



Hälsa- och sjukvård i Västra Götaland

Verksamhetsanalys 2009

Regionkansliet, Hälsa- och sjukvårdsavdelningen Maj 2010

Upplysningar om rapportens innehåll: Marianne Förars 0500 – 49 56 71
Staffan Björck 0500 – 49 56 78

Beställning av rapporten: Adress och distributionscentrum online via:
<http://www.vgregion.se/sv/Regionservice/tjanster/Bestallhamta-broschyer/>.
E-post: adress.distributionscentrum@vgregion.se
eller telefon 0501 – 620 84

Omslagsbild: Marianne Förars
Vänerfiskar
Etsning, digital bearbetning av bild.
Vänerfiskar. De finns under ytan. Under ytan ser det annorlunda ut.

Tryck: Tryckeriet Regionens Hus Vänersborg, maj 2010.

Förord

Verksamhetsanalys 2009 är den sjätte årsrapporten som följer upp hälso- och sjukvården ur ett regionalt perspektiv. Rapporten riktar sig till flera olika målgrupper. Den ska vara ett underlag för det politiska beslutsfattandet. Uppföljningen ska visa medborgare och patienter vad vården åstadkommer med sina resurser. Uppföljningen riktar sig också till hälso- och sjukvården genom att visa på goda exempel och förbättringsområden som kan stimulera till förbättringar.

Ambitionen är att varje ny rapport ska innehålla nya avsnitt. Ett sådant är avsnittet om care need index, avsnitt om akutsjukvård och sjuklighet i hjärt- kärlsjukdomar. Samtidigt återkommer vissa områden i varje rapport och därigenom kan vi nu visa på trender över flera år. Det gäller till exempel avsnitten om befolkningens uppfattning och upplevelser av hälso- och sjukvård.

Socialstyrelsens och Sveriges kommuner och landstings arbete med öppna jämförelser resulterade år 2009 i en fjärde rapport. Det nationella arbetet är normerande för regionkansliet och hälso- och sjukvårdsavdelningens arbete med uppföljning och jämförelser av hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdsutskottet har också tagit beslut att varje enskild verksamhet skall nå minst riksgenomsnittet i sina resultat. Det är också avdelningens förhoppning att rapporten kan utgöra underlag för förbättringar.

Presentationen av den årliga verksamhetsanalysen kommer under hösten att på webben kompletteras med utförligare presentation i form av profiler per hälso- och sjukvårdsnämnd och per sjukhus. Profilerna innehåller ett urval ur rapporten och är tänkta att öka tillgängligheten och användningen av rapporten.

Denna rapport är en sammanställning av uppgifter från en mängd datakällor. Arbetet har samordnats av Marianne Förars vid regionkansliet.

Lars-Olof Rönnqvist
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Marie Röllgårdh
Chef för analysenheten

Arbetsgruppen för verksamhetsanalys 2009

Projektledare: Marianne Förars

Arbetsgrupp

Marianne Förars, RK Hälsa- och sjukvårdsavdelningen
Staffan Björck, RK Hälsa- och sjukvårdsavdelningen
Anna Kjellström, RK Hälsa- och sjukvårdsavdelningen
Mikael Kjerfve, RK Hälsa- och sjukvårdsavdelningen
Annika Karlqvist, RK Hälsa- och sjukvårdsavdelningen
Kristina Narbro, RK Hälsa- och sjukvårdsavdelningen
Jarl Torgerson, RK Hälsa- och sjukvårdsavdelningen
Mona-Lis Dalbrekt, RK Hälsa- och sjukvårdsavdelningen
Annet Lundahl, RK Hälsa- och sjukvårdsavdelningen
Lena Gustafsson, RK Hälsa- och sjukvårdsavdelningen
Lillemor Bergman, RK Hälsa- och sjukvårdsavdelningen
Gunnar Numeus, RK Hälsa- och sjukvårdsavdelningen
Marie-Louise Lövberg, HSN – kansliet i Göteborg
Anette Ohlin-Johansson, HSN – kansliet i Mariestad
Katarina Orrbeck, HSN – kansliet i Borås
Andreas Hjertén, HSN – kansliet i Uddevalla
Agneta Xenos, RK Ekonomiavdelningen
Agneta Andersson, RK Ekonomiavdelningen
Ann-Marie Olhede, RK Hälsa- och sjukvårdsavdelningen
Sylvia Määttä, RK Hälsa- och sjukvårdsavdelningen, Kunskapscentrum för jämställd vård
Anders Öhman, RK Personalstrategiska avdelningen

Informationsgrupp

Marianne Förars, RK Hälsa- och sjukvårdsavdelningen
Maria Johansson, RK Hälsa- och sjukvårdsavdelningen

Webb

Marianne Förars, RK Hälsa- och sjukvårdsavdelningen
Maria Johansson, RK Hälsa- och sjukvårdsavdelningen
Anna Kjellström, RK Hälsa- och sjukvårdsavdelningen
Anette Ohlin-Johansson, HSN – kansliet i Mariestad

Epost: förnamn.efternamn@vgregion.se

Innehållsförteckning

Inledning	5
Regionens befolkning	8
Demografi	8
Socioekonomi - Care need index	10
Folkhälsa	11
Perspektiv på resurser och resursförbrukning	17
Andra landstingsjämförelser av resursförbrukning	18
Produktivitet i sjukhusvården.....	18
Patientströmmar och VG Primärvård	19
Sjukhusens akutmottagningar	22
Tillgänglighet	27
Konsumtion av hälso- och sjukvård	37
Kontaktgrad.....	37
Öppenvårdskonsumtion.....	38
Slutenvårdskonsumtion	39
Undvikbar slutenvård.....	40
Hjärt- och kärlsjukdomar och dödlighet.....	46
Vårdkonsumtion av särskilda planerade operationer	54
Operationer i förhållande till behov	54
Specifika kommentarer	56
Kvalitetsuppföljning - medicinska resultat och uppföljning	57
Nationella Diabetesregistret, NDR.....	58
Nationellt register för barn- och ungdomsdiabetes, SWEDIABKIDS	63
Nationella kvalitetsregistret Riks-Stroke.....	65
Hjärtsjukvård och hjärtinfarktregistret Riks-HIA	73
Svenskt NjurRegister (SNR).....	76
Nationella kvalitetsregistret Svenskt Bräckregister.....	80
Gynop-registret	81
Kvalitets- och resultatindikatorer inom psykiatrin	83
Rikshöft.....	87
Svenska Höftprotesregistret	89
Svenska Reumatoid Artrit-registret.....	91
Patientsäkerhet	94
Skadeanmälningar till patientförsäkringen	96
Patientnämndernas uppföljning	98
Patientnämndernas årsredovisning.....	98
Befolkningens uppfattning om och upplevelser av hälso- och sjukvården ...100	
Läkemedel	106
Tandvård	111
Barn och ungdomstandvård.....	111
Uppsökande verksamhet, och Nödvändig tandvård	113
Tandvård som led i sjukdomsbehandling.....	114
Kostnader för hälso- och sjukvård – ur ett nämndsperspektiv	115

Hälso- och sjukvårdens personal	119
Del 2 Basala uppgifter	122

Inledning

Hälso- och sjukvårdsavdelningen i Västra Götalandsregionen publicerar för sjätte året en övergripande beskrivning av hälso- och sjukvården i regionen. Rapporten är ett komplement till övrig regional rapportering. Målgrupp för rapporten är i första hand politiska nämnder och styrelser men även andra intressenter.

Rapporten är framtagen för att ge en sammanhållen bild av hälso- och sjukvården i regionen och skall

- bygga på enhetligt framtagen statistik ur befintliga datakällor och övriga underlag,
- ge möjlighet till olika typer av jämförelser: över tid, mellan områden och mellan regionen och riket/andra delar av riket och mellan kön,
- innehålla analyserande kommentarer,
- utgöra ett komplement till övrig regional rapportering,
- i tillämpliga delar samordnas med årsredovisning och budgetunderlagsarbete,
- på sikt utvecklas med allt större fokus på analys och uppföljning av effektivitet och kvalitet.

Rapporten skall således ge möjligheter till jämförelser över tid, mellan olika hälso- och sjukvårdsnämndområden i regionen och mellan regionen och riket/andra delar av riket

Kraven på regionalt enhetlig och jämförbar information har varit vägledande för urval av redovisade data. Inom några områden finns idag inte regionalt jämförbara uppgifter. Arbetsgruppen har då valt att inte redovisa dessa data utan utvecklingsarbete har istället inletts för att kunna presentera data i kommande rapporter. En andra mycket viktig utgångspunkt har varit att ta tillvara och använda redan insamlade data. Statistik och andra verksamhetsuppgifter som redan samlats in för regionala och nationella syften har använts så långt som möjligt.

Vi har, där det är relevant, strävat efter att redovisa data uppdelat på hälso- och sjukvårdsnämndernas områden. Data från 2009 har använts där det varit möjligt. Inom området kvalitet och resultat inom hälso- och sjukvård har SKL och Socialstyrelsen fortsatt utvecklat arbetet med öppna jämförelser och har nu publicerat en fjärde årsrapport. Det nationella arbetet ger möjligheter till utveckling av den regionala uppföljningen.

I Verksamhetsanalys 2009 presenteras uppföljande data ur några kvalitetsregister. Uppföljningen är ett komplement till annan kvalitetsuppföljning och syftar främst till att ge en samlad bild av redovisade resultat ur de kvalitetsregister som omfattar stora volymer. Målsättningen kvarstår att successivt

utveckla rapporten till en uppföljning med allt större fokus på effektivitet och kvalitet.

Könsuppdelad statistik

Jämfört med föregående års verksamhetsanalys har fler områden könsuppdelade data. Antalet områden där könsuppdelad data redovisas är dock fortsatt begränsat eftersom verksamhetsanalysen till stor del baseras på befintliga källor, vilka saknar könsuppdelad statistik. I denna rapport återfinns därför i vissa fall summariska kommentarer om statistikuppföljningen avseende kvinnor och män rutorna ”kort om”.

I denna rapport följs och diskuteras dock könsuppdelade data i kvalitetsregister som berör stora grupper. Fördjupade analyser eller planering inför fördjupade analyser kring några sjukdomsgrupper har påbörjats. Arbetet med att inhämta och analysera könsuppdelad data har till exempel inletts kring Riks-HIA och data om kvinnors och mäns överlevnad efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt har ägnats en fördjupad analys. En undersökning av Svenska Höftprotesregistret pågår och resultaten förväntas att presenteras i form av vetenskapliga artiklar. Vidare har undersökning av det nationella diabetesregistret (NDR) inletts. Vårddata har granskats ur ett kön/genusperspektiv och dessa data kommer att bilda underlag för fördjupade analyser. Förberedelser för fördjupad analys av Riks-Stroke har initierats.

Andelen områden som har könsuppdelad vårddata skall i kommande verksamhetsanalys utökas och redovisade könsskillnader kommer att följas.

Utdrag ur verksamhetsanalys som webprofiler

Från och med Verksamhetsanalys 2009 finns ett prioriterat urval av resultaten redovisade utifrån ett antal olika användarområden. Detta för att förenkla för användaren att göra jämförelser inom just sitt område. I ett första steg har vi valt att belysa de resultat som rör våra 12 hälso- och sjukvårdsnämnder och sjukhusgrupperna. På sikt kommer det också att finnas presentationer för andra områden. Mer information och de nya presentationerna hittar du på www.vgregion.se

Arbetsgrupper

I arbetet med framtagandet av data till rapporten har ingått medarbetare från regionkansliets hälso- och sjukvårdsavdelning, ekonomiavdelning, personalavdelning samt medarbetare från nämndernas hälso- och sjukvårdskanslier, bilaga 1. Projektledare har varit Marianne Förars, analysenheten, hälso- och sjukvårdsavdelningen.

Rapporten

Rapporten innehåller fakta men även analyserande kommentarer som kan vara till hjälp vid tolkningen samt belyser trender och avvikelser. Innehållet är uppdelat i tre delar:

Rapporten är indelad i två huvudavsnitt. En första textdel med ett urval av sammanställningar och med analyserande kommentarer. I denna del återfinns såväl jämförelser av vårdkonsumtion som uppgifter om demografi och kostnadsnivå. En andra beskrivande del om regionens vårdproduktion med basala uppgifter om utbudet.

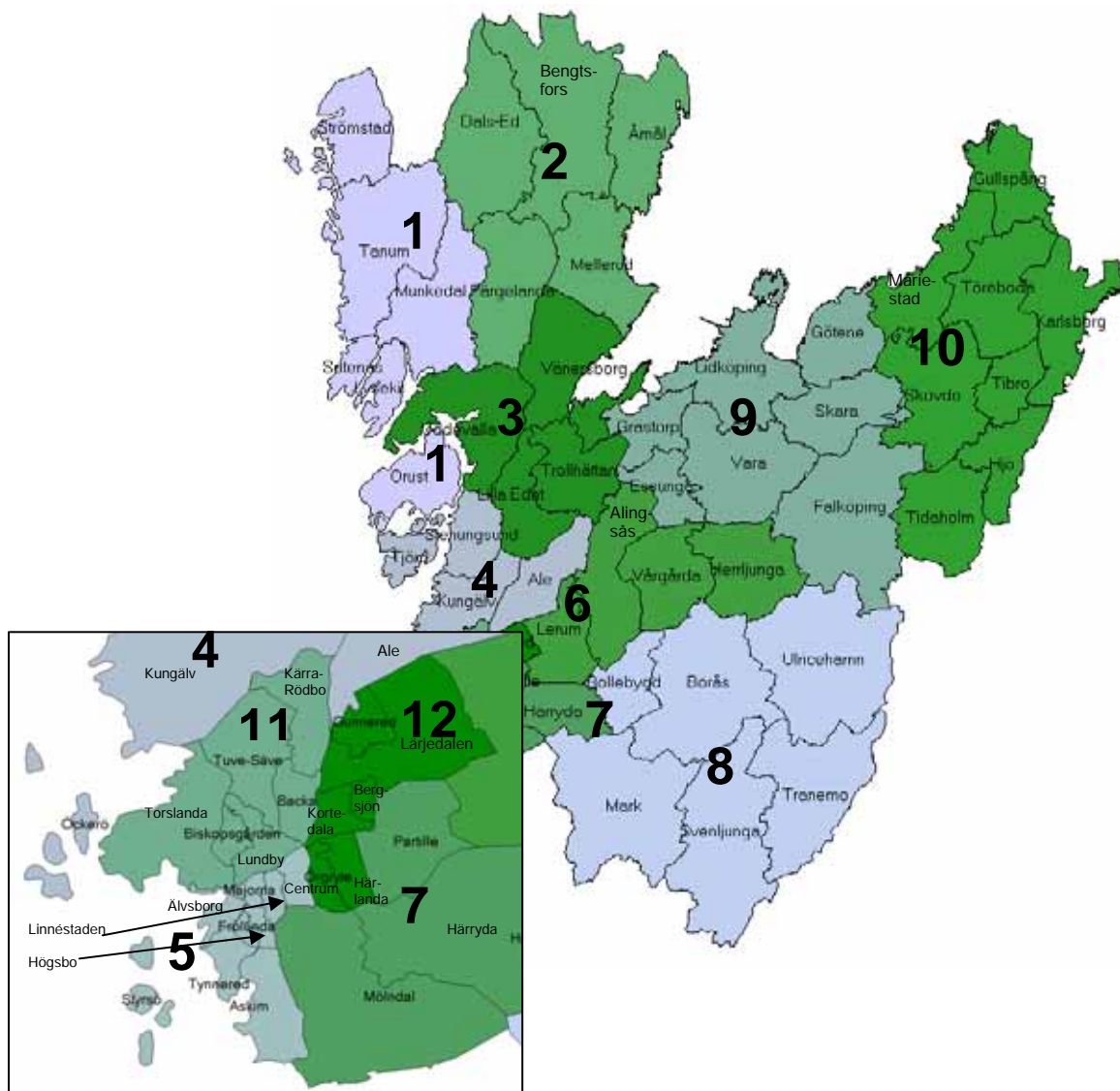
Som komplement till rapporten finns en tabellbilaga som kan användas som källa i andra analyser och jämförelser.

Rapporten på webben

Rapporten finns också publicerad på regionens hemsida www.vgregion.se.

Alla diagram finns i bildspel och nerladdningsbara. Utdrag ur rapporten publiceras också som profiler för hälso- och sjukvårdsnämnder, sjukhus och några utvalda områden. Profilerna är inte heltäckande men ger en grund för eget arbete med presentation eller fortsatt analys.

Hälso- och sjukvårdsnämndområden i Västra Götalandsregionen



Hälso- och sjukvårdsnämndområden 2009

Hälso- och sjukvårdsnämnd	Andel av länets befolkning (%)	Antal			Andel i befolkningen %	
		Totalt	Kvinnor	Män	65 år+	80 år+
1 Norra Bohuslän	5	73 144	36 249	36 895	23,3	6,8
2 Dalsland	3	42 956	21 216	21 740	24,1	7,6
3 Trestad	10	156 035	78 090	77 945	19,0	5,6
4 Mellersta Bohuslän	8	119 357	59 308	60 049	17,7	4,4
5 Göteborg - Centrum Väster	14	222 324	113 433	108 891	15,9	5,2
6 Mittenålvborg	6	96 131	48 267	47 864	17,6	4,8
7 Södra Bohuslän	8	128 770	64 636	64 134	14,8	4,1
8 Sjuhärad	12	189 198	95 203	93 995	19,2	5,9
9 Västra Skaraborg	8	128 278	64 051	64 227	20,3	6,1
10 Östra Skaraborg	8	128 259	64 079	64 180	20,6	6,0
11 Göteborg - Hisingen	9	136 226	67 820	68 406	15,2	4,4
12 Göteborg - Nordöstra	9	147 499	74 275	73 224	12,7	4,3
Västra Götaland	100	1 569 456	786 985	782 471	17,7	5,3
Riket		9 340 682	4 691 668	4 649 014	18,1	5,3

I Göteborgs kommun finns 1 279 personer (358 kvinnor och 921 män) som ej går att klassa i respektive nämndområde (5, 11, 12). Dessa personer är inkluderade i totalsumman för Västra Götaland. Källa: SCB och Göteborgs stad

Regionens befolkning

I Västra Götaland bor drygt 1,5 miljoner människor, cirka en sjättedel (17 procent) av Sveriges befolkning. Länet är fördelat på 49 kommuner. Befolkningen i Göteborgs stad omfattar grovt sett en tredjedel av länets invånare. Göteborgs stad består av 21 stadsdelar.

Västra Götalandsregionen är indelad i 12 hälso- och sjukvårdsnämndsområden (HSN). Hälso- och sjukvårdsnämnderna är beställare av hälso- och sjukvård. Nämnderna företräder medborgarperspektivet och har ett samlat ansvar för att främja befolkningens hälsa och tillse att det finns tillgång till primärvård, sjukhusvård, tandvård, folkhälsoinsatser samt insatser för funktionshindrade/handikappade. Hälso- och sjukvårdsnämnderna gör därmed en samlad beställning av insatser för befolkningen. Indelningen av nämndsområdena visas på kartan på sidan 6.

Befolkningens behov av hälso- och sjukvård bestäms i hög grad av befolkningens sammansättning. Faktorer som påverkar är ålder, kön, socioekonomiska faktorer och sjuklighet.

Befolkningens ålderssammansättning är av störst betydelse för behovet av hälso- och sjukvård. Kostnaderna för slutenvård per individ ökar brant från 65 års ålder och äldre används ofta som mått på resursbehov för vård.

Hur skillnaderna mellan social position och status utvecklas inom befolkningen är annan faktor som i hög grad har betydelse för invånarnas behov av hälso- och sjukvård. Enligt en beräkning inom EU bedöms unionens kostnader för ”ojämligheter i hälsa” idag uppgå till omkring 1 000 miljarder Euro, vilket motsvarar 9,5% procent av EU:s samlade BNP.¹ Ojämligheter i hälsa definieras som olikheter i hälsa mellan grupper med olika utbildningsnivå. Däremot är det inte lika självklart hur det påverkar den efterfrågansstyrda vården.

Samhällets utveckling spelar en avgörande roll för hälso- och sjukvårdens framtid. Den avgör dels sjukvårdens resursbehov givet ambitionen att ge alla vård på lika villkor, dels förutsättningarna att finansiera detta resursbehov med i huvudsak skattemedel – en grundpelare för svensk hälso- och sjukvård.

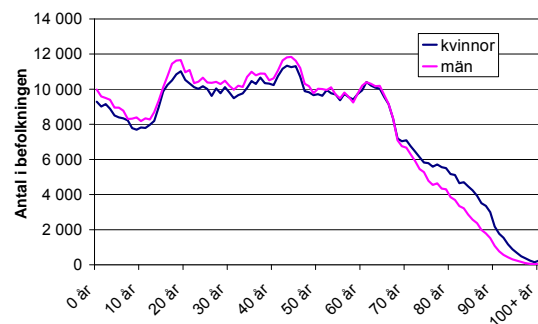
Avsnittet om regionens befolkning innehåller tre avsnitt: *Demografi*, med åldersfördelning och be-

folkningsprognos, *Socioekonomiska faktorer* som beskriver inomregionala skillnader i care need index, samt *folkhälsa* med referat från Öppna jämförelser folkhälsa 2009 samt psykisk ohälsa.

Demografi

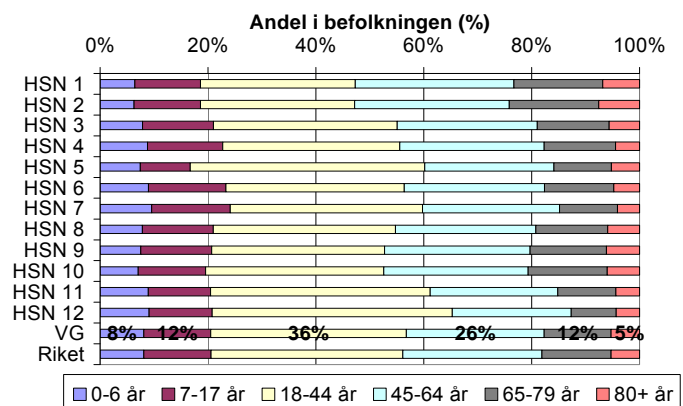
Ålder

Befolkningens ålderssammansättning i Västra Götaland liknar den i Sverige som helhet. Individer 0–6 år utgör 8 procent av befolkningen, 7–17 åringar utgör 12 procent, 18–64 åringar utgör 62 procent, 65–79 åringar utgör 12 procent och 80 år och äldre utgör 5 procent av befolkningen i Västra Götaland. Det finns fler kvinnor än män 65 år eller äldre.



Figur A-1. Antal kvinnor och män per åldersklass i Västra Götaland 2009 Källa SCB

Inom länet varierar befolkningssammansättningen påtagligt. Den äldsta befolkningen finns i Dalsland (HSN 2) och Norra Bohuslän (HSN 1) och Skaraborg (HSN 9, 10). Göteborg - Centrum väster (HSN 5) har den största andelen 18-44-åringar och den lägsta andelen barn och ungdomar 0-17 år. Störst andel barn- och ungdomar finns i Mellersta och Södra Bohuslän (HSN 4 och 7) samt i Mitten Älvsborg (HSN 6).



Figur A-2. Andel i befolkningen (%) fördelat på åldersklasser och hälso- och sjukvårdsnämndsområden 2009. Källa SCB.

¹ Mackenbach JP et al. Economic implications of socioeconomic inequalities in health in the European Union. July 2007. European Commission. ISBN-13: 978-92-79-06727-3

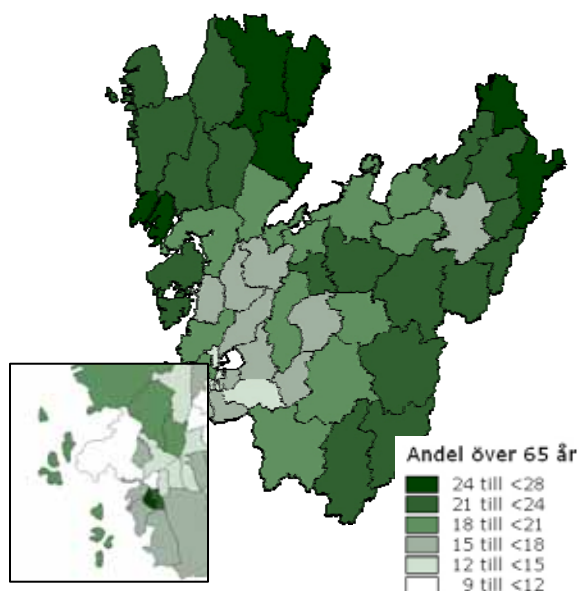
Det är väsentligt fler kvinnor än män i åldrarna 65 år och äldre i alla nämndsområden (tabell A-1).

Tabell A-1. Andel i befolkningen (%) äldre än 65 år respektive 80 år, fördelat på och hälso- och sjukvårdsnämndsområden och kön 2009. Källa SCB.

	Andel 65+		Andel 80+	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
HSN 1	24,5%	22,0%	8,3%	5,4%
HSN 2	26,2%	22,1%	9,3%	5,8%
HSN 3	20,8%	17,1%	6,9%	4,4%
HSN 4	18,9%	16,5%	5,3%	3,6%
HSN 5	18,2%	13,5%	6,7%	3,6%
HSN 6	18,9%	16,3%	5,8%	3,7%
HSN 7	16,2%	13,4%	5,0%	3,1%
HSN 8	21,2%	17,2%	7,3%	4,5%
HSN 9	22,3%	18,3%	7,6%	4,7%
HSN 10	22,6%	18,6%	7,3%	4,6%
HSN 11	16,9%	13,4%	5,6%	3,2%
HSN 12	14,6%	10,7%	5,8%	2,8%
VG	19,5%	15,9%	6,6%	4,0%
Riket	20,0%	16,2%	6,7%	3,9%

Andelen äldre än 65 år 2009 varierar mellan länets kommuner och stadsdelar (figur A-3). Störst andel äldre finns i Göteborgs stadsdel Frölunda, där 27 procent av befolkningen var äldre än 65 år.

I 27 av 69 kommuner/stadsdelar var mer än 21 procent av befolkningen äldre än 65 år. År 2008 var det bara i 20 kommuner/stadsdelar andelen äldre var över 21 procent och 2007 var det 12.



Figur A-3. Andel i befolkningen (%) äldre än 65 år fördelat på kommuner och Göteborgs stadsdelar i förstörad ruta 2009. Källa SCB och Göteborgs stad.

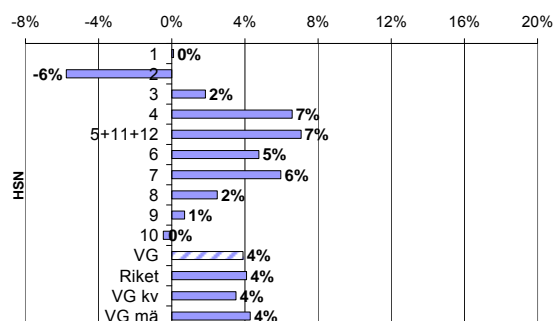
I Bergsjön, Gunnared, Lärjedalen, Majorna och Torslanda var mindre än 12 procent av befolkningen äldre än 65 år.

Under de senaste 20 åren har folkmängden i Västra Götaland ökat med cirka 9 procent. Ökningen var inte lika stor i åldersgruppen 65 år och äldre och i slutet av 1990-talet och början av 2000-talet minskade t.o.m. antalet i denna vårdtunga grupp. Den totala ökningen i åldersgruppen 65 år och äldre var större bland män än bland kvinnor².

Befolkningsprognos 2015

Hur kommer Västra Götalands folkmängd och befolkningsstruktur att utvecklas mellan 2008 och 2015? Enligt Västra Götalandsregionens befolkningsprognos kommer befolkningen under dessa år att öka med cirka 60 000 individer, en ökning med knappt 4 procent. Merparten av befolkningsökningen förväntas bestå av inflyttning. Stigande fruktbarhetstal bidrar även till ett ökat födelseöverskott.

Men det finns skillnader inom länet. Figur A-4 visar att den största befolkningsökningen förväntas i Göteborgsområdet. Befolkningsutvecklingen är svagast i Fyrbodal och Skaraborg. Dalsland (HSN 2) förväntas minska antalet i befolkningen år 2015 med sex procent.



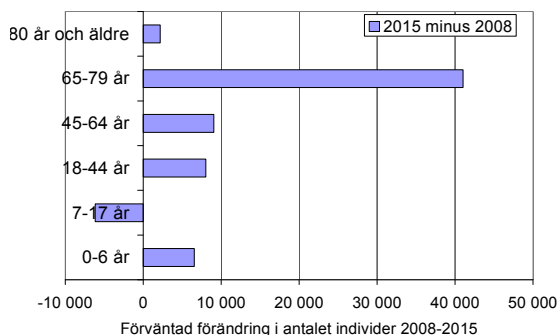
Figur A-4. Prognostiserad förändring av folkmängden (%) mellan år 2008 och 2015, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. Källa Västra Götalandsregionen, Statistikdatabasen, Regionutvecklingssekretariatet.

Andelen över 65 år förväntas öka mest, med 22 procent, vilket motsvarar en ökning med cirka 45 000 individer (figur A-5). Andelen över 65 år kommer att öka från 17 procent av befolkningen år 2008 till 19 procent av befolkningen år 2015. Där emot kommer andel över 80 år vara relativt stabil, drygt 5 procent av befolkningen. Anledningen till detta är att 40-talisterna som utgör en stor årskull, nu närmar sig 65-årsåldern. Denna befolkningsökning bland äldre kommer sannolikt att påverka resursbehovet för hälso- och sjukvård. Stora vård-

² Verksamhetsanalys 2006

behov förväntas uppkomma när fyrtiotalisterna passerar 80-årsåldern efter 2020.

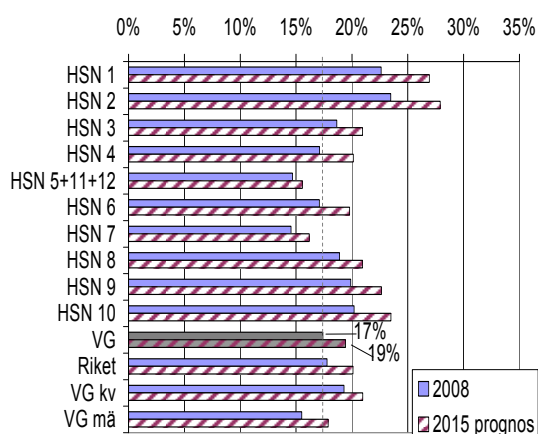
Befolkningsstillväxten bland äldre beräknas bli större bland män än bland kvinnor, men andelen äldre kvinnor kommer fortfarande att vara större.



Figur A-5. Prognostiserad förändring av folkmängden (antal) i Västra Götaland mellan år 2008 och 2015, fördelat på sex åldersklasser. Källa Västra Götalandsregionen, Statistikdatabasen, Regionutvecklingssekretariatet.

Antalet 0-6 åringar kommer att öka stadigt under perioden, 2015 kommer det finnas 5 procent fler 0-6 åringar än 2008, vilket motsvarar cirka 6 500 fler barn. Antalet 7-17 åringar kommer att minska fram till 2012 för att sedan öka igen, tack vare större barnkullar i början av 2000-talet. Antalet personer i arbetsför ålder, 18-64 år förväntas öka med cirka 2 procent.

Gemensamt för alla områden i länet är att andelen 65-79 år kommer att öka. Dalsland (HSN 2) och Norra Bohuslän (HSN 1) förväntas även fortsättningsvis ha högst andel personer 65 år eller äldre i befolkningen (28 procent respektive 27 procent). Göteborg (HSN 5+11+12) förväntas fortsatt ha lägst andel äldre i länet (16 procent).



Figur A-6. Andel (%) i befolkningen som är 65 år eller äldre år 2008 och prognos för 2015, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde. Källa Västra Götalandsregionen, Statistikdatabasen, Regionutvecklingssekretariatet.

Socioekonomi - Care need index

Care need index (CNI) beskriver behov av primärvård utifrån sju sociodemografiska variabler. Det är en svensk metod som har en engelsk förebild. Syftet är att med utgångspunkt i socioekonomiska förhållanden mäta vårdbehov för dimensionering av primärvårdsresurser.

Flera större studier har gjorts för att fastställa vilka variabler som ska ingå och vilken vikt (inverkan) dessa ska ha vid framräkningen av indexvärdet³. Ett stort antal distriktsläkare har på skalan 0-9 angett hur de bedömer att dessa variabler påverkar arbetsbelastningen och därmed fått fram vikter som används vid beräkningen av CNI. Högt indexvärde i en population indikerar social utsatthet och större behov av primärvård.

