

Beställning Närsjukvård

Uppföljning januari-december 2016

Bakgrund

Division Närsjukvård delas in i fem olika områden: Gällivare, Kalix, Kiruna, Luleå Boden och Piteå närsjukvårdsområde. Resultaten redovisas per närsjukvårdsområde och/eller närsjukvården totalt. Primärvården är inkluderad i resultaten per närsjukvårdsområde om inte annat anges. Resultat för Vårdval primärvård presenteras i egen delårsrapport. Indikatorerna presenteras utifrån Landstingsstyrelsens delmål.

- A. Allmänna uppgifter
- B. En jämlig och kvalitativt likvärdig verksamhet (perspektiv Verksamhet)
- C. En säker och kunskapsstyrd verksamhet (perspektiv Verksamhet)
- D. God samverkan internt och externt (perspektiv Verksamhet)
- E. Personcentrerad hälso- och sjukvård och kundorienterad service (perspektiv Verksamhet)
- F. En jämlig och jämställd hälsa (perspektiv Medborgare)

Allmänna uppgifter

ACG, CNI, åldersstruktur

ACG (Adjusted Clinical Groups) är ett verktyg som kan användas såväl för att beskriva hälsotillstånd i befolkningen som för att fördela resurser efter vårdtyngd. Verktöget bygger på att de diagnoser som har registrerats under en tidsperiod bakåt i tiden avgör individernas sjuklighet och behovet av insatser från sjukvården. CNI (Care Need Index) är ett hjälpmedel som, med utgångspunkt från socioekonomiska förhållanden, identifierar risk för ohälsa. Uppgifterna för CNI hämtas månadsvis från Statistiska centralbyrån. Variabler:

- Ålder över 65 år och ensamboende.
- Arbetslös eller i åtgärd 16–64 år.
- Ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre.
- Ålder yngre än 5 år.
- Utlandsfödd (Syd- och Östeuropa men ej EU samt Asien, Afrika och Sydamerika).
- Person 1 år eller äldre som flyttat in i området.
- Lågutbildad 25–64 år.

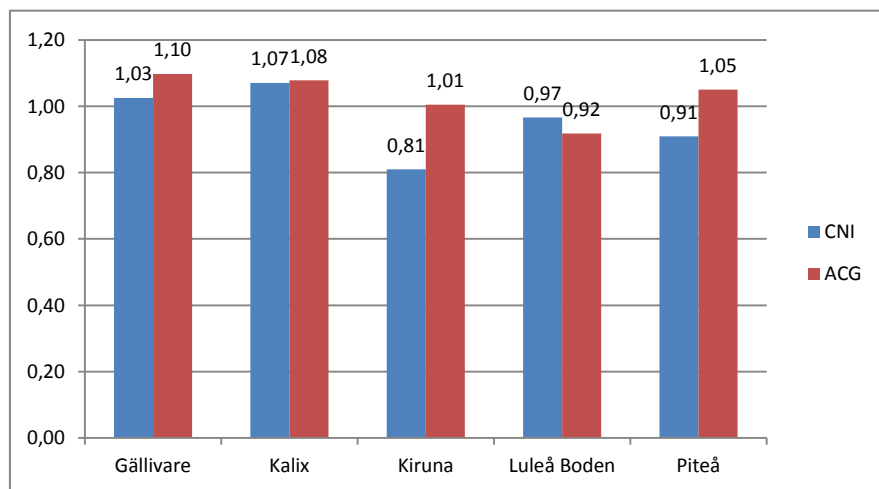


Diagram 1. Fördelning av ACG och CNI per närsjukvårdsområde från LISA listningssystem, period 2016:12.

ACG och CNI samt åldersstruktur skiljer sig mellan närsjukvårdsområdena. En större andel äldre i befolkningen ger en högre sjuklighet mätt med ACG.

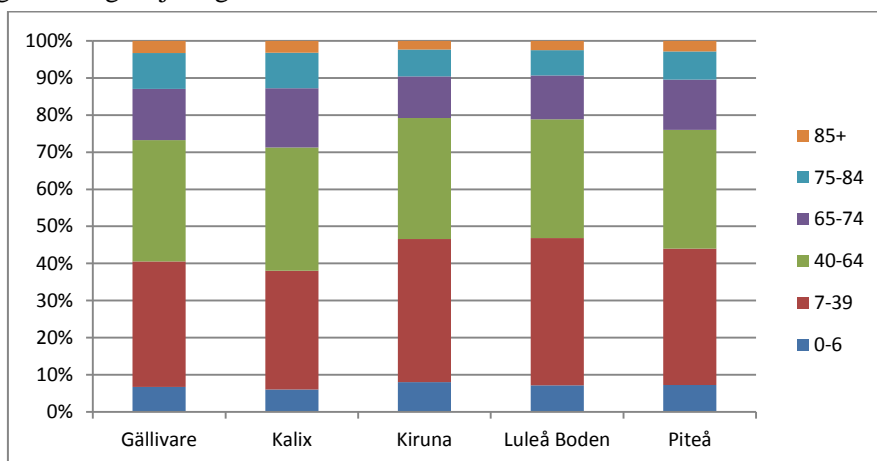


Diagram 2. Procentuell fördelning av åldersgrupper i befolkningen per närsjukvårdsområde 2016, kvartal fyra.

Kalix närsjukvårdsområde har den högsta andelen 65 år och äldre (29 %) samt högst CNI (1,07). Gällivare har högsta ACG-kvoten med 1,10.

En jämlik och kvalitativt likvärdig verksamhet

Oskäliga skillnader i medicinska resultat beroende på geografi eller kön ska inte förekomma. Sjukvård med hög kvalitet ska erbjudas inom rimlig tid på rätt vårdnivå. All verksamhet ska vara tillgänglig, anpassad efter behov och väl kommunicerad. Nya arbetssätt ska stimuleras med hjälp av e-tjänster och distansöverbyggande lösningar och i samverkan över läns- och landsgränser.

Palliativ vård

Specialiserad palliativ vård finns idag på samtliga sjukhus i länet i form av palliativa slutenvårdsenheter (PAVA) och palliativa rådgivningsteam (PRT). PRT stödjer samtliga verksamheter oavsett huvudman i sjukhusens geografiska ansvarsområden och har också ett tydligt utbildningsansvar. Allmän palliativ vård bedrivs vid vårdavdelningar på länets sjukhus samt i primärvården. Brytpunktsamtal och behandlingsstrategi är två journalsökord gemensamma för norra sjukvårdsregionen vars syfte är att säkra och underlätta informationsöverföringen för palliativa patienter vid byte av vårdenhet inom länet samt vid regionvård. Sökorden underlättar för ansvarig läkare att dokumentera och kommunicera vårdens mål och inriktning. Detta bidrar till en vård där patientens behov av information, trygghet, kontinuitet och säkerhet tillgodoses.

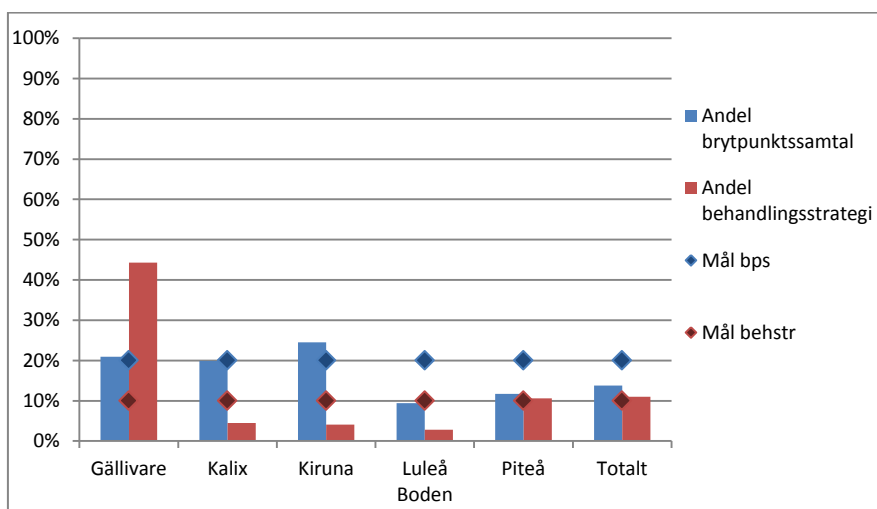


Diagram 3. Andel patienter med palliativ diagnos i närsjukvård 2016 med journalfört brytpunktsamtal/behandlingsstrategi.

Sökorden håller på att implementeras men det går långsamt. Målvärdet för 2016 är medelvärdet för 2015, vilket är 10 procent för behandlingsstrategi och 20 procent för brytpunktsamtal. Resultaten har försämrats under hösten. Divisionen når knappt målet för behandlingsstrategi, totalt har 11 procent en dokumenterad behandlingsstrategi (kvinnor 11 procent, män 13 procent). Däremot nås inte målet för brytpunktsamtal eftersom endast 14 procent av alla patienter med palliativ diagnos har ett dokumenterat brytpunktsamtal (kvinnor 13 procent, män 16 procent). Gällivare är det enda närsjukvårdsområde som klarar båda målen. Kalix och Kiruna klarar målet för brytpunktsamtal, Piteå målet för behandlingsstrategi medan Luleå Boden närsjukvårdsområde inte klarar något av målen.

