

Analys av hur Region Norrbotten arbetar för att nå socioekonomiskt svaga grupper

Sammanfattning och svar på frågeställningar

Analysen syftar till att följa hur hälsocentraler i Region Norrbotten arbetar för att nå socioekonomiskt svaga grupper. Socioekonomiskt index CNI (Care Need Index) är ett hjälpmedel som använder socioekonomiska förhållanden för att identifiera risk för ohälsa. Norrbotten har ett förhållandevis lågt CNI-värde i ett nationellt perspektiv, värdet ligger under rikets genomsnitt. Fem av länets kommuner har ett CNI-värde som är över rikssnittet. Det handlar om glesbygdskommuner med hög andel äldre.

Urvalet i analysen är de fem hälsocentraler i Norrbotten som har högsta CNI-index. I det underlag som tas fram månatligen finns en beskrivning av hälsocentralens population gällande de socioekonomiska variabler som är grunden till CNI-index. Det är värdefull information till hälsocentralens ledning och ger möjligheter att rikta insatserna till de grupper som respektive hälsocentral domineras av.

Analysen visar att de fem hälsocentraler med högsta socioekonomiskt index arbetar till viss del med insatser riktade mot socioekonomiskt svaga grupper. Hälsocentraler har identifierat förbättringsområden och utvecklat arbetssätt för att möta aktuella behov. Det handlar om fast vårdkontakt och vårdplanering, teamarbete och prevention. Samverkan med kommuner och samhällsaktörer lyfts som en viktig del i arbetet och är en nödvändighet för att nå resultat. Erfarenhetsutbyte och spridning av lyckade förbättringsarbeten bidrar till jämlik primärvård i hela länet.

Rekommendationer

- Hälsocentralers ledning bör ta del av de underlag som beskriver hälsocentralens listade befolkning. De sju variablerna i CNI ger en tydlig bild, eller bekräftar den uppfattningen som ledningen har om populationen. Informationen finns tillgänglig för hälsocentralers ledning.
- Riktade insatser bör väljas utifrån den population hälsocentralen har, t.ex. hög andel äldre eller hög andel utlandsfödda.
- Det är viktigt med samverkan med kommunen, frivilligorganisationer, polisen och andra samhällsaktörer för att nå berörd grupp och åstadkomma resultat.

- Hälsocentraler har förbättringsmöjligheter i sin egen verksamhet för att nå en effektiv och kvalitativ verksamhet, t.ex. fast vårdkontakt och vårdplanering för de äldre som söker vård frekvent.
- Utveckling sker konstant och det är viktigt att hälsocentraler har möjligheter att nyttja nya tekniska lösningar, t.ex. tolkning via Ipad
- Team-arbete som i många sammanhang visat sig vara ett effektivt arbetssätt kan utvecklas för att nå socioekonomiskt utsatt grupper. Psykosociala team och familjeteam är exempel på denna typ av team.
- Hälsocentraler kan arbeta med öppna former, t.ex. informationsgrupper eller träningsgrupper.
- Erfarenhetsutbyte och spridning av lyckade förbättringsarbeten ger möjligheter till en jämlik primärvård i hela länet.

Bakgrund

Vårdpengen, den ersättning som står för huvuddelen av hälsocentralers intäkter i förhållande till antal listade, bygger på ålderskapitering 65 procent, socioekonomiskt index (CNI) 10 procent och vårdtyngd (ACG) 25 procent. I grunden handlar resursfördelningsmodellen om att hälsan inte är jämlik, och att dessa skilda förutsättningar ska kompenseras för. Olika regioner har olika resursfördelningsmodeller och tilldelar olika komponenter mer eller mindre vikt. Region Norrbotten, tillsammans med samtliga övriga regioner, hanterar socioekonomiska skillnader som grund för resursfördelning till hälsocentraler via CNI (Care Need Index).

Tidigare studier har visat att lägre socioekonomisk tillhörighet bidrar till att man väntar längre och söker vård sent. Det finns också samband mellan faktorer som levnadsvanor, förväntad sjuklighet, patientnöjdhet och socioekonomi. CNI-ersättning ger hälsocentralerna bättre förutsättningar att arbeta målinriktat med dessa grupper. Det kan också handla om att täcka extra kostnader relaterat till den listade befolkningen. CNI och socioekonomiska variabler är ett bra komplement till t.ex. ålderskapitering eller vårdtyngd (ACG) som inte avspeglar sådana förhållanden. En svaghet med indexet är att det inte har någon tydlig koppling till hur kostnaderna påverkas av ökad belastning/utsatthet, d.v.s. hur mycket mer resurser ett högre CNI-värde motiverar.