Care need index - de ingående variablerna (och deras vikter)

- Alder över 65 år och ensamstående (6,15)
- Personer födda i Syd- och Östeuropa (ej EU), Asien, Afrika eller Latinamerika (5,72)
- Arbetslösa eller i åtgärd (5,13)
- Ensamstående förälder med barn ≤ 17 år (4,19)
- Personer 1 år eller äldre som flyttade in i området senaste året (4,19)
- Lågutbildade 25-64 år (3,97)
- Alder yngre än 5 år (3,23)

CNI mäter alltså inte sjuklighet i första hand utan behovet av primärvård. Men det finns ett samband mellan CNI och flera hälsoutfall såsom självrappor- terad ohälsa, inläggningar på psykiatrisk klinik och alkoholklinik, riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom, hjärt- och kärlödlighet, samt total dödlighet.

CNI ingår som en av flera komponenter i beräkningen av ersättningen till godkända primärvårds- enheter i Västra Götalandsregionen. Minst 15 landsting samt båda regionerna har börjat använda CNI i sin verksamhet⁴. Data från vårdcentralsbe- folkningar i Jönköping visar att socioekonomiskt belastade områden framräknat med CNI, även har höga faktiska vårdkostnader⁵.

Hälso- och sjukvårdsnämndsområdenas CNI- värden jämförs med medianvärdet för samtliga HSN-områden och är alltså ett relativt mått.

Tabell A-2 visar att Nordöstra Göteborg (HSN 12) har CNI-värdet 1,51. Behovet av primärvård är därmed 51 procent högre än medianvärdet för samt-

³ Sundquist et al. Care Need Index, a useful tool for the distribution of primary health care resources. J Epid Commun Health. 2003;57:347-352.

⁴ Inför Vårdval 2010. Care Need Index, CNI – ett socioekonomiskt behovsindex. Källa: SCB nr 4. 2009, Statistiska Centralbyrån.

⁵ Lindström K et al. Socioekonomiska faktorer är viktiga när resurser skall fördelas till sjukvården. Läkartidningen 2009(106)11:732-733.

liga HSN. I Mellersta Bohuslän (HSN 4) är behovet omvänt 19 procent lägre.

Tabell A-2. Care need index (CNI) och de sju sociodemografiska variablerna* som ingår i CNI, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde, 2008. Källa SCB.

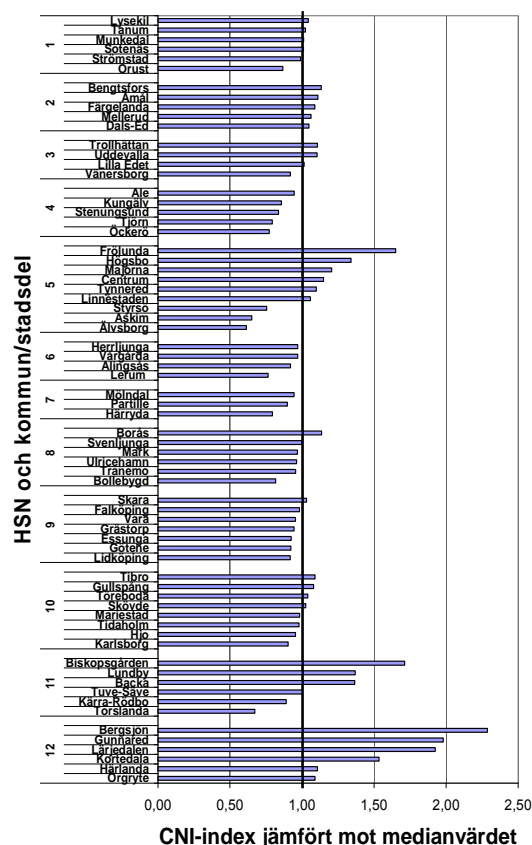
HSN	CNI	Andel i befolkningen (%)						
		65+ ens.	Utl. född	Arb. lös	Ens. för-äld	Flytt in	Låg. utb	<5år
1	0,94	10	2	9	3	6	10	5
2	1,04	11	2	12	3	5	11	4
3	1,00	8	4	11	3	7	8	6
4	0,81	6	3	7	3	6	8	6
5	1,02	8	6	9	3	12	5	5
6	0,83	7	3	8	3	5	8	6
7	0,85	6	5	7	3	7	7	7
8	1,00	8	4	9	3	7	11	6
9	0,91	9	3	8	2	6	10	5
10	0,96	9	3	11	2	6	9	5
11	1,18	7	9	10	3	11	9	6
12	1,51	7	17	14	4	11	10	7
VG		8	6	9	3	8	9	6

* Alder över 65 år och ensamstående; Personer födda i Öst- och Sydeuropa (ej EU), Afrika, Asien eller Latinamerika; Arbetslösa eller i åtgärd 16-64 år; Ensamstående föräldrar med barn ≤ 17 år; Lågutbildade 25-64 år; Personer 1 år eller äldre som flyttade in i området; Alder yngre än 5 år.

Nordöstra Göteborg har en högre andel personer som är utlandsfödda, arbetslösa, lågutbildade, ensamstående föräldrar, barn under fem år och personer som flyttar in i området. Detta bidrar till det högre CNI-värdet.

Figur A-7 visar att störst variation i behovet av primärvård i Västra Götaland finns inom Göteborg. Befolkningen i Göteborg har enligt CNI-måttet 40 procent lägre behov i vissa stadsdelar och mer än två gånger så stort behov i andra, jämfört med befolkningen i mediankommunen.

Värden för de sju sociodemografiska variablerna redovisas på kommun och stadsdelsnivå i tabellbilagan.



Figur A-7. Care need index (CNI) jämfört mot mediankommunens CNI-värde, fördelat på kommuner och Göteborgs stadsdelar, 2008. Källa SCB.

Sammanfattningsvis är CNI det socioekonomiska mått som är mest validerat och beforskat med avseende på behov av primärvård.

Det är förstås omöjligt att beskriva behovet exakt, men måttet indikerar ändå vilka områden som har större behov av primärvård, respektive mindre behov.

Folkhälsa

Levnadsvanorna förbättras men de sociala skillnaderna består. Detta beskriver Statens Folkhälsoinstitut i sin lägesrapport om Levnadsvanor 2009⁶. Andelen personer utan ohälsosamma levnadsvanor har ökat något under 2009 jämfört med år 2004. Största framsteget ses i den dagliga rökningen som minskar. År 2009 är det 13 procent kvinnor och 11 procent män i åldrarna 16-84 år i Sverige som röker varje dag. Det kan jämföras med 19 procent kvinnor och 14 procent män år 2004. Men fyra gånger fler kvinnor med kort utbildning röker varje dag, jämfört med kvinnor med lång utbildning.

⁶ Levnadsvanor. Lägesrapport 2009. ISBN 978-91-7257-670-4 Statens folkhälsoinstitut 2009:2.

Tabell A-3 visar utvecklingen i Västra Götaland av några levnadsvanor och hälsoeffekter i befolkningen under perioden 2004-2009 baserat på folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor". Mönstret är liknande det i riket. Resultat för riket redovisas i tabellbilagan.

Tabell A-3. Tidsserier för levnadsvanor och hälsoeffekter, 2004-2009. Andel (%) av befolkningen 16-84 år i Västra Götaland, fördelat på kön. Källa: Folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Antal*	5027	16253	21060	28919	18838	1750**
Svarsfrekv%	61	62	59	58	53	52
LEVNADSVANOR						
Andel dagligrökare (%)						
Kvinnor	17	17	16	16	14	15
Män	15	13	13	12	12	12
Andel med riskabla alkoholvanor (%)						
Kvinnor	8	10	10	10	10	10
Män	18	20	16	18	18	16
HÄLSOEFFEKTER						
Andel med bra självskattat allmänt hälsotillstånd (%)						
Kvinnor	63	65	66	67	69	66
Män	70	71	71	73	74	74
Andel med dåligt självskattat allmänt hälsotillstånd (%)						
Kvinnor	10	9	8	8	7	10
Män	6	7	6	6	6	6
Andel med nedsatt psykiskt välbefinnande, GHQ12 (%)						
Kvinnor	24	21	22	20	20	22
Män	14	16	15	14	14	16
Andel med övervikt inkl fetma (%)						
Kvinnor	39	38	38	39	39	41
Män	54	53	53	52	53	51
Andel med fetma (%)						
Kvinnor	11	11	11	12	11	13
Män	11	11	12	11	12	12

*Antal besvarade enkäter

** Ungefärlig siffra

Utvecklingen pekar på att hälsofrämjande insatser som finns på olika nivåer i samhället kan vara lönsamma, enligt lägesrapporten. Folkhälsoarbete syftar till att främja hälsa och förebygga sjukdom, dvs att påverka faktorer som är viktiga för hälsan långt innan man kan se resultat i upplevd och registrerad hälsa/ohälsa. Inom folkhälsoområdet är det många aktörer förutom kommuner och landsting/regioner som har ansvar för hälsoutvecklingen.

När det gäller tobaksbruk till exempel så stiftar staten lagar om åldersgräns för inköp av tobak. Kommunerna följer upp hur detta efterlevs och har en viktig roll i det förebyggande arbetet genom skola och fritidsverksamhet. Landstingen är aktiva genom information och rådgivning inom hälso- och sjukvården och tillhandahåller rökslutarstöd. Slutligen är det den enskilde själv som har ett val. Även om individens omgång och sociala omständigheter starkt påverkar detta val.

Folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

År 2009 genomfördes den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" för sjätte året i rad i Sverige. I enkätundersökningen tillfrågades ett urval av befolkningen i åldrarna 16-84 år om fysisk och psykisk hälsa, vårdkontakter, läkemedel, levnadsvanor, ekonomiska förhållanden samt trygghet och sociala relationer. Materialet har kalibrerats i syfte att reducera såväl urvals- som bortfallsfel.

Västra Götalandsregionen har deltagit med extraurval åren 2005-2008 för att kunna studera materialet på hälso- och sjukvårdsnämndsområde och i viss mån även kommun. År 2011 planeras nästa regionala undersökning av "Hälsa på lika villkor", med syfte att studera regionala skillnader på kommun och stadsdelsnivå.

Resultat från undersökningarna används i hälso- och sjukvårdskansliernas arbete, samt som underlag i olika rapporter. Metod och resultat från Västra Götaland presenteras på www.vgregion.se/nfhe. Metod och resultat från nationella enkäten presenteras på statens folkhälsoinstituts hemsida www.fhi.se

Öppna jämförelser - folkhälsa

Rapporten Öppna jämförelser folkhälsa publicerades för första gången hösten 2009⁷. Syftet är att öka insyn och öppenhet om vad kommuner och landsting åstadkommer samt stimulera till förbättringsarbete. Rapportens 21 indikatorer utgör exempel på viktiga faktorer för folkhälsan och är sådana som på olika sätt är påverkbara. För att göra jämförelserna mer lättillgängliga har de delats in i tre delar; levnadsvillkor, levnadsvanor samt hälsoeffekter.

Indikatorer i Öppna Jämförelser Folkhälsa 2009

LEVNADSVILLKOR

Socialt deltagande
Socialt stöd – tillit till andra
Trygg miljö
Behörighet till gymnasieskolan*

LEVNADSVANOR

Fysisk aktivitet*
Matvanor – frukt och grönt*
Rökvanor*
Rökande blivande mammor*
Riskabla alkoholvanor*

HÄLSOEFFEKTER

Självskattat allmänt hälsotillstånd*
Psykiskt välbefinnande*
Medellivslängd
Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet
Hjärtinfarkt*
Lungcancer*
Skador bland barn
Fallskador bland personer 65 år och äldre*
Tonårsaborter*
Klamydia 15-29 år
Fetma*
Tandhälsa*

* Redovisas på kommunnivå i rapporten

Hälsoläget i Sverige och Västra Götaland är överlag mycket gott. Trots det finns utmaningar, som att skapa förutsättningar för en mer jämlik hälsa i be-

⁷ Öppna jämförelser 2009. Folkhälsa. Sveriges kommuner och landsting 2009. www.skf.se

folkningen. Generellt sett gäller att personer med lång utbildning mår bättre än personer med kort utbildning, med undantag för psykiskt välbefinnande och riskabla alkoholvanor.

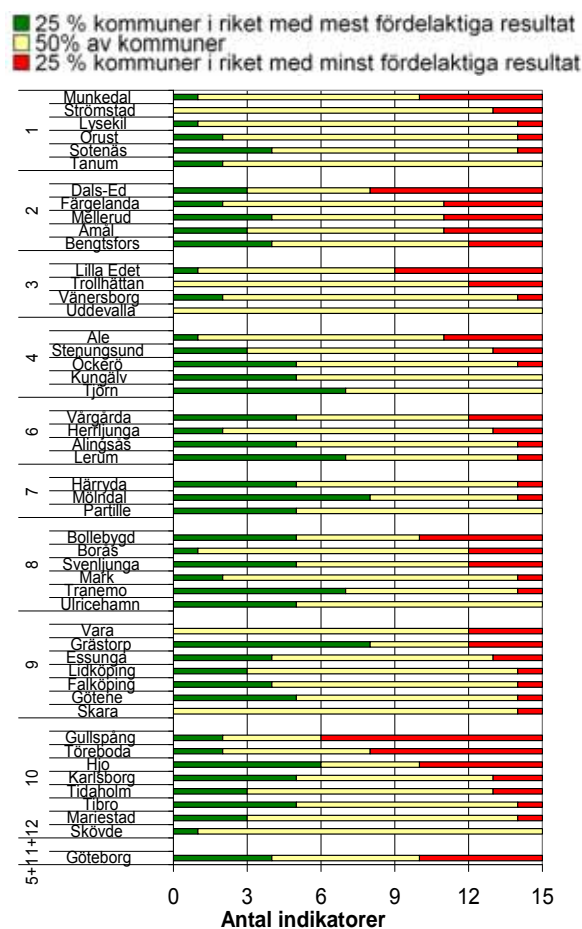
Relativt stora skillnader framkommer mellan könen när det gäller till exempel matvanor, där en högre andel kvinnor än män äter frukt och grönt enligt Livsmedelsverkets rekommendation. Könsskillnader framkommer också i vissa sjukdomsgrupper där männen i högre grad drabbas av hjärtinfarkt, sjukdomar som går att påverka med hälsopolitiska åtgärder (som tex motorfordonsolyckor och alkoholrelaterade sjukdomar), och lungcancer. Kvinnor har högre medellivslängd än män. Skillnader mellan könen ses också när det gäller socialt deltagande där kvinnor anger mer deltagande än män.

På landstingsnivå fördelas resultaten så att den tredjedel av landstingen med mest fördelaktiga resultat redovisas i grönt, och den nästkommande tredjedelen i gult. Den tredjedel med minst fördelaktiga resultat redovisas i rött. Resultatet för Västra Götaland som helhet är i många fall en spegling av resultatet för riket och de flesta variabler visar gult för Västra Götaland.

På kommunnivå ses däremot större skillnader. Femton av de 21 indikatorerna redovisas per kommun. Rapporten visar att folkhälsa är ojämnt fördelad mellan Västra Götalands kommuner och resultatet på kommunnivå speglar de olikheter som vi har i samhället. 25 procent av kommunerna i landet med mest fördelaktiga resultat redovisas i grön färg och de nästkommande 50 procent redovisas i gul färg. De 25 procent kommuner med minst fördelaktiga resultat redovisas i rött. En nackdel är Göteborgs kommun inte är redovisat per stadsdel. Variationen mellan stadsdelarna i Göteborg är ofta mycket stor vad gäller folkhälsoindikatorer.

Figur A-8 är en sammanställning av de femton indikatorerna per kommun. Diagrammet visar antalet grön-, gul- respektive rödmarkerade indikatorer per kommun sorterat efter HSN. En kommun med många röda indikatorer har alltså placerat sig i den ”mindre fördelaktiga” kvartilen bland alla landets kommuner för flera av indikatorerna.

Notera att en kommun eller landsting kan vara röd- eller grönmarkerad utan att värdet är statistiskt signifikant skilt från riksnittet. Vidare kan skillnaden i resultat mellan en rödmarkerad och gulmarkerad kommun vara liten. Spridningen i resultat inom ett färgområde kan dessutom vara stor. Detta betyder att färgmarkeringen inte nödvändigtvis behöver vara relevant.



Figur A-8. Relativ ranking av kommuner avseende 15 indikatorer i Öppna jämförelser folkhälsa. Åldersstandardiserade värden. Källa: Öppna jämförelser 2009. Folkhälsa. Sveriges kommuner och landsting 2009.

Det kan finnas flera förklaringar till varför en kommun har en rödmarkerad indikator. Slumpmässig variation kan vara en förklaring. Lungcancerindikatorn är ett exempel på detta. De flesta kommunerna i Västra Götaland har färre än tio lungcancerfall per kön och år och nästan hälften av kommunerna har färre än två fall per kön och år. Detta gör att resultaten kan ha stor slumpmässig variation över tid.

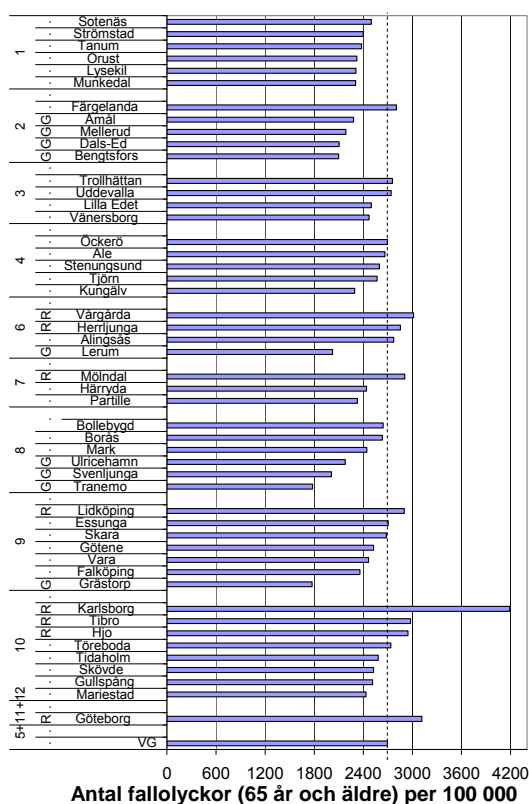
Valet av indikatorer är ytterligare en förklaring till rangordningen av resultaten. Vidare kan resultatet vara bra överlag men 25 procent av kommunerna blir ändå rödmarkerade. Men ett stort antal röda indikatorer inom en kommun kan vara ett tecken på att det finns förbättringspotential inom området. Det är viktigt att titta på varje indikator för sig för att se om avvikelserna är relevanta. För resultat per indikator hänvisas till Öppna Jämförelser folkhälsa⁸ och tabellbilagan.

⁸ Öppna jämförelser 2009. Folkhälsa. Sveriges kommuner och landsting 2009. www.skl.se

Fallolyckor

En av indikatorerna i Öppna jämförelser folkhälsa är fallolyckor bland äldre. Fallolyckor är den vanligaste olycksorsaken i Sverige och äldre personer är speciellt drabbade. I Sverige dör i genomsnitt mer än tre äldre personer varje dag till följd av fallolyckor, vilket är mer än dubbelt så många som alla dödsfall i trafiken bland äldre varje år. Medicinering samt yrsel eller andra balansproblem är, förutom det som kan hänföras till olyckor som att halka eller snubbla, vanliga orsaker till fallskador bland äldre. Benskörhet är också en vanlig orsak till frakturer hos äldre personer. Dubbelt så många kvinnor som män, 65 år och äldre, slutenvårdas för fallskador.

Figur A-9 visar att det finns en stor variation mellan kommuner i antalet personer 65 år och äldre som behandlats i slutenvård år 2007 för fallolyckor, per 100 000 invånare. Variationen mellan kommuner kan bero på slumpmässig variation, särskilt i de mindre kommunerna. "Öppna jämförelser – vård och omsorg om äldre 2009" redovisar fallindikatorn i åldrarna 80 år och äldre för perioden 2006-2008. Mönstret för kommunerna är liknande det för 65 år och äldre, med några undantag. Karlsborg ligger högre, men inte lika utmärkande som för i figur A-9. Det beror på att Karlsborg hade ett mycket högt värde år 2007.



Figur A-9. Antal personer 65 år och äldre vårdade för fallolyckor i slutenvård år 2007, per 100 000 invånare efter kommun. Färgmarkering i Öppna Jämförelser är beskriven med en bokstav per kommun i diagrammet: G=Grön, R=Röd, =Gul. Källa: Öppna jämförelser 2009. Folkhälsa.

Sveriges kommuner och landsting 2009. Patientregistret, Socialstyrelsen, ICD10= W00-W19.

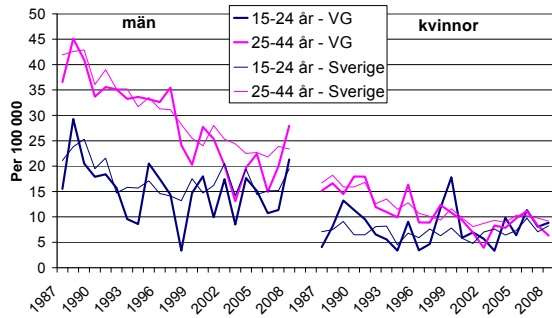
Skillnader mellan sjukhusområden i antal fallolyckor skulle till viss del kunna förklaras på olikheter i registrering. Skaraborgs sjukhus har länge haft ett skaderegistreringsarbete med ett skaderegister, vilket skulle kunna medföra noggrannare registrering av patienter med fallskador. Skillnader mellan kommuner kan även bero på olikheter i befolkningens ålderssammansättning.

Fallolyckor är vanliga inom vården och omsorgsboenden och både kommuner och landsting har ett ansvar att arbeta förebyggande. Att se över medicinering är viktigt eftersom många läkemedel kan orsaka yrsel och risk för att ramla. Läkemedel mot osteoporos är en annan förebyggande del mot frakturer. Kommunens roll i det förebyggande arbetet finns bland annat inom omsorgsverksamheten genom att främja näringsriktig kost och förutsättningar för fysisk aktivitet och utevistelse. Men även genom att göra skyddsronder och säkra en "snubelfri miljö" hos de boende kan många fallolyckor undvikas. Många kommuner har inrättat "fixartjänster" där man erbjuder hjälp med att till exempel byta gardiner och glödlampor, för att på så sätt minska fallrisken för de äldre.

Psykisk ohälsa

Den ökande psykiska ohälsan bland unga lyfts fram i Socialstyrelsens folkhälsorapport 2009. Sedan SCB's ULF-mätningar började i slutet av 1980-talet har andelen ungdomar i åldern 16-24 år som upplever ångslan, oro eller ångest ökat. Åren 1988-1989 uppgav 9 procent av kvinnorna och 4 procent av männen att de hade besvär av ångslan, oro eller ångest. Åren 2004-2005 hade andelen ökat till 30 procent bland kvinnor och 14 procent bland män. Under 2000-talet tycks ökningen av andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande i befolkningen ha avstannat utom möjligen bland ungdomar.

Ökningen gäller inte bara självrapporterade besvär, utan det har också blivit vanligare att ungdomar vårdas på sjukhus för depression och för ångesttillstånd. Andelen ungdomar som gör självmordsförsök har också ökat kraftigt. Självmord minskar inte längre i åldersgrupperna 15-24 år och möjligen även i åldersgruppen 25-44 år, till skillnad från övriga åldersgrupper (figur A-10). Möjligen tenderar självmordsfrekvensen att öka något i åldersgruppen 15-24 år.



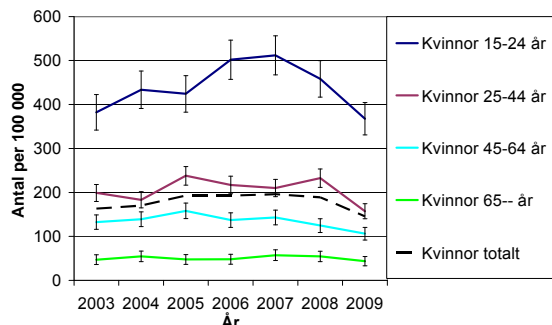
Figur A-10 Antalet självmord (säkra och osäkra) per 100 000 invånare i Västra Götaland och riket, i på åldersgrupperna 15-24 år och 25-44 år och kön under perioden 1987-2008. Källa: Socialstyrelsens statistikdatabaser.

Det är svårt att få ett tillförlitligt mått på antalet självskaador och självmordsförsök. Nedan beskrivs självskaador i slutenvård, men antalet är troligtvis underdiagnostiserade i vården.

Andelen unga som slutenvårdats för självmordsförsök och andra självtillfogade skador har ökat dramatiskt sedan början av 1990-talet för kvinnor och slutet av 1990-talet för män, men inte i övriga åldersgrupper⁹. Figur A-11 och A-12 visar att antalet vårdtillfällen för självtillfogade skador i Västra Götaland inte längre ökat bland unga kvinnor från 2007. Detta överensstämmer med data från folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" avseende självrapporterat nedsatt psykiskt välbefinnande i Västra Götaland.

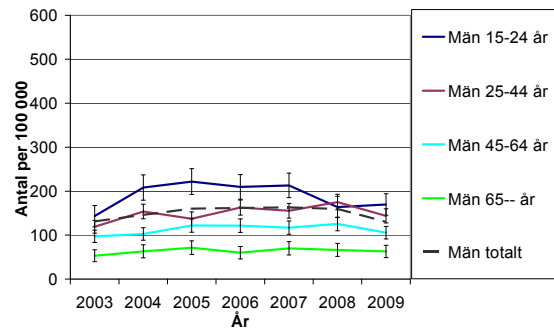
År 2009 ses en minskning i antal vårdtillfällen för självtillfogad skada bland unga kvinnor under 45 år jämfört med tidigare år. Kommande år får visa om ökningen i ungas psykiska ohälsa har avstannat eller om det är en slumpmässig variation över tid.

Det kan finnas anledning till oro för den fortsatta utvecklingen av psykisk ohälsa bland unga, med anledning av den ekonomiska kris och lågkonjunktur som har drabbat unga vuxna hårt.



Figur A-11 Vårdtillfällen per 100 000 invånare i Västra Götaland för självtillfogad skada - kvinnor, fördelade på åldersgrupperna 15-24 år, 25-44 år, 45-64 år och 65 år och äldre under perioden 2003-2009. 95% konfidensintervall. Källa: vårddatabasen Vega.

⁹ Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen



Figur A-12 Vårdtillfällen per 100 000 invånare i Västra Götaland för självtillfogad skada - män, fördelade på åldersgrupperna 15-24 år, 25-44 år, 45-64 år och 65 år och äldre under perioden 2003-2009. 95% konfidensintervall. Källa: vårddatabasen Vega.

En landsomfattande kartläggning av barns och ungdomars psykiska hälsa genomfördes hösten 2009 som ett regeringsuppdrag. Alla elever i grundskolans årskurser 6 och 9 har under lektionstid fått svara på en enkät om hur man upplever sin hälsa. Svarefrekvensen var 83 procent. Resultaten presenteras för varje skola och kommun på folkhälsoinstitutets hemsida för fem indikatorer av psykisk hälsa och ohälsa, samt uppgifter om mobbning samt om bruk av tobak och alkohol för årskurs 9. Resultaten av kartläggningen är tänkta att ligga till grund för lokal diskussion på den enskilda skolan eller i den enskilda kommunen.

En rapport, som beskriver resultaten i hela studien på nationell nivå, kommer att färdigställas under 2010. Där kommer skillnader efter bl.a. ålder, kön, födelseland och familjesituation att framgå.

Resultat för Västra Götalands kommuner och skolor finns på <http://www.fhi.se/sv/Vart-uppdrag/Barns-och-ungas-halsa/Regeringsuppdrag/Kartlaggning-psykisk-halsa/>.

Kort om Regionens befolkning

Demografi

I Västra Götaland bor drygt 1,5 miljoner invånare. Ungefär en tredjedel är bosatta i Göteborgs stad.

Befolkningens behov av hälso- och sjukvård bestäms i hög grad av befolkningens ålder; behovet/kostnaderna ökar brant från 65 års ålder. Det finns fler kvinnor än män 65 år eller äldre.

Den äldsta befolkningen i Västra Götaland finns i Dalsland (HSN 2) och Norra Bohuslän (HSN 1) och även Skaraborg (HSN 9, 10)

Enligt Västra Götalandsregionens befolkningsprognos kommer befolkningen i Västra Götaland att öka med 4 procent fram till år 2015, men det finns inomregionala skillnader. Andelen över 65 år kommer att öka från 17 procent år 2008 till 19 procent år 2015, vilket motsvarar cirka 40 000 individer. Andelen över 80 år kommer däremot vara stabil. Befolkningstillväxten bland äldre beräknas bli större bland män än bland kvinnor, men antalet äldre kvinnor kommer fortfarande att vara fler.

År 2015 förväntas Dalsland och Norra Bohuslän ha 28 respektive 27 procent av befolkningen som är 65 år eller äldre, Göteborg cirka 16 procent.

Socioekonomi

Care need index (CNI) beskriver behov av primärvård utifrån sju sociodemografiska variabler. Måttet används som en del i regionens ersättningssystem till godkända primärvårdsenheter i vårdvalet. CNI tar inte hänsyn till kön.

Det är omöjligt att beskriva behovet av primärvård exakt, men måttet indikerar ändå att det finns stora skillnader mellan hälso- och sjukvårdsnämndsområden och kommuner/stadsdelar i behov. Störst är behovet i nordöstra Göteborg.

Folkhälsa

Rapporten Öppna jämförelser folkhälsa publicerades för första gången hösten 2009. Syftet är att öka insyn och öppenhet om vad kommuner och landsting åstadkommer samt stimulera till förbättringsarbete. Rapportens 21 indikatorer är viktiga faktorer för folkhälsa och är på olika sätt påverkbara.

Hälsoläget i Sverige och Västra Götaland är överlag mycket gott. Resultatet för Västra Götaland som helhet är i många fall en spegling av resultatet för riket och de flesta variabler visar gult för Västra Götaland. På kommunnivå ses däremot större skillnader.

Könsskillnader finns. Kvinnor äter mer frukt och grönt än män. Män drabbas i högre grad av hjärtinfarkt, lungcancer, alkoholrelaterade sjukdomar.

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa bland unga, mätt med självrapporterad data och registerdata, har ökat dramatiskt sedan slutet av 1980-talet, men tenderar att ha avstannat under senare delen av 2000-talet. Men fortfarande har unga kvinnor en mycket högre andel med självrapporterad nedsatt psykiskt välbefinnande och vårdtillfällen för självtillfogad skada än övriga.

Perspektiv på resurser och resursförbrukning

Jämförande statistik över resursförbrukning för hälso- och sjukvård tas fram av SKL. SKL:s sammanställning redovisas först på hösten året efter varför endast 2008 års siffror kan redovisas här. De uppgifter som lämnas till SKL är inte jämförbara med kostnader på nämndnivå och materialet finns inte fördelat per hälso- och sjukvårdsnämnd. I ett särskilt avsnitt redovisas hälso- och sjukvårdsnämndernas kostnader för hälso- och sjukvård inklusive högspecialiserad vård på nämndnivå.

Kostnaden totalt 2008 för hälso- och sjukvård per invånare var 19 952 kronor i VGR. Kostnaden för hälso- och sjukvård 2007 var lägre än genomsnittet i Sverige (20 637 kronor). Kostnaden för VGR var 3,3 procent lägre än för riket. I tabellen nedan redovisas kostnaden för olika områden.

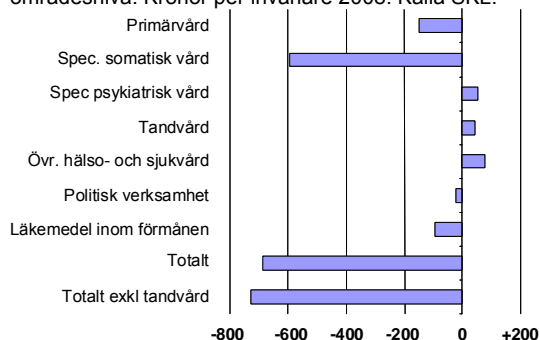
Tabell B-1. Kostnader för hälso- och sjukvård på områdesnivå. Kronor per invånare 2008. Källa SKL. Exklusive läkemedel inom förmånen.