I Svenska Palliativregistret rapporterar kommuner, landsting och regioner in förväntade dödsfall samt uppgifter om resultat för ett antal indikatorer. Resultaten presenteras kvartalsvis. Registret tillåter en eftersläpning på sex månader för inrapportering vilket gör siffrorna något rörliga, här presenteras siffror för inrapportering under perioden 2016:1–2016:4. Anslutningen till Svenska palliativregistret är hög i Norrbottens läns landsting men täckningsgraden för helåret 2016 är 48 procent (Riket 56 procent), det är bara landstinget i Västernorrland som har sämre täckningsgrad, siffran inkluderar landstinget och länets kommuner eftersom registret inte visar täckningsgrad för enbart landstingets verksamheter.

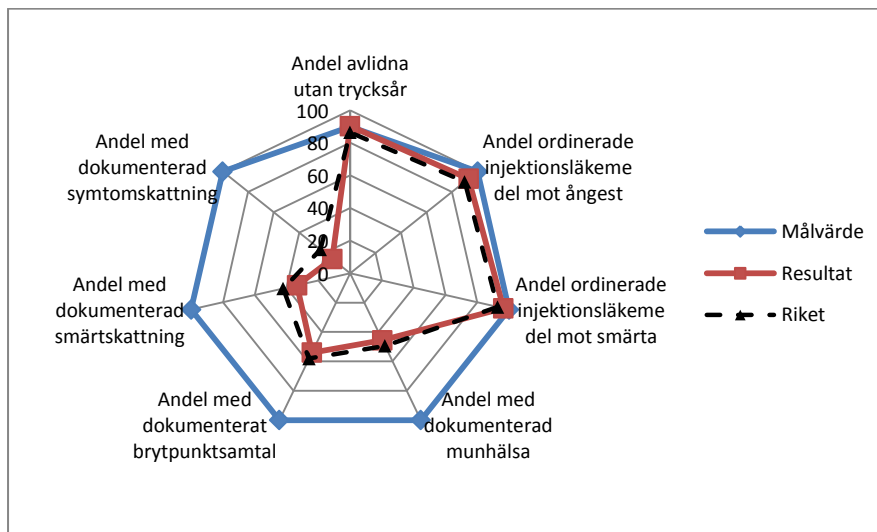


Diagram 4. Resultat från Svenska palliativregistret 2016 för division Närsjukvård.

Resultaten i Svenska palliativregistret varierar för närsjukvården. För tre av sju indikatorer är resultatet bättre än riket övriga indikatorer är sämre än riket. Den sammanlagda måluppfyllelsen för året är 61 procent (Riket 64 procent). Dokumenterad symtomskattning och smärtskattning ligger långt under rikets resultat och långt under målnivå. I registret ses en stor spridning mellan olika enheters resultat. De enheter som bedriver specialiserad palliativ vård har högre resultat än övriga vårdenheter.

Divisionens analys och planerade åtgärder för att nå uppsatta mål för den palliativa vården

Analys

Det finns fortfarande en föråldrad syn på palliativ vård som vård i livets absoluta slutskede, även om det sakta sker en attitydförändring framför allt bland yngre läkare som numera har palliativ vård som obligatorisk kurs i sin läkarutbildning. Diagnosen sätts tyvärr ofta för sent eller hinns inte med överhuvudtaget eller dokumenteras på ett sätt så att den inte är sökbar i journalen exempelvis i löpande text. Onkologerna från Norrlands universitetssjukhus behöver få tydligare information om vad palliativ diagnos innebär och att den kan sättas tidigt i sjukdomsförloppet, även under pågående behandling. Många läkare saknar också kännedom om nyttan med den palliativa tilläggsdiagnosen, som i Norrbotten även medför ekonomiska fördelar för patienten. Dokumentationsrutinen är inte känd överallt, det finns en osäkerhet hos läkarna i vad som ska dokumenteras under sökorden. Brist i läkarnas diktering av journalen ger en i sin tur osäkerhet hos sekreterarna att använda rätt sökord vid dokumentation om det inte uttryckligen sägs i diktatet.

Planerade aktiviteter

Någon gemensam handlingsplan för närsjukvården är inte framtagen utan varje närsjukvårdsområde planerar sina aktiviteter. Sjuksköterskorna i de palliativa rådgivningsteam, PRT, är nyckelpersoner i de aktiviteter som planeras. Vikten av att ledningen på alla nivåer gör regelbunden uppföljning av resultaten påpekas. Några av de åtgärder som planeras är:

- PRT-sköterskor informerar och utbildar läkare i användandet av sökorden samt fördelen för patienten med palliativ diagnos i ett tidigare skede.
- Införande av checklista vid utskrivning av palliativ patient.
- Information till läkarsekreterare om diagnosättning Z51.5 (palliativ vård) samt användande av sökorden.

Tillgänglighet.

Landstinget har en högre ambition än vårdgarantin för tillgänglighet. För Norrbotten gäller att 80 procent av läkarbesök och påbörjad åtgärd inom den specialiserade vården ska ske inom 60 dagar.

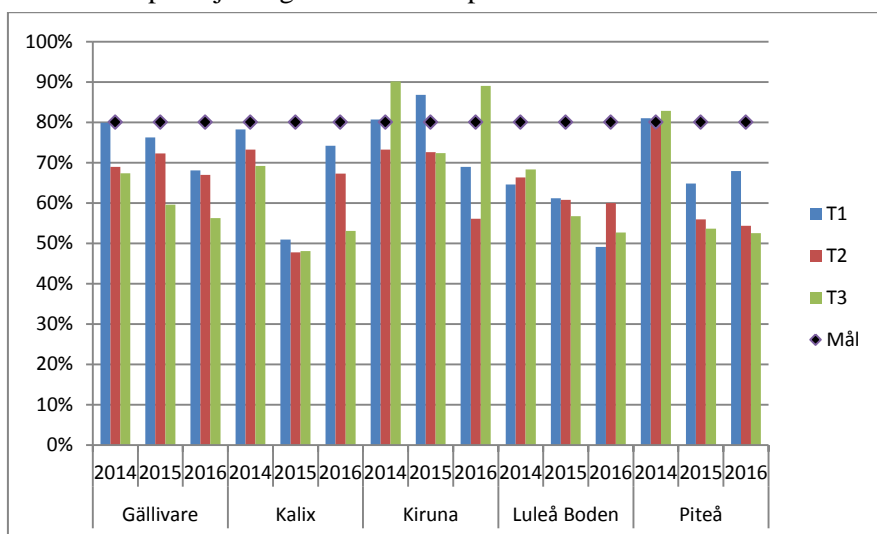


Diagram 5. Andel patienter som fått läkarbesök inom den planerade specialiserade vården inom 60 dagar.

Inget närsjukvårdsområde uppnår målet på 80 procent för helåret 2016 (Gällivare 63 procent, Kalix 66 procent, Kiruna 72 procent, Luleå Boden 54 procent, Piteå 58 procent). Divisionens totala tillgänglighet för specialistläkarbesök är 56 procent, den har minskat varje år sen 2014 (71 procent). Det är 55 procent av kvinnorna och 59 procent av männen som fått sitt läkarbesök inom planerad specialistvård inom 60 dagar.

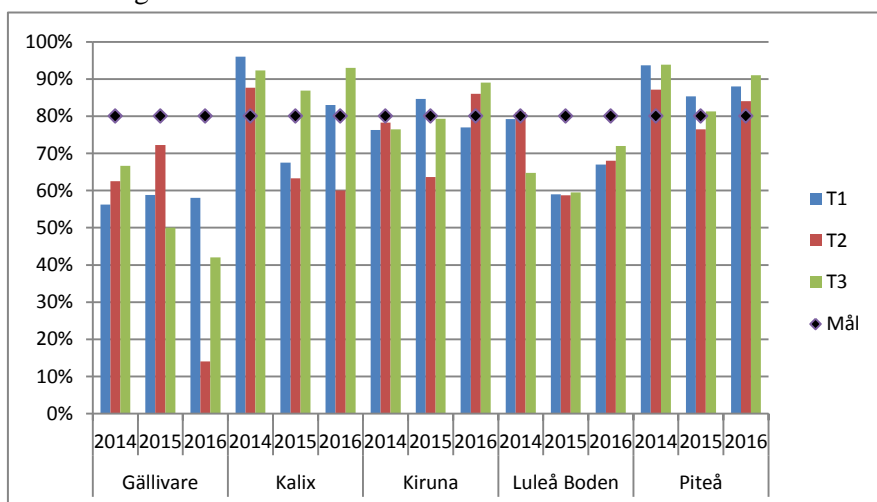


Diagram 6. Andel patienter som fått åtgärd inom den specialiserade vården påbörjad inom 60 dagar

Kiruna och Piteå närsjukvårdsområde klarar målet att 80 procent av åtgärder i specialistvården påbörjas inom 60 dagar för helåret 2016. Divisionens totala tillgänglighet för åtgärd ligger på 74 procent vilket är bättre än 2015 (65 procent). För division närsjukvård totalt är det 72 procent av kvinnorna och 75 procent av männen som fått åtgärd påbörjad i den planerade specialistvården inom om 60 dagar.