Syfte

Analysen syftar till att följa hur hälsocentraler i Region Norrbotten arbetar för att nå socioekonomiskt svaga grupper och om hälsocentralerna med högre CNI-ersättning riktar insatser mot socioekonomiskt svaga grupper.

Metod

En sammanställning av CNI-profil har gjorts för de fem hälsocentraler med högst CNI i Norrbotten. Respektive hälsocentralers verksamhetschef har fått ta

del av sammanställningen och därefter genom intervju beskriva vilka insatser som hälsocentralen arbetar med för att nå socioekonomiskt svaga grupper.

Det nationella Vårdvals nätverket, har fått frågan om de har några indikatorer som har koppling till CNI i sin uppföljning av vårdval.

Nationella jämförelser av socioekonomi har gjorts. Norrbottens län jämförs med övriga län och CNI-kvot för Norrbottens 14 kommuner redovisas i jämförelse med nationella snittet.

Vad är Care Need Index, CNI?

CNI är ett hjälpmedel som använder socioekonomiska förhållanden för att identifiera risk för ohälsa. De variabler som används och viktning är:

- Ålder över 65 år och ensamstående (6,15)
- Utlandsfödd (Östeuropa, Asien, Afrika och Sydamerika) (5,72)
- Arbetslös eller i åtgärd, ålder 16-64 år (5,13)
- Ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre (4,19)
- Person ett år eller äldre som flyttat in i området (4,19)
- Lågutbildad 25-64 år (3,97)
- Ålder yngre än fem år (3,23)

Statistiska Centralbyrån SCB tar fram en sammanvägd CNI-kvot för varje hälsocentral i regionen varje månad. I underlaget redovisas också hur många individer respektive hälsocentral har i varje variabel.

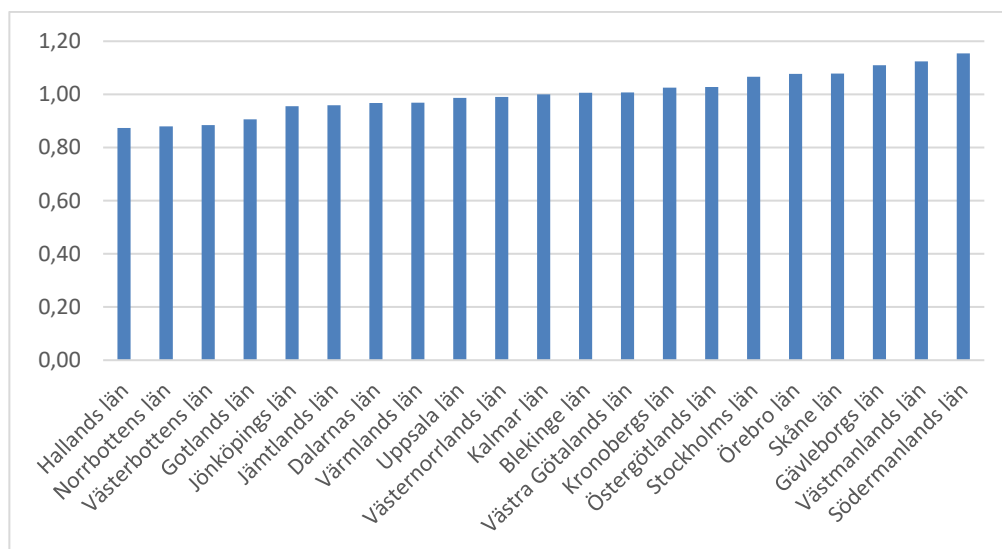
Hur ser man på socioekonomiskt index i vårdval nationellt?

Alla regioner använder socioekonomisk index, CNI, i vårdvalsersättning. Det är stor variation i hur stor andel av vårdpengen som viktas med CNI, variationen är från 1 procent till 26 procent av vårdpengen. Ingen av regionerna har uppgett att de har några indikatorer som har koppling till CNI i sin uppföljning av vårdval. Region Skåne gjorde en medicinsk revisionsrapport 2014 för att beskriva vad enheterna gör för population med högt CNI. Enkätstudien gav inga entydiga svar på vilka insatser som görs, men hälften av enheterna beskrev ett strukturerat arbete, särskilda insatser och särskilt avsatt tid. Det saknades information om hur man ska kunna nå målgruppen tidigt, innan ohälsan uppstår.

Hur ligger Norrbotten till i nationell jämförelse?