	Riket	VGR	%
Hälso- och sjukvård exkl tandvård	20 098	19 370	-3,6
Primärvård*	3 463	3 314	-4,3
Somatisk vård, specialiserad	10 754	10 159	-5,5
Psykiatrisk vård	1 907	1 959	2,7
Tandvård	538	581	7,9
Övrig vård	1 595	1 674	4,9

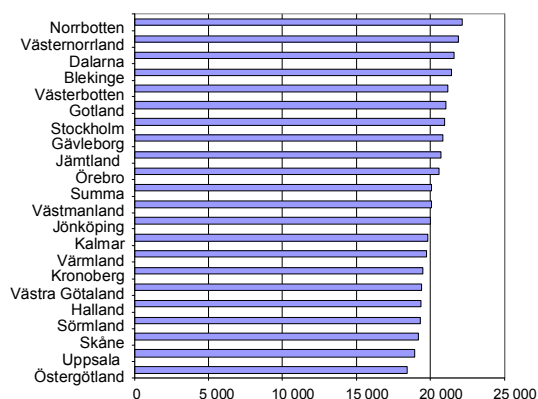
Av skillnaden mot riket utgörs 115 kronor av primärvårdsanknuten hemsjukvård

Nedan redovisas skillnaden i kronor för olika områden i SKL:s statistik för 2008

Tabell B-2. Skillnad i kostnader för hälso- och sjukvård på områdesnivå. Kronor per invånare 2008. Källa SKL.



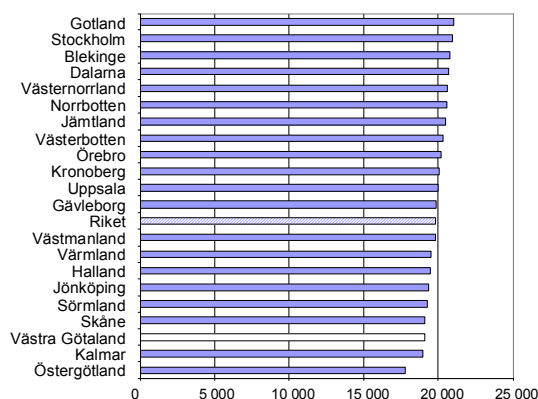
Med kostnader menas landstingens nettokostnader som finansieras med skatter och statsbidrag. Befolkningens egna utgifter för hälso- och sjukvård ingår inte. I figur B-1 visas landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvård (exklusive tandvård) per invånare 2007.



Figur B-1. Landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvård (exklusive tandvård) per invånare 2008. Källa SKL.

Den viktigaste faktorn för sjukvårdskostnader är befolkningens ålder men det finns andra faktorer som också har betydelse för befolkningens vårdbehov och landstingens förutsättningar för kostnader för vård. I utjämningsystemet för hälso- och sjukvården beräknas en förväntad kostnad efter invånarnas ålder, kön, socioekonomi och antal individer i särskilt vårdtunga grupper samt efter glesbygd. Detta behovstal utgör en grund för den statliga utjämningsen av kostnader mellan landstingen.

Landstingsförbundet har jämfört kostnaden i respektive landsting med förväntade kostnader utifrån utjämningsystemets beräkningsgrunder vilket redovisas i figuren nedan.¹⁰ Analyserat på detta sätt har VGR, tillsammans med Halland och Östergötland, de lägsta hälso- och sjukvårdskostnaderna i Sverige.



Figur B-2. Strukturjusterade hälso- och sjukvårdskostnader per invånare 2008. Hemsjukvård, tandvård och omstruktureringskostnader exkluderade. Källa SKL.

¹⁰ Öppna Jämförelser 2008

VGR har med detta beräkningssätt låga kostnader för hälso- och sjukvård.

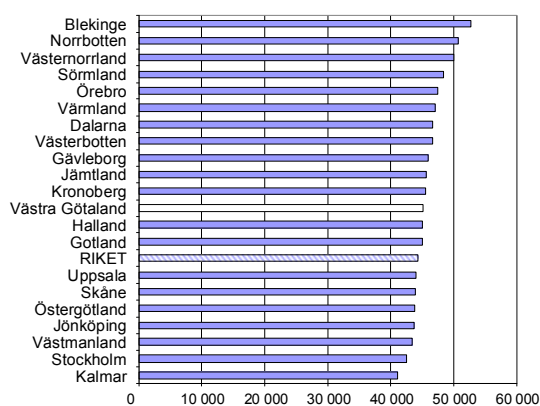
Av tabell B-1 framgår att de låga kostnaderna i VGR beror på den specialiserade vården, dels procentuellt men framförallt i absoluta tal.

Andra landstingsjämförelser av resursförbrukning

SKL har under början av året publicerat rapporten "Hälso- och sjukvård ur olika perspektiv, Jämförelse mellan landsting 2009". Den innehåller en rad landstingsjämförelser inom detta område samt även vissa internationella utblickar.

Produktiviteten i sjukhusvården

Det är svårt att på ett övergripande sätt fånga upp giften om effektivitet för en så komplicerad verksamhet som hälso- och sjukvård. Produktivitet, som är ett mått på prestationer i förhållande till resurser, är en del av effektiviteten. Produktivitet är enklare att fånga men ett problem med produktivitetjämförelser är att prestationer inte alltid låter sig mätas på ett jämförbart sätt. Ett försök att beskriva produktivitet är den redovisning av kostnad per DRG-poäng som görs inom Öppna Jämförelser. Det sker i form av konsumerade DRG-poäng för att inte missgynna landsting med universitetssjukhus och högspecialiserad vård. Figuren nedan visar kostnad per DRG-poäng.



Figur B-3. Kostnad per (konsumerad) DRG-poäng 2008. Omfattar både öppen och slutet specialiserad vård. Källa SKL Öppna jämförelser

Figuren omfattar både öppen och slutet vård. VGR har en kostnad per DRG-poäng något under riksgenomsnittet. Betydelse för jämförelse med Stockholm har den mycket stora mängden specialiserad öppenvård som ges till invånarna i Stockholm vilket i viss mån även gäller region Skåne. För att jämförelsen skall bli korrekt förutsätts att dessa besök har samma vårdtyngd som de betydligt färre besöken i VGR. Det är oklart i vilken utsträckning dessa landsting är fullt jämförbara med den valda metoden.

SKL bedriver ett arbete för att jämföra kostnader för somatisk slutenvård för medicinska verksamhetsområden. Arbetet kompliceras av skillnader i slutenvårdens organisation varför data inte återges här.

Sjukhusens produktivitet och KPP

Den årsvisa bedömningen av sjukhusens produktivitet utveckling planeras genomföras först 2011. Fortsatta KPP-analyser har inte genomförts med anledning av prioritering av genomförandet av VG-primärvård.

Kort om perspektiv på resurser

- Kostnader för hälso- och sjukvård varierar betydligt mellan landstingen. Den viktigaste faktorn för kostnader är befolkningens ålder.
- VGR:s kostnader för hälso- och sjukvård är låga i ett nationellt perspektiv vilket framförallt förklaras av lägre än genomsnittliga kostnader för specialiserad vård.
- Redovisning och analys av kostnader per kön redovisas inte här.

Patientströmmar och VG Primärvård

VG Primärvård

Första oktober 2009 sjösattes VG Primärvård, vilket innebar en betydande förändring av primärvården i Västra Götaland. En viktig skillnad var att antalet vårdcentraler ökade från 143 till 207.

Den ersättningsmodell som tillämpas gentemot vårdcentralerna ändrades också. Från att ha baserats på en blandning av kapitations- och prestationersättning baseras den nya ersättningsmodellen på att den enskilde individen är bärare av en vårdtyngdsbaserad summa pengar som tillfaller den vårdcentral på vilken vederbörande är listad. En central tanke är att vårdcentralerna härigenom skall stimuleras till förändringsarbete och arbetsformer som gynnar patienterna (t ex förändrade öppettider, ökad telefontillgänglighet etc) och därigenom påverkar antalet listade individer på en enskild vårdcentral.

Har sjukhusen påverkats?

Redan före starten av VG Primärvård diskuterades huruvida det fanns en risk att antalet besök inom sjukhusens öppenvård skulle öka. Detta i en situation när primärvården inte längre tillämpade en prestationsbaserad ersättningsmodell samtidigt som sjukhusens öppenvård fortfarande ersattes enligt en sådan modell.

En särskild arbetsgrupp fick därför uppdraget att göra en nulägesbeskrivning av ett antal relevanta mått. Dessutom skulle dessa parametrar följas månatligen från starten av VG Primärvård och tolv månader framåt. Vidare skulle eventuella förändringar följas och orsaker kartläggas (RSK 630-2008).

Arbetsgruppen har valt att retrospektivt beskriva och prospektivt följa fyra olika mått.

- Antal läkarbesök på sjukhusens akutmottagningar.
- Antal öppenvårdsbesök hos läkare på sjukhusen
- Antal läkarbesök i privat, specialiserad öppenvård
- Antal remisser från primärvården till sjukhusens öppenvårdsmottagningar

När det gäller antal öppenvårdsbesök hos läkare på sjukhusen så används samma definition av öppenvårdsbesök som vid beräkning av täckningsgrad inom VG Primärvård.

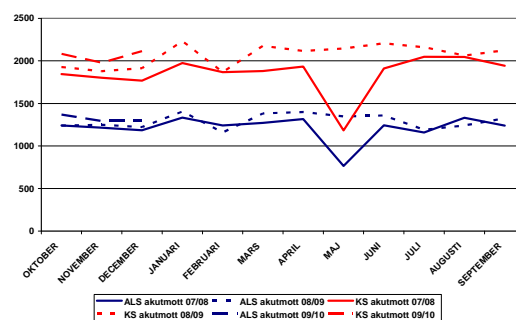
När det gäller antalet remisser till sjukhusens öppenvårdsmottagningar så omfattas endast enheter som ingår i VG Primärvård. Remisser till akutmottagningar eller diagnostiska specialiteter räknas inte in. Dessutom särredovisas egenremisser dvs de fall när patienten själv sökt kontakt med sjukhusens öppenvård utan remiss från annan vårdinrättning.

Information om de tre första måtten hämtas ur de patientadministrativa systemen Vega, medan uppgifter om antalet remisser från primärvården till sjukhusen baseras på sjukhusens egna uppgifter. För de tre första måtten har retrospektiva data samlats in för 24 månader från och med oktober 2007 till och med september 2009.

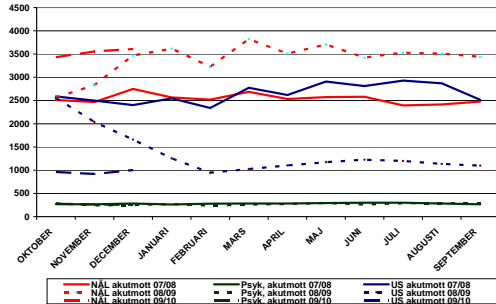
Då retrospektiva uppgifter om antalet remisser är betydligt mer arbetskrävande att få fram har minimivån satts till två månader före starten av VG Primärvård dvs augusti och september 2009. Målsättningen har dock varit att få fram data för de senaste tolv månaderna före införandet av VG Primärvård dvs från och med oktober 2008 till och med september 2009.

Möjlighet finns att senare analysera data på hög upplösningsnivå (enskilt sjukhus, enskild klinik/medicinsk specialitet, enskilt nämndsområde, enskild remitterande vårdcentral). För att få en översiktlig bild av situationen presenteras dock datamängden på en betydligt lägre upplösningsnivå (enskild förvaltning, grupperade nämndsområden, specialiteterna grupperade som medicin, kirurgi, psykiatri).

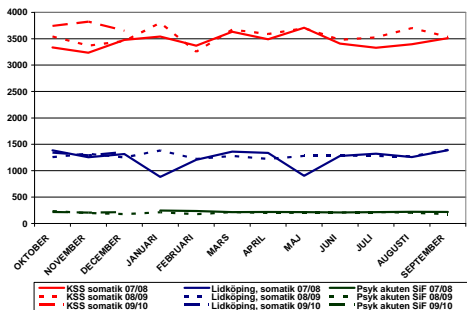
I figurena C-1, C-2, C-3, C-4 och C-5 redovisas data för antal läkarbesök på sjukhusens akutmottagningar under oktober 2007 t o m september 2008, oktober 2008 t o m september 2009 och oktober 2009 t o m december 2009.



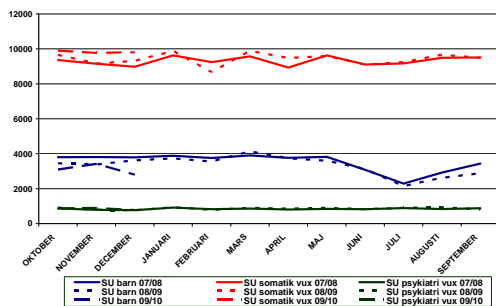
Figur C-1. Antalet läkarbesök på akutmottagningarna på Alingsås lasarett och Kungälv sjukhus under oktober 2007 t o m september 2008, oktober 2008 t o m september 2009 och oktober 2009 t o m december 2009. Källa: Vård-databasen Vega.



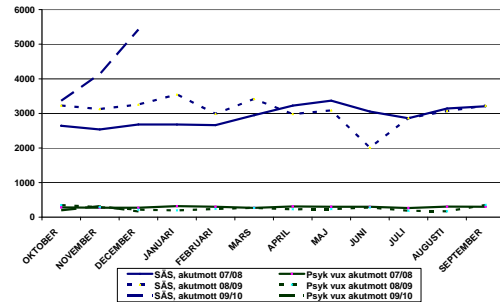
Figur C-2. Antalet läkarbesök på akutmottagningarna i NU-sjukvården under oktober 2007 t o m september 2008, oktober 2008 t o m september 2009 och oktober 2009 t o m december 2009. Data redovisas separat för de somatiska akutmottagningarna på NÅL och vid Uddevalla sjukhus samt för den psykiatriska akutmottagningen. Källa: *Vård databasen Vega*.



Figur C-3. Antalet läkarbesök på SkaS akutmottagningar under oktober 2007 t o m september 2008, oktober 2008 t o m september 2009 och oktober 2009 t o m december 2009. Data redovisas separat för de somatiska akutmottagningarna i Skövde och Lidköping samt för den psykiatriska akutmottagningen. Källa: *Vård databasen Vega*.



Figur C-4. Antalet läkarbesök på Sahlgrenska universitetssjukhusets akutmottagningar under oktober 2007 t o m september 2008, oktober 2008 t o m september 2009 och oktober 2009 t o m december 2009. Data redovisas separat för somatiska akutmottagningar för vuxna, psykiatriska akutmottagningar för vuxna samt akutmottagningar för barn. Källa: *Vård databasen Vega*.



Figur C-5. Antalet läkarbesök på SÅS somatiska och psykiatriska akutmottagningar under oktober 2007 t o m september 2008, oktober 2008 t o m september 2009 och oktober 2009 t o m december 2009. Källa: *Vård databasen Vega*.

Arbetsgruppen anser inte att ovan redovisade data, som endast innefattar ett kvartal efter starten av VG Primärvård räcker för att dra några säkra slutsatser. Det torde behövas data för åtminstone ett ytterligare kvartal innan säkra slutsatser kan dras om eventuella förändringar i patientströmmarna. Detta eftersom variationen i antalet akutbesök är så pass stor mellan enstaka månader.

Samma resonemang kring behovet av ytterligare data gäller för antal öppenvårdsbesök hos läkare på sjukhusen, antal läkarbesök i privat, specialiserad öppenvård liksom antal remisser från primärvården till sjukhusens öppenvårdsmottagningar. Av det skälet redovisas dessa data inte i Verksamhetsanalys 2009.

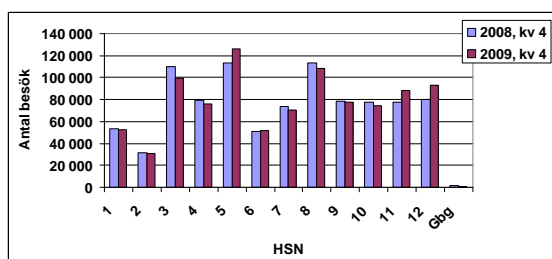
Den förändring som noteras för den somatiska akutmottagningen i Borås sista kvartalet 2009 är föremål för intern analys. Den tydliga förändring av patientströmmarna som äger rum i NU-sjukvården hösten 2008 sammanhänger med den förändrade arbetsfördelningen mellan akutmottagningarna i Uddevalla och på NÅL som då genomfördes.

Antal besök i VG Primärvård

Fjärde kvartalet 2009 gjordes totalt 951 219 sjukvårdsbesök inom ramen för VG Primärvård. Samma kvartal 2008 gjordes 941 738 besök i motsvarande verksamheter. Således ökade det totala antalet besök med 1%. I dessa siffror ingår inte de besök inom primärvårdens gängse uppdrag som inte omfattas av VG Primärvård t ex MVC och rehab-verksamhet.

Figur C-6 redovisar antalet besök per hälso- och sjukvårdsnämnd. Som synes skedde de tydligaste förändringarna i HSN 3 där antalet besök minskade med 10 610 (9,6%), HSN 5 där det gjordes 12 970 (11,4%) fler besök, HSN 11 där antalet ökade med 10 749 (13,8%) och HSN 12 med en ökning på 12 749 (15,8%) besök.

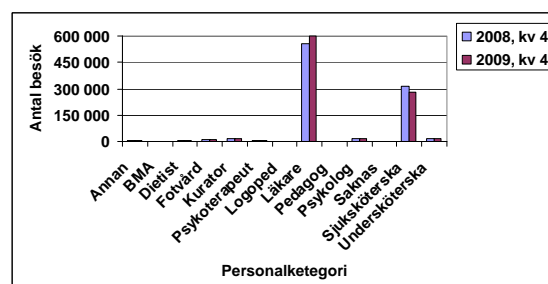
Totalt sett är förändringen i antalet besök relativt liten men med betydande inomregionala variationer. Antalet besök ökar rejält i Göteborg där antalet nyetablerade vårdcentraler också är allra störst.



Figur C-6. Antalet besök inom VG Primärvård sista kvartalet 2008 och 2009 per hälso- och sjukvårdsnämnd. Data avser personer bosatta i Västra Götaland. Gbg avser personer i Göteborg med oklar nämndshemvist. Källa: *Vård databasen Vega*.

I figur C-7 redovisas det totala antalet sjukvårdsbesök per personalkategori fjärde kvartalet 2008 och 2009. Det är alltså samma grundmaterial som i figur C-6 men uppdelningen är annorlunda. Som synes är de dominerande förändringarna att antalet läkarbesök ökar med 40 901 (7,3%) och att antalet besök hos sjuksköterska minskar med 33 758 (10,8%).

En förklaring till förskjutningen mellan läkar- och sjuksköterskebesök är att under sista kvartalet 2009 var vårdcentralerna tungt engagerade i massvaccinationen mot svininfluensa. Dessa vaccinationer, som huvudsakligen utfördes av sjuksköterskor, ingår inte i dataunderlaget.



Figur C-7. Antalet besök inom VG Primärvård sista kvartalet 2008 och 2009 per personalkategori. Data avser personer bosatta i Västra Götaland. Källa: *Vård databasen Vega*.

Kort om VG Primärvård

- Första oktober 2009 sätts VG Primärvård, vilket innebär en betydande förändring av primärvården i Västra Götaland. En viktig skillnad var att antalet vårdcentraler ökade från 143 till 207
- Totalt sett är förändringen i antalet besök relativt liten men med betydande inomregionala variationer.
- Antalet besök ökar rejält i Göteborg där antalet nyetablerade vårdcentraler också är allra störst
- Uppföljningsperioden är för kort för att dra några säkra slutsatser eftersom variationen i antal besök är så pass stor mellan enskilda månader
- Redovisning och analys per kön saknas

Sjukhusens akutmottagningar

Samlad utvecklingsplan

Tidigt under 2009 antog Hälso- och sjukvårdsutskottet en *Samlad utvecklingsplan för akutmottagningarna vid sjukhusen i Västra Götaland* (RSK 505-2008). Utvecklingsplanen pekar ut tre centrala kvalitetsområden (moduler) med avseende på vårdprocessen på regionens akutmottagningar och anger också lägsta kvalitets- och kompetensnivå inom dessa områden. Regionstyrelsen har senare formulerat ett ägaruppdrag med avseende på den samlade utvecklingsplanen (RSK 505-2008, § 76).

Utvecklingsplanen och dess kvalitetsmål gäller för de akutmottagningar som handlägger patienter inom flera olika somatiska specialiteter (med tyngdpunkten i medicin, kirurgi och ortopedi) vid Alingsås lasarett, Kungälvssjukhus, NU-sjukvården, Skaraborgs sjukhus, Sahlgrenska universitetssjukhuset och Södra Älvsborgs sjukhus.

Modul I omfattar bemötande, information, omvårdnad och service, modul II medicinska ledtider och modul III personalens kompetensnivå.

För att underlätta att kvalitetsmålen uppnås och för att möjliggöra en regionalt enhetlig uppföljning genomfördes under 2009 tre regiongemensamma följdprojekt kring *Gemensam information på akutmottagningarna* (RSK 180-2009), *Gemensam patientenkät avseende akutmottagningarna* (RSK 181-2009) och *Medicinska ledtider på akutmottagningarna – IT-lösningar* (RSK 182-2009).

Bemötande och service (modul I)

När det gäller bemötande, information, omvårdnad och service slår utvecklingsplanen fast att samtliga berörda akutmottagningar under 2009 skall uppnå följande kvalitetsmål.

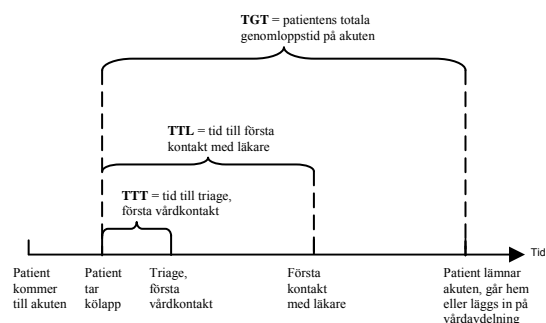
1. Det skall finnas tydliga rutiner och kända kriterier för vad som kännetecknar ett gott bemötande. Det skall vidare finnas tydliga och kända rutiner för hur patienter och anhöriga kan föra fram synpunkter och klagomål, liksom hur dessa återkopplas till berörda medarbetare.
2. Varje akutmottagning skall leva upp till en lägsta nivå vad gäller regionalt enhetlig information om bland annat de tidsgränser som definieras i kvalitetsmodul II, hur akutmottagningen fungerar avseende medicinska prioriteringar och omvårdnad samt hur man kan lämna eventuella synpunkter till verksamhetsledningen.

3. Såväl patienter som kan klara sig själva, som de patienter som behöver hjälp skall ha tillgång till mat (smörgås och dylikt) och varma och kalla drycker.
4. Såväl patienter som kan klara sig själva, som de patienter som behöver hjälp skall ha tillgång till toalett och telefon.
5. Varje akutmottagning skall ha tydliga och kända rutiner för regelbunden allmän omvårdnad och tillsyn, utöver den omvårdnad och tillsyn som krävs för specifika medicinska tillstånd. Sådan allmän omvårdnad/tillsyn ska ges åtminstone varje halvtimme till patienter på enskilt vådrum och varje timme till patienter i väntrum.

Medicinska ledtider (modul II)

I utvecklingsplanen pekas tre ledtider ut som centrala i beskrivningen av vårdprocessen på akutmottagningen (Figur D-1).

1. Tid till triage (TTT) definieras som den registrerade tiden från det patienten ankommit till akutmottagningen och tagit kölapp. Patienter som ankommer med ambulans är triagerade redan under transporten. De får därför per definition 0-tid till triage.
2. Tid till läkare (TTL) definieras som den registrerade tiden från ankomst till att läkarbedömning påbörjats.
3. Total genomloppstid (TGT) definieras som den registrerade tiden från ankomst till dess att patienten är utskrivna från akutmottagningen.



Figur D-1. Schematisk beskrivning av ledtider på akutmottagningen.

Utvecklingsplanen anger måltal som innebär en stegvis förkortning av ledtiderna under åren 2009 till 2011.

Vid slutet av 2009 gäller

- TTT < 10 minuter för 90 % av patienterna
- TTL < 120 minuter för 90 % av patienterna
- TGT < 6 timmar för 90 % av patienterna

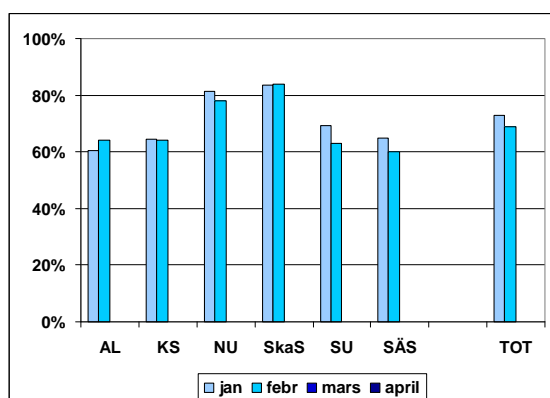
Vid slutet av 2010 gäller

- TTT < 10 minuter för 90 % av patienterna
- TTL < 90 minuter för 90 % av patienterna
- TGT < 5 timmar för 90 % av patienterna

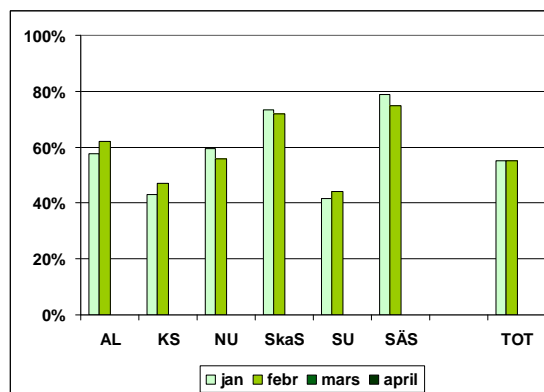
Vid slutet av 2011 gäller

- TTT < 10 minuter för 90 % av patienterna
- TTL < 60 minuter för 90 % av patienterna
- TGT < 4 timmar för 90 % av patienterna

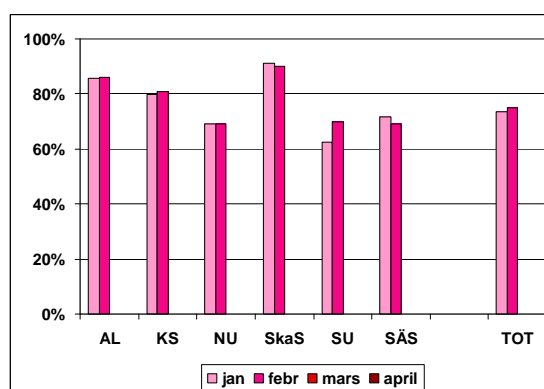
I figur D-2, D-3 och D-4 redovisas sjukhusens måluppfyllelse avseende TTT, TTL och TGT under januari och februari 2010. Från och med mars månads siffror (d v s i april 2010) kommer dessa data att ingå i regionens väntetidsrapportering.



Figur D-2. Måluppfyllelse för tid till triage (TTT) under januari och februari 2010. Källa: Regionens väntetidsrapportering.



Figur D-3. Måluppfyllelse för tid till läkare (TTL) under januari och februari 2010. Källa: Regionens väntetidsrapportering.



Figur D-4. Måluppfyllelse för total genomloppstid (TGT) under januari och februari 2010. Källa: Regionens väntetidsrapportering.

Baserat på data för endast två månader kan inga säkra slutsatser dras avseende de olika sjukhusens/akutmottagningarnas måluppfyllelsegrad.

Huvudskälet till detta är att bortfallet, det vill säga andelen patienter som de facto sökt en akutmottagning men inte registrerats i systemet, ännu är alltför stort. I januari var det totala bortfallet 31 % för TTT, 39 % för TTL och 26 % för TGT. I februari var motsvarande bortfalls-siffror 25 %, 32 % respektive 20 %, vilket tydligt visar att man i de olika berörda verksamheterna jobbar intensivt med att finna praktiska rutiner för denna helt nya typ av registrering. Det finns dock en betydande variation i bortfall mellan de olika sjukhusen.

Det vore en förenkling att tro att om bara bortfallsproblematiken kan lösas så är måluppfyllelsen därmed i hamn. Det torde krävas ett fortsatt målmedvetet och uthålligt arbete med olika moment i patientflödet, både på akutmottagningarna och inom sjukhusen, för att nå de uppsatta målen.

Personalens kompetensnivå (modul III)

I utvecklingsplanen anges följande kvalitetsmål avseende lägsta kompetensnivå för de sjuksköters-

kor och läkare som arbetar på berörda akutmottagningar. Samtliga berörda akutmottagningar skall uppnå detta under 2009.

1. Lägsta kompetensnivå vid första vårdkontakt, dvs triage, ska vara legitimerad sjuksköterska som fått erforderlig introduktion och utbildning för att tjänstgöra på akutmottagningen.
2. Lägsta kompetensnivå vid första läkarkontakt ska vara läkare som fått erforderlig introduktion och utbildning för att tjänstgöra på akutmottagningen. I de fall läkaren inte är legitimerad ska det finnas organisatoriska rutiner som säkerställer att det formella kravet på legitimerad läkare vid behov kan uppfyllas.

Regiongemensam patientenkät

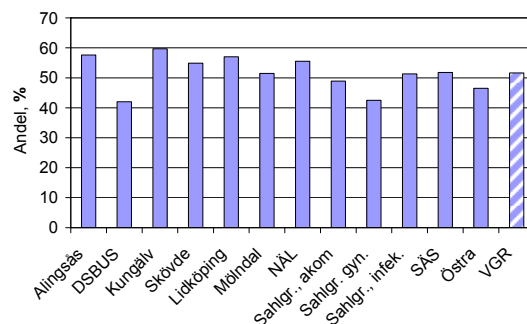
Brukarnas perspektiv är av stor betydelse i sjukvården. För att fånga detta lyfte den samlade utvecklingsplanen för akutmottagningarna vid sjukhusen i Västra Götaland fram behovet av en regiongemensam patientenkät (RSK 505-2008). Detta som ett enhetligt stöd för de enskilda akutmottagningarnas kvalitetsarbete, men också för att kunna utvärdera akutmottagningarna på ett regionalt enhetligt sätt. En särskild arbetsgrupp har under 2009 berett frågan närmare och genomfört en första enkätundersökning hösten 2009 (RSK 181-2009).

Ett urval av de patienter som under vecka 41-44 sökte berörda akutmottagningar har, via ordinarie post, fått en speciellt framtagen patientenkät. De akutmottagningar som omfattades var Alingsås lasarett, Kungälv sjukhus, Skaraborgs sjukhus (Skövde, Lidköping), Norra Älvsborgs länsjukhus, Sahlgrenska universitetssjukhuset (Mölnadal, Sahlgrenska, Östra, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus samt infektionskliniken och kvinno-kliniken) och Södra Älvsborgs sjukhus (Borås).

400 patienter valdes slumpvis ut från ovanstående akutmottagningar. Akutmottagningen vid infektionskliniken på Sahlgrenska universitetssjukhuset har dock ett mindre patientunderlag än övriga mottagningar varför urvalet begränsades till 200 patienter. För de akutmottagningar som huvudsakligen tar emot vuxna utgjordes urvalsunderlaget av all patienter 18 år och äldre som blivit läkarundersökta. För Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus utgjordes underlaget av alla läkarundersökta patienter oavsett ålder. Totalt skickades 4 600 enkäter ut.

Total svarsfrekvens, korrigerad för bortfall från urval, var 51,6 %. Svarsfrekvensen var lägst bland yngre män och generellt något högre bland kvinnor än bland män. Andel besvarade enkäter vid deltagande mottagningar varierade mellan 42 % och 60

% (Figur D-5). Den relativt låga svarsfrekvensen vid Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus förklaras troligen av att enkäten var ställd till målsman. Erfarenheter från andra enkätundersökningar visar att svarsfrekvensen ofta är lägre då frågor ska besvaras för någon annans räkning.



Figur D-5. Korrigerad svarsfrekvens för patientenkät vid akutmottagningar, 2009. DSBUS= Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, akom= akut- och olycksfallsmottagning. Källa: Regiongemensam patientenkät akutmottagningar 2009.

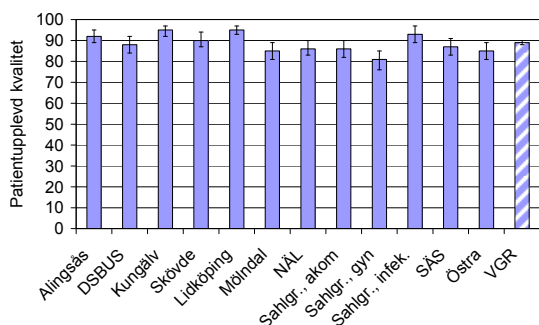
Huvuddelen av frågorna i enkäten är värdeladdade. Genom att tilldela svarsalternativen olika vikt kan ett sammanfattande mått, kallat patientupplevd kvalitet, räknas fram. Patientupplevd kvalitet har skalan 0-100 och ju högre värde desto bättre är patienternas upplevelser. Ett exempel på beräkning av patientupplevd kvalitet ges i tabell D-1 nedan.