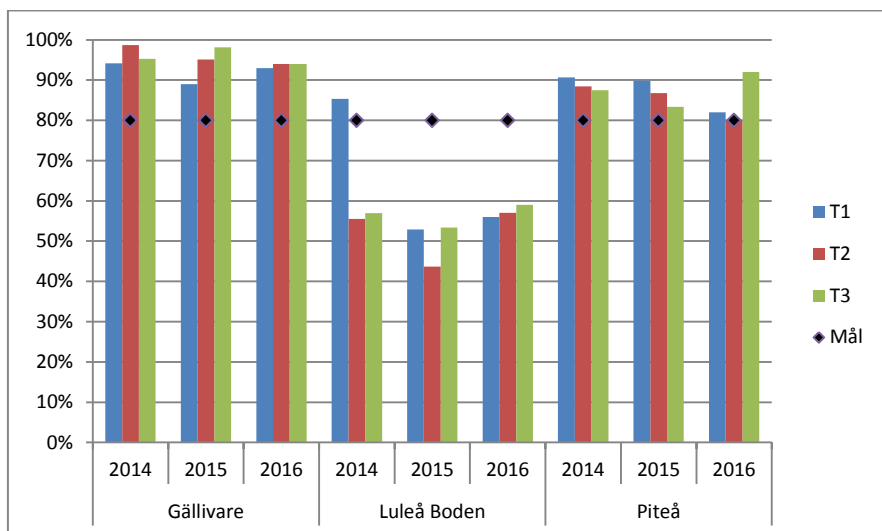


Diagram 7. Andel patienter med första kontakt inom psykiatri inom 60 dagar (alla vårdgivarkategorier).

Psykiatri i Gällivare och Piteå klarar målet att 80 procent av patienter med första kontakt inom psykiatri, får den inom 60 dagar. I Luleå Boden har tillgängligheten ökat något jämfört med 2015 men målet nås inte. För divisionen totalt är det 72 procent av kvinnorna och 75 procent av männen som fått en första kontakt med psykiatri inom 60 dagar under 2016.

Distansvård

För att klara framtidens utmaningar med ändrad åldersstruktur och ett stort län måste verksamheten ta till sig den digitala vården och invånartjänster. Verksamheten ska aktivt arbeta för att kunna erbjuda patienterna kontakt eller vård med hjälp av e-tjänster och distansöverbyggande teknik.

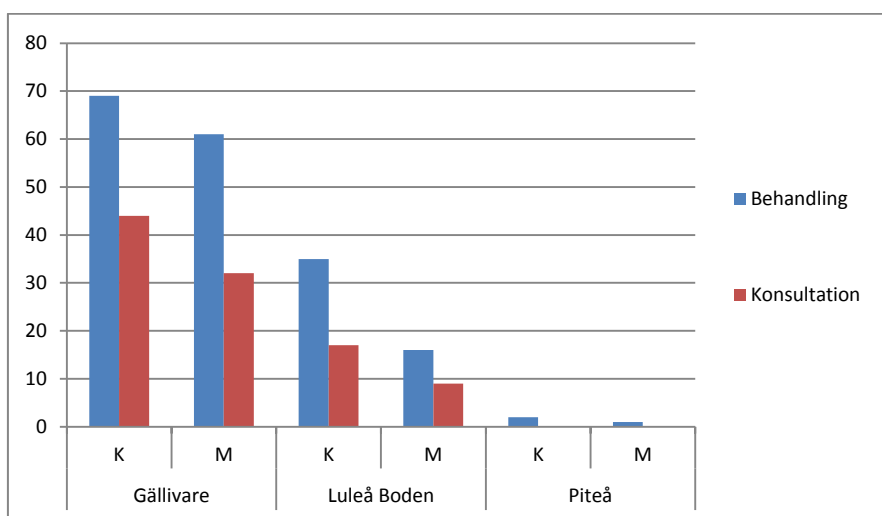


Diagram 8. Antal registrerade besök med distanskonsultation/distansbehandling i specialiserad vård 2016 fördelade per närsjukvårdsområde

Indikatorn följer antal besök eller behandlingar på distans från den specialiserade vården, den är ny för 2016 och därmed finns ingen målnivå satt. Under 2016 har 286 besök med distanskonsultationer eller behandlingar genomförts och registrerats i VAS, majoriteten av besöken återfinns inom psykiatrin (262 besök) framförallt i Gällivare (206 besök). Länsenheten för logopedi har registrerat 21 besök. Inga registreringar från Kalix sjukhus som deltagit projektet Vård på distans. Detta beror troligen på registreringsfel.

En säker och kunskapsstyrd verksamhet

Verksamheterna ska ha identifierade och dokumenterade huvudprocesser. Socialstyrelsens nationella riktlinjer omfattar stora behovsgrupper och representerar 80 procent av hälso- och sjukvårdens kostnader. Därför har riktlinjerna en central plats i landstingets arbete med kunskapsstyrning.

Patientsäkerhetsarbetet ska präglas av ett riskförebyggande förhållningssätt vilket innebär att avvikelser och händelser ska fångas och används strukturerat för att upptäcka, analysera och förebygga risker samt åtgärda brister i verksamheten.

Strokevårdprocessen

Enligt nationella riktlinjer för stroke bör hälso- och sjukvården vårda en patient som fått en akut stroke på strokeenhet. En sammanhållen strokevårdprocess där akut vård kombineras med rehabilitering medför en minskad risk för att personen som fått stroke dör eller får en sänkt aktivitetsnivå. Detta minskar också behovet av boende på institution.

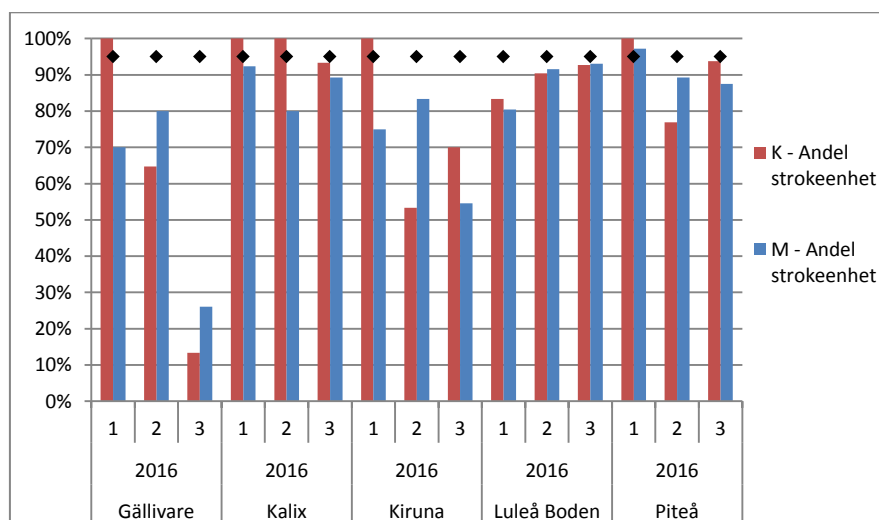


Diagram 9. Andel patienter med akut stroke vårdade på strokeenhet 2016

Målet är att 95 procent av alla patienter med akut stroke ska vårdas på strokeenhet. För divisionen totalt är det 83 procent av de personer som insjuknar akut i en stroke, som vårdats vid en strokeenhet 2016. Andelen varierar mellan 58 procent i Gällivare till 92 procent i Piteå. Lika många kvinnor som män (83 procent) får vård vid en strokeenhet.

Journaltypen Patientinformation vid vårdkontakt (P-inf) är en kortfattad patientinformation om vårdtillfället/besöket, behandling och fortsatt planering, skriven på ett för patienten begripligt språk. Dokumentationen skrivs ut och överlämnas eller skickas till aktuell patient vid utskrivning eller öppenvårdsbesök, tillsammans med aktuell läkemedelslista.

