

Vårdval Norrbotten

Uppföljning januari-april 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 april 2016 hade 53 % av befolkningen (131 651 personer) valt aktivt, detta är en ökning med 2 % sedan årsskiftet. Majoriteten av norrbottningar (89 %) 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 %, socioekonomiskt index (CNI) 10 % samt på vårdtyngd (ACG) 25 %. Länsnitt för var och en av dessa tre kvoter är 1,0.

Ålderskapiteringen beror på ålderssammansättningen av listade personer. Kapiteringskvoten ligger mellan 0,83 (Porsöns hälsocentral) och 1,08 (Piteå, Pajala och Överkalix hälsocentraler).

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 1,21 (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 1,31 (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.

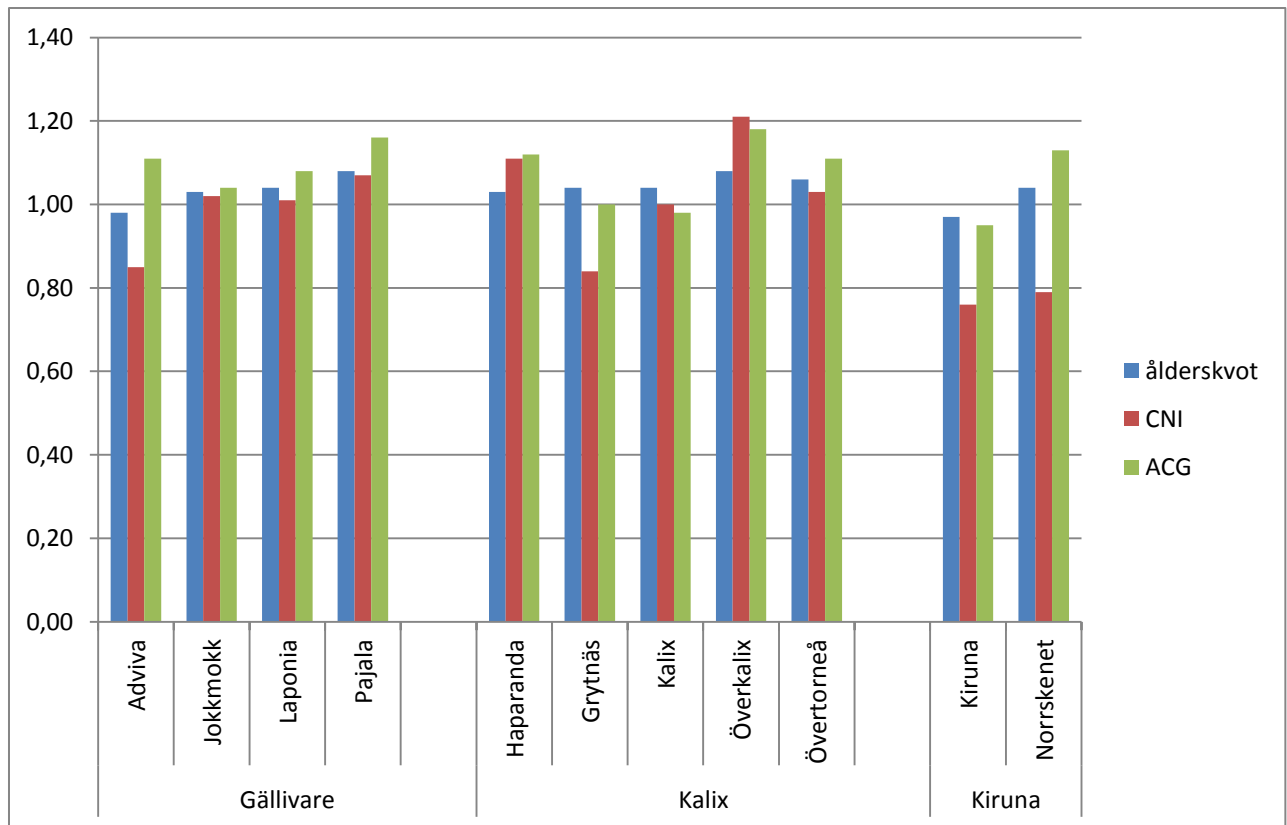


Diagram 1. Ålderskapiteringskvot, CNI-kvot, ACG-kvot, hälsocentraler i Gällivare, Kalix och Kiruna närsjukvårdsområden, april 2016.