Tabell D-1. Beräkning av patientupplevd kvalitet. Andelen svar, i respektive svarsalternativ, multiplicerat med vikten ger patientupplevd kvalitet.

Svarsalternativ	Andel svar	Vikt	Patientupplevd Kvalitet
Utmärkt	35 %	1,0	35
Mycket bra	25 %	0,75	19
Bra	20 %	0,5	10
Någorlunda	15 %	0,25	4
Dåligt	5 %	0,0	0
Summa			68

Enkäten omfattar såväl mer generella övergripande indikatorer avseende bemötande, delaktighet, information, förtroende och upplevd nytta som specifika indikatorer speciellt anpassade för akutmottagningar.

Bemötande, mätt med frågan ”Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?” fick mycket högt värde vid samtliga mottagningar (Figur D-6).



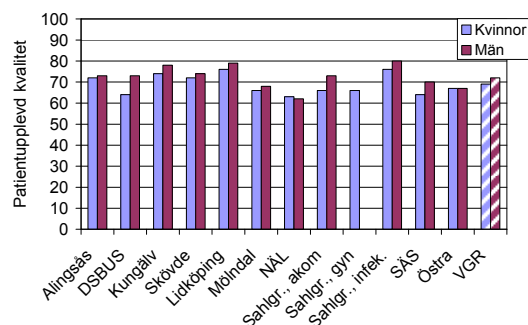
Figur D-6. Bemötande. Patientupplevd kvalitet med 95 % konfidensintervall. DSBUS= Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, akom= akut- och olycksfallsmottagning. Källa: *Regiongemensam patientenkät akutmottagningar 2009*.

Enkätsvaren visar även att patienterna kände förtroende för behandlande läkare och att aktuella behov av sjukvård i stor utsträckning blivit tillgodosedda vid besöket. Den inomregionala variationen för dessa frågor var relativt liten. Frågan om patienterna skulle rekommendera mottagningen till andra gavs ett högt betyg för VGR som helhet men det var en relativt stor spridning i bedömningen för de olika mottagningarna. Frågorna om patienterna kände sig delaktiga i vård och behandling så mycket som de önskade och om de fick tillräcklig information om sitt tillstånd fick även de relativt höga värden men med en ganska stor inomregional variation (Tabell D-2).

Tabell D-2. Genomsnittligt värde för patientupplevd kvalitet i hela Västra Götalandsregionen samt värdet för de mottagningar som hade lägst respektive högst värde. Källa: *Regiongemensam patientenkät akutmottagningar 2009*.

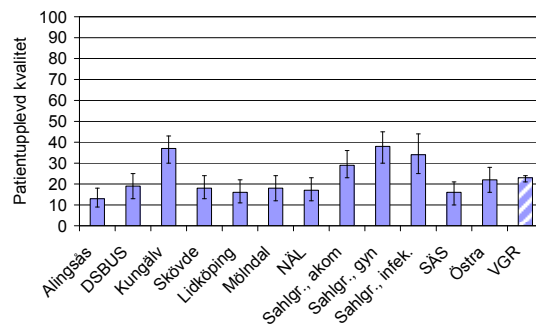
Indikator	Patientupplevd kvalitet	
	VGR	Lägst - högst
Förtroende för behandlande läkare	85	78 – 90
Aktuella behov av sjukvård tillgodosedda	83	79 – 89
Rekommendera mottagningen till andra	81	65 – 92
Delaktig i vården	74	59 – 82
Tillräcklig information om tillstånd	71	56 – 79

Patienterna ger också vården som helhet ett högt betyg (Figur D-7). Av figuren framgår dels att det finns en spridning inom regionen dels att männen tenderar att värdera helhetsintrycket något högre än kvinnorna. Denna skillnad mellan könen ses även i de ovan rapporterade indikatorerna. Könsskillnaderna är dock relativt blygsamma och det går inte att avgöra om de är reella eller beror på slumpen.

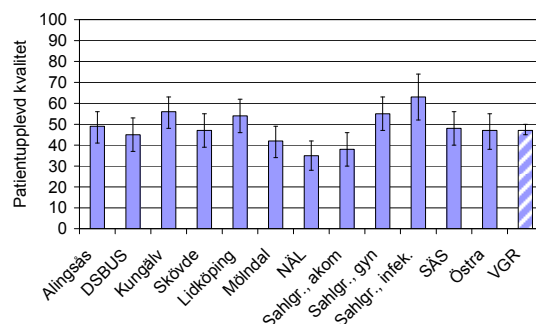


Figur D-7. Helhetsintryck. Patientupplevd kvalitet. DSBUS= Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, akom= akut- och olycksfallsmottagning. Källa: *Regiongemensam patientenkät akutmottagningar 2009*.

Patienterna tillfrågades även om de fick information om i vilken ordning patienterna togs om hand vid akutmottagningen och om hur länge de skulle behöva vänta på att få träffa läkare. Av figur D-8 och D-9 framgår att denna information behöver förbättras avsevärt.



Figur D-8. Information om i vilken ordning akutmottagningen tar hand om patienterna. Patientupplevd kvalitet med 95 % konfidensintervall. DSBUS= Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, akom= akut- och olycksfallsmottagning. Källa: *Regiongemensam patientenkät akutmottagningar 2009*.



Figur D-9. Information om väntetid till läkare. Patientupplevd kvalitet med 95 % konfidensintervall. DSBUS= Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, akom= akut- och olycksfallsmottagning. Källa: *Regiongemensam patientenkät akutmottagningar 2009*.

Kort om akutmottagningar

- En samlad utvecklingsplan för de akutmottagningar vid sjukhusen i Västra Götaland som handlägger patienter inom flera olika somatiska specialiteter har antagits under 2009.
- Utvecklingsplanen pekar ut tre centrala kvalitetsområden och anger lägsta kvalitets- och kompetensnivå:
Bemötande, information, omvårdnad och service
Medicinska ledtider
Personalens kompetensnivå
- En regiongemensam patientenkät har tagits fram och en första mätning genomförd under hösten 2009 visar att patienterna vid akutmottagningarna är nöjda med vården och bemötandet men missnöjda med väntetider och information. Svarsfrekvensen för patientenkäten var något högre bland kvinnor än män. Männerna gav akutmottagningarna något högre betyg än kvinnorna men skillnaderna mellan könen var små.

Tillgänglighet

Sjukvården i Västra Götalandsregionen har även under 2009 fokuserat starkt på tillgänglighetsfrågorna. Sedan 1 november 2005 gäller nationellt en vårdgaranti som har ett tydligt mål att öka tillgängligheten för medborgaren. Den brukar beskrivas med sifferkombinationen ”0 – 7 – 90 – 90”. Förutom den nationella vårdgarantin så finns regionala beslut om ytterligare vårdgarantigränser eller som en skärpning av de nationella. I tabellbilagan beskrivs utförligare de nationella och regionala vårdgarantierna. Dessutom följs regionalt vissa andra tillgänglighetsmål, t ex telefontillgängligheten vid Sjukvårdsrådgivningarna, vilket också redovisas.

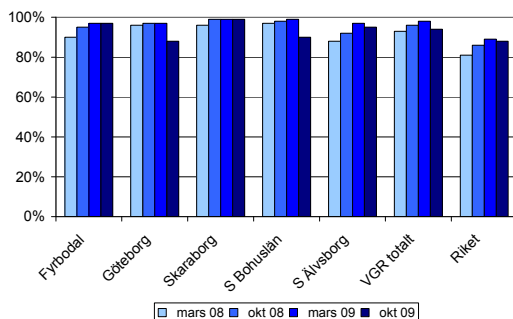
Reglerna för valfrihetsvården i Västra Götalandsregionen beskrivs också i tabellbilagan.

E.1 Kontakt med primärvården samma dag

E.1.1 Uppföljning av telefontillgänglighet vid vårdcentraler med TeleQ/motsvarande

Telefontillgängligheten mäts via Sveriges kommuner och Landsting (SKL) två gånger per år. Resultatet visar andelen besvarade (behandlade) samtal i förhållande till alla samtal som ringts in till vårdcentralen.

Mätningen visar telefontillgängligheten vid de enheter som använder TeleQ, vilket vid oktobermätningen 2009 var i stort sett alla vårdcentraler. TeleQ-systemets återuppringningsfunktion beskrivs i tabellbilagan.



Figur E-1. Andel besvarade/behandlade samtal i förhållande till totala antalet samtal. Källa: SKL

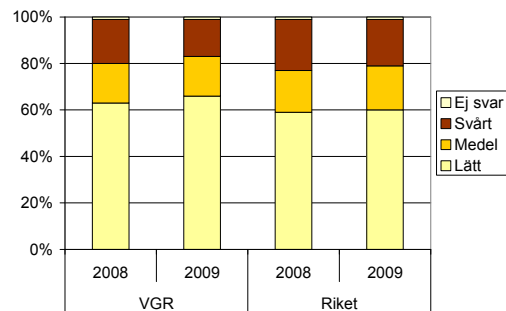
Telefontillgängligheten har sedan mätningarnas början stadigt förbättrats i Västra Götalandsregionen fram till oktobermätningen år 2009, då många vårdcentraler fick ett sämre resultat. Orsaker till detta kan vara dels svininfluensavaccinering och start av många nya vårdcentraler i anslutning till VG Primärvård. Alla områden i regionen visar dock ett lika eller bättre resultat än riket som helhet.

E.1.2 Befolkningens uppfattning av telefontillgängligheten till vårdcentral

Vårdbarometern har numera specificerat frågorna om hur lätt eller svårt det är att komma fram på

telefon till olika vårdinrättningar. Jämförelser från och med år 2008 är därför möjlig när det gäller telefontillgänglighet till vårdcentral.

Hur lätt eller svårt är det att komma fram på telefon till vårdcentral?

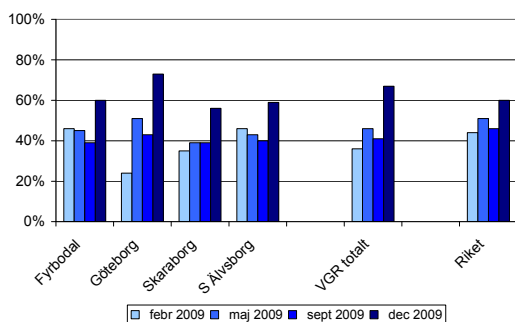


Figur E-2. Befolkningens uppfattning om hur lätt/svårt det är att komma i kontakt med vårdcentral. Källa: Vårdbarometern.

Större andel av invånarna i VGR, jämfört med riket, anger att det är lätt att komma fram på telefon. Resultatet visar att framför allt invånarna i HSN 9 & 10 som i något högre utsträckning anger detta, medan invånarna i HSN 6 & 8 i högre grad än övriga anger att det är svårt.

E.1.3 Uppföljning av telefontillgänglighet vid sjukvårdsrådgivningarna

Telefontillgängligheten till sjukvårdsrådgivningen ligger som tidigare långt från målet, som är att 90% av samtalen ska besvaras inom tre minuter. Senaste mätningen (december 2009) visade dock på en ansenligt ökad tillgänglighet. Under hösten har en särskild telefonkö inrättats för att hantera samtal som rör influensan. Diagrammet nedan visar resultatet för utvalda månader under 2009.

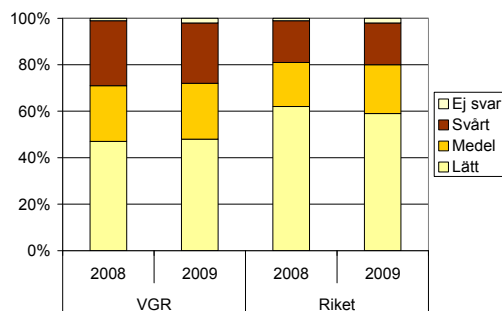


Figur E-3. Andel samtal besvarade inom 3 minuter.
Källa: SVR AB

E.1.4 Befolkningens uppfattning av telefontillgängligheten till sjukvårdsrådgivningarna

Vårdbarometern har sedan 2008 en fråga om hur lätt eller svårt det är att komma fram på telefon till sjukvårdsrådgivningen.

Hur lätt eller svårt är det att komma fram på telefon till vårdcentral?



Figur E-4. Befolkningens uppfattning om hur lätt/svårt det är att komma i kontakt med sjukvårdsrådgivningen.
Källa: Vårdbarometern.

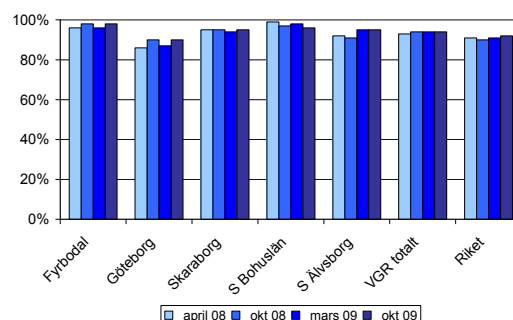
Större andel av invånarna i VGR, jämfört med riket, anger att det är svårt att komma fram på telefon till sjukvårdsrådgivningen. Resultatet visar att framför allt invånarna i HSN 4 & 7 i något högre utsträckning anger att det är svårt att komma fram på telefon medan invånarna i HSN 6 & 8 i högre grad än övriga i VGR anger att det är lätt.

E.2 Besökstillgänglighet - Läkarbesök i primärvården

Besökstillgängligheten till vårdcentralerna (offentliga och privata) mäts med hjälp av SKL två gånger per år. Hösten 2009, vecka 43 och 44, genomfördes senaste mätningen. Endast akuta patienter ingår i mätningen, inte de som söker för kontrollbesök, receptförnyelse, hälsointyg eller de som själva valt att få en tid längre fram. För definition av ”akut”, se tabellbilagan.

E.2.1 Andel (%) som fick ett läkarbesök inom sju dagar

Mätningen visar andelen patienter som fått komma på läkarbesök inom sju dagar uppdelat på regionens geografiska områden. I mätningen ingår både offentliga och privata vårdcentraler.



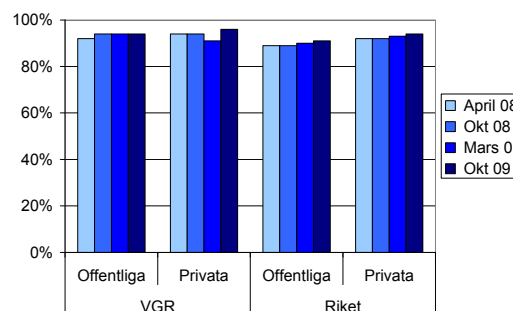
Figur E-5. Andel patienter som fick ett besök inom sju dagar uppdelat på regionens olika delområden, VGR totalt samt jämförelse med riket. Källa: SKL

I Södra Bohuslän och Fyrbodal är det hösten 2009 högst andel som fått tid hos läkare inom sju dagar. Vid vårdcentralerna i Göteborg är det, liksom tidigare, lägst andel. VGR ligger något bättre till än riket.

En analys av eventuella könsskillnader visar att det inte finns några statistiskt säkerställda skillnader.

E.2.2 Andel som fick ett läkarbesök inom sju dagar – jämförelse mellan offentliga och privata vårdcentraler

Andelen privata vårdcentraler varierar mellan nämndsområdena. Därför har analys av tillgängligheten gjorts genom att jämföra hela VGR sammantaget.

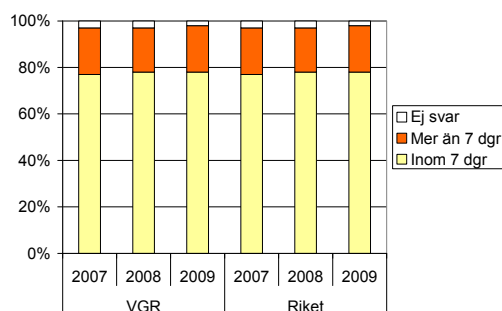


Figur E-6. Andel patienter som fått ett besök inom sju dagar uppdelat per driftform, VGR totalt och jämförelse med riket. Källa: SKL.

Den senaste mätningen (oktober 2009) visade en marginell skillnad i tillgängligheten mellan den offentliga och den privata primärvården i VGR, där både de offentliga och privata är något bättre jämfört med riket.

E.2.3 Patienternas uppfattning om väntetiden till besöket i primärvården

Hur länge fick du vänta från det att du ringde tills det att besöket ägde rum?



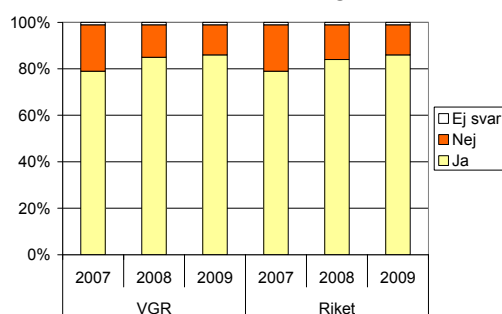
Figur E-7. Patienternas uppfattning om hur lång tid det tar fram till besöket på vårdcentralen, VGR totalt och jämförelse med riket. Källa: Vårdbarometern

Det är fler av patienterna som uppfattar att de får vänta mer än sju dagar på vårdcentralbesöket än vad vårdcentralerna själva uppger (fig. E-5). Resultatet är dock inte helt jämförbart med SKLs mätning eftersom Vårdbarometern inte skiljer på akuta och ej akuta besök.

Andelen som tycker sig fått vänta mer än sju dagar varierar mellan områdena från 15 procent (Skaraborg, oförändrat jämfört med tidigare år) till 27 procent (Göteborg, ökning) år 2009.

I Vårdbarometern ställs också frågan till det urval patienter som fick vänta mer än en dag på besöket:

Anser du att detta var en rimlig väntetid?



Figur E-8. Patienternas uppfattning om det var en rimlig väntetid fram tills besöket ägde rum. Källa: Vårdbarometern

2009 varierar svaren mellan 82 procent (HSN 1, 2 & 3) och 89 procent (HSN 4, 7, 9 & 10). Resultatet är lika med det nationella resultatet.

E.3 Tillgänglighet till besök vid välgrundad misstanke om cancersjukdom

Rutinerna för uppföljning av tillgänglighet till besök vid välgrundad misstanke om cancersjukdom, för barn och för vuxna, har ändrats under

året och ligger nu på Analysenheten. Uppföljningen sker månatligen sedan augusti 2009 och ingår numera som en del i den månatliga Lägesrapporten.

E.3.1 Tillgänglighet till besök vid välgrundad misstanke om cancer, barn: 2 dagar

Under perioden har endast ett fåtal registrerats i denna uppföljning. Enligt uppgift så läggs de flesta barn med välgrundad misstanke om cancer in i den slutna vården för utredning och undersökning, och kommer därför inte med i denna uppföljningsform.

Det kan konstateras att av det fåtal barn, sammanlagt sex barn under perioden augusti – december, så fick inget av barnen sitt besök inom 2 dagar. Det har också framlagts den hypotesen att det här rör sig om barn med en låg grad av välgrundad misstanke om cancer. Detta har inte verifierats.

E.3.2 Tillgänglighet till besök vid välgrundad misstanke om cancer, vuxna: 14 dagar

Uppföljningen hösten 2009 har visat att sjukhusen och därmed hela regionen i varierande grad uppfyllt denna regionala vårdgaranti. Uppdelat per specialitet så kan en betydande variation noteras. Inom vissa specialiteter har hittills endast ett fåtal patienter registrerats, under det att för andra specialiteter finns många patienter som registrerats.

Tabell E-1. Andel vuxna patienter som fått tid inom tidsgränsen för ett besök (14 dagar) inom vissa specialiteter vid välgrundad misstanke om cancer, hösten 2009.

	aug	sept	okt	nov	dec
Allm kir	27	47	48	41	63
Gyn	94	97	100	94	96
Urologi	26	33	38	27	60
ÖNH	71	81	84	90	85
Hud	73	90	81	76	97
Lungmed	67	88	77	97	91
VGR tot	38	58	59	52	75

Det är troligt att uppföljningen ännu ej är helt kvalitetssäkrad, varför resultatet ska tolkas med viss försiktighet.

Kommentar: För december månad saknas uppgifter från NU-sjukvården på grund av byte av IT-system.

E.4 Tillgänglighet inom barn- och ungdomspsykiatrisk vård

Den 1 oktober 2009 skärptes den regionala vårdgarantin inom barn- och ungdomspsykiatrisk vård. För ett första besök inom BUP är garantitiden liksom tidigare 30 dagar medan 60 dagar nu gäller om patienten av eget val stannar kvar hos den vårdgivare dit remissen skickats. Den nya garantin innebär också att fördjupad utredning och behandling skall

erbjudas inom 60 dagar, alternativt 120 dagar vid patientvald väntan.

Mottagningar

Den 31 december 2009 väntade 192 patienter på ett förstabesök inom BUP, varav ingen hade väntat längre än 30 dagar. Motsvarande siffror för 2008 var 323 respektive 15. Vårdgarantin avseende patientvald väntan uppfylldes.

Fördjupad utredning

Den regionala uppföljningen startade från och med september 2009.

Sjukhusen: Den 31 december väntade 57 patienter till fördjupad utredning inom BUP, varav 4 patienter hade väntat längre än 60 dagar. Vårdgarantin avseende patientvald väntan uppfylldes.

NP-team, Primärvården Södra Bohuslän: Den 31 december väntade 88 patienter till fördjupad utredning, varav 75 patienter hade väntat längre än 60 dagar. En patient hade valt att vänta och fått vänta mer än 120 dagar.

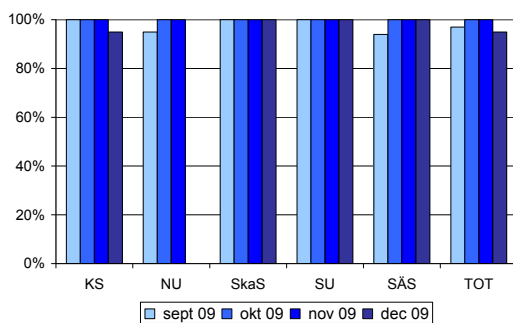
Behandling

Den regionala uppföljningen startade från och med september 2009. Den 31 december väntade 98 patienter till behandling inom BUP vid sjukhusen, varav 3 patienter hade väntat längre än 60 dagar. Vårdgarantin avseende patientvald väntan uppfylldes.

Måluppfyllelsegrader inom BUP

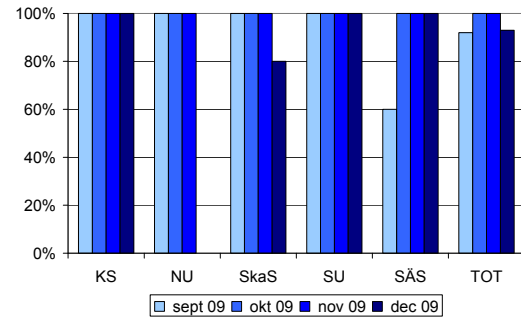
För beskrivning av hur måluppfyllelsegraden beräknas hänvisas till tabellbilagan.

Måluppfyllelsegrad besök



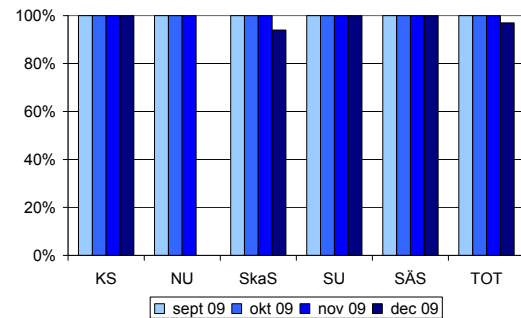
Figur E-9. Måluppfyllelsegrad för mottagningsbesök inom BUP, hösten 2009. Källa: Regionens väntetidsuppföljning.

Måluppfyllelsegrad fördjupad utredning



Figur E-10. Måluppfyllelsegrad för fördjupad utredning inom BUP, hösten 2009. Källa: Regionens väntetidsuppföljning.

Måluppfyllelsegrad behandling



Figur E-11. Måluppfyllelsegrad för behandling inom BUP, hösten 2009. Källa: Regionens väntetidsuppföljning.

Data för december saknas inom BUP-området för NU-sjukvården pga byte till Elvissystemet, vilket gör att inga måluppfyllelsegrader inom NU-sjukvårdens BUP kan beräknas för denna månad.

Måluppfyllelsegrad NP-team, Södra Bohuslän

Tillgängligheten till neuropsykiatrisk utredning är låg inom Primärvården Södra Bohuslän. Måluppfyllelsegraden var 14 % den 31 december 2009.

E.5 Tillgänglighet till besök, övriga

E.5.1 Mottagningsbesök inom specialiserad vård (exklusive BUP)

Tillgängligheten till mottagningsbesök inom den specialiserade vården följs för 25 typer av mottagningar (exklusive BUP). I texten nedan är det genomgående dessa 25 mottagningar som avses. Genomgående redovisas också uppgifter per 30 november (2008 och 2009). På grund av byte av patientadministrativt system redovisade inte NU-sjukvården väntande till mottagningsbesök per 31 december 2009 och uppgifter från detta datum blir därför missvisande.

En förteckning över mottagningarna som ingår i den nationella och regionala uppföljningen finns i tabellbilagan. Där finns också en sammanställning av totalt antal väntande samt väntande längre än

vårdgarantin per mottagning 30 november 2008 och 2009.

Väntande

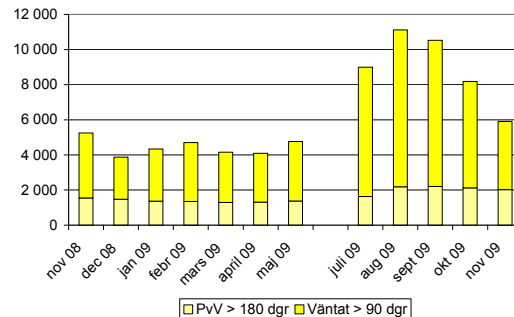
Totalt antal väntande: 38 670 patienter väntade på ett första mottagningsbesök vid något av sjukhusen i regionen 30 november 2009. Jämfört med ett år tidigare är detta en ökning med 4 156 patienter. Flest väntande 30 november 2009 fanns inom ortopedi (8 393 patienter), ögonsjukvård (6 111), allmänkirurgi (4 687), hudsjukvård (4 545) och . Den största minskningen mellan 2008 och 2009 i antal väntande skedde inom öron-näsa-halssjukvård (- 519) medan ögonsjukvård stod för den största ökningen (+ 2 209).

Väntat längre än 90 dagar: 30 november 2009 hade 3 889 patienter väntat längre än 90 dagar på ett första mottagningsbesök (exklusive patienter som själva valt att vänta längre eller som ska vänta längre av medicinska skäl). De flesta av dessa patienter väntade på ett besök inom ortopedi (1 131 patienter), ögonsjukvård (1 054) och allmänkirurgi (974). 30 november 2008 hade 3 699 patienter väntat över 90 dagar på ett mottagningsbesök. Jämfört med ett år senare har alltså en ökning skett med 190 patienter. De största minskningarna, i antal väntande, skedde inom ortopedi (- 566), öron-näsa-halssjukvård (- 252) och plastikkirurgi (- 102). Stora procentuella förbättringar återfinns inom bland annat barn- och ungdomsmedicin, gastroenterologi, allmän internmedicin och plastikkirurgi. Störst ökning i antal väntande längre än 90 dagar noteras för ögonsjukvård (+776) följt av allmänkirurgi (+ 456) och hudsjukvård (+ 326).

Studerar man utvecklingen av väntande över 90 dagar under en längre period kan stora förbättringar noteras. 30 november 2005 hade 18 657 personer väntat längre än 90 dagar jämfört med cirka 3 889 fyra år senare. Beträffande enskilda specialiteter kan nämnas att väntande över 90 dagar minskat mellan 2005 och 2009 med 5 358 inom ortopedi, 606 inom allmänkirurgi, 930 inom öron-näsa-halssjukvård, 788 inom kardiologi, 243 inom gynekologi, 341 inom urologi och 225 inom ögonsjukvård.

Patientvald väntande: När det gäller patienter som själva valt att vänta längre än vårdgarantin (så kallad patientvald väntan) hade 2 018 stycken väntat längre än 180 dagar 30 november 2009. De flesta av dessa väntade på besök inom ortopedin, handkirurgin och allmänkirurgin (673, 573 respektive 440 patienter). 30 november 2008 fanns 1 533 patienter i gruppen ”patientvald väntan”. Denna grupp hade således ökat ett år senare med 465 patienter.

Utvecklingen under perioden november 2008 – november 2009 av antal patienter som väntat längre än vårdgarantin (väntande > 90 dagar samt ”patientvald väntan” > 180 dagar) framgår av figur E-12.



Figur E-12. Väntande över 90 dagar samt ”patientvald väntan” över 180 dagar 2008-2009. Källa: Regionens väntetidsuppföljning

Antal utförda förstabetesök (planerade)

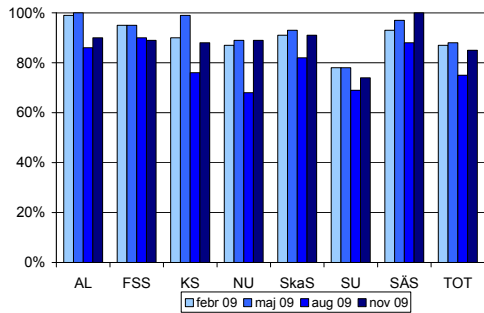
I tabellbilagan finns en sammanställning av utförda planerade förstabetesök 2008 och 2009 per mottagning. Där framgår att det 2009 utfördes 203 253 förstabetesök vid de 25 mottagningar exklusive BUP som ingår i uppföljningen. Detta är en minskning med 3 446 besök jämfört med 2008.

Köproduktionskvot

Definitionen av köproduktionskvot och en sammanställning av kvoten per mottagning 2008 och 2009 finns i tabellbilagan. Där framgår bland annat att köproduktionskvoten 2009 var 0,25 eller lägre för samtliga specialiteter utom ortopedi, ögonsjukvård och plastikkirurgi. Mellan 2008 och 2009 sjönk köproduktionskvoten för 12 av 25 specialiteter. Den totala köproduktionskvoten ökade något mellan 2008 och 2009.

Måluppfyllelsegrad

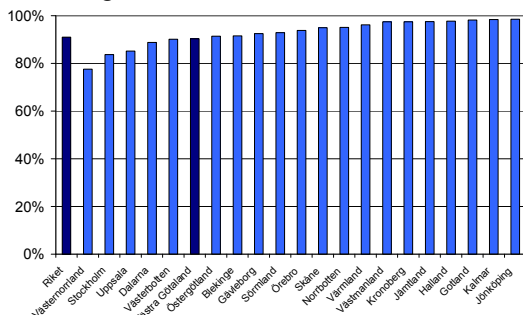
30 november 2009 var måluppfyllelsegraden totalt i regionen 85 procent. Högst måluppfyllelsegrad bland regionens sjukhus hade Södra Älvsborgs sjukhus (100 procent) medan Sahlgrenska Universitetssjukhuset hade lägst uppfyllelse (74 procent). Övriga sjukhus hade en måluppfyllelsegrad på mellan 88 och 91 procent. I figur E-13 framgår utvecklingen för vissa utvalda månader 2009.



Figur E-13. Måluppfyllelsegrad för mottagningsbesök i VGR 2009. Källa: Regionens väntetidsuppföljning

Nationell jämförelse av antalet patienter som väntat längre än 90 dagar

I en nationell jämförelse av måluppfyllelsegrad placerar sig Västra Götalandsregionen ungefär i nivå med riket i genomsnitt. Uppgifterna i figur E-14 är hämtade från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). VGR och SKL definierar måluppfyllelsegraden något olika, vilket beskrivs i tabellbilagan.



Figur E-14 Måluppfyllelsegrad för mottagningar per landsting/region november 2009. Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

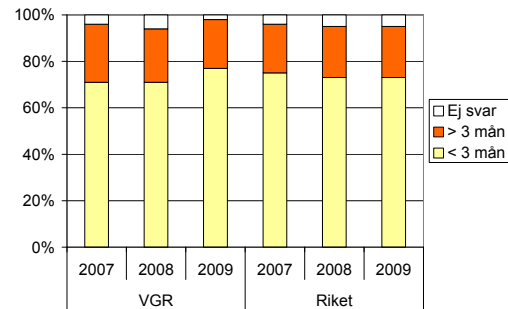
E.5.2 Särskild uppföljning av mottagningar av regionvårdskaraktär

I den regionala uppföljningen av väntande till mottagningar inom allmänkirurgi och allmän internmedicin ingår även patienter med obesitas/fetma. Detta är en patientgrupp som förväntas öka i antal och som regionen ägnar särskild uppmärksamhet. Av de patienter i regionen som den 31 december väntade till ett förstabetesök inom allmänkirurgi väntade 698 till obesitasmottagning, varav 503 väntande mer än 90 dagar. Inom allmän internmedicin väntade 53 patienter till ett förstabetesök på obesitasmottagning varav ingen hade väntat mer än 90 dagar. Obesitasmottagningar finns vid SU och SkaS.