Det finns redovisning av CNI-värde per län och CNI-värde per kommun i databasen Kolada¹ sedan 2017. Där framgår att Norrbotten har ett förhållandevis lågt CNI-värde i ett nationellt perspektiv, under rikets genomsnitt (2018). Samma principer för variabler och viktning används som vid regionens CNI-beräkning. I nationella jämförelser är 1,0 nationella snittvärdet och län och kommuner jämförs mot det. I regionens egen CNI- redovisning är regionens snittvärde 1,0 och hälsocentralers socioekonomiskkvot jämförs mot detta.

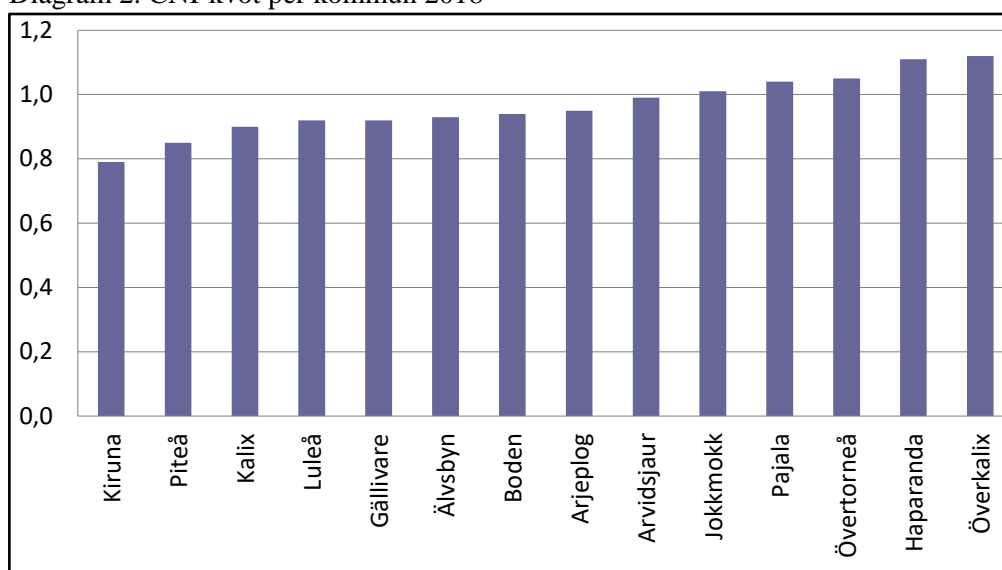
Diagram 1. CNI-kvot per län 2018



Sammanställningen på kommunnivå visar att Överkalix har högst CNI-kvot, följt av Haparanda, Övertorneå, Pajala och Jokkmokk. Övriga kommuner har en CNI-kvot som är lägre än rikets. Sammantaget förstärker resultatet föregående diagram, att Norrbotten har en förhållandevis låg inverkan av CNI-faktorer på länsnivå. Däremot finns det variationer, inom kommuner och i olika kommundelar.

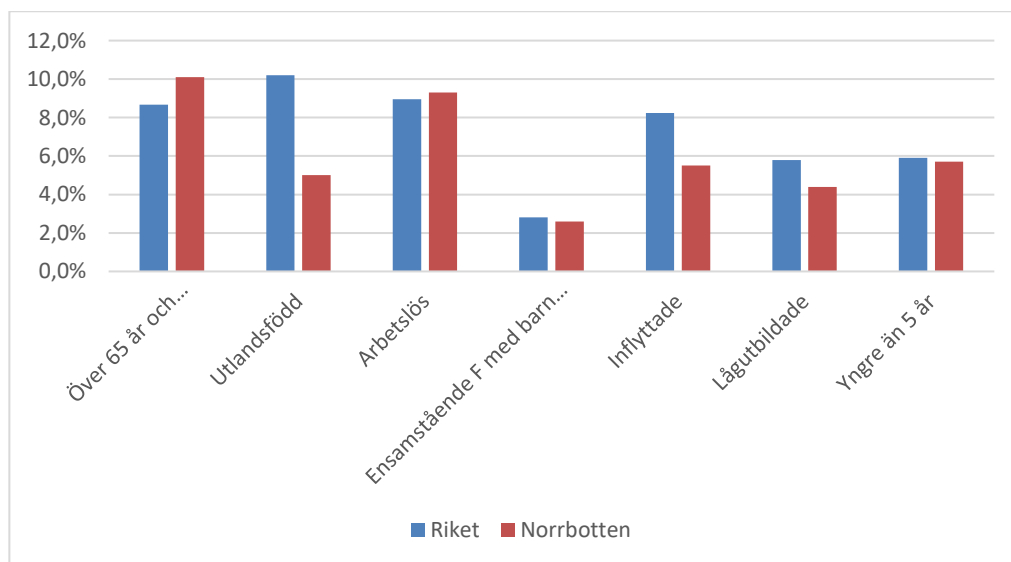
¹ Kolada ägs av den ideella föreningen Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA). Svenska staten och Sveriges Kommuner och Landsting är föreningens medlemmar.

