med dokumentationsrutiner samt arbete inom prevention och den hälsofrämjande delen av primärvårdsuppdraget. Avtal om journalsamverkan med egenregin har varit en tidskrävande process.

Generella synpunkter

Dialogmötena har gett en god möjlighet till fördjupad dialog om utvalda hälsocentralernas verksamhet. Detta har mottagits positivt och utgör en viktig del i förbättringsarbetet.

Fyra av sex hälsocentraler där fördjupad dialog genomfördes under våren 2016 har relativt stabil läkarbemanning. Detta är en tydlig framgångsfaktor för hälsocentralens verksamhet. De hälsocentraler som har sviktande läkarbemanning får använda mycket tid och engagemang till rekrytering och för att säkra verksamheten. De två privata hälsocentraler som fanns med i urvalet visar något mer nytänkande både gällande bemanning av hälsocentralen och hur verksamheten bedrivs.

Primärvårdens uppdrag upplevs omfattande och spretigt. Kritiska synpunkter framförs på att nya uppdrag införs eller flyttas från specialiserade vården utan en föregående dialog med primärvården.

Hälsocentraler samverkar dels med den specialiserade vården och dels med kommuner.

Informationsöverföring mellan vårdnivåer är fortfarande ett förbättringsområde.

Indikatorn oplanerade återinskrivningar, som också har en ekonomisk koppling, uppfattas som en bristfällig indikator för primärvårdens del. Underlaget per hälsocentral är litet och därmed kan resultaten variera kraftigt. Det efterlyses mer analyser på vad orsaken till oplanerade återinskrivningar är. Ett önskemål som framförs av samtliga hälsocentraler är att den ekonomiska kopplingen till resultaten tas bort.

Det framförs mycket kritiska synpunkter på dokumentationskrav. I många fall anses de dåliga resultaten på olika indikatorer bero på bristfällig dokumentation, exempelvis läkemedelsgenomgångar anses genomföras i betydligt större omfattning än vad resultaten visar. Även levnadsvanearbete uppges vara en naturlig del av primärvårdens arbete trots att det i många fall inte dokumenteras enligt riktlinjerna.

Befolkningsinriktad prevention, som är ett uppdrag utöver ordinarie primärvårdsuppdrag i form av hälsosamtal för vissa åldersgrupper, kritiserar. Själva upplägget med hälsosamtal ifrågasätts av vissa. Kritik framförs av att hälsosamtalen tar resurser från övrig vårdverksamhet på hälsocentralen. En av hälsocentralerna hade följt upp hur många ur de aktuella åldersgrupperna som hörsammade inbjudan till hälsosamtal. 40 procent av de som fick ett skriftligt erbjudande besvarade detta, knappt 20 procent tackade ja till erbjudandet och genomförde hälsosamtalet.

Samverkan med läkare och fysioterapeuter verksamma på nationella taxan har diskuterats. De lagarna som styr vårdval (LOV) respektive nationella taxan (LOL och LOF) är uppbyggda på helt olika sätt, och stödjer eller stimulerar inte direkt till ökad samverkan. Frågan om samverkan har tagits upp främst ur patientsäkerhet och för att förbättra vården av patienter. Ett embryo av utökad samverkan mellan fysioterapeuter på nationella taxan och hälsocentral finns på vissa håll i länet.

Flera av de hälsocentraler som ingått i vårens dialoger har fått uppdrag kopplade till utökade antal asylsökanden, bl.a. ensamkommande barn. Det har gått åt mycket tid och resurser till att organisera denna verksamhet. Bättre samverkan med Migrationsverket och kommunen efterlystes, även stöd från egen organisation.

Transparent redovisning är en av grundprinciper inom Vårdval Primärvård Norrbotten. Alla leverantörer har kontinuerligt tillgång till sina och de övriga hälsocentralers resultat dels via listningssystemet Lisa och dels via Datalagret. Det förefaller vara stora skillnader hur denna möjlighet tas tillvara för verksamhetsuppföljning och för förbättringsarbete. Vissa landstingsdrivna hälsocentraler efterlyser mer stöd från divisionen i uppföljning, implementering av nya rutiner och förbättringsarbete.

För mer information hänvisas till respektive hälsocentralers rapport.