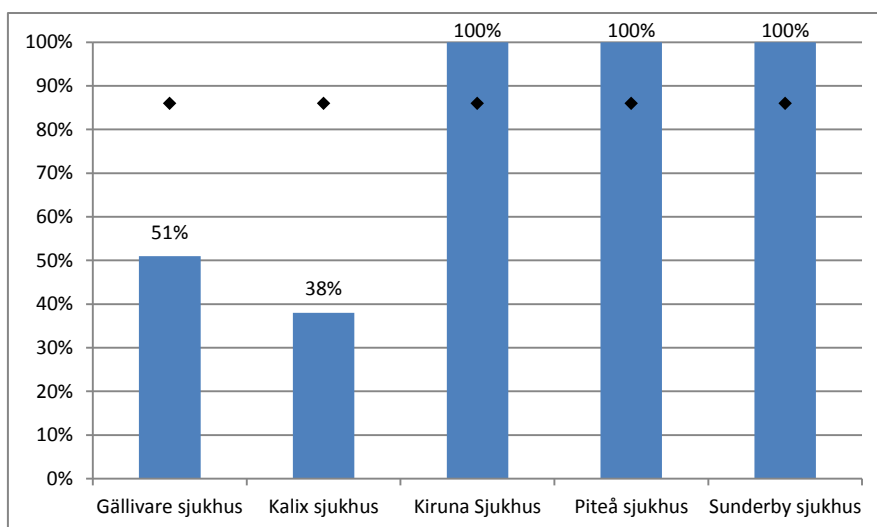


Diagram 10. Andel patienter med akut stroke som fått P-inf vid utskrivning från sjukhus 2016.

Användandet av P-inf ökar. Målet för 2016 är att 86 procent av patienterna som vårdats för stroke ska ha en P-inf vid utskrivning. Vid Kiruna, Piteå och Sunderby sjukhus har 100 procent av strokepatienterna fått en patientinformation 2016. Gällivare och Kalix har ökat sin andel under året. I Kalix är det något fler av männen (43 procent) som får en P-inf jämfört med kvinnorna (29 procent), för övriga närsjukvårdsområden är det ingen skillnad mellan könen.

Läkemedel inom hjärt- och strokesjukvård

Socialstyrelsen har tagit fram målnivåer för indikatorer inom nationella riktlinjer för strokevård och hjärtsjukvård. En målnivå är en angivelse av hur stor andel av en viss patientgrupp som bör få en viss behandling eller åtgärd. De har tagits fram utifrån kännedom om exempelvis biverkningsfrekvenser eller förekomst av kontraindikationer, eller genom konsensusförfarande i flera steg. Målnivåer gäller alltså övergripande för en hel patientgrupp och bör inte förväxlas med behandlingsmål.

Stroke

För patienter med hjärninfarkt (ischemisk stroke) ger behandling med blodfettsänkande läkemedel skydd mot återinsjuknande i stroke. För indikatorn blodfettssänkande behandling 12–18 månader efter stroke har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 75 procent. Med tanke på att det är relativt vanligt med biverkningar är dock inte alla patienter aktuella för behandling.

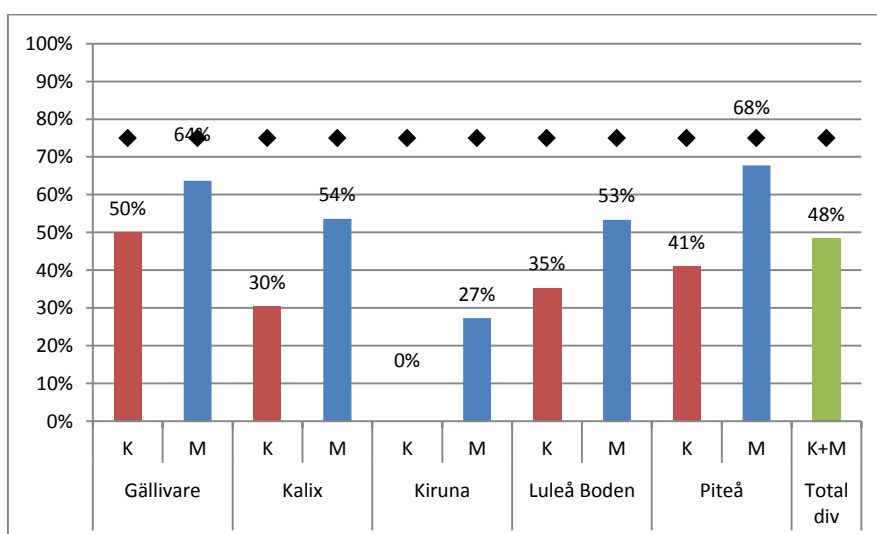


Diagram 11. Andel av patienter 18-79 år som var i livet 18 månader efter utskrivning och hämtat ut blodfettssänkande läkemedel 12-18 månader efter stroke 2016.

Norrbottnen ligger lägre än riket både när det gäller andelen patienter som har blodfettsänkande behandling vid utskrivning från sjukhus efter stroke (Riksstroke 2015) och 12-18 månader efter en stroke (48 procent). Inget närsjukvårdsområde når målet att 75 procent av patienterna med stroke hämtat ut blodfettsänkande läkemedel 12-18 månader efter sin stroke.

Hjärtinfarkt

Risken att utveckla kranskärslsjukdom är bland annat relaterad till kolesterolnivån i blodet. Blodfettsänkande läkemedel sänker denna nivå och minskar risken för att återinsjukna i hjärt-kärlsjukdom. Med indikatorn mäts hälso- och sjukvårdens sekundärpreventiva insatser.

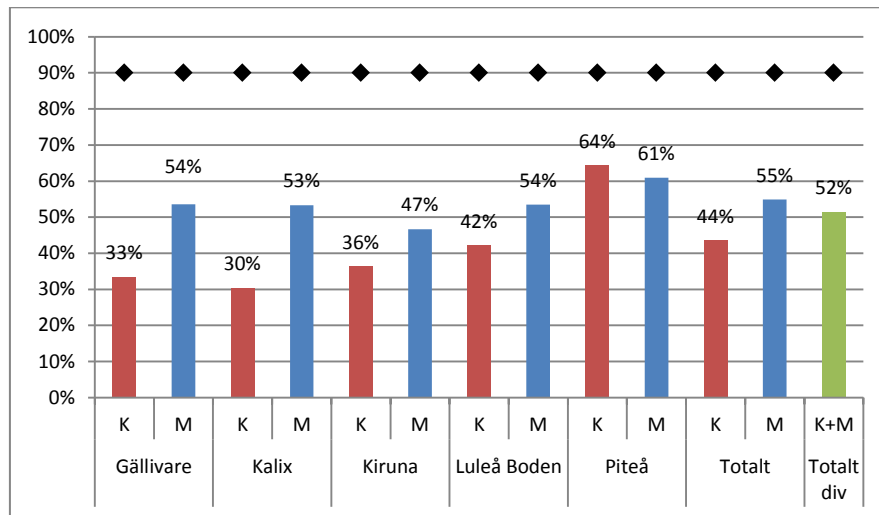


Diagram 12. Andel av patienter 40-79 år med hjärtinfarkt som 12-18 månader efter utskrivning hämtat ut blodfettsänkande läkemedel 2016

Indikatorn visar hur stor andel av hjärtinfarktpatienterna som hämtat ut blodfettssänkande läkemedel, under perioden 12–18 månader efter sjukhusvistelsen. Patienter i ålder 40–79 år ingår. De allra äldsta hjärtinfarktpatienterna har oftare annan sjukdom och läkemedelsbehandling, som kan påverka ställningstagandet till statinbehandling och har av detta skäl exkluderats. Socialstyrelsen har fastställt målnivån till 90 procent för patienter under 80 år. Resultatet för Norrbotten ligger långt under rekommenderad målnivå. Kvinnor har hämtat ut blodfettsänkande läkemedel i lägre omfattning än män.

Blodfettsänkande läkemedel - andel Rosuvastatin

En stor del av befolkningen lider av sjukdomar som gör att blodfettsänkande läkemedel (lipidsänkare) är en del av behandlingen. Det finns olika typer av preparat med olika prisbilder inom samma läkemedelsgrupp. För att minska kostnaderna för läkemedel rekommenderar läkemedelskommittén att andelen Rosuvastatin av förskrivna lipidsänkare inte bör vara mer än 6,5 procent.

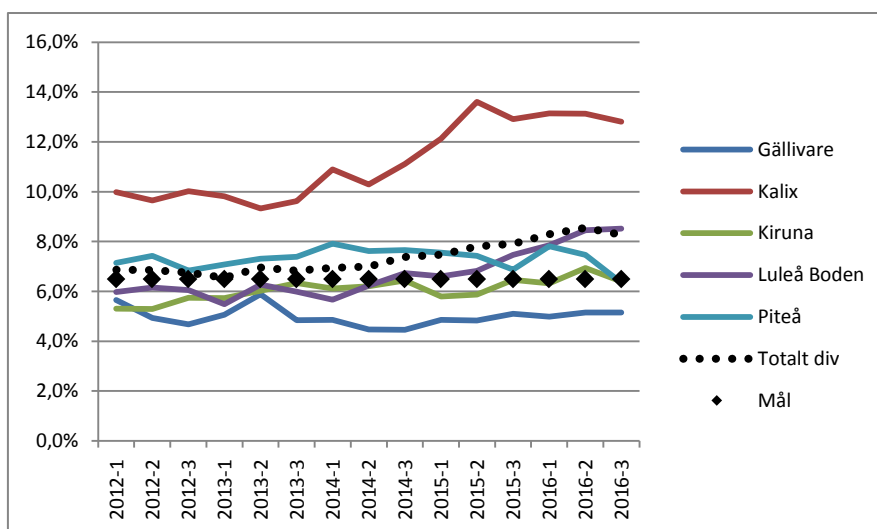


Diagram 13. Andel Rosuvastatin av förskrivna blodfettsänkande läkemedel.