Diagram 2. CNI-kvot per kommun 2018



Norrbotten skiljer sig från riket gällande fördelning i variablerna. Andel i gruppen 65 år och äldre och ensamstående är högre i Norrbotten 10,1 procent jämfört med rikets 8,7 procent. Variabel arbetslös är något högre i Norrbotten än i riket. Andel utlandsfödda är dubbelt så högt i riket (10,2 procent) än i Norrbotten (5 procent), även i variabel inflyttade har riket betydligt högre andel (8,2 procent) än Norrbotten (5,5 procent).

Diagram 3. Andel av befolkning i CNI variabler, riket och Norrbotten

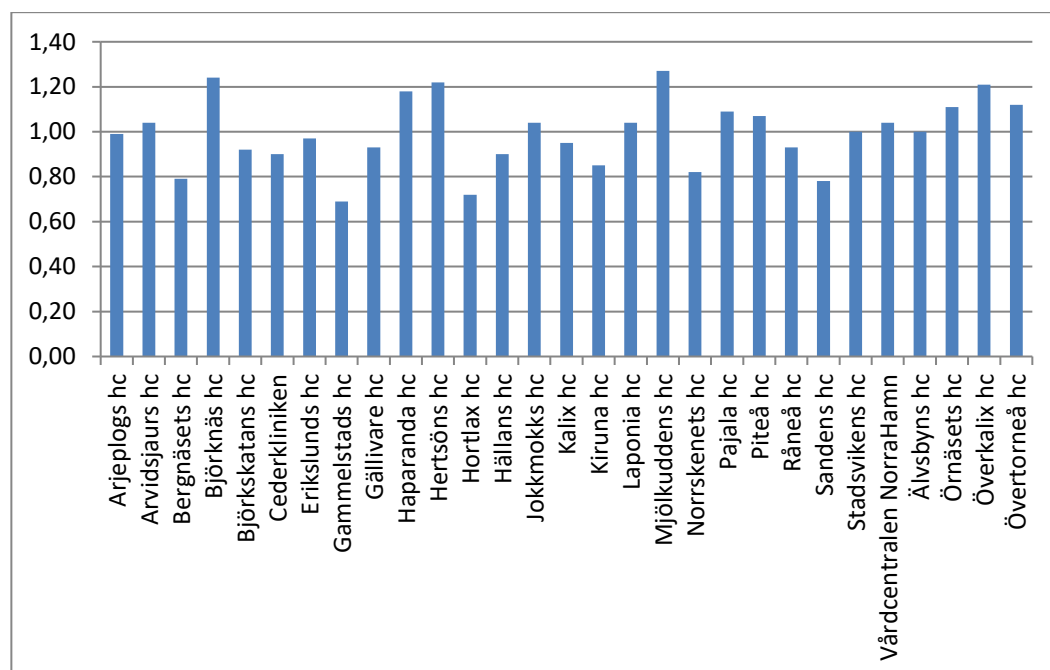


Hälsocentraler med högt CNI inom vårdval Norrbotten

Diagrammet nedan visar hur CNI är fördelat på Norrbottens hälsocentraler. 1,0 är Norrbottens genomsnittliga CNI kvot, som uppvisar en variation på mellan 0,69 (Gammelstads HC) och 1,27 (Mjölkkuddens HC) för hälsocentraler (september 2019).