I övrigt hänvisas till tabellbilagan.

E.5.3 Patienternas uppfattning om väntetiden till mottagningsbesöket

Hur länge fick du vänta från det att läkaren skrev remissen tills du fick besöka mottagningen på sjukhuset?

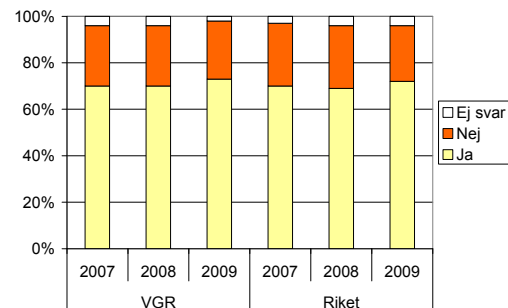


Figur E-15 Patienternas uppfattning om hur lång tid det tog från beslut till besök på mottagningen. Källa: Vårdbarometern.

Resultatet visar att av 77 procent av patienterna i VGR upplevde det som att de fick en tid inom tre månader, vilket ligger över uppfattningen i riket. Det kan noteras att 2008 minskade köerna rejält i VGR, vilket de inte gjort under 2009. 2009 upplever invånarna i högre grad att de fick vänta mindre än 3 månader. Invånarnas uppfattning uppvisar därmed en viss eftersläpning.

I Vårdbarometern ställs också frågan till det urval medborgare som besökt sjukhus under året:

Anser du att detta var en rimlig väntetid?



Figur E-16 Patienternas uppfattning om väntetiden var rimlig till besöket på mottagningen. Källa: Vårdbarometern.

Resultatet visar att drygt 70 procent tyckte det var en rimlig väntetid. Inga statistiskt signifikanta skillnader kan noteras, i jämförelse med riket och ej heller mellan de olika områdena.

E.6 Tillgänglighet till behandlingar

E.6.1 Behandlingar (operationer & åtgärder)

Tillgängligheten till behandlingar följs för 42 typer av operationer/åtgärder. I texten nedan är det genomgående dessa 42 behandlingar som avses. Genomgående redovisas också uppgifter per 30 november (2008 och 2009). November månad har valts för att kunna jämföras med mottagningarnas väntande, och på grund av byte av patientadministr-

rativt system redovisade inte NU-sjukvården väntande till besök per 31 december 2009.

I tabellbilagan finns en förteckning över de behandlingar som ingår i såväl den nationella som den regionala uppföljningen. Där redovisas också en sammanställning av totalt antal väntande samt väntande längre än en vårdgaranti per behandling 30 november 2008 och 2009.

Väntande

Totalt antal väntande: 30 november 2009 väntade totalt 10 711 patienter på en behandling vid något av sjukhusen i Västra Götalandsregionen vad gäller de 42 typer av behandlingar som följs upp. Antalet väntande var flest till utprovning av hörapparat (1 870 pat), gråstarrsoperation (1 622 pat), ljumskbräck (576 pat) och knäledsplastik (570 pat). Jämfört med 30 november 2008 noteras minskningar av totala antalet väntande i ovan nämnda grupper förutom ljumskbräck (499 pat) och knäledsplastik (553 pat).

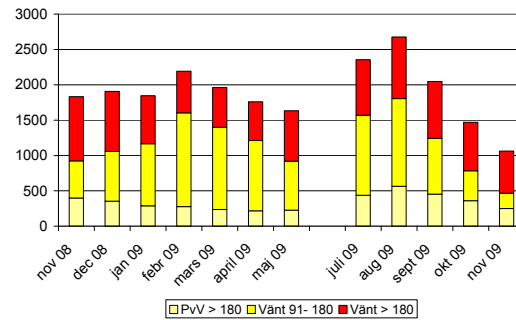
Väntat längre än 90 dagar: Totalt hade 813 patienter väntat längre än 90 dagar på en behandling den 30 november 2009. En minskning med drygt 620 patienter jämfört med 30 november 2008. Antalet väntande mer än 90 dagar har minskat inom samtliga åtgärder förutom för navelbräck, knäledsplastik sekundär, kottförskjutning, rotkanalförträngning, bröstreduktion samt bröstrekonstruktion. Antalet väntande mer än 90 dagar är flest för operation av fetma/obesitas med 205 patienter men gruppen har minskat från 30 november 2008 då 261 patienter väntat mer än 90 dagar på operation.

Studerar man utvecklingen av väntande över 90 dagar under en längre period kan stora förbättringar noteras. 30 november 2005 hade 4 092 personer väntat längre än 90 dagar jämfört med ca 813 fyra år senare. Beträffande enskilda specialiteter kan nämnas att väntande över 90 dagar minskat med 6 449 inom ortopedi, 1 344 inom allmän kirurgi, 1 019 inom öron/näsa/hals, 788 inom kardiologin, 285 inom gynekologin, 367 inom urologin och 1 212 inom ögonsjukdom.

Patientvald väntan: Patienter som själva valt att vänta längre än vårdgarantin hade 30 november 2009 249 patienter väntat längre än 180 dagar. Åtgärder inom ortopedi står för de flesta av dessa patienter. 30 november 2008 fanns 398 patienter i gruppen patientvald väntan och de största minskningarna av antalet väntande har skett inom allmän kirurgi, plastik och handkirurgi.

Utvecklingen under perioden november 2008 och november 2009 av antal patienter som väntat

längre än vårdgarantin (väntande 91 – 180 dagar, väntande över 180 dagar samt ”patientvald väntan” > 180 dagar) framgår av figur E-17.



Figur E-17. Väntande 91 – 180 dagar, väntande över 180 dagar samt "patientvald väntan" över 180 dagar 2008-2009. Källa: Regionens väntetidsuppföljning.

Antal utförda behandlingar

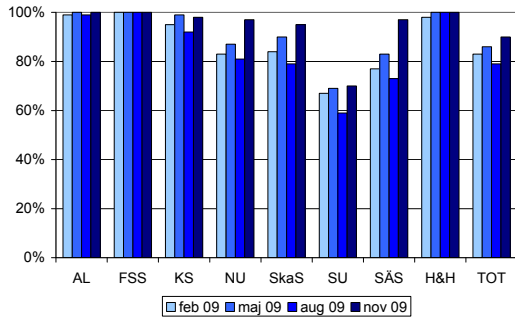
I tabellbilagan finns en sammanställning av utförda planerade behandlingar 2008 och 2009. Totalt utfördes 50 570 behandlingar 2009 att jämföras med 51 189 behandlingar 2008. En ökning av produktionen noteras för utprovning av hörapparat. From januari 2009 övergick ägandet av verksamheten för utprovning av hörapparat till Habilitering & Hälsa (H&H) vilket framkommer i tabellbilagan.

Köproduktionskvot

Definitionen av köproduktionskvot och en sammanställning av kvoten per behandling 2008 och 2009 finns i tabellbilagan. Där framgår bland annat att köproduktionskvoten 2009 var 0,25 eller lägre för 23 av 42 valda behandlingar. Högsta köproduktionskvoten 2009 var för åtgärder vid kottförskjutning, reumatoid artrit och bröstreduktion. Mellan 2008 och 2009 sjönk (förbättrades) köproduktionskvoten för 30 av 42 behandlingar.

Måluppfyllelsegrad

Måluppfyllelsegraden har ökat från 83 procent till 89 procent, under perioden februari till december 2009. Alingsås lasarett och Frölunda Specialist-sjukhus uppnådde vid årsskiftet en måluppfyllelsegrad på 100 procent för de 42 behandlingar som ingår i uppföljningen. Habilitering & Hälsa hade också en måluppfyllelsegrad på 100 procent (avser utprovning av hörapparat). SU hade den lägsta måluppfyllelsegraden, 71 procent.



Figur E-18 Måluppfyllelsegrad för behandlingar i VGR 2009. Källa: Regionens väntetidsuppföljning

Nationell jämförelse av antalet patienter som väntat längre än 90 dagar

Vid den senaste nationella jämförelsen av måluppfyllelsegraderna för behandlingar låg Västra Götalandsregionens måluppfyllelsegrad på 92,7 procent, och riksgenomsnittet låg på 93,1 procent.

Uppgifterna i figur E-19 är hämtade från SKL och avser landsting som har en svarsfrekvens på minst 90 procent till SKLs väntetidsdatabas. VGR och SKL definierar måluppfyllelsegraden något olika, vilket beskrivs i tabellbilagan.

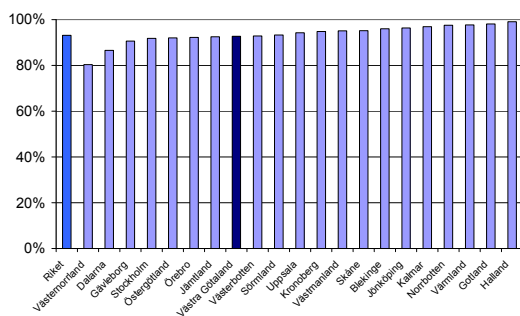


Fig E-19. Måluppfyllelsegrad för behandlingar per landsting/region november 2009. Källa: SKL

Jämfört med övriga landsting och regioner i Sverige har Västra Götalandsregionen en hög måluppfyllelsegrad.

E.6.2 Särskild uppföljning av behandlingar av regionvårdskaraktär

Förutom de 42 behandlingar som ingår i den regionala uppföljningen sker en särskild uppföljning av väntande till ablationer inom hjärtsjukvården vid SU.

Den 31 december 2009 väntade 361 patienter på ablation på SU, varav 243 hade väntat mer än 90 dagar. Motsvarande siffror för 2007 var 156 respektive 82.

I övrigt hänvisas till tabellbilagan.

E.6.3 Befolkningens uppfattning enligt Vårdbarometern

Vårdbarometern undersöker befolkningens villighet att få vård utförd vid annat sjukhus än det närmaste. Frågan har ändrats 2008, och omfattar nu följande svarsalternativ:

- till ett sjukhus lite längre bort i eget landsting/region
- till ett sjukhus i annat landsting/region
- till sjukhus i annat land
- nej, inget av alternativen, jag är beredd att vänta.

Svaren i VGR är i stort sett desamma som för riket. Av gruppen "sjukhus i annat land" kan man dock utläsa inomregionala skillnader. Mest benägen att välja det alternativet är invånare i Göteborg (27 %) under det att invånarna i Skaraborg kan tänka sig det i mindre grad (15 %). Invånarna i Skaraborg kan dock i högre grad tänka sig att åka "lite längre bort i eget landsting" (20%). Invånarna i Södra Älvsborg är lika benägna till detta, 20 %.

Om du skulle behöva opereras och hamnar i en vårdkö, hur långt skulle du då vara beredd att resa för att bli opererad tidigare?

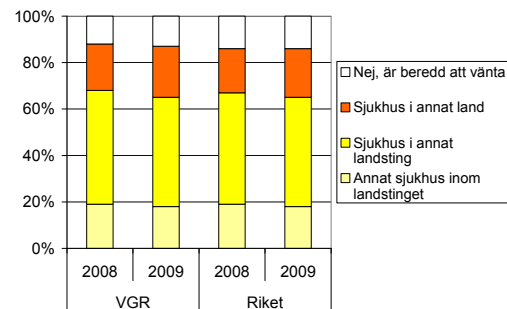


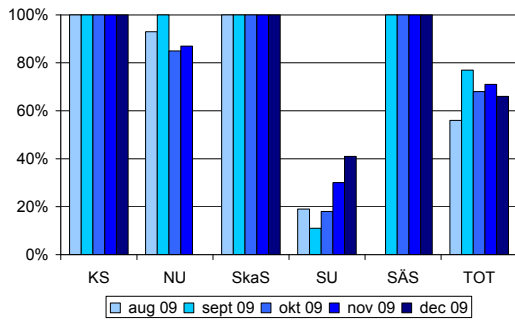
Fig E-20. Villighet att åka till annat sjukhus om man hamnar i en vårdkö. Källa: Vårdbarometern.

E.7 Neuropsykiatrisk utredning / vuxna

Under 2009 har former fastställts för uppföljning av tillgängligheten till neuropsykiatrisk utredning inom vuxenvården. Den regionala vårdgarantin innebär att utredning skall erbjudas inom 90 dagar. Regional uppföljning sker sedan augusti 2009.

Den 31 december väntade 76 patienter till neuropsykiatrisk utredning, varav 26 hade väntat längre än 90 dagar. Vårdgarantin avseende patientvald väntan uppfylldes

Måluppfyllelsegrad

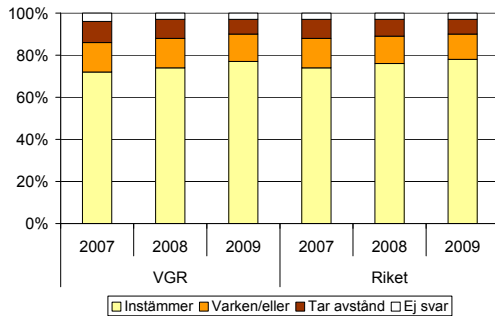


Figur E-21. Måluppfyllelsegrad för neuropsykiatriska utredningar vuxna, hösten 2009. Källa: Regionens väntetidsuppföljning.

E.8 Avslutningsvis: Tycker sig befolkningen ha den sjukvård man behöver?

Här redovisas befolkningens uppfattning om man, generellt sett, har tillgång till den sjukvård man behöver. I VGR har en ökning av andelen som instämmer skett under 2009, och andelen ligger numera signifikant över riket.

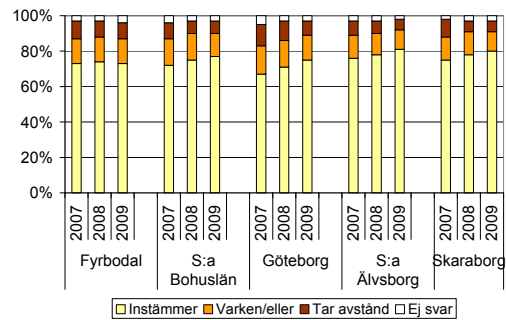
Jag har tillgång till den sjukvård jag behöver.



Figur E- 22. Befolkningens uppfattning om man har till-

gång till den sjukvård man behöver. Källa: Vårdbarometern.

En analys per område visar följande: Det kan noteras ett något ökat antal invånare som angivit ”instämmer” i påståendet, för åren 2007-2009. En ökande andel invånare i Göteborg instämmer i påståendet och ligger numera lika med VGRs resultat. En högre och ökande andel invånare i Södra Bohuslän, Södra Älvsborg och Skaraborg än VGR-genomsnittet instämmer också i påståendet. Utvecklingen i Fyrbodalen visar en viss nedgång, som dock inte är signifikant.



Figur E- 23 Befolkningens uppfattning om man har tillgång till den sjukvård man behöver, uppdelat per område. Källa: Vårdbarometern

Kort om tillgänglighet

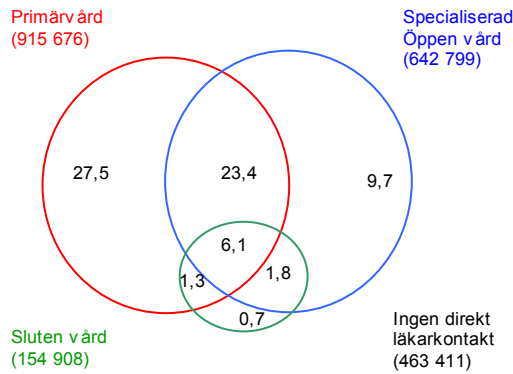
- Telefontillgängligheten till vårdcentraler i VGR ökade under 2008 och våren 2009 och är betydligt högre än riksgenomsnittet. Hösten 2009 en viss försämring, men fortfarande över riksgenomsnittet.
- Telefontillgängligheten till sjukvårdsrådgivningarna i VGR är fortfarande under uppsatt mål. December noterades dock kraftig förbättring.
- Besökstillgängligheten i primärvården i VGR påvisar en stabil utveckling och är väldigt lika riksgenomsnittet. Marginellt högre tillgänglighet inom privata vårdcentraler jämfört med de offentliga.
- Tillgängligheten till besök vid välgrundad misstanke om cancer, för vuxna, är betydligt lägre än det regionalt beslutade målvärdet.
- BUPs måluppfyllelsegrad för besök, fördjupad utredning och behandling är runt 100 procent.
- Måluppfyllelsegrad för neuropsykiatriska teamen inom Primärvården är fortfarande väldigt låg.
- Måluppfyllelsegraden för mottagningar i den specialiserade vården har minskat något under 2009. Genomsnittet för VGR är drygt 85 procent. VGR ligger ungefär lika med riksgenomsnittet.
- Måluppfyllelsegraden för behandlingar har ökat under 2009. Genomsnittet för VGR är numera på 88 procent. Jämfört med riket, så ligger VGR något under riksgenomsnittet.
- Andelen invånare som tycker att man har tillgång till den sjukvård man behöver har ökat något under perioden 2007-2009. VGR ligger ungefär lika som för övriga riket.
- Könskillnader redovisas i begränsad omfattning. Fortsatt uppföljning av tillgänglighet och väntetider kommer att göras.

Konsumtion av hälso- och sjukvård

Kontaktgrad

Under ett år har ca 70 % av befolkningen haft kontakt med läkare (kontaktgrad) inom hälso- och sjukvården i VGR. 58 % har varit i kontakt med primärvården, 41 % med öppenvård som inte är primärvård och 10 % med slutenvård. Summan av dessa tal är större än 100 % eftersom patienter kan ha varit i kontakt med flera vårdformer.

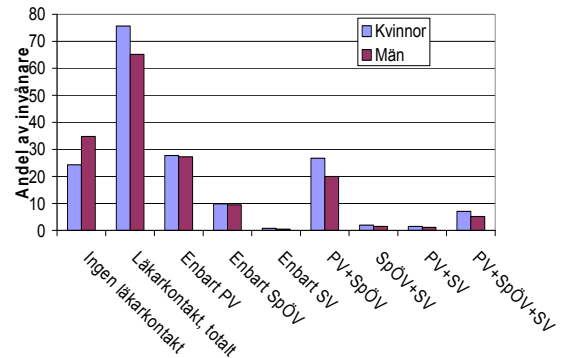
Detta komplicerade samspel mellan vårdformer visas i figur F-1.



Figur F-1. Antal (utanför cirklarna) och procent (inne i cirklarna) som haft kontakt med läkare i olika vårdformer och i olika kombinationer i VGR 2009. Källa: Vega

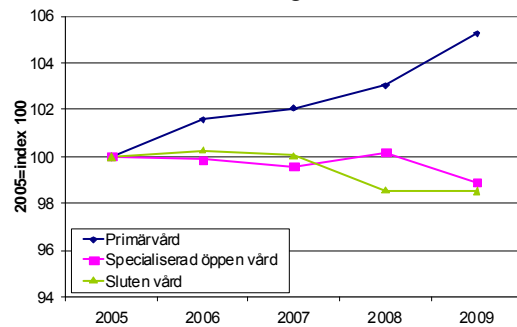
Figuren visar till exempel att drygt 6 % av befolkningen varit i kontakt med såväl slutenvård, specialiserad öppenvård som primärvård under samma år. Av de patienter som har haft kontakt med primärvården har ca hälften dessutom haft kontakt med den specialiserade vården. Av de som haft kontakt med den specialiserade vården har nära två tredjedelar haft kontakt med primärvården.

Det totala antalet individer VGR år 2009 som har varit i kontakt med olika vårdformer fördelade på kön presenteras i figur F-2 nedan. Figuren visar att väsentligt fler kvinnor än män har haft en läkarkontakt under året.



Figur F-2. Andel män respektive kvinnor som haft kontakt med läkare i olika vårdformer i VGR 2009. Källa: Vega

Hur utvecklingen av kontaktgrad för olika vårdformer skett över tid visas i figur F-3.



Figur F-3. förändring av andelen av individer i VGR som haft kontakt med olika vårdformer 2005-2009. Källa: Vega

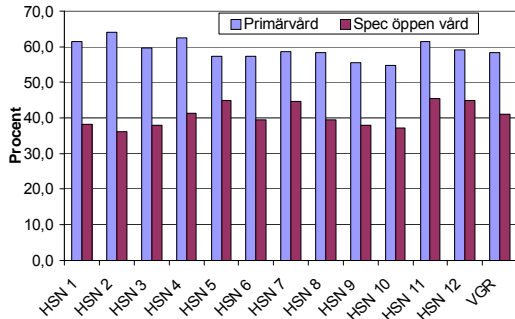
Bilden visar en tydlig trend att en allt större andel av befolkningen varit i kontakt med primärvård. Mellan 2008 och 2009 är förändringen markant. Bilden visar den relativa förändringen. I absoluta tal har andelen som varit i kontakt med primärvården ökat från 57,1 % till 58,3 %. Andelen som besökt den specialiserade vården har minskat med 0,5 %.

Det finns vissa skillnader i konsumtionsmönster mellan nämndområdena både för kontaktgrad och för fördelning mellan vårdformer vilket framgår av tabell F-1.

Tabell F-1. Kontaktgrad för olika vårdformer per hälso- och sjukvårdsnämndsområde 2009. Källa: Vega

Vårdform/HSN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	VGR
Primärvård	61,4	64,1	59,5	62,3	57,3	57,3	58,5	58,4	55,5	54,7	61,4	59,0	58,3
Spec öppen vård	38,3	36,2	38,0	41,4	44,9	39,4	44,6	39,4	37,8	37,2	45,4	44,8	41,0
Sluten vård	9,7	9,9	9,6	9,8	9,2	9,3	9,1	10,3	10,9	11,0	9,7	10,1	9,9
Totalt	71,4	72,2	70,1	73,5	72,1	69,3	72,8	69,5	67,9	66,4	74,6	73,3	70,5

Tabellen visar att det är liten variation mellan nämnderna för slutenvård och skillnaden överensstämmer med konsumtionen av vårdtillfällen som beskrivs nedan. För öppenvården finns vissa skillnader som visas i figur F-4 nedan.

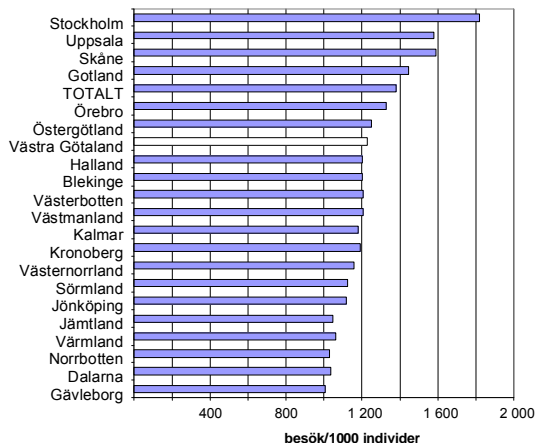


Figur F-4. Kontaktgrad för primärvård och specialiserad öppenvård för invånarna i hälso- och sjukvårdsnämndområdena 2008. Källa: Vega

För nämnderna i Göteborg är skillnaden i kontaktgrad mellan den specialiserade öppenvården och primärvården minst.

Öppenvårdskonsumtion

Konsumtionen av läkarbesök i specialiserad vård 2008 var jämförbar med riksgenomsnittet.



Figur F-5. Konsumtion av läkarbesök specialiserad vård per invånare för landstingen 2008. Källa: SKL.

Däremot finns som tidigare en betydande skillnad mot den höga konsumtionen i Stockholm/Uppsala och i viss mån region Skåne.

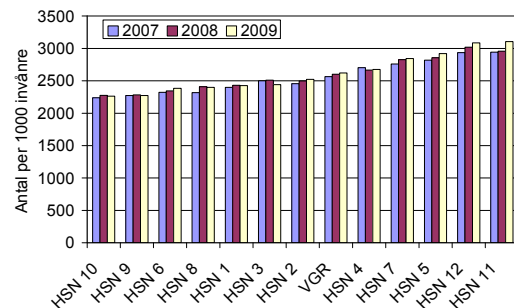
Den lägre konsumtionen av specialiserad vård i VGR kompenseras inte av en högre konsumtion av läkarbesök i primärvård där VGR har för Sverige genomsnittligt värde. Särskilt Stockholm avviker markant. Utöver den högre konsumtionen av specialiserad vård är konsumtionen av primärvårdsbesök 27 % högre än i VGR.

Skillnaderna är större mellan nämndområden för öppenvårdskonsumtion än för slutenvårdskonsumtion.

Tabell F-2. Konsumtion av läkarbesök i specialiserad vård (somatisk och psykiatrisk) och primärvård (exkl MVC och BVC) inom och utom regionen per 1000 invånare 2008 och 2009. Källa: Vega

	Specialiserad vård		Allmänläkarbesök	
	2008	2009	2008	2009
HSN 1	997	967	1 496	1 535
HSN 2	901	888	1 686	1 645
HSN 3	1 020	973	1 443	1 432
HSN 4	1 102	1 085	1 510	1 558
HSN 5	1 354	1 326	1 373	1 472
HSN 6	994	1 011	1 288	1 324
HSN 7	1 283	1 249	1 404	1 459
HSN 8	1 019	1 076	1 357	1 346
HSN 9	972	970	1 273	1 273
HSN 10	966	970	1 265	1 255
HSN 11	1 330	1 322	1 484	1 642
HSN 12	1 311	1 287	1 467	1 559
VGR	1 134	1 126	1 402	1 446

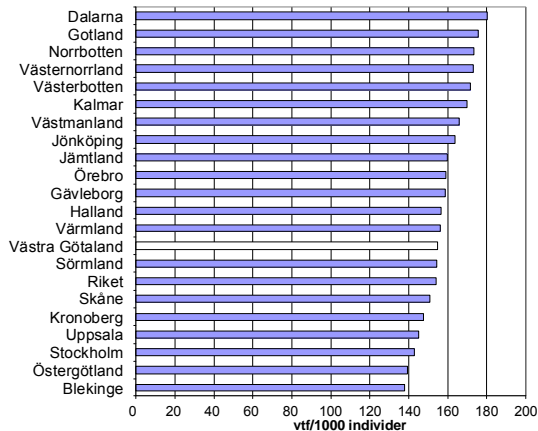
Det är relativt små förändringar mellan åren och inget som ändrar det mönster som funnits vilket visas i figur F-6.



Figur F-6. Konsumtion av läkarbesök både inom specialiserad vård och primärvård och inom och utom regionen per 1000 invånare 2007-2009. Ålderstandardiserade värden, Staplarna sorterade efter konsumtion 2009. Källa Vega.

Slutenvårdskonsumtion

Konsumtionen av slutenvårdstillfällen var ca 1 % högre än riksgenomsnittet 2008.

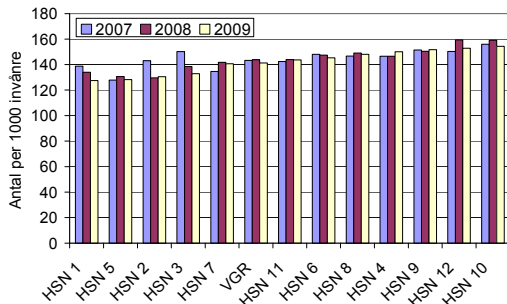


Figur F-7. Konsumtion av somatiska vårdtillfällen för lands- tingen 2008. Källa: SKL.

Bilden är gjord med annan metodik än data nedan varför det är en viss skillnad i absoluta tal.

Konsumtionen av vårdtillfällen för västra götälän- ningar för all somatisk vård, inom och utom regio- nen 2008 var 146,3 per 1000 individer vilket är 0,8 % lägre än 2006 men oförändrat jämfört med 2007.

I figur F-8 redovisas slutenvårdskonsumtionen per HSN.



Figur F-8. Konsumtion av somatiska vårdtillfällen per 1000 invånare 2007-2009- Ålderstandardiserade värden. Staplarna sorterade efter konsumtion 2009. Källa: Vega

Av figuren framgår att det skett vissa förändringar vilka redovisas separat i tabell F-3.

Tabell F-3. Konsumtion av somatisk slutenvård inom och utom regionen per 1000 invånare år 2009 samt förändring mot 2007. Ålderstandardiserade värden. Källa: Vega.

HSN	Vårdtillfällen/1000 invånare 2009	Förändring % 2007-2009
HSN 1	128	-8,9
HSN 2	131	-9,6
HSN 3	133	-13,1
HSN 4	150	2,4
HSN 5	128	0,3
HSN 6	145	-1,9
HSN 7	141	4,3
HSN 8	148	1,0
HSN 9	152	0,2
HSN 10	154	-1,1
HSN 11	144	0,9
HSN 12	153	1,7
VGR	141	-1,3

HSN 5 har lägst konsumtion av somatiska vårdtill- fällen där lägre sjuklighet kan vara en förklaring. Tabellen ovan visar att det skett påtagliga föränd- ringar jämfört med 2006. Konsumtionen har mins- kat för HSN 1, 2 och 3, vilket belysts i en särskild rapport. Dessa nämndområden hade tillsammans med Skaraborg den högsta slutenvårdskonsumtio- nen 2006. Motsvarande minskning har inte skett i det området.

Kort om kontaktgrad och vårdkonsumtion

- Under ett år har ca 70 % av befolkningen haft kontakt med läkare (kontaktgrad) inom hälso- och sjukvården i VGR
- Bilden visar en tydlig trend att en allt större andel av befolkningen varit i kontakt med primärvård. Mellan 2008 och 2009 är förändringen markant.
- Det finns skillnader i konsumtionsmönster mellan nämnderna
- Väsentligt fler kvinnor än män har haft en läkarkontakt under året
- Konsumtionen av vårdtillfällen har minskat för HSN 1, 2 och 3, vilket belysts i en sär- skild rapport

Undvikbar slutenvård

Undvikbar slutenvård har redovisats i Verksamhetsanalys 2007 och 2008. Detta avsnitt innehåller uppdaterade resultat per hälso- och sjukvårdsnämndområde, samt fokus på förändringen över tid. I de fall resultaten har åldersstandardiserats, har medelbefolkningen i riket år 2000 använts som standardpopulation.

Vad är undvikbar slutenvård?

Indikatoren ”undvikbar slutenvård” avspeglar kvalitet och tillgänglighet i öppenvård. Måttet baseras på antagandet att om patienter med vissa utvalda sjukdomstillstånd får ett bra omhändertagande i den öppna vården, som till exempel förebyggande folkhälsoarbete och primärvård, så kan man förhindra ”onödiga” inläggningar på sjukhus. Indikatoren är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för uppföljning enligt *God Vård*.

Måttet består av inläggningar på sjukhus i ett antal utvalda diagnoser, men det finns ingen enhetlig definition. Vi använder samma definition som i Öppna Jämförelser 2009. Bland de diagnoser som valts ut finns sådana som ska spegla den öppna vårdens insatser vid kroniska eller mer långvariga åkommor. Utöver detta ingår även några akuta tillstånd, där rätt behandling inom rimlig tid bedömts kunna förhindra inläggning på sjukhus. För definition hänvisas till Öppna jämförelser¹¹. Vården inom dessa diagnoser beskrivs i detta avsnitt.

Målet är inte nollvision för sjukhusinläggningar i de diagnoser som utgör undvikbar slutenvård. Men regionala skillnader kan efter analys ge information om förbättringsområden beträffande kvalitet och kostnadseffektivitet.

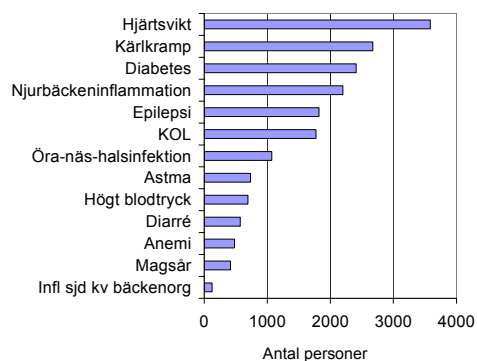
År 2009 vårdades 17 336 personer i Västra Götaland i ”undvikbar slutenvård”, varav hälften var kvinnor. År 2008 vårdades 18 100 personer. Tabell F-4 visar de ingående diagnosgrupperna. Summan av de ingående komponenterna kan bli större än det sammansatta måttet eftersom en individ kan förekomma i flera grupper när undvikbar slutenvård delas upp i sina komponenter.

