

# Vårdval Primärvård, uppföljning januari-augusti 2017

## 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 regionens beställning. Hälsocentralerna ska erbjuda en trygg och säker vård och uppfylla samma krav på kvalitet, kompetens och tillgänglighet.

Beställaren följer ett antal indikatorer som redovisas i delårs- och årsrapporter. Resultaten för primärvård redovisas grupperade per närsjukvårdsområde. Resultaten finns tillgängliga kontinuerligt och transparent i Region Norrbottens datalager för samtliga hälsocentraler. Listningsläget och redovisning om vårdvalsersättning är transparent och finns tillgängliga för hälsocentraler via regionens listningssystem LISA. Sammanställning av resultat per tertial och år tillhandahålls närsjukvårds- och hälsocentralsledningarna.

## Allmänt

I Norrbotten finns totalt 31 hälsocentraler, av dessa drivs 27 i egen regi. Antalet hälsocentraler har de senaste åren minskat genom sammanslagning eller nedläggning av hälsocentraler. Sammanslagning har skett i Kiruna och i Piteå, där även en nedläggning genomfördes förra året. Antalet hälsocentraler kommer att minska ytterligare. Beslut har fattats om sammanslagning av två hälsocentraler på respektive ort Luleå, Boden och Kalix. Fyra hälsocentraler drivs av privata företag: Gällivare Hälsocentral, och tre hälsocentraler inom Praktikertjänst AB: Cederkliniken i Piteå, Vårdcentralen Norra Hamn i Luleå och Norrskens hälsocentral i Vittangi med filialer i Kiruna och i Karesuando.

Majoriteten av norrbottningarna (87 procent) får sin primärvård via Region Norrbottens hälsocentraler. Antalet listade på länets privata hälsocentraler ökar, sammanlagt är drygt 33 000 norrbottningar listade på en privat hälsocentral. Ett aktivt vårdval har gjorts av 56 procent av norrbottningarna.

Tio av länets hälsocentraler har fler än 10 000 listade. Fem 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 samt på vårdtyngd (ACG) 25 procent. Länssnitt 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 0,85 (Porsöns hälsocentral) och 1,08 (Överkalix hälsocentral).

Care Need Index (CNI) är ett hjälpmedel som, med utgångspunkt från socio-ekonomiska 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 1,24 (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 0,68 (Porsöns hälsocentral) och 1,29 (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.

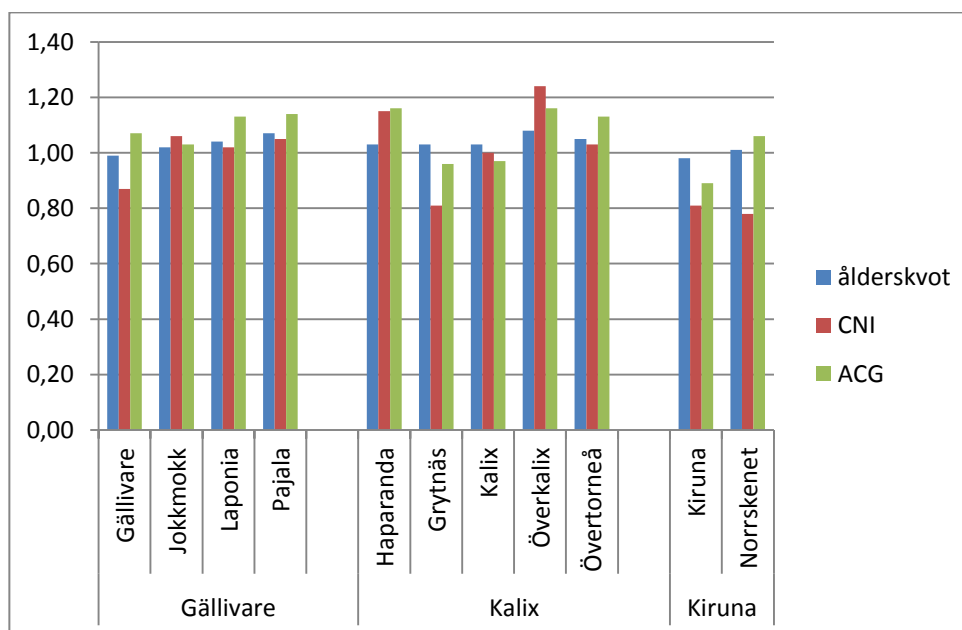


Diagram 1. Ålderskapiteringskvot, CNI-kvot, ACG-kvot, hälsocentraler i Gällivare, Kalix och Kiruna närsjukvårdsområden, augusti 2017.