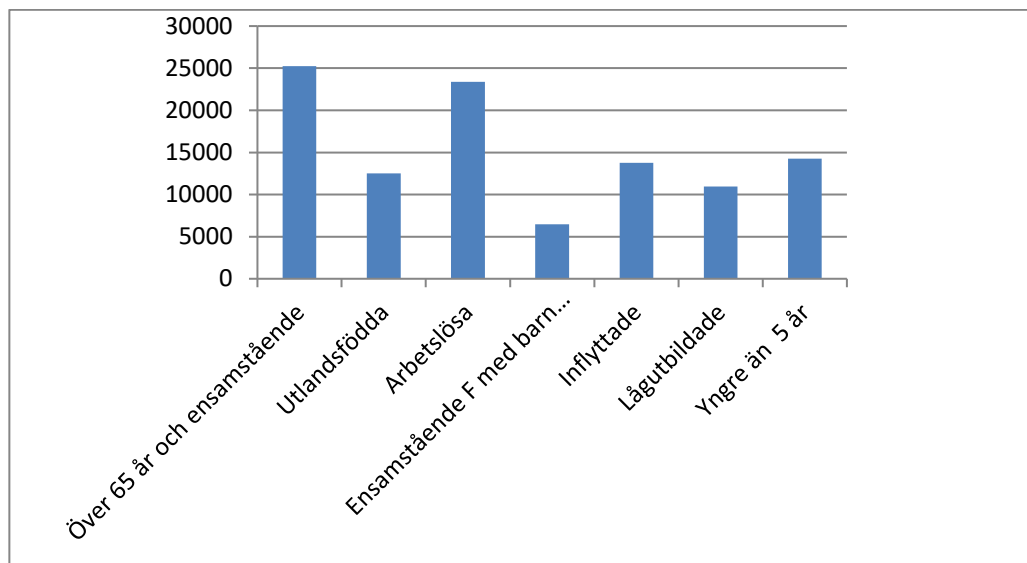
- Hälften av länets hälsocentraler har en CNI-kvot som är över 1,0.
- Fem hälsocentraler har en CNI-kvot på 1,18 eller högre. Det är Mjölkkuddens hälsocentral (1,27), Björknäs hälsocentral (1,24), Hertsöns hälsocentral (1,22), Överkalix hälsocentral (1,21) och Haparanda hälsocentral (1,18).

Diagram 4. CNI-kvot per hälsocentral, september 2019



Diagrammet nedan visar hur fördelningen ser ut av CNI variabler, totalt i Norrbotten. Över 65 år och ensamstående samt arbetslösa utgör de största enskilda grupperna.

Diagram 5. Antal individer i CNI variabler, totalt Norrbotten, september 2019



Nedanstående tabell visar hur sammansättningen av CNI-indexet ser ut hos de fem hälsocentraler i Norrbotten som har högst CNI. Sammanställningen syftar till att visa var tyngdpunkten ligger för CNI-indexet hos de olika hälsocentralerna. Mjölkkudden är den hälsocentral som har flest grupper med utmärkande värden i ett länsperspektiv. Varje hälsocentral har sin profil, där t.ex. Björknäs har fler äldre ensamstående och arbetslösa, Hertsön har fler lågutbildade.

Tabell 1. Andel listade i CNI variabler, de fem hälsocentraler med högst CNI-kvot samt Norrbottens snittvärde (september 2019). Rikets snittvärde (2018)

Hälsocentral	Över 65 ensamstående	Utlandsfödd	Arbetslös	Ensam F med barn under 17 år	Inflyttade	Lågutbildade	Yngre än 5 år
Mjölkkuddens hc	9,2 %	10,3%	12,1%	3,4 %	8,7 %	5,6 %	6,7 %
Björknäs hc	13,2%	8,6 %	12,1%	2,8 %	4,5 %	6,0 %	6,0 %
Hertsöns hc	6,4 %	12,1%	13,9%	3,7 %	5,4 %	7,1 %	5,0 %
Överkallix hc	15,3%	7,1 %	13,1%	2,2 %	3,1 %	5,3 %	4,3 %

Haparanda hc	14,0%	5,5 %	13,9%	2,9 %	2,9 %	5,9 %	5,3 %
Norrbotten	10,1%	5,0 %	9,3 %	2,6 %	5,5 %	4,4 %	5,7 %
Riket	8,7 %	10,2%	9,0 %	2,8 %	8,2 %	5,8 %	5,9 %

Sammanfattande slutsatser:

- Norrbotten som län har lägre CNI-kvot än nationella snittet.
- Fem av Norrbottens glesbygdskommuner ligger över nationella snittvärdet, de övriga kommuner har lägre CNI-kvot än nationellt snitt.
- När 1,0 används som Norrbottens snittvärde för CNI, är variationen mellan 0,69 och 1,27 för Norrbottens hälsocentralers CNI-kvot.
- Fem hälsocentraler har en CNI-kvot på 1,18 eller högre. Det är Mjölkkuddens hälsocentral (1,27), Björknäs hälsocentral (1,24), Hertsons hälsocentral (1,22), Överkalix hälsocentral (1,21) och Haparanda hälsocentral (1,18).
- De två hälsocentraler som har högsta och lägsta CNI-kvot finns i Luleå och deras geografiska områden gränsar till varandra. Mjölkkuddens hälsocentral har högsta CNI-kvoten (1,27) och Gammelstads hälsocentral har lägsta CNI-kvoten (0,69). Mjölkkuddens hälsocentral har högre andel i sex av sju variabler än Gammelstads hälsocentral. Största skillnaden är i variabeln ”utlandsfödd” där Gammelstads hälsocentral har 2,1 procent jämfört med Mjölkkuddens 10,3 procent.
- Norrbottens andel i de sju variabler skiljer sig från rikets snittvärde. Andel i gruppen 65 år och äldre och ensamstående är högre, i Norrbotten 10,1 procent, riket 8,7 procent. Variabel arbetslös är något högre i Norrbotten än i riket. Andel utlandsfödda är dubbelt så högt i riket (10,2 procent) än i Norrbotten (5 procent), även i variabel inflyttade har riket betydligt högre andel (8,2 procent) än Norrbotten (5,5 procent).
- De fem hälsocentraler med högsta CNI har högre andel i gruppen ”arbetslösa” än snittet för länet, mellan 12,1 procent och 13,9 procent, länsnittet är 9,3 procent.
- Tre av dessa fem hälsocentraler har hög andel i gruppen ”65 år och äldre och ensamstående” 13-15 procent av listade (Björknäs, Överkalix och Haparanda), länsnittet är 10,1 procent

- Två hälsocentraler av dessa fem hälsocentraler har 10-12 procent utlandsfödda av listade (Mjölkudden och Hertsön), länsnittet är 5,0 procent
- Mjölkuddens hälsocentral har högre andel nyinflyttade (8,7procent) än länsnittet som är 5,5 procent. De övriga hälsocentraler med hög CNI-kvot avviker inte från länsnittet.
- Hertsöns hälsocentral har markant högre andel lågutbildade (7,1procent), de fyra övriga hälsocentraler i gruppen har något högre andel än länsnittet som är 4,4 procent.
- Andel barn under fem år varierar mellan 4,3procentoch 6,7procent, länsnittet är 5,7procent, högsta andelen är på Mjölkuddens hälsocentral.

Befolkningens besöksfrekvens på hälsocentral och CNI-kvot

Det kan inte ses något samband mellan CNI-kvot och antal besök hos läkare och sjuksköterska på Norrbottens hälsocentraler. Det förefaller vara andra faktorer som styr detta t.ex. hälsocentralens arbetssätt, bemanningssituation och om det finns andra vårdgivare tillgänglig för befolkningen.

Hur arbetar de hälsocentraler med högre CNI-ersättning för att nå socioekonomiskt svaga grupper?

De aktuella hälsocentralernas verksamhetschefer och hälsocentralschefer har fått ta del av sammanställning av CNI-variabler för aktuella hälsocentraler och förbereda sig inför dialogen.

Gemensamt för alla berörda chefer var att de uppgifterna som presenterades kändes bekanta och överensstämmande med bilden som respektive chef hade om sin hälsocentral. Däremot hade ingen av cheferna detaljkunskap om variablerna i CNI och att det går att få fram detaljerade uppgifterna månadsvis för respektive hälsocentral.

De tre hälsocentraler där andelen äldre utgjorde den mest dominerande delen av CNI har börjat arbeta strukturerat och planerat med denna patientgrupp. En fast vårdkontakt utses och planerade vårdkontakter bokas in. Detta arbetssätt kan vara tids- och resurskrävande till att börja med, men i förlängningen sparar detta både tid och resurser och ger bättre vård och omhändertagande till patienter. Samverkan med kommuner anges fungera bra gällande individärenden. Utökad samverkan med kommunen, kyrkan och frivillig organisationer efterlyses för att möta de behov som inte är direkt hälso- och

sjukvård. Mötesplatser och samtalskontakter behövs för de äldre där ensamheten är ett stort problem.

De två hälsocentraler som har stor andel utlandsfödda beskriver att detta märks genom ett annat sökmönster och andra förväntningar på vården t.ex. många är angelägna att få läkarbesök och antibiotika förskrivet. Hälsocentral med många kvotflyktingar uppger att många lider av posttraumatisk stress. Utbildningsnivån är låg bland kvotflyktingar och detta ställer särskilda krav i vårdkontaktarna.

Tolkbehovet är stort och telefontolkning kan ha sina brister t.ex. ska bokas i förväg och kvalitén varierar. Mjölkkuddens hälsocentral är intresserade av att testa digitaltolkning med Ipad. Fördel med Ipad-tolkning är att det kan användas i reception, på lab. på mottagningen osv beroende på vad patienten behöver.