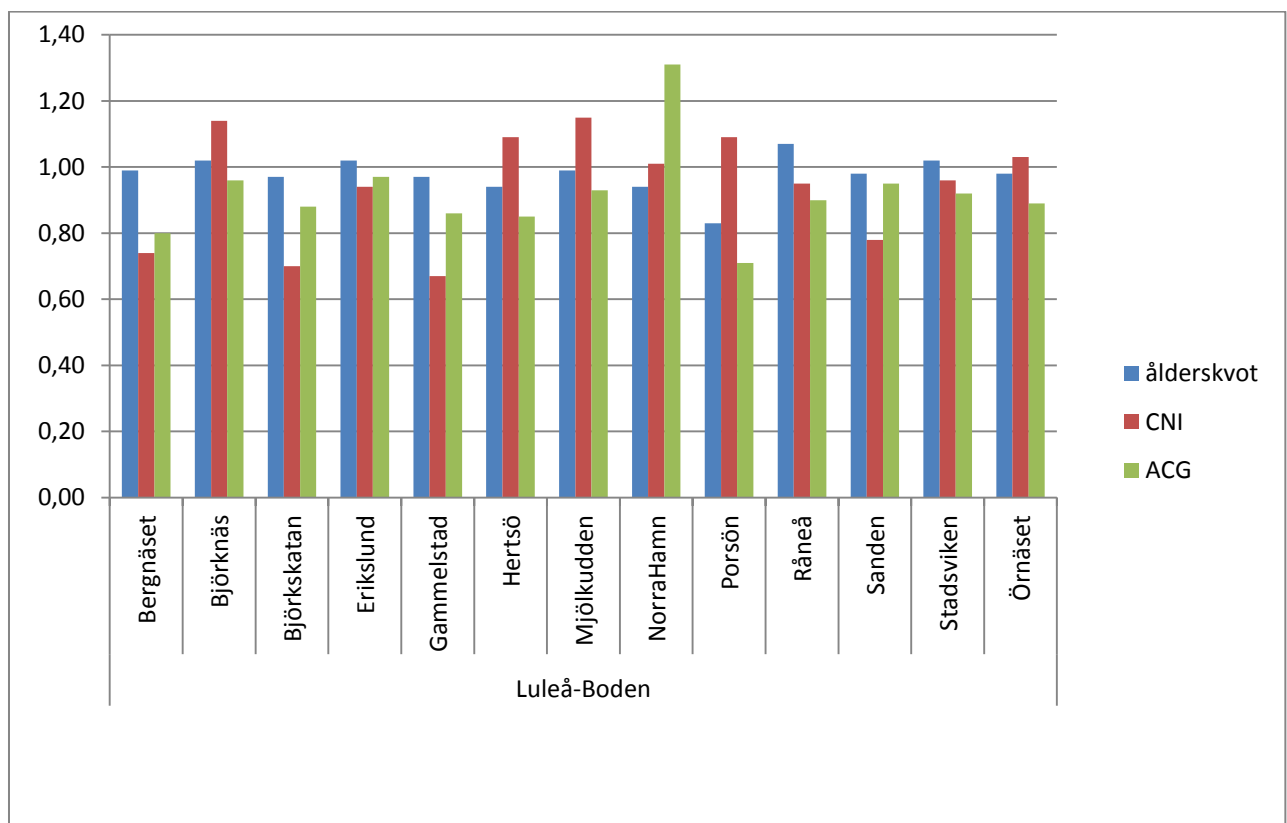


Diagram 2. Ålderskapiteringskvot, CNI-kvot, ACG-kvot, hälsocentraler i Luleå-Boden närsjukvårdsområde, april 2016.