¹¹ Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2009. Indikatorförteckning. Sveriges kommuner och landsting och Socialstyrelsen 2009

Tabell F-4 Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen år 2009 i Västra Götaland, fördelat på de olika komponenterna i måttet. För definition, se öppna jämförelser. Källa: vårddatabasen Vega

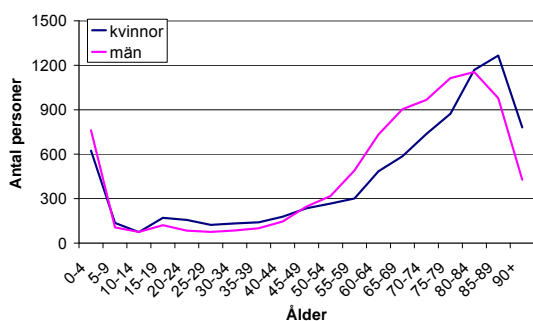
Undvikbar slutenvård	Antal	
	Kvinnor	Män
Undvikbar slutenvård	8 442	8 894
<i>Kroniska tillstånd</i>		
Anemi	316	165
Astma	339	396
Diabetes	977	1 433
Hjärtsvikt	1 626	1 958
Högt blodtryck	389	303
Kronisk obstruktiv lungsjukdom	1 010	762
Kärlkramp	976	1 696
<i>Akuta tillstånd</i>		
Blödande magsår	211	205
Diarré	353	218
Epileptiska anfall	828	992
Inflammatoriska sjukdomar i de kvinnliga bäckenorganen	125	-
Njurbäckeninflammation	1 290	909
Öra-näsa-halsinfektion	538	533

I figur F-9 ges en rangordnad bild av de ingående komponenterna efter deras storleksordning. Bilden visar att undvikbar slutenvård enligt Öppna Jämförelserns definition, domineras av diagnoserna hjärtsvikt, följt av kärlkramp, diabetes och njurbäckeninflammation.



Figur F-9. Undvikbar slutenvård, 2009. Antal personer med undvikbara vårdtillfällen fördelat på dess komponenter. Källa: Vårddatabasen Vega

Figur F-10 visar att de stora volymerna av individer som vårdas med undvikbar slutenvård finns bland äldre. Även bland barn i 0-4 års ålder finns ett stort antal undvikbara vårdtillfällen, framförallt inom öra-näsa-hals och astma.

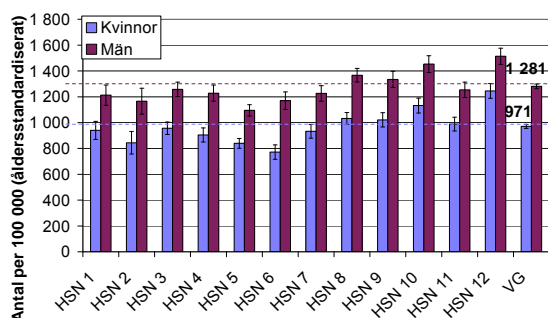


Figur F-10. Undvikbar slutenvård, 2009. Antal personer med undvikbara vårdtillfällen fördelat på femårsåldersgrupper och kön. Källa: Vårddatabasen Vega

Öppna Jämförelser redovisar även undvikbar slutenvård uppdelat på civilstånd för 65 år och äldre. Gifta, både kvinnor och män, har en lägre andel undvikbara slutenvårdstillfällen än ogifta. Det kan vara en effekt av att ogifta generellt är lite sjukare än gifta, men kanske också kan bero på att de som är gifta har någon som kan stötta dem hemma.

Öppna jämförelser visade att det finns stora variationer mellan landstingen i undvikbar slutenvård år 2009. Västra Götaland har samma nivå av undvikbar slutenvård som riket som helhet. Generellt ligger män högre än kvinnor vilket troligen har med valet av diagnoser att göra, snarare än att män ges sämre insatser i öppen vård¹².

Men det finns variationer inom Västra Götaland. Figur F-11 visar att undvikbar slutenvård är högst i Nordöstra Göteborg (HSN 12) och Östra Skaraborg (HSN 10) under perioden 2008-2009, liksom tidigare år. Östra Skaraborg har liksom tidigare år även den lägsta konsumtionen av läkarbesök i öppen vård per invånare i länet.



Figur F-11. Undvikbar slutenvård, 2008-2009. Antal personer med undvikbara vårdtillfällen per 100 000 invånare, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden i Västra Götaland och kön. Medelvärde¹³. Åldersstandardiserade värden. 95 % konfidensintervall. Källa: Vårddatabasen Vega

¹² Antalet personer med undvikbar slutenvård är nästan lika stor bland kvinnor som bland män. Det finns något fler kvinnor än män i befolkningen, vilket gör att andelen män med undvikbar slutenvård blir högre. Vidare har män har mer undvikbar slutenvård i åldrarna 45-79 år än kvinnor. Detta medför att män får högre värden än kvinnor när resultatet åldersstandardiseras eftersom åldersvikten är högre i dessa åldrar än i äldre åldrar.

¹³ En individ som förekommer varje år, räknas varje år. Måttet är ett medelvärde över tre år.

Skillnaderna i undvikbar slutenvård bör tolkas med en viss försiktighet. En uppdelning av den totala undvikbara slutenvården i dess komponenter visar att det kan finnas sådana felkällor. Skillnaderna kan vara ett viktigt underlag för fortsatt analys.

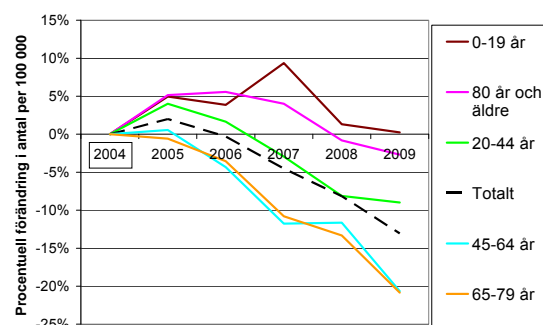
Det kan finnas flera förklaringar till inomregionala skillnader som beskrivs i Öppna Jämförelser. T.ex:

- Den faktiska sjukligheten kan variera mellan områden
- Diagnossättningspraxis kan variera. Det kan också finnas skillnader i vad som väljs som huvud respektive bidiagnos för vårdtillfällen
- Det kan finnas skillnader i handläggning på akutmottagningar, i benägenhet att slutenvård/öppen-vårda patienter, tex beroende på tillgången på platser
- Utbudspunkter
- Kvalitet och tillgänglighet i den öppna vården kan förebygga akuta vårdkrävande episoder vilket är det som avses mätas i första hand.

Måttet speglar individer i slutenvård. Om även vårdtillfällen analyseras så fås en kompletterande bild.

Förändring över tid

Antalet personer med undvikbara slutenvårdstillfällen har minskat med tretton procent mellan år 2004 och 2009 i Västra Götaland. Antalet minskar även i riket. Figur F-12 visar att minskningen är störst i åldrarna 45-79 år, där antalet minskat med drygt 20 procent mellan år 2004 och 2009. Den volymmässigt största minskningen har skett i åldersgruppen 65-79 år. Män med undvikbar slutenvård har minskat i något högre grad än kvinnor.

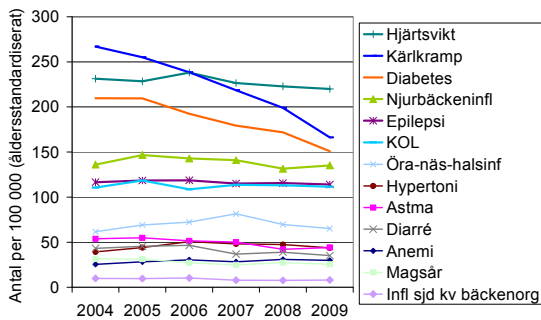


Figur F-12. Undvikbar slutenvård, 2004-2009. Förändring i antal personer med undvikbara vårdtillfällen per 100 000 invånare per år, fördelat på åldersgrupper. Källa: Vårddatabasen Vega

Minskningen i undvikbar slutenvård beror framförallt på en minskning i antalet personer som slutenvårdats för kärlekskramp och diabetes (figur F-13) enligt definitionen undvikbar slutenvård. Antalet personer som slutenvårdats för kärlekskramp har mins-

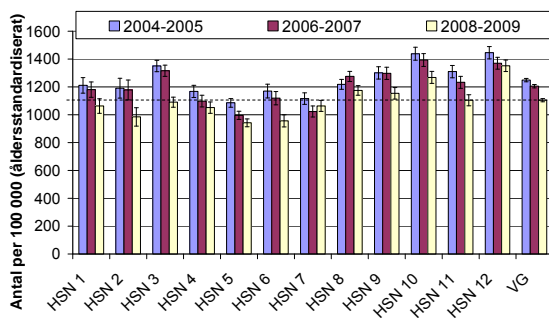
kat med nästan 40 procent år 2009 jämfört med år 2004 och antalet personer med diabetes med nästan 30 procent. Diabetesinsjuknandet i Sverige har legat stabilt trots att fler har blivit överviktiga. Trots det får vi fler diabetiker till följd av att vi har fler äldre, diabetiker lever längre och diabetes diagnostiseras i yngre åldrar. Enligt resultat från Nationella Diabetesregistret har kärlkomplikationerna minskat de senaste åren, vilket pekar på att diabetesvården har blivit bättre¹⁴. Vidare har levnadsvanorna förbättrats och den medicinska behandlingen av hjärt- och kärlsjukdomar förbättrats. Det förklarar till stor del den minskade slutenvården för diabetes och kärlkramp.

För övriga diagnoser ses inga stora förändringar över tid. Hjärtsvikt minskar inte. Enligt hjärt- och lungfondens hjärtrapport 2009 fick endast 40-50 procent av hjärtsviktspatienter rekommenderad basbehandling enligt Socialstyrelsens riktlinjer, vilket tyder på att det kan finnas en förbättringspotential. Nya effektiva läkemedel bidrar till att överlevnaden och livskvaliteten avsevärt förbättras samtidigt som behovet av sjukhusinläggningar minskar.



Figur F-13. Undvikbar slutenvård, 2004–2009. Förändring i antal personer med undvikbara vårdtillfällen per 100 000 invånare per år, fördelat på diagnosgrupper. Källa: Vårddatabasen Vega

En minskning ses i alla nämndsområden under perioden 2004-2009, om än i olika grad (diagram F-14). Antalet personer som slutenvårdats för kärlkramp och diabetes har minskat i alla nämndsområden under perioden.



¹⁴ Folkhälsorapport 2009, Socialstyrelsen 2009.

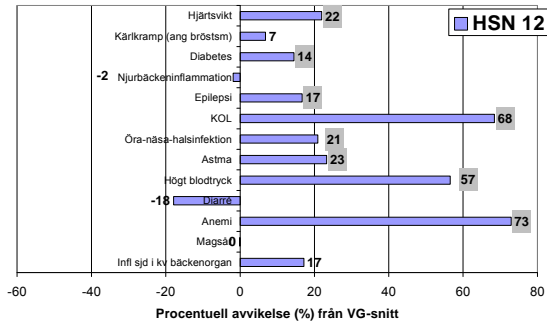
Figur F-14. Undvikbar slutenvård, förändring mellan perioden 2004-2005, 2006-2007 och 2008-2009. Antal personer med undvikbara vårdtillfällen per 100 000 invånare, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. Medelvärde. Åldersstandardiserade värden. 95 % konfidensintervall. Källa: Vårddatabasen Vega

Inomregionala skillnader i sjukdomsgrupper

Nedan följer en uppdelning av de ingående sjukdomsgrupperna i undvikbar slutenvård för de nämndsområden med högst undvikbar slutenvård. I tabellbilagan redovisas könsuppdelade diagram per hälso- och sjukvårdsnämndsområde för varje sjukdomsgrupp, samt samtliga nämndsprofiler.

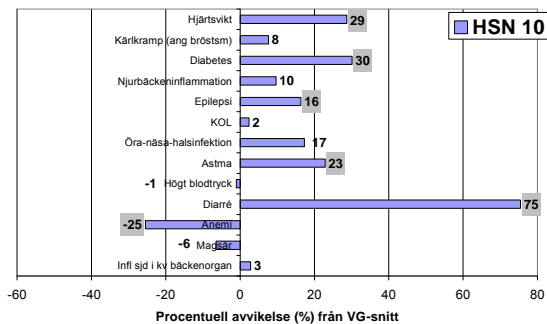
Diagrammen visar den procentuella avvikelser för respektive hälso- och sjukvårdsnämnd jämfört med värdet för Västra Götaland. Det kan finnas flera förklaringar till inomregionala skillnader, som beskrivits ovan. Skillnader i de volymmässigt stora grupperna hjärtsvikt, kärlkramp, diabetes och njurbäckeninflammation ger störst utslag i det sammantagna måttet. Därför är det viktigast att i första hand fokusera på de sjukdomsgrupperna när man drar slutsatser om undvikbar slutenvård utifrån nämndsprofilerna.

Nordöstra Göteborg (HSN 12) har en högre andel personer som vårdats i nästan samtliga sjukdomsgrupper i undvikbar slutenvård jämfört med Västra Götalandssnittet (figur F-15). Men det som volymmässigt bidrar mest till att Nordöstra Göteborg (HSN 12) har högre undvikbar slutenvård än Västra Götaland är det högre antal personer som vårdas för KOL och hjärtsvikt, följt av diabetes.



Figur F-15. Undvikbar slutenvård i Nordöstra Göteborg (HSN 12). Procentuell avvikelse från Västra Götalandsvärde i antal personer med undvikbara vårdtillfällen per 100 000 invånare, fördelat på sjukdomsgrupperna. Medelvärde för perioden 2007-2009. Åldersstandardiserade värden. Gråmarkerad ruta avser statistiskt signifikant skilt från Västra Götaland. Källa: Vårddatabasen Vega

Även Östra Skaraborg (HSN 10) har en högre andel personer med undvikbar slutenvård. Flera av de ingående diagnosgrupperna har högre värden än Västra Götaland (figur F-16). Det som volymmässigt bidrar mest till att HSN 10 har högre undvikbar slutenvård är det högre antal personer som vårdas för hjärtsvikt och diabetes, följt av diarré.



Figur F-16. Undvikbar slutenvård i Östra Skaraborg (HSN 10). Procentuell avvikelse från Västra Götalandsvärde för antal personer med undvikbara vårdtillfällen per 100 000 invånare, fördelat på sjukdomsgrupperna. Medelvärde för perioden 2007-2009. Åldersstandardiserade värden. Gråmarkerad ruta avser statistiskt signifikant skilt från Västra Götaland. Källa: Vårddatabasen Vega

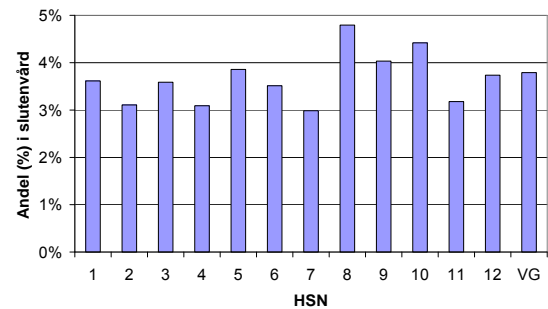
Västra Skaraborg (HSN 9) har liksom Östra Skaraborg en högre andel personer som vårdats för hjärtsvikt, diabetes och diarré. Sjuhärad (HSN 8) har den högsta andelen personer som vårdats för diabetes i länet enligt definitionen i undvikbar slutenvård.

Diabetes

Diabetes typ-2 har ett smygande förlopp som i början inte medför några symptom och de flesta har varit sjuka i flera år innan de får sin diagnos. Diabetes ökar risken för åderförkalkning som följderna till det leder till komplikationer och till att individen får symptom. Behandling kan bromsa utvecklingen av kärnkomplikationer. Behandlingen innebär alltid

livsstilsåtgärder och i regel även tablettbehandling mot högt blodsocker. 4,5 procent av befolkningen har fått en diabetesdiagnos vid besök i öppen eller sluten vård år 2009 eller 2008.

Sjuhärad, Östra Skaraborg och Västra Skaraborg har en högre andel slutenvårdade för diabetes jämfört med länssnittet. Diagram F-17 visar antalet personer som slutenvårdats för diabetes (enligt undvikbar slutenvård, huvud- eller bidiagnos) i relation till antalet personer som har fått en diabetesdiagnos i vården under tvåårsperioden. Diagrammet visar att Sjuhärad (HSN 8) och Östra Skaraborg (HSN 10) har en hög andel slutenvårdade diabetiker bland diabetikerna i befolkningen.



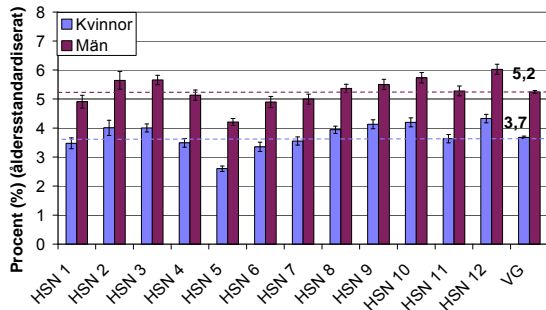
Figur F-17. Andel diabetiker (diagnos i öppen eller slutenvård 2008 eller 2009) som slutenvårdats med diabetesdiagnos enligt undvikbar slutenvårdsdefinition (medel för år 2007-2009), fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. Åldersstandardiserat. Källa: Vårddatabasen Vega.

En felkälla här kan vara i hur stor utsträckning en diabetiker väl får en diabetesdiagnos vid slutenvårdstillfället. Det kan finnas stora skillnader mellan områden som gör att diagrammet ovan blir svårtolkat. Som exempel har vi sett att patienter som tidigare fått en diabetesdiagnos, och sedan slutenvårdats för hjärtinfarkt, då saknar diabetesdiagnosen i 25-40 procent av fallen mellan sjukhusen.

Andelen påverkas även av skillnader i diagnosregistrering i den öppna vården. Men införandet av ACG har troligtvis gjort att vi nu har en högre sensitivitet, dvs en stor andel av diabetespatienterna har nu också en diabetesdiagnos i vården. Göteborgsområdet har troligtvis fortfarande en lägre diagnosregistrering av diabetes i öppen vård till följd av en högre andel privata mottagningar. Detta kan göra att Göteborgsområdena får en falskt högre andel slutenvårdade. När landstingen får tillgång till läkemedelsdata kommer detta att kunna analyseras med större tillförlitlighet.

Figur F-18 nedan visar andel personer i befolkningen som har fått en diabetesdiagnos vid ett besök i vården oavsett vårdpersonalkategori under en tvåårsperiod. Det som alltså utgör nämnaren i figuren ovan.

Dalsland som har en hög andel personer som registrerats med diabetes, har en lägre andel personer som slutenvårdats för diabetes enligt öppna jämförelsedefinitionen.

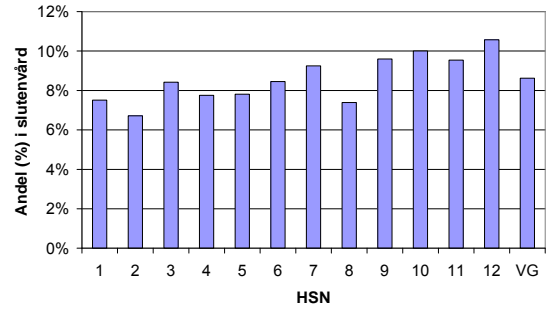


Figur F-18. Diabetesprevalens. Andel (%) västragötalänningar som har fått en diabetesdiagnos (E10-E14) vid ett besök eller vårdtillfälle i vården under perioden 2008-2009, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden och kön. Åldersstandardiserat. 95 % konfidensintervall. Källa vårddatabasen Vega.

Kronisk obstruktiv lungsjukdom KOL

KOL är en betydligt vanligare konsekvens av rökning än lungcancer. Den som har KOL har nedsatt lungfunktion och det leder till att personen blir andfådd och trött redan vid begränsad fysisk ansträngning. Hjärt- kärlsjukdom är en vanlig komplikation vid svår KOL. De flesta vuxna med KOL behandlas för sin sjukdom inom primärvården. Det är först vid komplikationer och vid svårartade sjukdom när bland annat syrgasbehandling behövs, som vården behöver ske inom specialistvården.

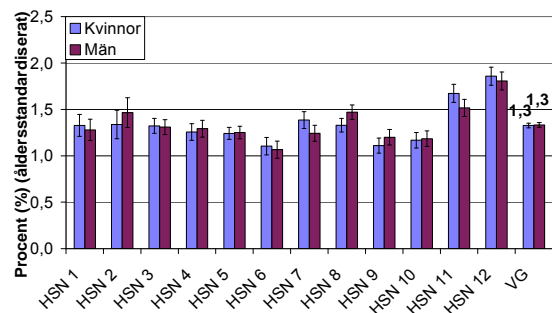
Diagram F-19 visar antalet personer som slutenvårdats för KOL (enligt undvikbar slutenvård) i relation till antalet personer som har fått en KOL-diagnos någonstans i vården under en tvåårsperiod. Diagrammet visar att Nordöstra Göteborg (HSN 12) har en hög andel slutenvårdade KOL-patienter jämfört med andelen i befolkningen med KOL. HSN 12 har även en hög andel i befolkningen med KOL-diagnos, tillsammans med Hisingen (HSN 11) (figur F-20).



Figur F-19. Andel av personer med kronisk obstruktiv lungsjukdom, KOL (diagnos i öppen eller slutenvård 2008 eller 2009) som slutenvårdats med KOL-diagnos enligt undvikbar slutenvårdsdefinition (medel för år 2007-2009), fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. Åldersstandardiserat. Källa vårddatabasen Vega.

KOL är en sjukdom som är kraftigt underdiagnostiserad i framförallt öppenvården, vilket påverkar resultaten i figur F-19. Cirka 5 procent av befolkningen uppskattas ha KOL, men endast 1,3 procent av västragötalänningarna har fått en diagnos (Figur F-20). Detta påverkar andelarna i figuren ovan. Göteborgsområdet har därtill troligtvis en lägre diagnosregistrering av KOL i öppen vård till följd av en högre andel privata mottagningar. Detta kan göra att Göteborgsområdena får en falskt högre andel slutenvårdade i figuren ovan.

Figur F-20 visar andelen personer i befolkningen som har fått en KOL-diagnos vid ett besök i vården oavsett vårdpersonalkategori under en tvåårsperiod, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden och kön.



Figur F-20 KOL-prevalens. Andel (%) västragötalänningar som har fått en KOL-diagnos (J44) vid ett besök eller vårdtillfälle i vården under perioden 2008-2009, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden och kön. Åldersstandardiserat. 95 % konfidensintervall. Källa vårddatabasen Vega.

Kort om undvikbar slutenvård

Indikatorn undvikbar slutenvård baseras på antagandet att om patienter med vissa utvalda sjukdomstillstånd får ett bra omhändertagande i den öppna vården, så kan man förhindra ”onödiga” inläggningar på sjukhus. I detta avsnitt har givits en översikt av begreppet som visar att indikatorn kan ge betydelsefull information men tolkningen är komplex och en rad faktorer utöver de man önskar mäta kan påverka utfallet.

Undvikbar slutenvård är vanligare bland män än bland kvinnor, i alla åldrar, till följd av valet av diagnoser.

Undvikbar slutenvård har minskat under perioden 2004-2009, både i Sverige och i Västra Götaland, i alla nämndsområden, och framförallt i åldrarna 45-79 år. Det beror på att antalet personer som slutenvårdats för kärlekskramp och diabetes har minskat. Hjärtsvikt har däremot inte minskat.

Undvikbar slutenvård är högst i Nordöstra Göteborg (HSN 12) och Östra Skaraborg (HSN 10) under perioden 2008-2009, liksom vid tidigare mätningar. Östra Skaraborg är även det område som har den lägsta konsumtionen av läkarbesök per invånare.

I Nordöstra Göteborg är det den högre andelen personer som vårdats för framförallt KOL och hjärtsvikt, följt av diabetes som gör att området har ett högre värde för undvikbar slutenvård jämfört med övriga länet.

I Östra Skaraborg (HSN 10) är det den högre andelen personer som vårdats för framförallt hjärtsvikt och diabetes, men även diarré som gör att området har ett högre värde för undvikbar slutenvård jämfört med övriga länet.

Sannolikt tillför begreppet värdefull information om en påverkbar del av sjukvården. En fördjupad analys av de viktigaste diagnosgrupperna skulle kunna ge information om förbättringsområden beträffande kvalitet och kostnadseffektivitet

Hjärt- och kärlsjukdomar och dödlighet

Inledning

Hjärt- och kärlsjukdomarna är ett av de absolut största folkhälsoproblemen såväl i Sverige som Västra Götaland. Hjärt- och kärlsjukdom är den vanligaste dödsorsaken i Sveriges befolkning, drygt 40 procent av alla dödsfall beror på hjärt- och kärlsjukdom. Män drabbas i yngre åldrar än kvinnor av hjärt- och kärlsjukdomar. Det gäller framförallt för hjärtsjukdomar såsom hjärtinfarkt men en liknande könsskillnad finns även för stroke. Våra matvanor och graden av daglig fysisk aktivitet har tillsammans med rökning stor betydelse för hjärt- och kärlsjukdomar.

Vad är hjärt- och kärlsjukdomar?

Hjärt- och kärlsjukdomar (cirkulationsorganens sjukdomar) omfattar sjukdomar i hjärtat och blodkärlen. Hit hör sjukdomar som hjärtinfarkt och kärlkramp (anginösa bröstsmärtor) som tillhör kranskärlssjukdomar (ischemisk hjärtsjukdom) samt slaganfall (stroke) som tillhör sjukdomar i hjärnans kärl m.fl. Den främsta orsaken till dessa sjukdomar är åderförkalkning (aterioskleros), d.v.s. förkalkningar i blodkärlen, vilket ger försämrad blodcirkulation med syrebrist (ischemi) i organ som följd. Denna syrebrist kan ge obotliga skador på hjärta och hjärna. Hjärtinfarkt innebär att en del av muskelvävnaden i hjärtat dör på grund av syrebrist.

Risken att insjukna tidigt i hjärt- och kärlsjukdomar har minskat dramatiskt både bland kvinnor och män och detta är den viktigaste orsaken till att medellivslängden ökar. Under de senaste tjugo åren har hjärtinfarktdödligheten i det närmaste halverats och strokedödligheten har minskat med en tredjedel. Minskad rökning och sjunkande blodfettsnivåer i befolkningen är huvudorsaken till att färre drabbas av hjärtinfarkt och stroke i Sverige. Sjunkande blodtrycksnivåer har framförallt haft betydelse för att färre drabbas av stroke. Personer med högt blodtryck löper tre gånger större risk för att få stroke jämfört med dem som inte har någon blodtrycksförhöjning. Stroke är den vanligaste orsaken till neurologiskt handikapp hos vuxna över 65 år.

Överlevnaden har också förbättrats, tack vare stora framsteg i den medicinska behandlingen av hjärt- och kärlsjukdomar. Överlevnaden har förbättrats mer för hjärtinfarkt än för stroke. Den sjunkande dödligheten under 1980- och 1990-talen kan ungefär till hälften förklaras av sjunkande riskfaktornivåer. Den andra hälften beror på sjukvårdens behandlingsinsatser och åtgärder för att förhindra insjuknande. Fler överlevande patienter kommer att ställa högre krav på sjukvården.

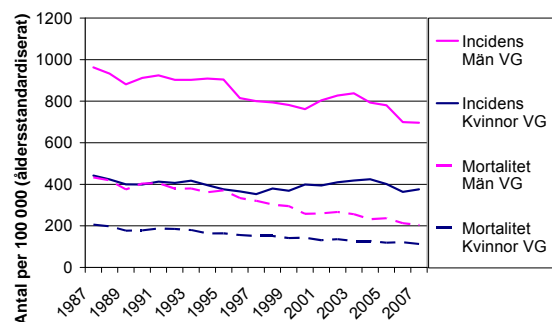
Risken att insjukna i en hjärtinfarkt var ungefär dubbelt så stor för personer med låg utbildning jämfört med risken för personer med hög utbildning under perioden 2001-2005 enligt folkhälsorapport 2009. De sociala skillnaderna, mätt i utbildningsnivå, är något mindre nu än för femton år sedan.

Trots att utvecklingen av hjärt- och kärlsjukdomar hittills är positiv finns det anledning till viss oro för den framtida utvecklingen därför att övervikt har blivit vanligare, både bland barn och vuxna.

I detta avsnitt beskrivs andelen västragötalänningar som har fått hjärtinfarkt eller stroke i Västra Götaland under perioden 2002-2009. Nytt i årets rapport är att även personer som har avlidit utanför sjukhus inkluderas i måttet för att få en kompletterande bild av sjukligheten. Resultaten har åldersstandardiserats, med medelbefolkningen i riket år 2000 som standardpopulation. I de fall incidensen redovisas, så avser det antalet nya fall, d.v.s. en individ kan förekomma mer än en gång.

Hjärtinfarkter

Fram till slutet av 1970-talet ökade risken för män att drabbas av *hjärtinfarkt*. Därefter har det skett en dramatisk minskning av såväl risken att insjukna som risken att dö i hjärtinfarkt, se figur F-21. Mönstret är liknande i Västra Götaland och riket. Det ökade antalet hjärtinfarkter 2001 beror på nya diagnoskriterier för akut hjärtinfarkt i Socialstyrelsens riktlinjer.



Figur F-21. Åldersstandardiserad incidens (antal fall) och mortalitet i **akut hjärtinfarkt** bland västragötalänningar och, fördelat på kön, under perioden 1987-2007. Källa: Socialstyrelsens statistikdatabaser

Incidensen har minskat i samtliga åldersgrupper förutom i de äldre åldersgrupperna. I gruppen 85 år och äldre ökar hjärtinfarktsincidensen. En förklaring till ökningen i gruppen över 85 år kan vara att risken att insjukna i hjärtinfarkt har förskjutits till

allt högre åldrar. Rikssiffror visar liknande mönster för både kvinnor och män¹⁵.

Mortaliteten i hjärtinfarkt bland västragötalänningar har minskat i samtliga åldersgrupper. Rikssiffror visar att mönstren är liknande för både kvinnor och män¹⁶.

Hjärtinfarkter - slutenvård

Hjärtinfarktförekomsten ökar brant med stigande ålder och är vanligare bland män än kvinnor i alla åldersgrupper.

År 2009 hade 4 188 västragötalänningar slutenvårdats med akut hjärtinfarkt som huvud- eller bidaagnos i slutenvård, varav 58 procent var män. År 2008 var antalet 4 619. Antalet hjärtinfarkter fortsätter att minska.

Dubbelt så stor andel män som kvinnor har slutenvårdats för akut hjärtinfarkt i Västra Götaland. I åldrarna 20-79 år har 701 kvinnor och 1 564 män slutenvårdats för akut hjärtinfarkt under år 2009, vilket motsvarar 54 procent av samtliga infarkterna.

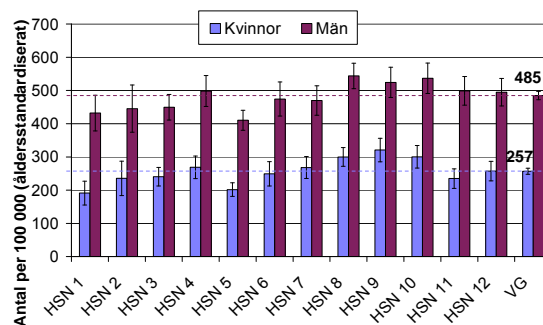
Spridningen i antalet individer som sjukhusvårdats med hjärtinfarkt mellan nämndsområden år 2009 är 145 personer i Dalsland (HSN 2) och 621 personer i Sjuhärad (HSN 8). Antalet infarkter varierar från år till år till följd av slumpvis variation och därför slås flera år samman i denna redovisning för att få stabila värden för nämnderna.

I verksamhetsanalys 2008 redovisades antal personer som sjukhusvårdats för hjärtinfarkt fördelat på nämndsområden för perioden 2006-2008. Uppdaterade data för 2008 och 2009 visar att Östra Skaraborg fortfarande ligger något högre än övriga länet både för kvinnor och män. Västra Skaraborg (HSN 9) och Sjuhärad (HSN 8) har också högre värden än länsnittet (figur F-22).

Göteborg, centrum Väster (HSN 5) har fortfarande klart lägre andel individer som slutenvårdats för hjärtinfarkt än övriga länet.

¹⁵ Hjärtinfarkter 1987-2006, Socialstyrelsen 2008

¹⁶ Socialstyrelsens statistikdatabaser

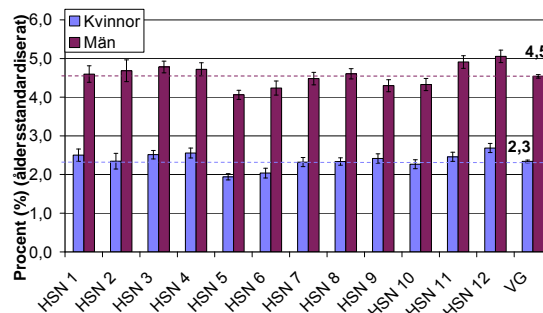


Figur F-22. Antal västragötalänningar per 100 000 invånare i åldrarna 20 år och äldre som slutenvårdats med akut hjärtinfarkt (I21, I22) som huvud- eller bidaagnos, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden och kön. Medelvärde 2008-2009. Åldersstandardiserat. 95% konfidensintervall. Källa Vårddatabasen Vega.