Andelen förskrivna Rosuvastatin av lipidsänkare varierar i länet. Största andelen förskrivs i Kalix närsjukvårdsområde, där är andelen Rosuvastatin 13 procent av de förskrivna lipidsänkarna under 2016, vilket är anmärkningsvärt. I Kalix och Luleå Boden har det skett en ökning under 2014-2015, för Luleå Boden fortsätter ökningen under 2016. För divisionen totalt är det en tydlig ökning av andelen förskrivning av Rosuvastatin de senaste åren.

Antibiotikaförskrivning

Antibiotika ska användas så att spridning och utveckling av resistens förhindras. Överbehandling och onödig behandling med antibiotika försämrar patientsäkerhet och samhällsekonomi. De tilltagande problemen med antibiotikaresistenta bakterier utgör ett hot mot patientsäkerheten. Förutom väl fungerande hygienrutiner, är rationell antibiotikaanvändning en av de viktigaste komponenterna i arbetet med att motverka antibiotikaresistens. Målet är 250 varurader per 1000 invånare per år i Norrbotten vilket inte uppnås (2016 förskrevs 279 varurader per 1000 invånare). Det finns inget specifikt mål satt för närsjukvården.

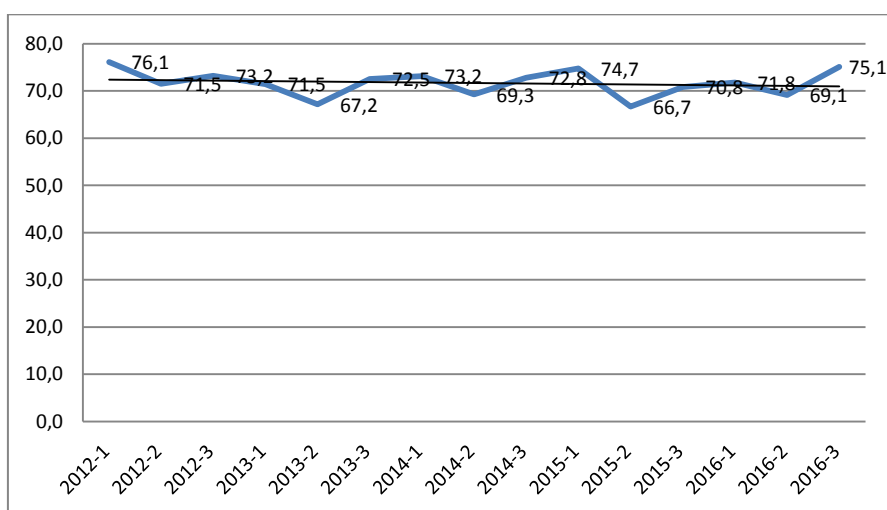


Diagram 14. Antal varurader av antibiotika per 1000 invånare förskrivet i närsjukvård

Antibiotikaförskrivningen visas totalt för närsjukvården. För divisionen ligger antal varurader för antibiotika/1000 invånare relativt konstant runt 210 de senaste åren men en svagt nedåtgående trend syns. Hög ålder medför en ökande risk för sjukdom, mindre marginaler att klara sjukdom, mindre lokala och mer allmänna symtom vilket leder till en större förskrivning av antibiotika jämfört med

populationen som helhet. Det är av stor vikt att hålla nere förskrivningen av antibiotika hos äldre, därför finns även en indikator som mäter förskrivningen av antibiotika i gruppen 80 år eller äldre. Något mål för indikatorn finns inte framtaget i Norrbotten. För perioden 2012 och framåt har andelen av personer 80 år eller äldre, som hämtat ut antibiotika förskrivet i närsjukvård, varierat mellan 16 och 18 procent. Ingen minskning kan ses.

Läkemedel med risk för beroende

I gruppen läkemedel med risk för beroende ingår opioider, lugnande medel och sömnmedel. Läkemedelskommittén har inte satt något mål för indikatorn.

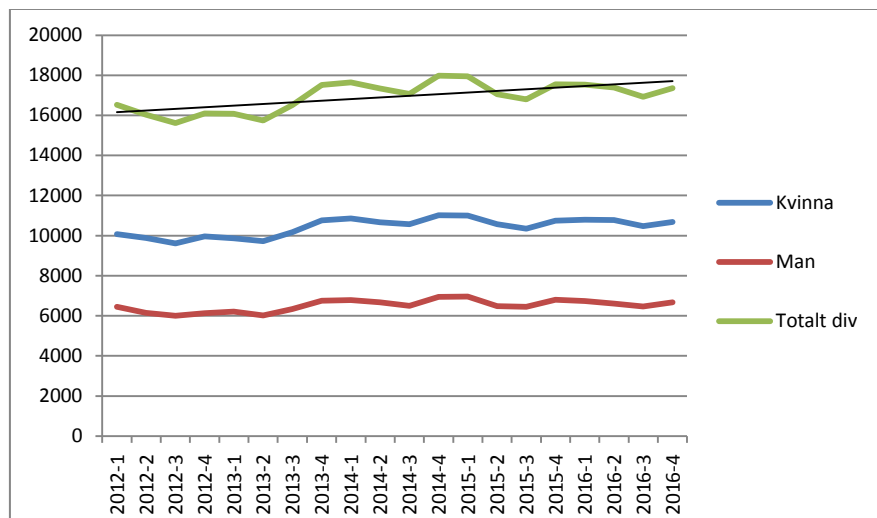


Diagram 15. Antal individer per kön som hämtat ut läkemedel med risk för beroende 2012-2016

I närsjukvården fortsätter trenden med en ökning av antal individer som hämtat ut läkemedel med risk för beroende förskrivet i närsjukvård. Ökningen är större hos kvinnor än hos män. Förhållandet mellan åldersgrupperna har varit konstant under åren 2012-2016, det är fortfarande personer i åldersgruppen 65 år och äldre som hämtat ut flest läkemedel med risk för beroende. Av de som hämtat ut läkemedel med risk för beroende är cirka 60 procent kvinnor och 40 procent män, förhållande mellan könen är relativt konstant. Bland kvinnorna är det en större andel äldre som hämtat ut läkemedel än hos männen.

Läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse

SOSFS 2012:9 innebar en ändring i föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvård. Riktlinjerna innehåller grundläggande krav för läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse vid ordination, informationsöverföring och uppföljning i länets öppen- och slutenvård. De omfattar patienter 75 år eller äldre, som är ordinerade minst fem läkemedel. Syftet med riktlinjerna är att det ska finnas en fullständig och korrekt läkemedelslista för patienten samt att patient och sjukvårdande verksamheter ska veta syfte och mål med läkemedelsbehandling och eventuella ordinationsändringar.

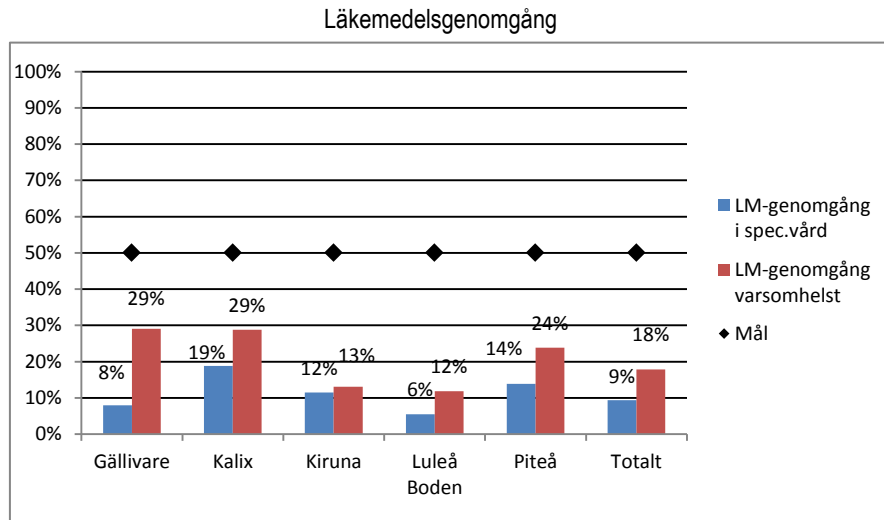


Diagram 16. Andel av patienter 75 år och äldre med 5 eller fler uthämtade läkemedel under 2016 och vårdkontakt inom slutna eller öppna specialiserad närsjukvård (inte primärvård) 2016 som fått läkemedelsgenomgång.

Diagrammet visar andelen patienter ur målgruppen som fått en läkemedelsgenomgång i specialiserad närsjukvård senaste året samt andelen av samma patientgrupp som har en läkemedelsgenomgång senaste året, oavsett var i sjukvården den är utförd. Jämförelsen visar att det finns behov att utföra och dokumentera läkemedelsgenomgångar i betydligt större omfattning än vad som görs, både inom specialiserad närsjukvård och övriga verksamhetsområden. Målet för indikatorn är att 50 procent av målgruppen ska ha en läkemedelsgenomgång. Den specialiserade vården i Kalix närsjukvårdsområde har högsta andelen, 19 procent, med dokumenterad läkemedelsgenomgång följt av Piteå med 14 procent. Övriga närsjukvårdsområden ligger fortsatt på mycket låg andel dokumenterad läkemedelsgenomgång.