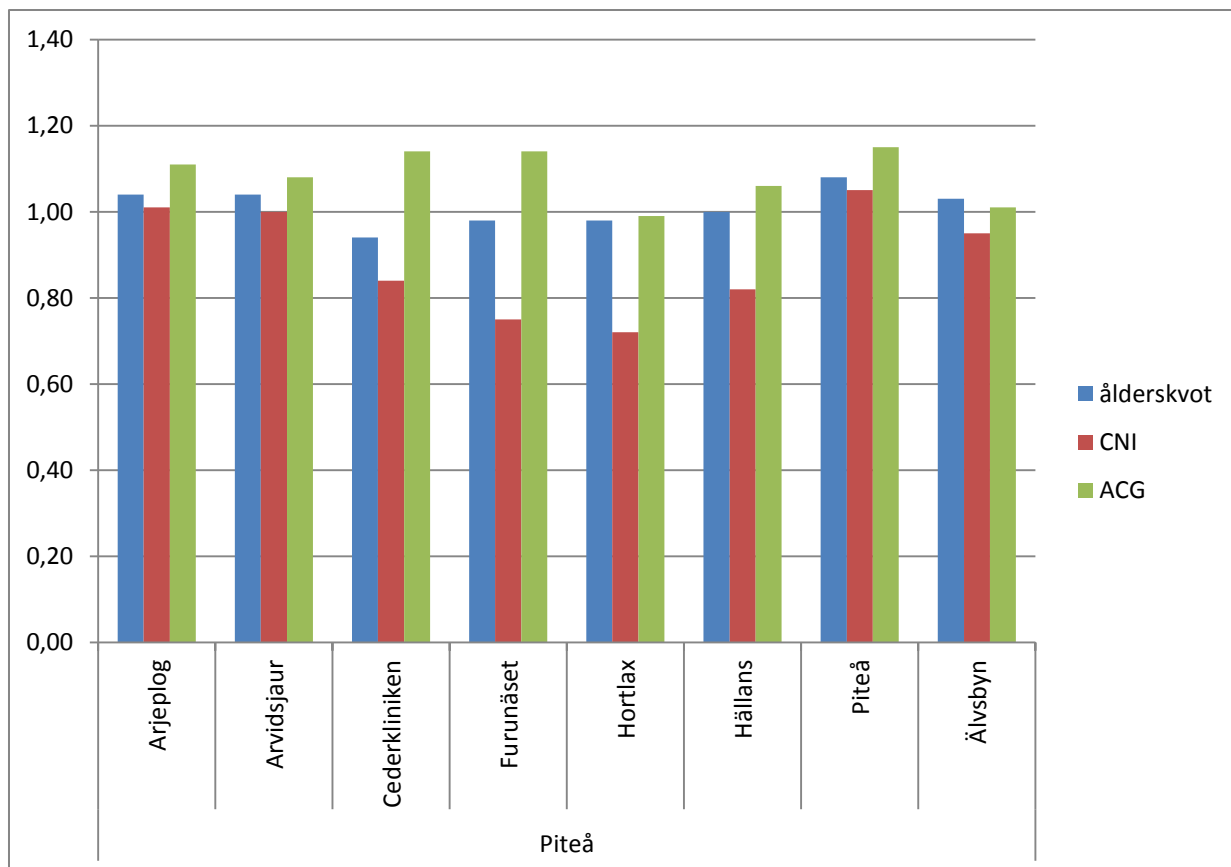


Diagram 3. Ålderskapiteringskvot, CNI-kvot, ACG-kvot, hälsocentraler i Piteå närsjukvårdsområde, december 2015.

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 ska dialog föras med verksamheten om områden med bristande resultat och låg måluppfyllelse. Särskild uppmärksamhet ska riktas mot insatser för att förbättra telefontillgängligheten, öka hälsofrämjande förhållningssätt och sjukdomsförebyggande insatser samt minska förskrivningen av läkemedel med risk för beroende.

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 85 %, vilket är något lägre än föregående år, då var telefontillgänglighet 88 %. Nio hälsocentraler har en telefontillgänglighet på 95 % eller bättre. 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 91 %, detta är något sämre än under föregående år, då länsnittet var 93 %. Det finns inte lika stor variation på tillgänglighet på läkarbesök mellan hälsocentraler som tidigare. Flera hälsocentraler som hade dålig tillgänglighet på läkarbesök har förbättrat sina resultat. Nu finns en variation mellan 82 % och 99 %.

En säker och kunskapsstyrd verksamhet

Läkemedel

Äldre patienter med många förskrivna läkemedel bör ha en årlig läkemedelsgenomgång. Resultaten visar att 13 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.

Sedan år 2011 följs förskrivningen av läkemedel med risk för beroendeutveckling, uppdelat i tre undergrupper. Över en längre tidsperiod ses en trend av ökade antalet individer som hämtat ut läkemedel med risk för beroendeutveckling. Flest personer som får dessa läkemedel förskrivna finns i åldersgruppen 65 år och äldre. Det är fler kvinnor än män som får dessa läkemedel förskrivna. Det finns relativt stora lokala variationer gällande förskrivning. Detta faktum samt att förskrivningen totalt ökar över tid bör även fortsättningsvis uppmärksammas.

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 16 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. 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 1646, sammanlagt har 860 FaR-uppföljning gjorts. Jokkmokks och Furunästes hälsocentraler utmärker sig som flitiga FaR-förskrivare. Sammanlagt har 217 kvalificerade tobaksavvänjningar genomförts, detta är i nivå med tidigare år. Haparanda hälsocentral är, som tidigare år, länsledande gällande tobaksavvänjning.

Hälsosamtal

För att ytterligare förstärka det förebyggande området fick leverantörerna ett befolkningsinriktat hälsouppdrag 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 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 årets fyra första månader har 174 hälsosamtal genomförts, detta innebär 1-2 procent av respektive åldersgrupp. Över hälften av hälsocentraler har inte genomfört ett enda hälsosamtal hitintills i år. Jokkmokks hälsocentral är undantaget, där har 43 hälsosamtal genomförts, vilket innebär att 15 procent av aktuella åldersgrupper har varit på hälsosamtal. 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 kommer även fortsättningsvis vara ett fokusområde i beställarens dialoger med hälsocentraler.

Vaccinationsgrad, säsongsinfluensa

Målvärdet för andel listade 65 år eller äldre som vaccinerats mot säsongsinfluensa är 75 procent Ingen av hälsocentraler når detta mål utan resultaten varierar mellan 26 procent och 64 procent.

Vaccinationsgraden ökar dock sakta.

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 50 procent, målet är 70 procent. Det finns en stor variation, vissa hälsocentraler har inga registrerade hembesök, det gäller Kiruna hälsocentral och Hertsöns hälsocentral. Några hälsocentraler har låg andel t.ex. Råneå, Laponia och Björkskatans hälsocentraler. 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.

Depressionsscreening för nyförlösta har ett länssnitt på 50 procent, målet är 90 procent. Det finns några hälsocentraler bl.a. Haparanda hälsocentral som har väldigt få dokumenterade depressionsscreeningar.