Värdena är åldersstandardiserade vilket betyder att de högre värdena i Skaraborg inte kan förklaras av att befolkningen är äldre där, eller att Göteborg har lägre värden pga en yngre befolkning. Mönstret är även liknande för personer yngre än 80 år, samt när endast huvuddiagnos inkluderas.

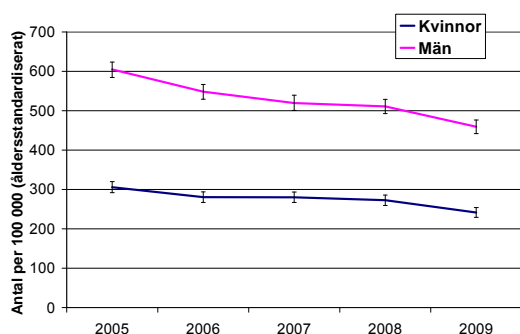
Mittenälvsborg (HSN 6) som tidigare haft en högre andel personer som slutenvårdats för hjärtinfarkt än länsnittet, framförallt bland personer över 80 år, ligger nu på länsnittet. Södra Bohuslän (HSN 7) som har haft klart lägre värden än länsnittet tidigare ligger under perioden 2008-2009 på länsnittet.

Figur F-23 visar andelen i befolkningen som har fått en kranskärslsjukdomsdiagnos någonstans i vården - öppen eller slutenvård - under en tvåårsperiod. Kranskärslsjukdom är vanligare bland män än kvinnor, i alla åldrar. Nämndsmönstret liknar inte det för slutenvårdade hjärtinfarkter. Nordöstra Göteborg (HSN 12) och Hisingen (HSN 11) har högre värden än länsnittet. Detta mått kan vara en blandning av sjuklighet, benägenhet att söka vård och tillgänglighet till sjukvården, till skillnad från slutenvårdad hjärtinfarkt som i hög grad beskriver sjukligheten.



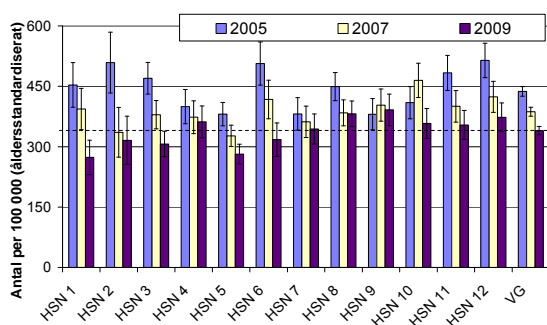
Figur F-23. Andel (%) västragötalänningar som har fått en kranskärslsjukdomsdiagnos (I20-I25) vid ett besök eller vårdtillfälle i vården under perioden 2008-2009, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden och kön. Åldersstandardiserat. 95% konfidensintervall. Källa Vårddatabasen Vega.

En kontinuerlig minskning ses i antalet individer som slutenvårdats för hjärtinfarkt under perioden 2005-2009, både bland kvinnor och män i Västra Götaland (F-24).



Figur F-24. Antal västragötalänningar per 100 000 invånare i åldrarna 20 år och äldre som **slutenvårdats** med **akut hjärtinfarkt** (I21, I22) som huvud- eller bidiagnos, fördelat på kön och åren **2005-2009**. Åldersstandardiserat. 95% konfidensintervall. Källa Vårddatabasen Vega.

Mönstret är liknande i de flesta nämndsområden. Men vissa nämndsområden (HSN 10, 9, 8, 7, 4) har inte samma tydliga minskning över tid (figur F-25). Nämndsmönstret är liknande i åldrarna 20-79 år.



Figur F-25. Antal västragötalänningar per 100 000 invånare i åldrarna 20 år och äldre som **slutenvårdats** med **akut hjärtinfarkt** (I21, I22) som huvud- eller bidiagnos, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden och åren **2005, 2007, 2009**. Åldersstandardiserat. 95% konfidensintervall. Källa Vårddatabasen Vega.

Hjärtinfarkter – slutenvård och avlidna

Nedan beskrivs sjukligheten i hjärtinfarkt genom att förutom slutenvård även inkludera personer som har avlidit av hjärtinfarkt utanför sjukhus, nästan en femtedel, för att få en kompletterande bild. Data finns endast fram t.o.m. år 2007 för resultat där dödligheten är inkluderad. 5 735 västragötalänningar har fått en hjärtinfarkt under år 2007, varav 1 835 har avlidit. 1 103 personer avled utanför sjukhus (tabell F-5).

Tabell F-5. Antal västragötalänningar med **akut hjärtinfarkt** (I21, I22) år **2007**. Källa Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen. Vårddatabasen Vega.

	Kvinnor	Män	Totalt
Antal personer med			
AKUT HJÄRTINFARKT (I21, I22)			
Slutenvårdade* och/eller avlidna**	2 424	3 311	5 735
Slutenvårdade*	1 975	2 657	4 632
Avlidna**	841	994	1 835
Avlidna i ischemisk hjärtsjukdom***	1 501	1 704	3 205
Besök/vårdtillfälle**** i öppen eller slutenvård	21 235	31 471	52 706

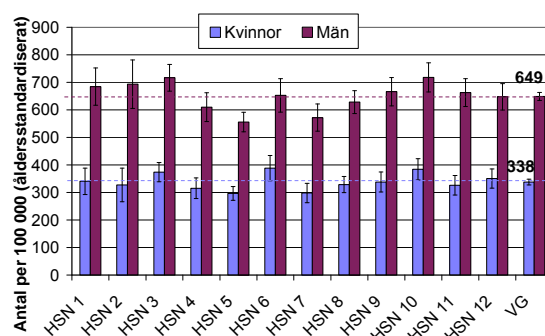
*med huvud- eller bidiagnos

**som underliggande eller bidragande dödsorsak

***Hjärtinfarkt som underliggande eller bidragande orsak, eller ischemisk hjärtsjukdom (I20-I25) som underliggande dödsorsak

****Samtliga ischemiska diagnoser (I20-I25), huvud eller bidiagnos, år 2008 och/eller 2009

Figur F-26 redovisar antal individer som fått hjärtinfarkt - sjukhusvårdade och/eller avlidna, under perioden 2006-2007, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden och kön. Figuren avser en tidigare mätperiod än figur F-22 som endast redovisar slutenvård (2008-2009) och är därför inte helt jämförbara. Men mönstret är liknande det för slutenvårdade under samma period¹⁷, eftersom slutenvårdade utgör närmare 80 procent. Göteborg, centrum Väster (HSN 5) har klart lägre antal personer som insjuknat i hjärtinfarkt under perioden 2006-2007, liksom tidigare år. Nämndsmönstret ser likadant ut bland personer i åldrarna 20-79 år.

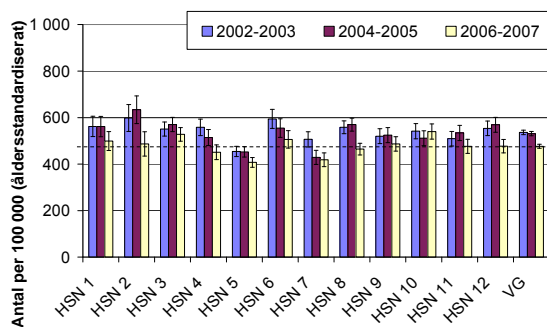


Figur F-26. Antal västragötalänningar per 100 000 invånare i åldrarna 20 år och äldre som **slutenvårdats eller avlidit** med **akut hjärtinfarkt** (I21, I22) som huvud- eller bidiagnos eller underliggande eller bidragande dödsorsak, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden och kön. Medelvärde **2006-2007**. Åldersstandardiserat. 95% konfidensintervall. Källa Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

¹⁷ Verksamhetsanalys 2008, sid 45, figur E-28. Västra Götalandsregionen 2009

Skillnader mellan områden beror troligtvis på skillnader i sjuklighet. Hjärtinfarkt är ett akut tillstånd som kräver sjukhusvård och därför är sannolikt alla hjärtinfarkter registrerade, och måttet tillförlitligt. Resultat från folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" 2005-2008 visar att övervikt och fetma är vanligare i landsbygdsområdena i Västra Götaland - Skaraborg och Norra Fyrbodal, samt i vissa områden i nordöstra Göteborg och Hisingen. Lägst andel med övervikt eller fetma finns i Göteborg, centrum väster, som också har en lägre hjärtinfarktsjuklighet. Andelen dagligrökare är lägre i Centrum väster än i övriga länet. Högst andel personer som röker finns i några områden i nordöstra Göteborg och Hisingen.

Figur F-27 nedan visar förändringen över tid i antalet personer med hjärtinfarkt - slutenvårdade och/eller avlidna. Antalet infarkter minskar över tid mellan 2002 och 2007 i de flesta områden, även om förändringen inte är statistiskt signifikant. Mönstret är liknande i åldrarna 20-79 år. Figur G-4 ovan visade att slutenvårdade infarkter fortsätter att minska även år 2009.



Figur F-27. Antal västragötalänningar per 100 000 invånare i åldrarna 20 år och äldre som **slutenvårdats eller avlidit** med **akut hjärtinfarkt** (I21, I22) som huvud- eller bidiagnos eller underliggande eller bidragande dödsorsak, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden, medelvärde för perioderna **2002-2003**, **2004-2005**, **2006-2007**. Åldersstandardiserat. 95% konfidensintervall. Källa Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

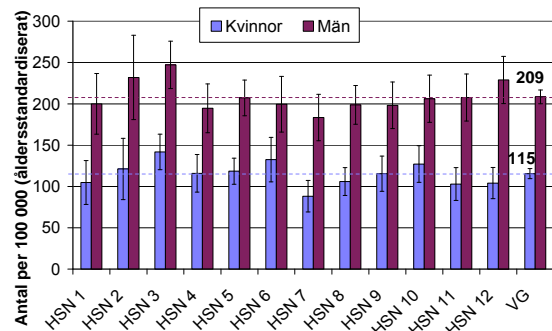
I Öppna jämförelser folkhälsa 2009¹⁸ som mäter hjärtinfarktsjuklighet inklusive dödlighet på kommunnivå i Sverige, har kommunerna i Dalsland (HSN 2) och Alingsås (HSN 6) den högsta hjärtinfarktssjukligheten i Västra Götaland. Detta mönster är inte lika tydligt i våra resultat (figur F-26). Skälet är olika redovisningsperioder. Öppna Jämförelser redovisar ett medelvärde för perioden 2002-2006, och då hade Dalsland (HSN 2) och även Mittenälvsborg (HSN 6) högre värden än länet (se figur F-27 ovan). I figur F-26 mäter vi perioden 2006-2007 och då har Dalsland och Mittenälvsborg minskade värden, vilket även gäller för slutenvårdade år

¹⁸ Öppna jämförelser 2009. Folkhälsa. Sveriges kommuner och landsting 2009. www.skl.se

2008-2009 (figur F-22). Om det är en slumpmässig variation över tid får framtida redovisningar avgöra.

Hjärtinfarkter – dödlighet

Figur F-28 nedan visar antal västragötalänningar som avlidit av hjärtinfarkt per 100 000. Trestad (HSN 3) har en högre hjärtinfarktdödlighet under tvåårsperioden 2006-2007 jämfört med länsnittet. Göteborg Centrum-väster (HSN 5) som har en klart lägre hjärtinfarktsjuklighet än länet, ligger på länsnittet i hjärtinfarktdödlighet.



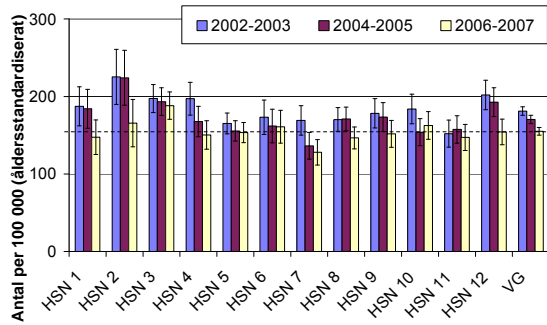
Figur F-28. Antal västragötalänningar per 100 000 invånare i åldrarna 20 år och äldre som **avlidit** med **akut hjärtinfarkt** (I21, I22) underliggande eller bidragande dödsorsak, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. Medelvärde **2006-2007**. Åldersstandardiserat. 95% konfidensintervall. Källa Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Det kan finnas många förklaringar till variationer mellan områden i hjärtinfarktdödlighet. En felkälla är att andelen obducerade bland äldre, icke sjukhusvårdade är låg. Osäkerheten i diagnosättning vid fastställande av dödsorsak är större bland dessa. Men nämndsmönstret i dödlighet består även i åldrarna under 80 år. Undantaget är att männen i nordöstra Göteborg (HSN 12) har en högre statistiskt signifikant dödlighet jämfört med länet i åldrarna 20-79 år.

Vidare kan antalet döda i ett nämndsområde variera från år till år till följd av slumpmässig variation och därmed påverka utfallet. Det breda konfidensintervallet för t.ex. Dalsland visar att den slumpmässiga variationen är stor. I Dalsland (HSN 2) avled 60 personer under år 2007 i hjärtinfarkt, året innan avled 94 personer. I Göteborg, Centrum väster (HSN 5) dog 253 personer år 2007 av hjärtinfarkt.

Sjukligheten kan vara ytterligare en förklaring till variationer i dödlighet, liksom sociala faktorer, samt skillnader i befolkningen benägenhet att söka vård. Avståndet till akutsjukhus, ambulansverksamhetens effektivitet och det akuta omhändertagandet på sjukhus är andra faktorer som kan påverka.

Antalet personer som avlidit av hjärtinfarkt har minskat under perioden 2002-2007, både bland kvinnor och män i Västra Götaland, och även i åldrarna 20-79 år. Figur F-29 visar minskningen per hälso- och sjukvårdsnämndsområde. Det är svårt att dra säkra slutsatser per område till följd av slumpmässiga variationer mellan år.



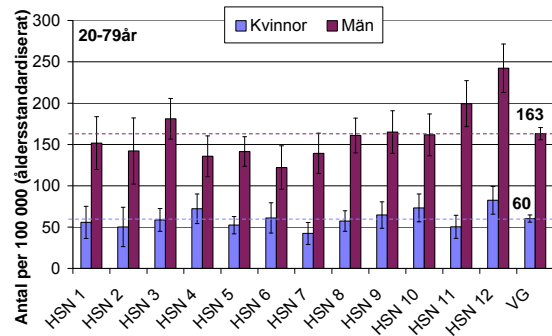
Figur F-29. Antal västragötalänningar per 100 000 invånare i åldrarna 20 år och äldre som **avlidit med akut hjärtinfarkt** (I21, I22) som underliggande eller bidragande dödsorsak, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden, medelvärde för perioderna **2002-2003, 2004-2005, 2006-2007**. Åldersstandardiserat. 95% konfidensintervall. Källa Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom

Öppna jämförelser 2008 har en indikator som mäter åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom i åldrarna upp till 80 år. Dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom i åldrarna under 80 år har minskat med över 40 procent under de senaste tio åren enligt Öppna jämförelser. Den kraftiga nedgången visar att en betydande del av denna dödlighet kan åtgärdas, antingen med medicinska insatser eller med förändringar av levnadsvanor och livsvillkor.

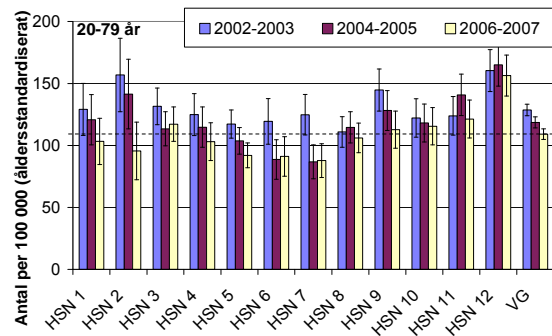
Akut hjärtinfarkt är den dominerande dödsorsaken i denna kategori. Närmare en femtedel av all mortalitet i Sverige kan hänföras till ischemisk hjärtsjukdom. År 2007 dog 3 205 västragötalänningar i ischemisk hjärtsjukdom, varav 1 111 var under 80 år.

Figur F-30 visar att det finns inomregionala variationer i åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom. Befolkningen i Nordöstra Göteborg (HSN 12) har en avsevärt högre ischemisk hjärtdödlighet än övriga länet.



Figur F-30. Antal västragötalänningar per 100 000 invånare i åldrarna 20-79 år som avlidit av **åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom** (I20-I25) som underliggande eller bidragande dödsorsak, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden, medelvärde 2006-2007. Åldersstandardiserat. 95% konfidensintervall. Källa Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom i åldrarna under 80 år minskar i de flesta nämndsområden, med några undantag (figur F-31).



Figur F-31. Antal västragötalänningar per 100 000 invånare i åldrarna 20-79 år som avlidit av **åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom** (I20-I25) som underliggande eller bidragande dödsorsak, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden, medelvärde för perioderna 2002-2003, 2004-2005, 2006-2007. Åldersstandardiserat. 95% konfidensintervall. Källa Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

I verksamhetsanalys 2008 visades att nordöstra Göteborg även har en högre åtgärdbar dödlighet i sjukvårdsrelaterad och hälsopolitiskt relaterad åtgärdbar dödlighet, i åldrarna under 80 år jämfört med länsnittet.

Stroke

Strokeförekomsten ökar brant med stigande ålder och är vanligare bland män än kvinnor i alla åldersgrupper. Sedan år 2000 kan en tydlig minskning av antalet strokefall märkas. Stroke är den vanligaste orsaken till neurologiskt handikapp hos vuxna över 65 år.

Stroke - slutenvård

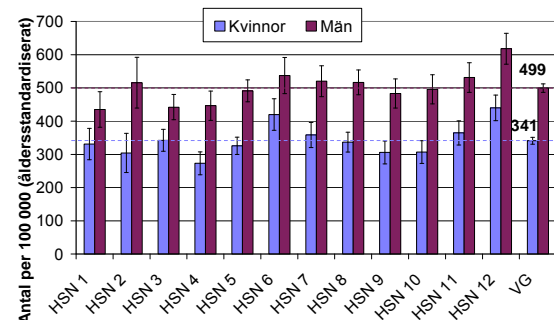
År 2009 hade 4 922 västragötalänningar slutenvårdats med akut hjärtinfarkt som huvud- eller bidaagnos i slutenvård, varav ungefär hälften män. År 2008 var antalet 5 154.

I åldrarna 1-79 år fick 968 kvinnor och 1 539 män stroke under år 2009, vilket motsvarar ungefär hälften av samtliga stroke.

I verksamhetsanalys 2008 redovisades antal personer som sjukhusvårdats för stroke fördelat på nämndsområden för perioden 2006-2008. Uppdaterade data för 2008 och 2009 visar att Mittenälvborg (HSN 6) och Nordöstra Göteborg (HSN 12) inklusive männen fortfarande har högre värden än länssnittet (figur F-32). Även män i HSN 12 har högre värden än länet.

Mellersta Bohuslän (HSN 4) har liksom tidigare år lägre andel individer som slutenvårdats för stroke än övriga länet under perioden 2008-2009.

Nämndsmönstret är liknande när man endast inkluderar huvuddiagnos. Nämndsmönstret är även liknande i åldrarna 20-79 år.

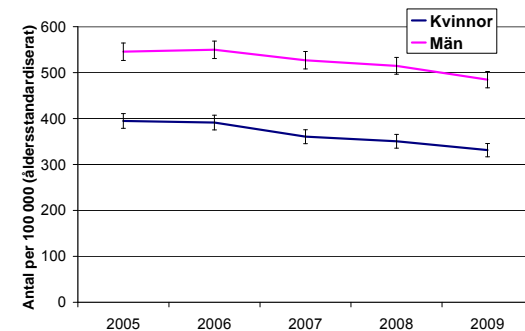


Figur F-32. Antal västragötalänningar per 100 000 invånare i åldrarna 20 år och äldre som slutenvårdats med stroke (I61, I63, I64) som huvud- eller bidaagnos, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden och kön. Medelvärde 2008-2009. Åldersstandardiserat. 95% konfidensintervall. Källa Vårddatabasen Vega.

Göteborg, Centrum väster (HSN 5) som har haft klart lägre andel personer med stroke än länssnittet i tidigare mätningar, har fortfarande något lägre andel, men inte lika tydlig.

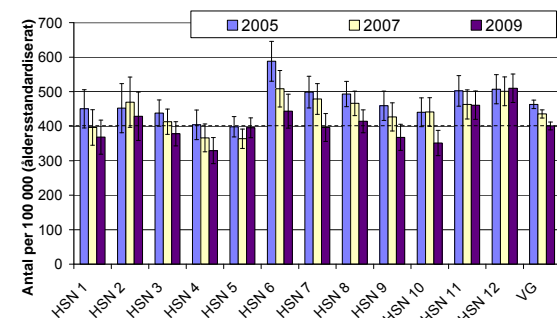
En kontinuerlig minskning ses i antalet individer som slutenvårdats för stroke under perioden 2005-

2009, både bland kvinnor och män i Västra Götaland.



Figur F-33. Antal västragötalänningar per 100 000 invånare i åldrarna 20 år och äldre som slutenvårdats med stroke (I61, I63, I64) som huvud- eller bidaagnos, fördelat på kön och åren 2005-2009. Åldersstandardiserat. 95% konfidensintervall. Källa Vårddatabasen Vega.

Mönstret är liknande i de flesta nämndsområden. Men vissa nämndsområden har inte samma tydliga minskning över tid (figur F-34). Nämndsmönstret i förändring över tid är liknande i åldrarna 20-79 år.



Figur F-34. Antal västragötalänningar per 100 000 invånare i åldrarna 20 år och äldre som slutenvårdats med stroke (I61, I63, I64) som huvud- eller bidaagnos, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden och åren 2005, 2007, 2009. Åldersstandardiserat. 95% konfidensintervall. Källa Vårddatabasen Vega.

Stroke – slutenvård + avlidna

År 2007 fick 5 921 västragötalänningar en stroke som de sjukhusvårdades för eller avled av (tabell F-6). 1 578 personer avled av stroke år 2007 och av dem avled 786 personer utanför sjukhus. Strokeförekomsten ökar brant med stigande ålder och är vanligare bland män än kvinnor i alla åldersgrupper.

I åldrarna 20-79 år fick 1 138 kvinnor och 1 772 män en stroke under år 2007, vilket motsvarar hälften av strokesjuklighet i samtliga åldrar.

Tabell F-6. Antal västragötalänningar med **stroke** (I61, I63, I64) år **2007**. Källa Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

	Kvinnor	Män	Totalt
Antal personer med			
STROKE (I61, I63, I64)			
Slutenvårdade* eller avlidna**	2 943	2 978	5 921
Slutenvårdade*	2 488	2 647	5 135
Avlidna**	884	694	1 578
Besök/vårdtillfälle i öppen eller slutenvård****	7 633	8 462	16 095

*med huvud- eller bidiagnos

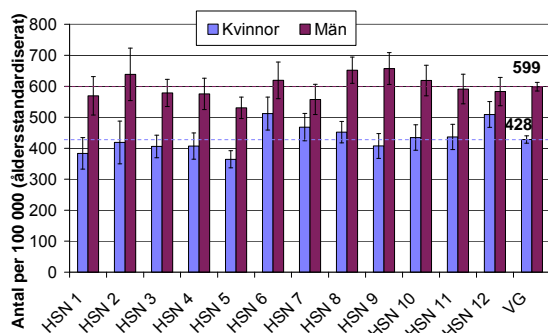
**med underliggande eller bidragande dödsorsak

***med underliggande dödsorsak

****År 2008 och/eller 2009

Figur F-35 redovisar andel i befolkningen som fått stroke, sjukhusvårdade samt avlidna, under perioden 2006-2007, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde och kön. Mönstret är liknande det för enbart slutenvårdade under samma period, som redovisades i verksamhetsanalys 2008. Slutenvårdade utgör närmare 80 procent av totala sjukligheten.

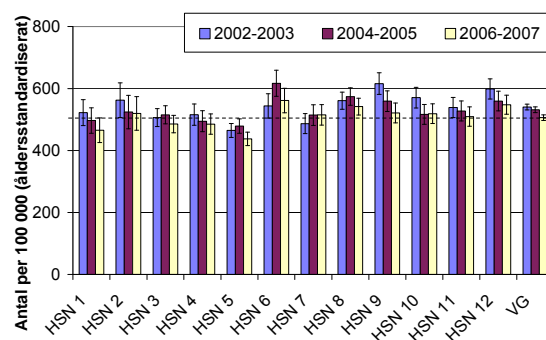
Högst andel individer som fått stroke under tvåårsperioden 2006-2007 finns i Mittenälvsborg (HSN 6), Sjuhärad (HSN 8) och bland kvinnor i Nordöstra Göteborg (HSN 12), se figur F-35. Klart lägst andel individer som slutenvårdats för stroke finns i Göteborg, centrum väster (HSN 5). Detta mönster är liknande det för endast slutenvårdade under samma tidsperiod som redovisades i verksamhetsanalys 2008. Nämndsmönstret är liknande även i åldrarna under 80 år.



Figur F-35. Antal västragötalänningar per 100 000 invånare i åldrarna 20 år och äldre som **slutenvårdats eller avlidit** med **stroke** (I61, I63, I64) som huvud- eller bidiagnos eller underliggande eller bidragande dödsorsak, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden och kön. Medelvärde **2006-2007**. Åldersstandardiserat. 95% konfidensintervall. Källa Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Antalet individer som sjukhusvårdats eller dött av stroke, har minskat i Västra Götaland mellan perioderna 2002-2003, 2004-2005, 2006-2007, både bland kvinnor och män. Minskningen ses i de flesta

nämndsområden och nämndsmönstret är liknande i åldrarna 20-79 år (figur F-36).

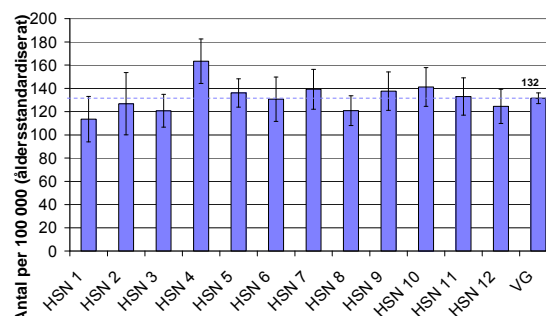


Figur F-36. Antal västragötalänningar per 100 000 invånare i åldrarna 20 år och äldre som **slutenvårdats eller avlidit** med **stroke** (I61, I63, I64) som huvud- eller bidiagnos eller underliggande eller bidragande dödsorsak, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden och kön, medelvärde för perioderna **2002-2003, 2004-2005, 2006-2007**. Åldersstandardiserat. 95% konfidensintervall. Källa Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Stroke - dödlighet

Antal västragötalänningar som har avlidit av stroke har minskat under perioden 2002-2007, framförallt bland kvinnor.

Figur F-37 nedan visar antal västragötalänningar som avlidit av stroke år 2006 och 2007. Resultatet är ej könsuppdelat på grund av små tal. Mellersta Bohuslän (HSN 4) har en högre dödlighet under perioden jämfört med länssnittet. Det gäller även i åldrarna 20-79 år samt när endast underliggande dödsorsak inkluderas, men är inte statistiskt signifikant. Mellersta Bohuslän hade under perioden 2006-2007 cirka 25 stokedödsfall fler per år än förväntat värde enligt länssnittet, åldersstandardiserat. Följande år får visa om 2006-2007 års höga värden är en slumpmässig variation över tid.

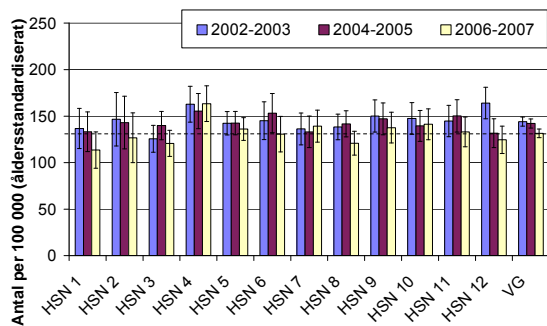


Figur F-37. Antal västragötalänningar per 100 000 invånare i åldrarna 20 år och äldre som **avlidit** med **stroke** (I61, I63, I64) som underliggande eller bidragande dödsorsak, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. Medelvärde för perioden **2006-2007**. Åldersstandardiserat. 95% konfidensintervall. Källa Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Det kan finnas många förklaringar till variationer mellan områden i stokedödlighet. Tillförlitligheten i diagnossättning, skillnader i bakgrundsfaktorer såsom annan sjuklighet, sociala faktorer, slumpmässig avvikelser. Antalet döda i ett nämndsområde kan variera från år till år till följd av slumpmässig variation och därmed påverka utfallet. I Dalsland avled 60 personer år 2007 av stroke. I Göteborg centrum väster avled 209 personer av stroke samma år. I Mellersta Bohuslän avled 123 personer under år 2007.

Vårdrelaterade faktorer som kan påverka områdeskillnader är avståndet till akutsjukvård, ambulansverksamhetens effektivitet och det akuta omhändertagandet på sjukhus¹⁹.

Figur F-38 visar utvecklingen över tid i antal personer som avlidit av stroke under perioden 2002-2007, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. Det finns inga statistiskt säkerställda förändringar i något nämndsområde till följd av litet antal, men en tendens till minskning i flera.



Figur F-38. Antal västragötotalänningar per 100 000 invånare i åldrarna 20 år och äldre som avlidit av **stroke** (I61, I63, I64) som underliggande eller bidragande dödsorsak, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. Medelvärde för perioderna 2002-2003, 2004-2005, 2006-2007. Åldersstandardiserat. 95% konfidensintervall. Källa Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

¹⁹ Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2009. SKL 2009.

Kort om hjärt- och kärlsjukdomar

Hjärt- och kärlsjukdomar har minskat dramatiskt både bland kvinnor och män, och det är den viktigaste anledningen till att medellivslängden ökar. Under de senaste tjugo åren har hjärtinfarktdödligheten i det närmaste halverats och stokedödligheten har minskat med en tredjedel. Orsaken är både minskning av riskfaktornivåer och förbättrade behandlingar.

Hjärtinfarkt och stroke är vanligare bland män än bland kvinnor i alla åldrar.

Hjärtinfarkt

Det finns inomregionala skillnader i hjärtinfarktförekomst, samt hjärtinfarktdödlighet. Göteborg, centrum väster har en lägre hjärtinfarktsjuklighet jämfört med övriga länet.

Nordöstra Göteborg har en klart högre åtgärdbar ischemisk hjärtdödlighet i åldrarna under 80 år jämfört med övriga länet.

Andelen personer som har slutenvårdats för akut hjärtinfarkt har minskat i regionen under perioden 2005-2009 men mönstret är inte lika tydligt i alla nämndsområden.

Andelen personer som har avlidit av hjärtinfarkt respektive ischemisk hjärtsjukdom har minskat i regionen under perioden 2002-2007, men mönstret är inte lika tydligt i alla nämndsområden.

Stroke

Det finns inomregionala skillnader i strokeförekomst och stokedödlighet.

Andelen personer som har slutenvårdats för stroke har minskat i regionen under perioden 2005-2009 men mönstret är inte lika tydligt i alla nämndsområden.

Andelen personer som har avlidit av stroke har minskat i regionen under perioden 2002-2007.

Fördjupad analys av redovisade könsskillnader kommer att genomföras av Kunskapscentrum för jämställd vård.

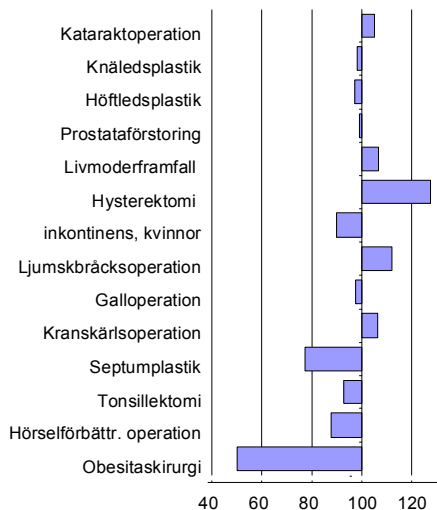
Vårdkonsumtion av särskilda planerade operationer

Hälso- och sjukvårdsavdelningen ställer samman data över såväl produktion som konsumtion av ett urval av de vanligaste planerade operationerna i regionen. Materialet finns som bilaga i del 2. Sammanställningen görs för att följa utvecklingen av de viktigaste väntetidsåtgärderna och ge ett underlag för planering. Även om dessa operationer ofta uppmärksammas så svarar de trots allt för en relativt liten del, sannolikt drygt 5%, av den totala vårdproduktionen.