Läkemedelsberättelse

Läkemedelsberättelse ska delges patienten skriftligt vid utskrivning från vårdavdelning vid sjukhus eller observationsplats.

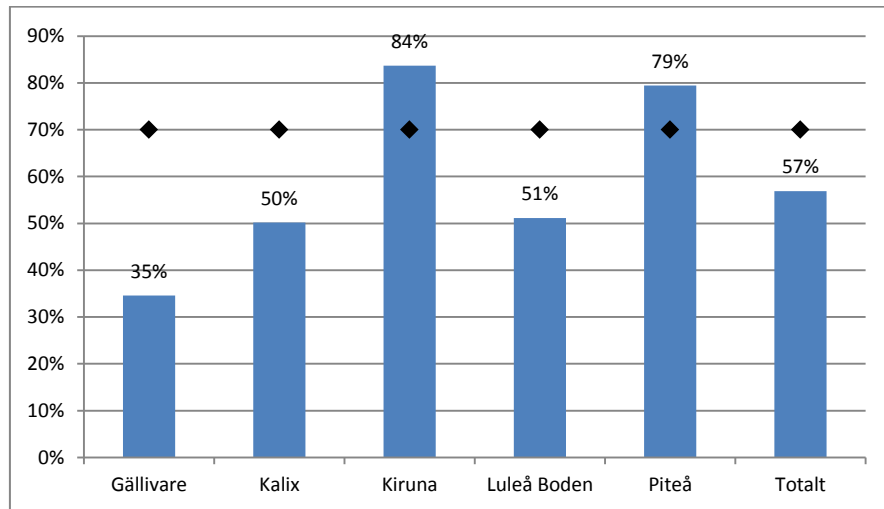


Diagram 17. Andel av patienter 75 år och äldre med 5 eller fler uthämtade läkemedel under 2016 och ett vårdtillfälle inom närsjukvården 2016 som har en journalförd läkemedelsberättelse under samma period.

Närsjukvården i Kiruna och Piteå klarar målet att 70 procent av personer 75 år och äldre med fler än fem läkemedel ska en läkemedelsberättelse med sig hem vid utskrivning från sjukhus. Närsjukvårdsområdena Gällivare, Kalix och Luleå Boden har ökat sin andel av målgruppen som fått en läkemedelsberättelse, divisionen totalt har ökat till 57 procent. Det är små skillnader mellan könen.

Divisionens analys och planerade åtgärder för att nå uppsatta mål för läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse

Analys

Dokumentationsrutinen är inte känd överallt. Ibland har det felaktigt dokumenterats som en åtgärdskod i stället för under rätt tabellvärde. Brist i läkarnas diktering av journalen ger en osäkerhet hos sekreterarna att använda rätt sökord och tabellvärden vid dokumentation om det inte uttryckligen sägs i diktatet. Många läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelser missas i statistiken då de inte dokumenteras enligt rutinen. Ett flertal av läkartjänster inom primär- och specialistvård besätts av läkare som inte har en fast anställning inom regionen. Arbetsplatsintroduktionen är omfattande och blir emellanåt ofullständig avseende administrativa rutiner.

Planerade aktiviteter

Ingen gemensam handlingsplan finns framtagen men närsvårdsområdena har uppmärksammat problematiken och planerar olika aktiviteter:

- Läkemedelshanteringen uppmärksammas och följs upp i divisions- och verksamhetsplaner.
- Utbildnings och informationsinsatser kring dokumentationsrutinerna till läkarsekreterare och läkare.
- Förbättring av journaldiktat från läkare.
- Information till läkarsekreterare för att fånga otydliga diktat.
- Bättre information till stafettläkare om dokumentationsrutiner.
- Nytt arbetssätt kring läkemedelsgenomgång tillsammans med apotekare.

God samverkan internt och externt

Strategiska allianser och samverkansgrupperingar bidrar till att utveckla kompetens, god kvalitet och effektiva verksamheter. Inom hälso- och sjukvården behöver samverkan mellan specialistsjukvård, primärvård och kommunal vård och omsorg intensifieras ytterligare för att åstadkomma bättre vårdprocesser och en säkrare och tryggare helhetssituation för den enskilde. Detta är särskilt angeläget när det gäller äldre och för särskilt utsatta grupper. Sjukhusens vårdplatser ska nyttjas av de patienter som har behov av sluten specialistvård.

Oplanerade återinskrivningar

Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar efter utskrivning från sjukhus är ett mått som påverkas av hur väl samverkan kring vårdtunga/multisjuka patienter sker inom och mellan huvudmännen. Indikatorn mäter oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar efter utskrivning, för alla åldrar. Resultatet mäts tertialvis per närsvårdsområde. Målet för indikatorn är en minskning med 10 procent jämfört med närsvårdsområdets helårsresultat för 2013.

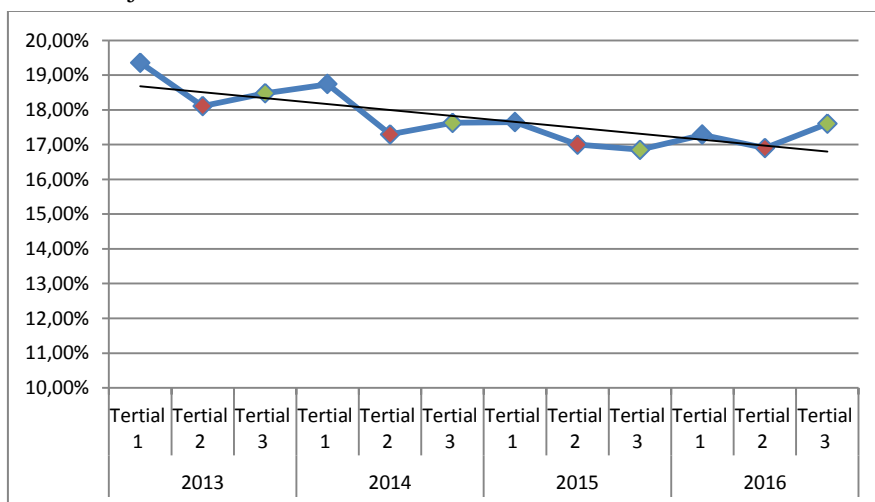


Diagram 19. Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar för närsvården totalt.

Man kan se en fortsatt trend med minskade oplanerade återinskrivningar för närsjukvården from 2013. Det har dock varit svårt att uppfylla målet med 10 procents minskning totalt för divisionen. På divisionsnivå finns ingen skillnad mellan kön gällande oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar.

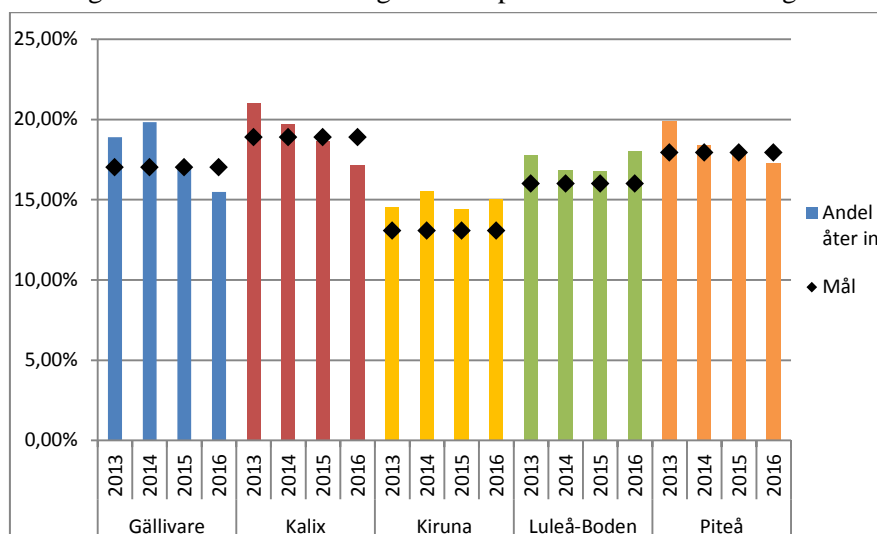


Diagram 18. Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar 2013-2016. Per närsjukvårdsområde i förhållande till närsjukvårdsområdets mål.

Andelen oplanerade återinskrivningar har varierat mellan och inom närsjukvårdsområdena under åren. Diagrammet visar hur andelen sett ut mellan åren 2013-2016. Målet att minska med 10 procent jämfört med 2013 uppfylls av Gällivare, Kalix och Piteå närsjukvårdsområde.