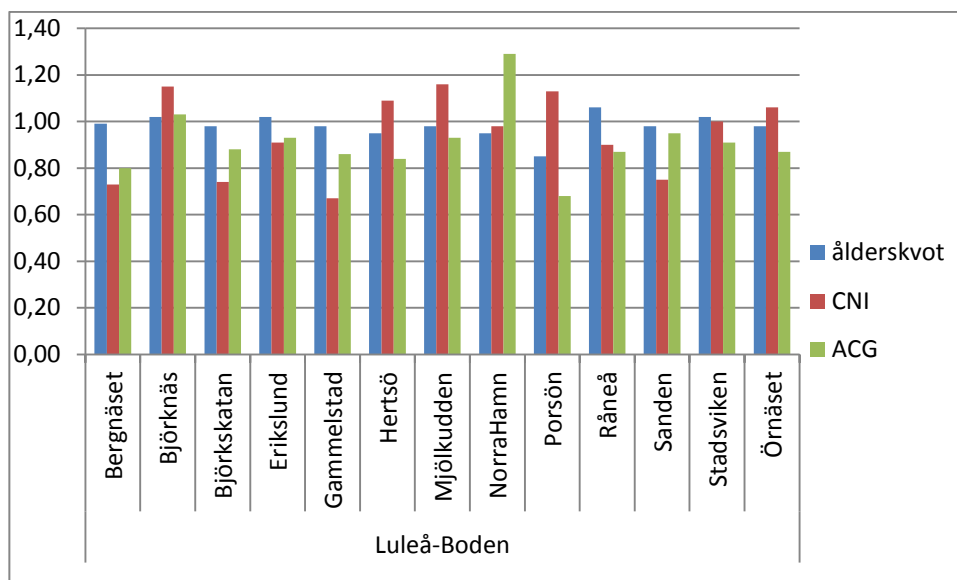


Diagram 2. Ålderskapiteringskvot, CNI-kvot, ACG-kvot, hälsocentraler i Luleå-Boden närsjukvårdsområde, augusti 2017

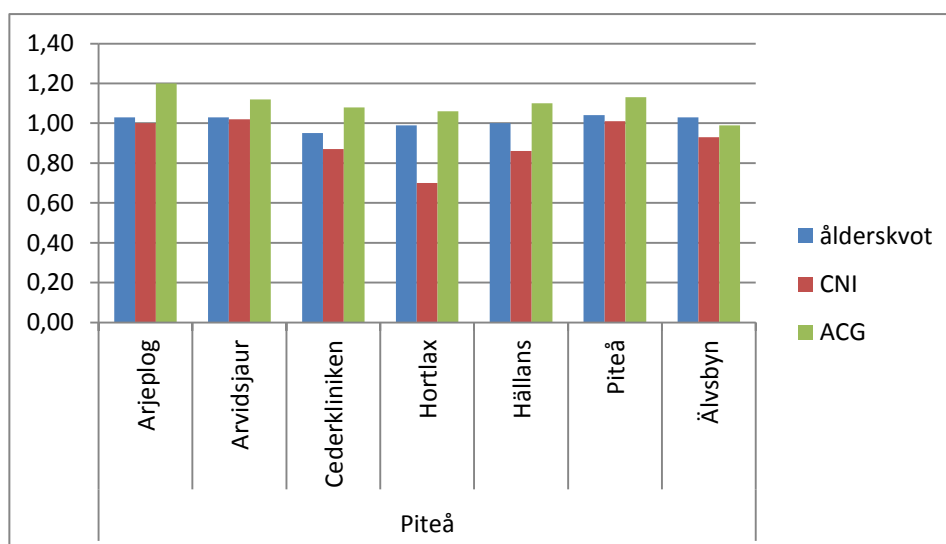


Diagram 3. Ålderskapiteringskvot, CNI-kvot, ACG-kvot, hälsocentraler i Piteå närsjukvårdsområde, augusti 2017.

## 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.

## 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. Nästa primärvårdsmätning genomförs under hösten 2017, resultaten redovisas i årsrapporten.

### 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 procent, vilket är på samma nivå som tidigare år. Det finns en stor variation mellan hälsocentralerna. En tredje del av hälsocentralerna redovisar mycket god telefontillgänglighet och har gjort det under en lång tid. Några hälsocentraler har haft stora bekymmer med telefontillgänglighet, till exempel Älvsbyns hälsocentral, Kalix hälsocentral och Björknäs hälsocentral. Beställaren har kontinuerlig dialog med aktuella hälsocentralers ledning och närsjukvårdens ledning angående telefontillgänglighet. Förbättring av telefontillgänglighet har skett efter aktivt förbättringsarbete. Samma positiva utveckling syns inte i Kiruna hälsocentralens resultat. Kiruna hälsocentral och även Råneå hälsocentral måste förbättra sin telefontillgänglighet. Beställaren har begärt rättelse med handlingsplan från dessa hälsocentraler.

Länsnitt för tillgänglighet till läkarbesök inom sju dagar ligger på 91 procent, vilket är något sämre än föregående år. Det finns en variation mellan 80 procent och 99 procent.

## En kunskapsstyrd och säker verksamhet

### Psykisk ohälsa, samtalsbehandling

En relativt stor andel av hälsocentralers listade befolkning söker vård på hälsocentralen för psykisk ohälsa. Samtalsbehandling erbjuds numera på flera hälsocentraler och totalt ökar antalet behandlingar. Tillgång till samtalsbehandling varierar över länet. Det finns förbättringspotential inom området.