Alla hälsocentraler lyfter behovet av samverkan med kommuner gällande barnhälsovård och kontakter med barnfamiljer. Det finns Familjecentral i vissa kommuner, men t.ex. i Luleå har inte samverkan på denna nivå kunnat åstadkommas. Förstärkta hembesök hos familjer med nyfött barn har införts i vissa kommuner.

Teamarbete i olika former lyfts av verksamhetschefer. Det kan handla om psykosociala team, familjeteam eller rehabteam. Erfarenheterna från teamarbete är goda även om verksamheten inte varit i gång någon längre tid.

Prevention och arbete med levnadsvanor har utökats och utvecklats på hälsocentraler. Hälsosamtal, kvalificerad tobaksavvänjning, öppna träningsgrupper är en del av hälsocentralers utbud. Även enstaka satsningar som anordnande av hälsodag i samband med säsongsinfluensavaccination nämns.

Folkhälsoråd och organiserad samverkan med kommunen och övriga samhällsaktörer lyfts av hälsocentralers ledning.

Bilaga

Vårdvalsersättning i Norrbotten

Den vårdpeng som hälsocentraler får månadsvis står för huvuddelen av hälsocentralens intäkter. Vårdpengen bygger på ålderskapitering 65 procent, socioekonomiskt index (CNI) 10 procent och vårdtyngd (ACG) 25 procent. Länsnittet för var och en av dessa tre kvoter är 1,0 och kvoterna fastställs månadsvis.

- Ålderskapiteringskvoten baseras på retrospektiva uppgifter om primärvårdskonsumtionen i sex olika åldersgrupper. Konsumtion räknas på tre föregående år, och läkarbesöken viktas dubbelt jämfört med besök hos övriga vårdgivare. Kapiteringskvoten ligger mellan 0,93 och 1,08.
- 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 0,69 och 1,27.
- 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. Dokumenterade diagnoser som utgör grunden för ACG är alla diagnoser i journalsystemet VAS och tidsperioden är 18 månader. ACG-kvoten varierar mellan 0,80 och 1,25.

Dialog med ledning för de hälsocentraler som har högsta CNI

Haparanda har en speciell situation med inflyttad ohälsa och att stor andel av befolkning är finskspråkig. Detta syns inte i CNI sammanställning.

Det finns många i Haparanda som lever i riskzonen att bli utförsäkrade från sjukförsäkringssystemet. De ser inga möjligheter att kunna arbeta och försörja sig utan det blir aktuellt med socialbidrag. Även för detta behövs ett intyg/underlag från vården. Ofta finns inslag av psykisk ohälsa med i bilden. Diskussion om det behövs ett läkarintyg för detta, eller skulle någon annan typ av intyg fungera i detta sammanhang. Bilden är ofta att aktuell person inte kommer att bli arbetsför, det är bara fråga om hantering av olika system (sjukförsäkring, arbetsförmedling, socialbidrag).

Haparanda har ett fungerande Folkhälsoråd där kommunen, polisen, hälsocentralen, kronofogden och länsstyrelsen deltar. Alla berörda myndigheter ser vinsten med samverkan, bl.a. har växande drogproblematik på orten varit uppe i diskussion.

Samverkan med kommunen sker sedan en längre tid genom Familjecentral och nyligen har även förstärkta hembesök införts, både till familjer med ett nyfött barn och när barnet är i 8 månaders ålder. Denna typ av preventiv verksamhet vänder sig till alla familjer och den vägen nås också de familjer som behöver detta mest.

Medborgarcaféeer har ordnats tillsammans med kommunen och tanken är att även bjuda in frivilligorganisationer och därmed samverka ytterligare och t.ex. nå ensamstående äldre. Det finns behov av samtalskontakt dit äldre med ensamhetsproblematik, sorg och kan vända sig, t.ex. kyrkans verksamhet.

Stor andel finsktalande innebär ökade behov av service. Hälsocentralens personal är tvåspråkiga och får ofta agera tolk när personer kommer till hälsocentralen för att få hjälp med information eller blanketter som sjukhuset har skickat. Det skulle underlätta mycket om hälsoformulär inför operation finns på finska.

Haparanda har prioriterat levnadsvanearbetet och har många kvalificerade tobaksavvänjningar jämfört med övriga hälsocentraler i länet. Även hälsosamtal har genomförts i större omfattning än länssnittet.

Hälsocentralens upptagningsområde har olika tyngd. Detta har medfört att det har varit svårt att bemanna t.ex. läkartjänsterna på ett tyngre område. Hälsocentralen har gjort om sin interna struktur. Nu finns tre team,

indelning utgår från patienters födelsedag. På detta sätt är arbetstygden jämnare mellan teamen. Detta bör gagna alla. Hälsocentraler jobbar strukturerat och ha kontroll på storkonsumenterna eller de med högst förväntad sjukvårdsbehov. Fast vårdkontakt utses, SIP görs och planerade sköterskebesök bokas för att trygga patienter.