Personcentrerad hälso- och sjukvård och kundorienterad service

Patient- och brukarmedverkan är en självklar del i hälso- och sjukvården och patienten är en medskapare i vården. Verksamheterna ska anpassa organisation, process och rutiner efter förhållningssättet personcentrerad vård, både på individ- och verksamhetsnivå.

Nationella patientenkäten

Syftet med nationella patientenkäten är att ge patienter möjlighet att dela med sig av sina upplevelser av vården. En ny modell för enkät och uppföljning infördes 2015 varför resultaten inte går att jämföra med resultat från tidigare år. Enkäten delas in i sju dimensioner; Emotionellt stöd, Information och kunskap, Delaktighet och involvering, Kontinuitet och koordinering, Tillgänglighet, Respekt och bemötande samt Helhetsintryck. Varje dimension består av ett antal frågor som viktas vid sammanställningen och tillsammans utgör det totala värdet på dimensionen. Svaren på frågorna redovisas i andel positiva svar.

Enkäten har skickats ut till patienter som besökt den specialiserade vården antingen via öppenvård eller som inskriven i slutenvård. Resultaten presenteras i andel positiva svar där maximalt resultat för varje dimension är 100 procent. I denna rapport redovisas resultaten för öppen- respektive slutenvård för divisionen totalt. Vissa närsjukvårdsområden är små och har därför i vissa fall ett lågt antal respondenter som gör resultaten osäkra, därför sker ingen redovisning per närsjukvårdsområde.

Öppenvård

Svarsfrekvensen för närsjukvårdens öppenvård är 46 procent (riket 47 procent) vilket motsvarar 1581 svarande. Det är något fler av kvinnorna (47 procent) än männen (45 procent) som besvarat enkäten och av de som svarat är knappt 50 procent födda på 1940-talet eller tidigare dvs 65 år eller äldre.

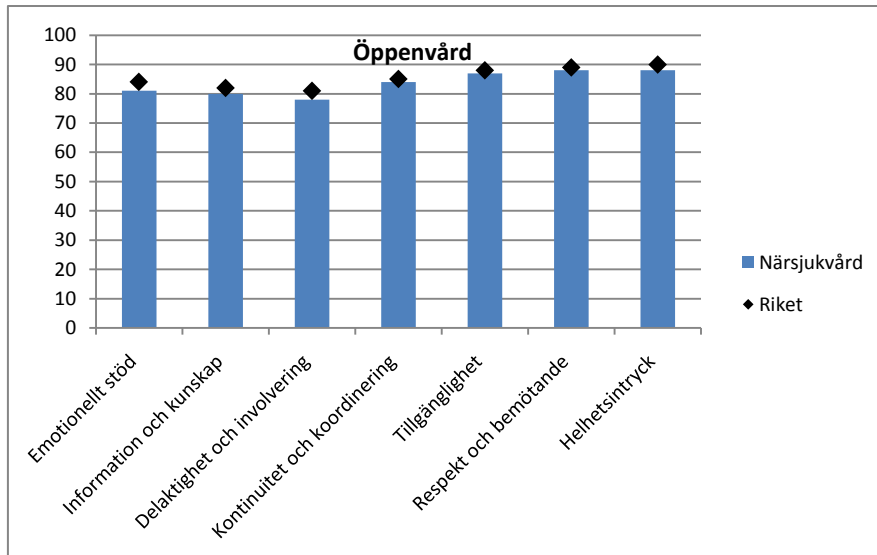


Diagram 20. Nationella patientenkäten: Andel av respondenter med öppenvårdsbesök i närsjukvård med positivt svar inom respektive dimension jämfört med riket.

Resultaten för den öppna specialiserade närsjukvården ligger något lägre än riket. Lägst andel positiva svar återfinns i dimensionerna Delaktighet och involvering samt Information och kunskap, högsta andelen i Respekt och bemötande samt Helhetsintryck.

De frågor som respondenterna är minst nöjda med är att få information om eventuella förseningar (46 procent positiva) och att få vara mer delaktig i beslut beträffande sin vård och behandling (51 procent positiva). Levnadsvanor diskuteras i liten omfattning, lägst andel positiva svar har diskussion om alkoholvanor (25 procent) och högst andel har diskussion om motionsvanor (44 procent).

Resultaten skiljer sig mellan närsjukvårdsområden, bäst resultat har Kalix och Piteå som båda ligger över riket när samtliga dimensioner slås ihop. Lägst resultat återfinns i Gällivare och Kiruna närsjukvårdsområden men eftersom de har lägst svarsfrekvens (45 procent respektive 43 procent) och ett lågt antal respondenter (89 respektive 65 personer) får resultatet anses vara osäkert.

Slutenvård

Svarsfrekvensen för närsjukvårdens slutenvård är 48 procent (riket 50 procent) vilket motsvarar 1000 svarande. Det är något fler män (48 procent) än kvinnor (47 procent) som besvarat enkäten och ca 75 procent av respondenterna är födda på 1940-talet eller tidigare.

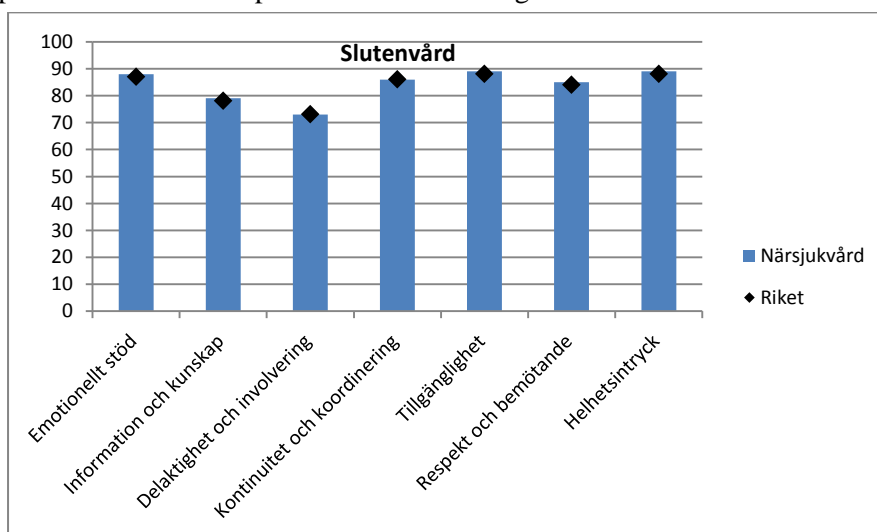


Diagram 21. Nationella patientenkäten: Andel av respondenter som varit inskrivna i slutenvård i närsjukvård med positivt svar inom respektive dimension jämfört med riket.

Resultaten för den slutna specialiserade vården i division närsjukvård ligger i nivå med eller högre än riket. Lägst andel positiva svar återfinns i dimensionerna Delaktighet och involvering samt Information och kunskap, högsta andelen i Tillgänglighet samt Helhetsintryck. Även i slutenvården är de frågor som respondenterna gett lägst andel positiva svar att få information om eventuella förseningar (62 procent) och att få vara mer delaktig i beslut beträffande sin vård och behandling (47 procent). Levnadsvanor diskuteras också här i liten omfattning, lägst andel positiva svar har diskussion om alkoholvanor (26 procent) och högst andel har diskussion om motionsvanor (39 procent).

Resultaten för den slutna vården skiljer sig mellan närsjukvårdsområden, bäst resultat har Piteå som ligger över riket i samtliga dimensioner. Lägsta resultat har Gällivare som ligger lägre än riket i samtliga dimensioner. Kiruna närsjukvårdsområde ligger lägre än riket när samtliga dimensioner slås ihop men eftersom antalet respondenter är lågt, 48 personer (svarsfrekvens 31 procent) är resultatet osäkert.

En jämlik och jämställd hälsa

Det nationella målet för folkhälsoarbetet är en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Regionen verkar för en jämlik och jämställd hälsa och hälsofrämjande förhållningssätt ska finnas väl inarbetade i verksamheten, tidigt förebyggande arbete ska prioriteras. Det förebyggande arbetet ska ske genom att sjukdomsförebyggande metoder integreras i det dagliga patientarbetet samt genom befolkningsinsatser.

Hälso- och sjukvården och tandvården har ansvar för att identifiera våldsutsatta, vuxna och barn, och i samverkan med andra (internt och externt) erbjuda stöd och hjälp.

Riskbedömning avseende levnadsvanor vid hjärtsjukdom eller stroke

Hälso- och sjukvården ska verka för att förbygga ohälsa och det sjukdomsförebyggande arbetet är del av hälso- och sjukvårdens uppgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

De sjukdomsförebyggande riktlinjerna berör hela sjukvården. Enligt riktlinjerna bör patienter tillfrågas om sina levnadsvanor när det är relevant utifrån det medicinska tillståndet. När dessa vanor bedöms som ohälsosamma ska hälso- och sjukvården erbjuda rådgivning.

Inom de internmedicinska specialiteterna är patienter med vårdkontakt för hjärtsjukdom eller stroke en stor grupp. För denna patientgrupp kan levnadsvanorna påverka sjukdomsförloppet varför riskbedömning av levnadsvanor blir en viktig del i sekundärpreventionen.