### 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. Resultaten har förbättrats något över tid och nu är länsnittet 56 procent, målnivån är 65 procent. Från och med detta år mäts också uppföljning hos andra vårdgivarkategorier eftersom vissa hälsocentraler har annat uppbygg för uppföljning. Länsnittet är 58 procent när uppföljning omfattar samtliga vårdgivarkategorier.

### Diabetes, uppföljning

Majoriteten av patienter med diabetesdiagnos har ett eller flera uppföljningsbesök på sin hälsocentral de senaste 12 månaderna. Länsnittet för besök hos

läkare och/eller sjuksköterska ligger på 80 procent, målnivån är 90 procent. Det finns variation på hur uppföljningen sker, vissa har som regel ett läkarbesök och det finns andra hälsocentraler som har främst sköterskebaserad diabetesuppföljning. Länsnittet för uppföljning via läkarbesök är 55 procent.

### Läkemedel

Äldre patienter med många förskrivna läkemedel bör ha en årlig läkemedelsgenomgång. Resultaten visar att endast 18 procent av patienter 75 år eller äldre med fem eller fler uthämtade läkemedel hade en dokumenterad läkemedelsgenomgång. Resultaten beror delvis på bristande dokumentation på grund av omständlig registrering, men tydligt är att det finns förbättringspotential inom detta område. Bara en hälsocentral, Jokkmokks hälsocentral når målet 50 procent genomförda dokumenterade läkemedelsgenomgångar.

Tio av länets hälsocentraler deltar i ett projekt där en klinikapotekare hjälper hälsocentralen med arbetet gällande läkemedelsförskrivning och uppföljning. Projektet startade under hösten 2016. Enligt delrapporten har klinikapotekare medverkat vid 505 läkemedelsgenomgångar på de utvalda hälsocentralerna. Delrapporten visar att läkemedelsgenomgångar som görs med hjälp av klinikapotekare ökar patientsäkerheten och medför ekonomiska besparingar. De tio hälsocentraler som deltar i projektet har marginellt ökat andelen dokumenterade läkemedelsgenomgångar. Orsaken kan vara att det inte varit fokus på dokumentation i journalen på det sätt som resultaten mäts.

## 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. 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 2017 finns inte någon ekonomisk koppling till denna indikator, men uppföljning sker. Målgruppen är begränsad till patienter som är 65 år eller äldre. Utveckling över tid visar en liten minskning av oplanerade återinskrivningar.

## 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 41 procent, målnivån är 50 procent. Resultaten varierar mellan 22 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.

## 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). Indikatorer 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 förbättringspotential för dokumenterat levnadsvanearbete, resultaten förbättras långsamt. Det finns en ekonomisk ersättning, totalt 4,4 mkr, som är kopplad till dessa indikatorer.

### 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 2795, sammanlagt har 1689 FaR-uppföljningar gjorts. Ersättning för uppföljning av FaR är 500 kr/ uppföljning. Sammanlagt har 370 kvalificerade tobaksavvänjningar genomförts. Ersättning för kvalificerad tobaksavvänjning är 1000 kr/ genomförd tobaksavvänjning. Både FaR-förskrivning och kvalificerad tobaksavvänjning är på samma nivå som föregående år.

### Hälsosamtal

Norrbottnens 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 kan personer med hög risk för sjukdom och förtida död identifieras och erbjudas adekvata åtgärder.

Norrbottnens 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. 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 under perioden totalt 593. Totalt har hittills 8 procent av 60-åringar och 6 procent av 50-åringar genomfört hälsosamtal på sin hälsocentral. Antalet genomförda hälsosamtal har ökat jämfört med samma period året före. Det är dock fortfarande bekymmersamt att vissa hälsocentraler inte kommit igång med hälsosamtalen trots påstötningar. Generellt har antalet genomförda hälsosamtal varit lågt under sommarmånader vilket förefaller vara naturligt ur verksamhets synpunkt. Hälsosamtalen kommer även fortsättningsvis vara ett fokusområde för beställarens uppföljning av uppdraget inom vårdval.

### Våld i nära relation

Antalet dokumenterade frågor om våld i nära relation ökar stadigt. Resultaten varierar vilket tyder på att hälsocentraler kommit olika långt i implementeringen av arbetssättet att fråga om våldutsatthet.

### MHV och BHV

För mödra- och barnhälsovård finns nationella basprogram som ska följas och som förtydligas i Styr- och vägledningsdokument för Norrbotten. För MHV redovisas resultat för andel separata hälsosamtal. Målet är att 80 procent av de som är inskrivna inom MHV får ett tidigt separat hälsosamtal. Snittresultat för länet är 71 procent, en tredjedel av hälsocentraler når målet. De hälsocentraler som haft lägsta resultaten visar en viss förbättring i sina resultat.

För BHV 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, målet är 70 procent. Hälften av hälsocentralerna når målet, men nio hälsocentraler har resultat under 50 procent.

Depressionsscreening för nyförlösta ligger på 59 procent, målet är 90 procent i länet. Ingen av hälsocentraler når målet. Det finns anledning att se över målnivån. 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.