Överkalix hälsocentral har ett antal individer som riskerar att bli utförsäkrade. Rehabkoordinator arbetar strukturerat med plan för sjukskrivning, för samverkan mellan myndigheter och arbetsgivare, men med bi-behållet eget ansvar hos individen.

Överkalix har hög andel äldre, och många av dessa är vårdsökanden och har flera kroniska sjukdomar. Hälsocentralen har börjat arbeta med strukturerat och planerat med denna patientgrupp. En fast vårdkontakt utses och planerade vårdkontakter bokas in. Detta arbetssätt kan vara tids- och resurskrävande till att börja med, men i förlängningen sparar detta både tid och resurser och ger bättre vård och omhändertagande till patienter.

Samverkan med kommunen fungerar bra gällande biståndsbedömning.

Hälsocentralen kommer att anordna hälsodag i samband med höstens influensavaccination.

Hälsosamtalen riktade till de två äldsta grupperna (50 och 60-åringar) har fått bra gehör hos befolkningen och målet nås för dessa två åldersgrupper.

Svårighet som ses är att nå unga överviktiga män som redan har diabetes eller riskerar att få det. Det är svårt att få dessa patienter att komma på uppföljning.

Björknäs hälsocentral har många äldre i sitt område, huvudsakligen handlar detta om äldre som bor i flerfamiljshus i centrala Boden. Många av ensamma, och söker vård ofta. Hälsocentralen arbetar med fast vårdkontakt och SIP för de som bedöms behöva det. Det saknas mötesplatser för äldre. Samverkan med kommunen fungerar bra gällande hemsjukvård.

Hälsocentralen har börjat med utökade hembesök hos barnfamiljer. (Spädbarnsprojekt tillsammans med Föräldrastödjare/socionom med Bodens kommun).

Björknäs hälsocentral har sedan många år Flyktigmedicinsk enhet och detta präglar verksamheten, t.ex. behov av tolkning, annat sökmönster, kulturella skillnader. Det har gjorts satsningar i kommunen för att möta nysvenskar t.ex. i forma av öppna caféer där information ges om hur samhället fungerar.

Björknäs hälsocentral i en process där sammanslagning med Erikslund hälsocentral pågår, mycket kraft går till att forma framtida arbetssätt.

Mjölkkuddens hälsocentral och Hertsöns hälsocentral har nystartade psykosociala team. Det saknas än så länge statistik från denna verksamhet, men erfarenheterna är så här långt positiva. Hälsocentralerna har tagit del av andra regioners arbete t.ex. Västra Götalands modell för psykosociala team. Psykosociala team har möjliggjorts med finansiering av nationella medel.

Båda hälsocentraler har stor andel utlandsfödda. Verksamhetsmässigt märks hög andel utlandsfödda på båda hälsocentraler genom ett annat sökmönster och andra förväntningar på vården t.ex. många är angelägna att få läkarbesök och antibiotika förskrivet.

På Hertsöns område finns kvotflyktingar (de får personnummer direkt och blir listade på hälsocentralen). Många flyktingar har låg utbildningsnivå och många lider av posttraumatisk stress.

Båda hälsocentraler har stort tolkbehov, på Mjölkkuddens hälsocentral är intresserade av att testa digitaltolkning med Ipad. Telefontolkning kan vara av dålig kvalitet och begränsad, måste dessutom bokas i förväg. Fördel med Ipad-tolkning är att det kan användas i reception, på lab. på mottagningen osv beroende på vad patienten behöver.

Mjölkkuddens hälsocentral har tidigare haft samverkan med idrottsförening, skolan och pensionärsföreningar för mer uppsökande verksamhet, detta har dock lagts ner. Mjölkkudden har en del öppna gruppverksamheter som öppna träningsgrupper och mediyoga.

Familjecentral är ett önskemål från hälsocentralernas sida, hitintills har det varit svårt att få med kommunen. BHV har samverkan med Folk tandvården och kommunens socialtjänst på övergripande nivå, och i vissa fall på individnivå. Att bedriva barnhälsovård i en multikulturell miljö kräver extra resurser och ett genomtänkt arbetssätt samt samverkan med t.ex. socialtjänst och tandvården. Det finns tankar om att skapa familjeteam på motsvarande sätt som psykosociala team. Det kan vara en väg till att även få utvecklad samverkan med t.ex. socialtjänsten.