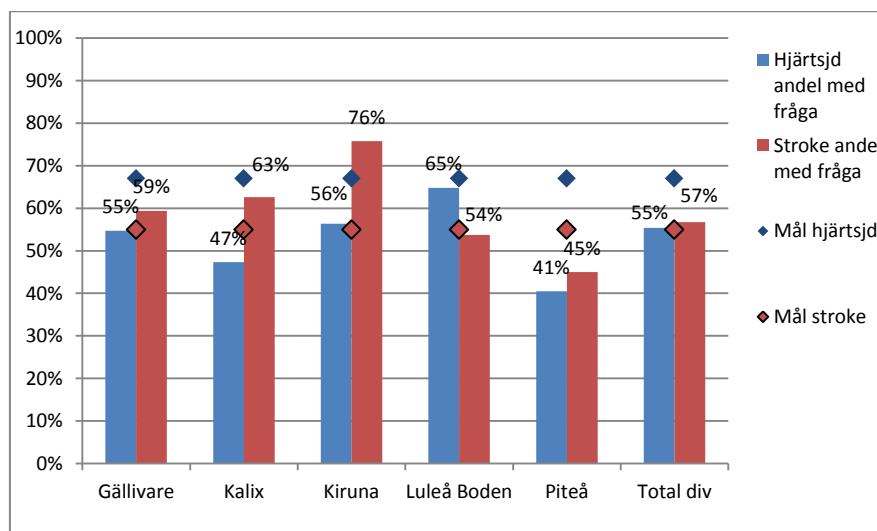


Diagram 22. Andel av patienter med besök inom internmedicin för ischemisk hjärtsjukdom eller stroke, som har journalförd riskbedömning avseende levnadsvana 2016

Totalt sett är det något högre andel av strokepatienterna som fått frågor om levnadsvanor än patienter med ischemisk hjärtsjukdom. Hos strokepatienter är det 46 procent av kvinnorna och 61 procent av

männen som fått fråga. Vid hjärtsjukdom har 49 procent av kvinnorna och 56 procent av männen fått en eller flera frågor om levnadsvanor. Målet är att 55 procent av de insjuknade i stroke och 67 procent av de insjuknade i hjärtsjukdom (dvs länssnitt 2015) ska få frågor om levnadsvanor. Inget närsjukvårdsområde når målet för hjärtsjukdom, Gällivare, Kalix och Kiruna klarar målet för stroke.

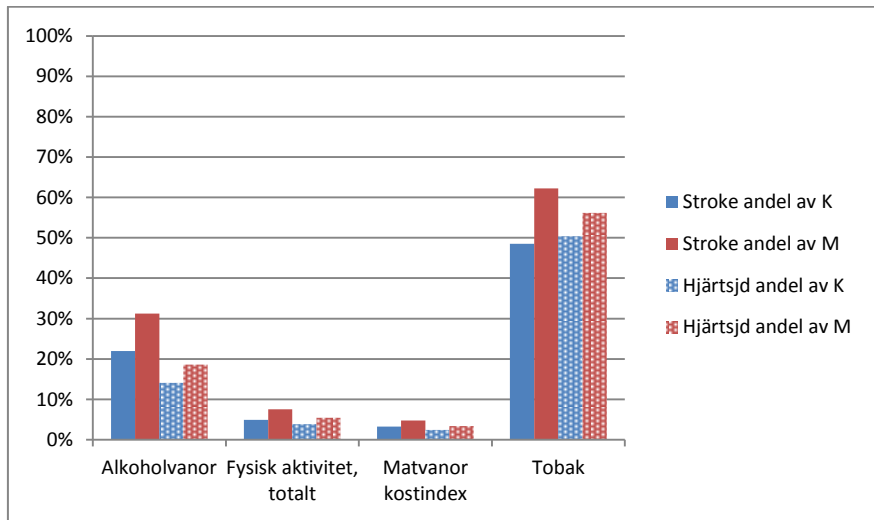


Diagram 23. Procentuell fördelning, per riskområde, av de frågor som ställts till kvinnor och män med besök inom internmedicin för ischemisk hjärtsjukdom eller stroke.

Fråga om levnadsvana ställs framför allt inom riskområdena tobak och alkohol för både kvinnor och män. Riskbedömning av levnadsvanor gällande matvanor och fysisk aktivitet sker ännu i ringa omfattning för målgrupperna.

Riskbedömning avseende levnadsvanor vid schizofreni, schizotypa störningar, vanföreställningssymtom eller förstämningssyndrom

Patienter med schizofreni, schizotypa störningar, vanföreställningssymtom eller förstämningssyndrom löper stor risk för ohälsosamma levnadsvanor orsakade av sjukdomen eller på grund av biverkningar av medicineringen som kan leda till fysiska sjukdomar. Att göra riskbedömning av levnadsvanor är därför av största vikt för dessa patientgrupper.

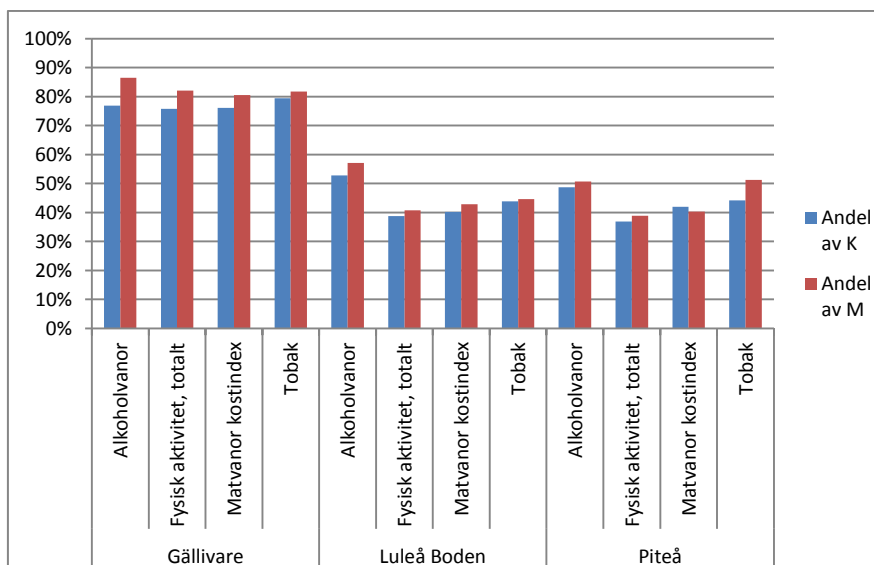


Diagram 24. Andel av patienter med besök inom psykiatrin för schizofreni, schizotypa störningar, vanföreställningssymtom eller förstämningssyndrom som fått en eller flera frågor om levnadsvanor. Per närsjukvårdsområde 2016.

För divisionen totalt har 4001 patienter en vårdkontakt avseende schizofreni, schizotypa störningar, vanföreställningssymtom eller förstämningssyndrom inom psykiatrin under 2016. Av dessa har 2323 en journalförd riskbedömning inom levnadsvaneområdet vilket utgör 58 procent, andelen har ökat under året. Inom psykiatrin varierar andelen patienter med journalförd riskbedömning mellan närsjukvårdsområdena, i Gällivare riskbedömdes 74 procent av målgruppen under perioden medan enbart 52 procent av målgruppen har dokumenterad riskbedömning i Piteå. Målet för indikatorn är 60 procent vilket är länsnittet för 2015, endast Gällivare nådde målet. Det är 57 procent av kvinnorna och 59 procent av männen som har fått en eller flera frågor om levnadsvana

Våld i nära relation

I den specialiserade vården har totalt 1227 personer (757 kvinnor och 464 män) fått fråga om våld i nära relation under 2016. Av dessa är det 209 tillfällen där det inte framgår vad individen svarat. Indikatorn är ny för 2016 och är inte målsatt utan följs för att se hur implementeringen går.

| | Gällivare | Kalix | Kiruna | Luleå Boden | Piteå |
|---|-----------|-------|--------|----------------|-------|
| Barn har bevittnat | 3% | 20% | | 2% | 4% |
| Medger aktuell våldsutsatthet i nära relation | 5% | 20% | | 7% | 5% |
| Medger tidigare våldsutsatthet | 26% | | | 26% | 31% |

Tabell 1. Andel av de tillfrågade som svarat att de är eller har varit utsatt för våld i nära relation samt andel barn som bevittnat våldet 2016

Implementeringen av att ställa fråga om våld och dokumentera svaret i VAS går sakta framåt. Frågor ställs främst inom psykiatrin i länet och rehabiliteringsmedicin vid Sunderby sjukhus. Även akutsjukvården i Kalix, Piteå och Sunderbyn har dokumenterat fråga om våld men i Kiruna finns ingen dokumentation i VAS. I Kalix har ett fåtal personer tillfrågats (5 st), varav en har dokumenterade svar, därav det höga andelsmättet i tabellen. Det är totalt 33 procent av de tillfrågade som svarat att de är eller tidigare har varit utsatt för våld i en nära relation, i tre procent av fallen har barn bevittnat våldet.