Operationer i förhållande till behov

Materialet har visat att det föreligger en betydande inomregional variation. En svårighet vid tolkningen är hur det faktiska behovet av operativa ingrepp är. Tabellerna har försetts med ett referenstal som är hämtat från senast tillgängliga källa. I de flesta fall är det frågan om nationella konsumtionstal som oftast inte är helt aktuella. Det är felaktigt att kalla dessa jämförelsetal för behovstal eftersom behovet kanske inte alls var tillgodosett med den volym som genomfördes under referensåret. Referenstalen kan vidare snabbt bli inaktuella eftersom indikationerna förändras. Ofta kan teknikutveckling göra att allt fler kan ha nytta av operativa ingrepp.

På nationell nivå har projektet Öppna jämförelser sedan 2007 konsumtionsstatistik till en del beroende av de erfarenheter som gjorts i VGR. I figur G-1 ges konsumtionen av de ingrepp som redovisats för alla landsting.



Figur G-1. Antalet operationer/åtgärder i förhållande till riket 2008. Åldersstandardiserade värden. 100 = riksgenomsnittet.²⁰

²⁰ Värdet för obesitas kirurgi felaktigt då operationer hos privat vårdgivare inte rapporteras in.

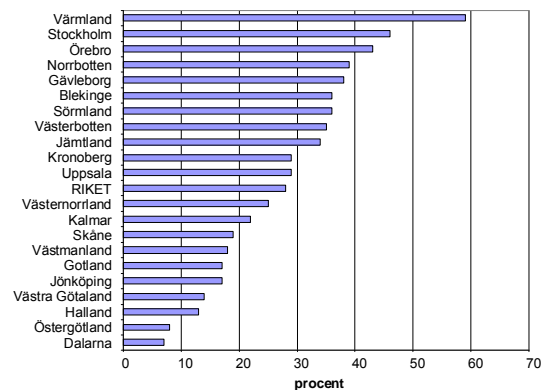
Bilden visar det finns en betydande variation där invånarna i VGR i totalt sett har en genomsnittlig konsumtion av planerade operationer. Liksom tidigare görs det väsentligt fler hysterektomier än i riket där VGR har näst flest i landet per invånare. Det är dock en minskande trend i VGR.

Tabell G-1. Antal hysterektomier i VGR

2005	2006	2007	2008	2009
893	823	813	799	762

Flest hysterektomier görs i området runt NU-sjukvården. För öppenvård kan jämförelsetalen bli högre för VGR genom tillförlitlig rapportering, t.ex. för ljumskräck. Sannolikt ger statistiken ändå en god bild av den verkliga konsumtionen.

Det ingrepp där variationen är störst i Sverige är obesitasoperationer som nu redovisas för första gången i ÖJ. det görs mellan 7 och 59 ingrepp per 100 000 invånare. Frekvensen redovisas i figur G-2.



Figur G-2. Antalet obesitasoperationer 100 000 kvinnor i landstingen 2008. Åldersstandardiserade värden. 100 = riksgenomsnittet. Källa SKL.

Det låga antalet obesitasoperationer i VGR är sannolikt missvisande på grund av rapporteringsbrister. För 2009 är antalet operationer 18/100 000 i VGR. Detta trots att mer än hälften av operationerna fattas i statistiken.

I tabell G-1 redovisas den regionala statistiken över ett antal operationer i VGR samt antal väntande.

Tabell G-1. Konsumtion av operationer av planerad vård och antal väntande vid respektive årsskifte. Källa: HSA, egen.

	2003	2004	2005	2006	2007	05/06	06/07	07/08	08/09	09/10
Framfallsop	1 339	1 179	961	1 023	1 115	423	226	240	318	262
Gallstensop	1 555	1 489	1 390	1 407	1 439	519	385	343	353	249
Hysterektomi, benign	893	823	799	813	762	182	171	164	152	139
Höftplastiker, primära	1 938	1 890	1 948	1 930	1 914	876	642	541	571	491
Inkontinensop, kv	618	987	432	504	635	282	111	106	169	150
Kataraktop	13 808	11 858	11 196	11 406	10 055	2 877	2 111	2 377	2 756	1 617
Knäplastiker, primära	1 443	1 385	1 571	1 781	1 588	1 132	954	726	632	649
Ljumsckbräckop	3080	2766	2 760	2 712	2 662	753	748	614	604	503
Prostataop, benign	1 111	1 046	894	835	836	433	276	227	312	289
Tonsillektomi	1 573	1 536	1 587	1 604	1 820	439	338	348	540	373
Hörselop	370	386	309	316	334	252	193	173	142	89
Septumplastik	395	375	310	269	421	204	167	113	190	99
Varicer	1 269	1 300	1 287	1 399	1 525		477	575	522	374
Obesitas	150	233	351	476	285		406	604	335	242
Hängbuk	59	171	119	109	131			69	45	23

Tabellen ovan är ett kondensat av en mycket detaljerad beskrivning av produktionen inom 17 områden. I tabell G-2 redovisas den procentuella förändringen av antalet ingrepp de fem senaste åren.

Tabell G-2. Förändring de 5 senaste åren i konsumtion av operationer av planerad vård och antal väntande. Källa: HSA.

	% förändring	
	Operationer	väntande
Livermoderframfallsoperationer	-17	-38
Gallstensoperationer	-7	-52
Hysterektomierr, benign	-15	-24
Höftplastiker, primära exkl frakturer	-1	-44
Inkontinensoperationer	3	-47
Kataraktoperationer	-27	-44
Knäplastiker, primära	10	-43
Ljumsckbräckoperationer	-14	-33
Prostataoperationer, benign	-25	-33
Tonsillektomier	16	-15
Hörselförbättrande operationer	-10	-65
Septumplastiker	7	-51

Liksom tidigare år finns det inget tydligt samband mellan förändringen i antal ingrepp och antalet väntande

Konsumtionsmönster:

I tabell G-3 ges antalet operationer i förhållande till befolkningen på ett jämförbart sätt. Genomsnittet för VGR är satt till 100. Data är åldersstandardiserade. Därför speglar siffrorna reella skillnader.

Tabell G-3. Antalet operationer per invånare 2007 i hälso- och sjukvårdsnämndsområdena. Uttryckt som index där VGR=100. Ålderstandardiserade värden

Operation/HSN	1	2	3	4	5	11	12	7	6	8	9	10
Framfallsop	63	63	89	81	91	88	111	102	93	136	138	91
Gallstensop	109	144	128	118	60	109	98	76	110	119	94	96
Hysterektomi, benign	139	167	128	72	85	82	126	75	70	104	139	70
Höftplastiker, primära	111	87	101	103	89	78	69	82	101	104	131	133
Inkontinensop, kv	53	109	91	80	105	122	114	119	89	80	129	111
Kataraktop	108	119	117	71	80	71	69	78	114	130	108	120
Knäplastiker, primära	124	121	87	101	81	81	64	85	111	102	123	135
Ljumsckbräckop	98	119	108	101	82	93	83	92	116	108	113	107
Prostataop, benign	85	96	82	66	79	85	91	83	95	99	189	129
Tonsillektomi	92	116	103	109	78	90	92	81	135	130	96	95
Hörselop	71	57	90	119	90	133	76	76	124	167	52	105
Septumplastik	62	108	131	85	96	119	142	73	77	158	35	54
Varicer	143	136	114	91	56	88	64	60	88	119	146	143
Obesitas	78	83	83	139	50	67	94	72	94	100	139	278
Hängbuk	163	88	125	100	75	138	100	63	125	138	63	113
Medel	100	107	105	96	80	96	93	81	103	120	113	119

Specifika kommentarer

Liksom tidigare år finns det stora variationer i hur många ingrepp det utförs av väntetidsåtgärder såväl inom landet som inom regionen. I tidigare års rapporter har lyfts fram specifika områden vilket inte görs vidare här. De skillnader som påpekats kvarstår inom de flesta områden. Variationerna är ofta så stora att de inte betingas av skillnader i sjuklighet utan snarare av skillnader i medicinsk praxis.

Det finns stora skillnader för såväl mindre polikliniska ingrepp såsom inkontinensoperationer som resurskrävande ingrepp som ledproteser. Obesitasoperationer sannolikt missvisande på grund av rapporteringsbrister.

Liksom tidigare noteras inget entydigt samband mellan produktionsökning och minskning av antalet väntande.

Kort om väntetidsåtgärder

- Produktion och konsumtion av vissa väntetidsåtgärder redovisas detaljerat i tabellbilagan.
- Såväl inom landet som inom regionen finns det en betydande variation i hur ofta kirurgiska ingrepp utförs. En variation som mer avspeglar olika indikationer än skillnader i sjuklighet..
- Samspelet mellan väntande och produktionen är komplicerat och påverkas av många faktorer bland annat prioriteringar och praxis.
- Redovisning och analys uppdelat på kvinnor respektive män saknas.

Kvalitetsuppföljning - medicinska resultat och uppföljning

Detta avsnitt ger en översikt av aktiviteter inom området uppföljning av kvalitet inom hälso- och sjukvården ur ett regionalt perspektiv. I detta avsnitt utvecklas kortfattat redovisning av kvalitetsmått från olika källor som i de flesta fall är öppet tillgängliga. Urvalet strävar efter att belysa viktiga områden där Öppna Jämförelser och den regionala indikatorförteckningen varit styrande. Uppgifterna är i stor utsträckning kommenterade. Det är dock inte en komplett redovisning med ovanstående normer som utgångspunkt.

Källor: För de flesta avsnitt används nationella kvalitetsregisters årsrapporter. Detta innebär en eftersläpning av data eftersom de i allmänhet redovisar ett år under efterföljande höst. När det gäller det nationella diabetesregistret och Svenskt Njurregister har data från 2008 inhämtats direkt från registren. Detta arbetssätt innebär mycket kort tid från det att data kan levereras till denna rapports färdig-

ställande varför de praktiska möjligheterna att utvidga detta arbetssätt är begränsade. Det krymper också möjligheterna att hinna med analyser, avstämningar med berörda och med nya frågeställningar som genererats. I tabell H-1 listas de indikatorer som ingår i Öppna Jämförelser och redovisas på vilken plats i Verksamhetsanalys som data finns återgivna på regional nivå.

Nationella Diabetesregistret, NDR.

I Sverige har omkring 4 procent av befolkningen, 360 000 individer diabetes. För personer över 80 år är prevalensen nära 20 procent. Kvinnor och män drabbas i samma omfattning. Man beräknar att ca 90 procent av all diabetes utgörs av typ 2.

Diabetessjukdomen har betydande ekonomiska konsekvenser. Förutom direkta kostnader för kontroll och behandling av själva diabetessjukdomen svarar den för en stor del av kostnaderna inom ögonsjukvård, njursjukvård och vård för hjärt-kärlsjukdomar. Ca 8 % av de direkta sjukvårdskostnaderna har angetts orsakas av diabetes och följd-sjukdomar.

De nationella riktlinjerna för diabetes har presenterats under året och ett regionalt ägaruppdrag har utarbetats för införande i regionen.

Det Nationella Diabetesregistret (NDR) är det enda kvalitetsregister som har en betydande användning i primärvård. Registret innehåller data från behandlande enheter om patienter som har diabetes. NDR registrerar ett flertal data på varje patient som kan sammanställas som mått på kvalitet och grad av måluppfyllelse i förhållande till riktlinjer. Registret redovisar det senaste uppmätta värdet för en patient under året om det finns flera uppgifter. Det innehåller också data om hur patienten behandlas vilket kan ge en uppfattning om hur väl behandlingsriktlinjer efterlevs. VGR är huvudman för det nationella diabetesregistret.

Det är knappast möjligt längre att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete avseende diabetes utan det verktyg som NDR erbjuder. Särskilt viktigt blir registret därför att det omfattar en så stor patientgrupp där sjukdomen har konsekvenser för vården inom ett stort antal specialiteter.

Täckningsgrad:

Årets registerrapport är ännu inte färdigställd men föregående års rapport talade för god täckningsgrad för diabetes typ 1 men sämre för typ 2 diabetes i primärvård, ca 50 %.

Täckningsgrad för diabetesregistret ingår i indikatorer för målrelaterad ersättning för både sjukhus och primärvård för 2011. Data kring täckningsgrad kommer att tas fram i samband med detta. Tidigare har täckningsgrad varit svår att mäta i primärvård på grund av brister i diagnossättningen i primärvård. Men mellan 2008 och 2009 har antalet individer med diabetesdiagnos i primärvård ökat med 37 %, sannolikt till följd av att diagnossättning stimulerats av ersättningssystemet. Det kraftigt förbättrade förutsättningar för bestämning av täckningsgrad.

Diabetesregistret bedömde VGR som bästa landsting för sjukhusens rapportering 2008 och något under genomsnittlig för primärvård.

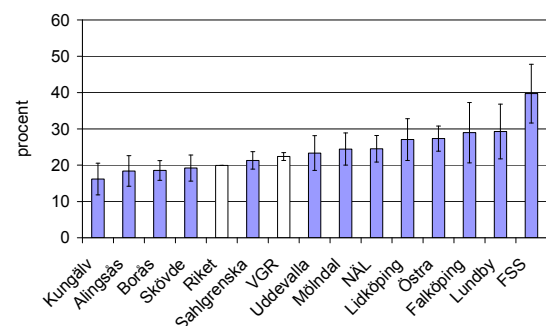
Totalt sett var VGR 4:e bästa landsting i rapportering baserat på prevalensdata från läkemedelsregistret.

Diabetesmottagningar vid sjukhus

Data i diabetesregistret är bäst jämförbara för medicinkliniker där täckningsgraden är hög. Den allt bättre anslutningen av primärvård förbättrar jämförbarheten även här.

Viktiga indikatorer är måluppfyllelse för blodsockerkontroll, blodtryck och kontroll av höga lipider i blod eftersom goda nivåer väsentligt minskar risken för långtidskomplikationer.

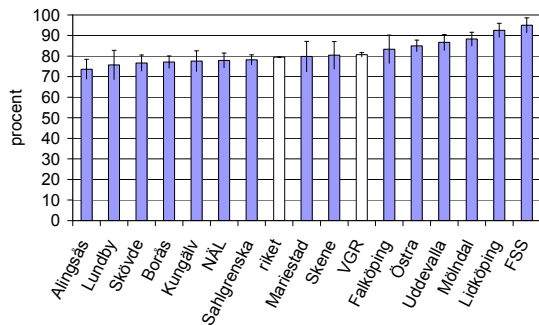
Ett av de värden som registreras i NDR är HbA1c. Det är ett blodprov som visar hur väl blodsockret är kontrollerat över en längre tid, ca 3 månader. God blodsockerkontroll minskar risken för komplikationer. Som indikator har NDR redovisat andel patienter med HbA1c under eller lika med 6,0 %. Det är ett högt uppsatt mål som majoriteten inte uppnår. I figur H-5 anges hur väl behandlingsmålet har uppnåtts vid diabetesmottagningarna vid sjukhusen i VGR.



Figur H-1. Andel av patienter med typ 1 diabetes som uppnått behandlingsmålet HbA1c \leq 6,0 %, 2009. Patienter 18-74 år.

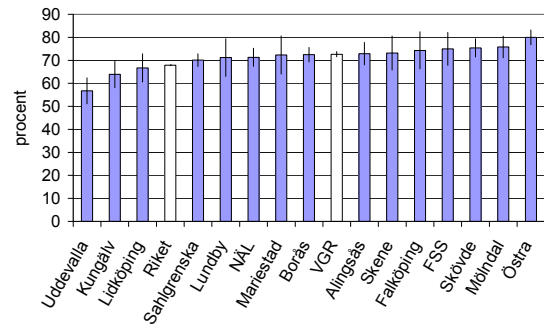
Figuren visar att det är fler patienter som uppnår behandlingsmålet, HbA1c \leq 6%, i VGR än i riket och att de flesta enheter överträffar riksgenomsnittet.

Ett nytt mått i den regionala indikatorförteckningen är den andel som har $HbA1c \leq 8\%$. Det är ett mått på de som har rimligt bra blodsockerkontroll, ju högre procent ju bättre.



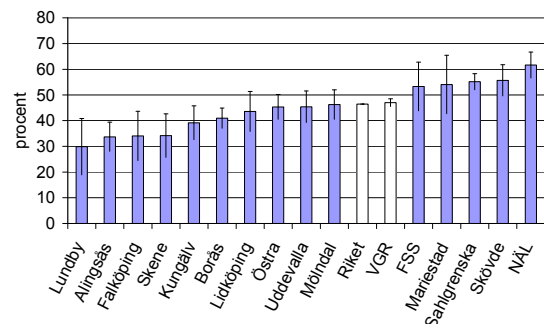
Figur H-2. Andel av patienter med typ 1 diabetes som uppnått behandlingsmålet $HbA1c \leq 8,0\%$, 2009. Patienter 18-74 år.

God blodtrycksbehandling är mycket viktigt för att förhindra utvecklingen av komplikationer som hjärtinfarkt, stroke och död, men även småkärlsjukdom som drabbar ögon, njurar och nervsystem.



Figur H-3. Andel av patienter med typ 1 diabetes som uppnått behandlingsmålet blodtryck $\leq 130/80$ mm Hg, 2009. Patienter 18-74 år.

De flesta enheterna överträffar riksgenomsnittet.



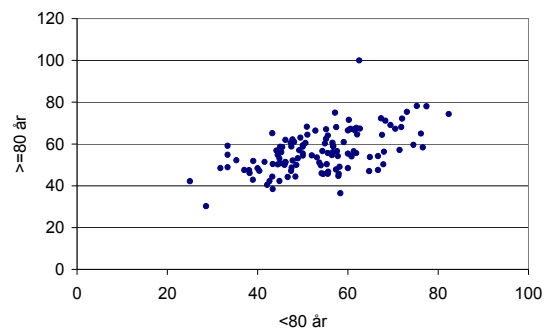
Figur H-4. Andel av patienter med typ 1 diabetes som uppnått behandlingsmålet LDL-kolesterol $\leq 2,5$ mmol/l, 2009. Patienter 30-74 år.

Genomsnittet för regionen motsvarar genomsnittet för riket.

Primärvård

Nedan redovisas resultat för kvalitetsindikatorer för primärvård för respektive HSN-område. I den kommande uppföljningen inom VG-primärvård kommer redovisning att ske för utfall på vårdcentralnivå.

Registreringen från primärvård har ökat påtagligt från 2008 till 2009, från 32 400 till drygt 36 000 individer. Av dessa var 81 % under 80 år. I det följande redovisas data för alla åldrar även om det kan finnas skäl att exkludera de allra äldsta i jämförelser eftersom de i stor utsträckning kan ha andra sjukdomar och individuella mål. De påverkar dock resultat i jämförelser förhållandevis lite. Figur H-5 visar andelen som uppnår målet $HbA1c < 6\%$ för individer yngre än 80 år och lika med eller äldre än 80 år för vårdcentraler i VGR.

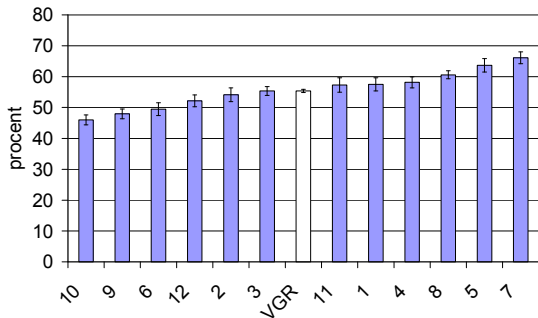


Figur H-5. Relationen mellan andel av patienter typ 2 diabetes som uppnår mål för $HbA1c (<6,0\%)$ som är 80 år och äldre eller yngre än 80 år. Vårdcentraler med mer än 100 patienter.

Bilden visar god överensstämmelse mellan måluppfyllelsen för dessa båda patientkategorier.

Någon jämförelse med riksgenomsnitt har inte kunnat göras i denna rapport. Nivåerna för de flesta indikatorer kan inte jämföras med resultaten redovisade ovan per sjukhus eftersom det är frågan om en

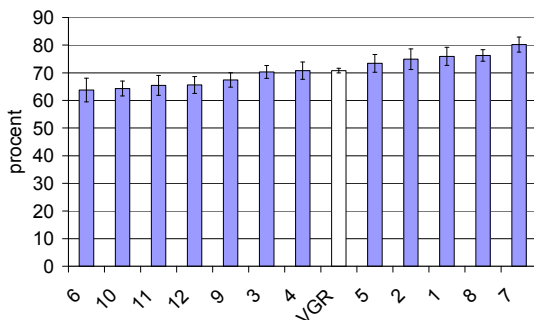
helt annan patientgrupp. Inom primärvården behandlas nästan uteslutande typ 2 diabetes med debut efter 30 års ålder. En del av dessa behandlas vid medicinkliniker men det är då svårare sjuka patienter där det är svårare att uppnå mål. Resultaten för dessa har inte redovisats i föregående avsnitt utan endast typ 1 diabetes behandlade vid medicinkliniker.



Figur H-6. Andel av patienter med typ 2 diabetes, primärvård, som uppnått behandlingsmålet HbA1C <math><6,0\%</math> 2009. Per HSN.

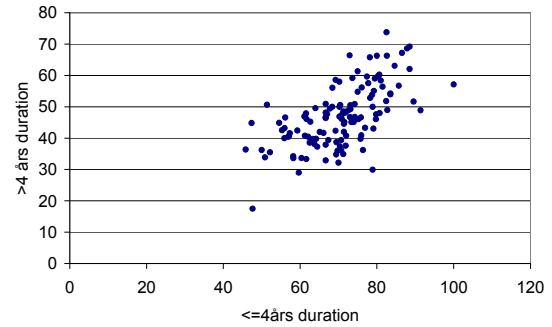
En indikator som kommer att ingå i uppföljningen inom VG-primärvård är graden av blodsockerkontroll för patienter med nydebuterad diabetes. I socialstyrelsens nya riktlinjer poängteras särskilt vikten av intensivare behandling av nydebuterad diabetes.

Figur H-6 visar utfallet för denna indikator per HSN.



Figur H-7. Andel av patienter med typ 2 diabetes, primärvård, som uppnått behandlingsmålet HbA1C <math><6,0\%</math> Patienter med diabetesduration <math><5</math> år. 2009. Per HSN.

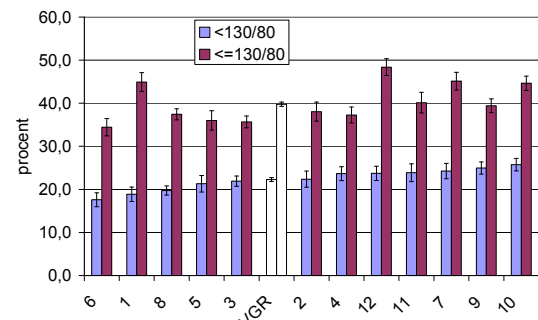
Rangordningen liknar den som gäller alla patienter. I figuren nedan visas sambandet mellan andelen patienter som har HbA1c <math><6\%</math> för de som har en diabetesduration 4 år eller kortare och de som har längre duration, på vårdcentralnivå.



Figur H-8. Andel av patienter med typ 2 diabetes, primärvård, som uppnått behandlingsmålet HbA1C <math><6,0\%</math> Patienter med diabetesduration ≤ 4 år och >4 års duration. Vårdcentraler 2009.

Det finns en relativt god överensstämmelse mellan måluppfyllelse för de båda patientgrupperna.

Graden av god blodtrycks kontroll är väsentligt sämre för den kategori patienter som behandlas inom primärvården. Ett vanligt sätt att beskriva den är andel med blodtryck under 130/80 mm Hg. Det är också den indikator som finns i de nya nationella riktlinjerna för diabetes. Den kommer att ingå i VG-primärvård. För sjukhusen används indikatorn $\leq 130/80$ mm Hg. I figuren nedan redovisas båda indikatorer för primärvård.

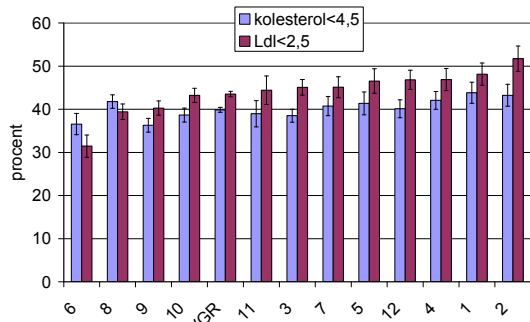


Figur H-9. Andel av patienter med typ 2 diabetes, primärvård, som uppnått behandlingsmålet blodtryck <math><130/80</math> eller $\leq 130/80$ mm Hg 2009.

Det finns en betydelsefull skillnad mellan utfallet för dessa mått. Rimligen avspeglar det i vilken utsträckning man avrundar resultat i samband med själva blodtryckstagningen. Andelen som uppnår målbloodtrycket <math><130/80</math> mm Hg är 22,3 %. Om gränsen sätts till $\leq 130/80$ mm Hg är andelen 39,8 %.

Orsaken till den lägre måluppfyllelsen för patienter i primärvård jämfört med sjukhusvård är att det är patienter med typ 2 diabetes där högt blodtryck ofta är en del av sjukdomsbilden.

Nedan redovisas andelen som uppnår behandlingsmålet total-kolesterol <math><4,5</math> mmol/l och LDL-kolesterol <math><2,5</math> mmol/l.



Figur H-10. Andel av patienter med typ 2 diabetes, primärvård, som uppnått behandlingsmålet kolesterol <4,5 mmol/l och LDL-kolesterol<2,5 mmol/l 2009.

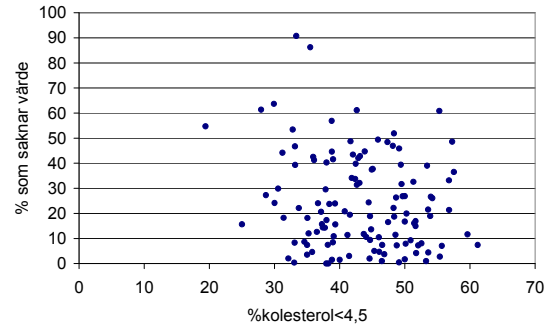
Det har skett vissa förbättringar sedan 2008. störst förbättring ses för HSN 1 och 2.

För ett betydande antal patienter saknas det uppgift om kolesterol eller LDL-kolesterolbestämningar. Bortfallet för enskilda patienter redovisas i tabell H-1.

Tabell H-1. Andel registrerade patienter i NDR som saknar uppgift om kolesterol eller LDL-kolesterol.

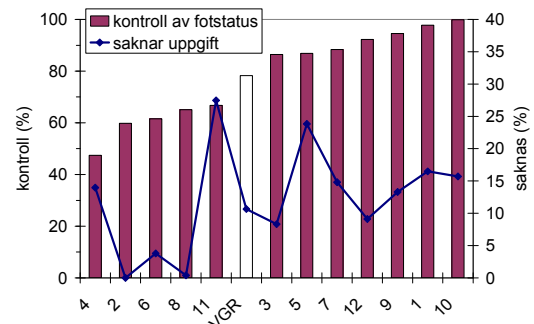
HSN	Saknas uppgift (%)
10	4,8
9	7,3
12	18,6
3	19,4
7	20,6
VGR	23,1
2	24,9
1	25,7
4	26,2
5	29,5
8	32,6
6	37,8
11	43,3

Det finns skillnader mellan de olika områdena i regionen. Det är möjligt att detta kan påverka uppnådda resultat. Om det vore så att patienter med bra värden kontrolleras mer sällan vid vissa enheter så skulle det leda till att dessa enheter har falskt dålig måluppfyllelse eftersom det då framförallt är de med höga värden som kontrolleras. Det finns dock inget samband mellan antalet patienter med uppgift om kolesterolvärde och andel som når målvärde.



Figur H-11. Relationen mellan andel av patienter typ 2 diabetes, primärvård, med kolesterol <4,5 mmol/l, och andel patienter som har uppgift om kolesterol. Vårdcentralet i VGR 2009 med mer än 100 patienter. ($r=-0,18$)

Om undersökning av patientens fötter har gjorts är en relevant indikator. Resultatet per HSN redovisas i figur H-12.



Figur H-12. Andel av patienter med typ 2 diabetes, primärvård, där kontroll av fotstatus har gjorts 2008.

Det finns en betydande variation som inte helt låter sig förklaras av brister i registreringen.

Hur väl man lyckas med behandling av blodtryck, sockerkontroll och blodfetterubbingar har en mycket stor betydelse för patientens risk för komplikationer. I figuren nedan har givits ett sammansatt mått för indikatorerna andel som uppnått mål för blodtryck, kolesterol och HbA1c. Det redovisas per hälso- och sjukvårdsnämnd. För varje indikator har resultatet i nämndområdena rankats från 12 (bäst) till 1. Dessa rangnummer har sedan summerats för varje nämndområde.

Genusperspektiv

Indikatorerna som nämnts ovan har delats upp på kvinnor och män för primärvård

Tabell H-2. Andel (%) av patienter, kvinnor/män som uppnår behandlingsmål 2009. Typ 2 diabetes primärvård. Föregående års värden inom parentes.

	män	kvinnor
HbA1c<6,0 %	54,4 (53,9)	56,6 (55,2)
Blodtryck <130/80 mm Hg	22,6	21,9
Blodtryck ≤130/80 mm Hg	41,0 (39,2)	38,2 (36,8)
LDL- Kolesterol<2,5 mmol/l	45,4	41,1
Total- Kolesterol<4,5 mmol/l	45,0 (44,0)	33,1 (31,4)

I samtliga jämförelser mellan åren ses väsentliga förbättringar. Det noteras vissa skillnader mellan könen. Tydligast är graden av måluppfyllelse för kolesterol där den är väsentligt högre hos män trots att andelen behandlade är förhållandevis lika. Skillnader kan t.ex. bero på olikheter i ålder och olikheter i utgångsvärden som inte låter sig bedömas här. Skillnaden kan motivera en fortsatt analys.

Kort om NDR

- Det Nationella Diabetes Registret (NDR) är ett viktigt instrument för kvalitetsuppföljning inom diabetesvården
- Anslutningsgraden till registret fortsätter att öka.
- För viktiga mått som andel som når målvärden för blodtryck, blodsocker och blodfetter ses betydelsefulla förbättringar.
- Det finns inomregionala variationer av betydelse
- Kvaliteten i omhändertagande i primärvård har störst betydelse eftersom de flesta patienter behandlas i primärvård och är ett viktigt område för kvalitetsuppföljning i primärvård.
- Fördjupad analys av konstaterade könsskillnader kommer att påbörjas.

Nationellt register för barn- och ungdomsdiabetes, SWEDIABKIDS

Den näst vanligaste kroniska sjukdomen bland barn är diabetes. I Sverige insjuknade 818 barn före 18 års ålder i diabetes år 2009. Ca 7800 barn med diabetes tas om hand på barndiabetesmottagningar i landet och 1360 av dessa barn bor i Västra Götaland. Barnen sköts vid sjukhusens barnkliniker av speciella barndiabetesteam bestående av specialistläkare, diabetessjuksköterska, dietist, kurator och psykolog. I Västra Götaland finns 6 mottagningar för barn med diabetes. Normalt rekommenderas att barnen gör fyra besök per år hos läkare och diabetessjuksköterska.

SWEDIABKIDS har funnits sedan år 2000 och har Västra Götalandsregionen som huvudman. Det är ”ett på många sätt unikt register” (SKL, 2008) med ett utvecklat beslutstöd inbyggt i kvalitetsregistret. Registret genererar automatiskt standardstatistik där den egna enhetens resultat jämförs med nationella data on-line. Samtliga uppgifter är både sökbara och exporterbara för vidare bearbetning. Från 2008 är registret webb-baserat. Täckningsgraden har i flera år varit mycket hög. Från år 2007 ingår samtliga barn i landet i registret.

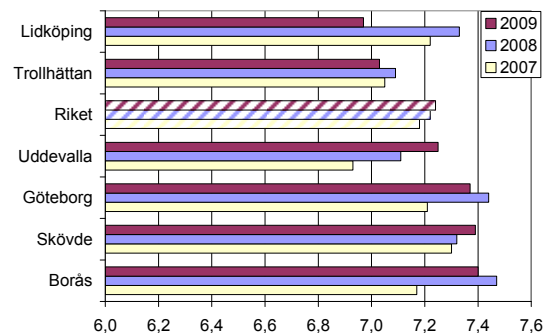
Vid diabetes är en god kontroll av blodsockret viktigt för att förhindra såväl akuta som kroniska komplikationer av sjukdomen. HbA1c anges i procent och är ett mått på hur blodsockret legat under de senaste 6-8 veckorna. Ett lägre värde innebär en lägre risk för komplikationer. Generellt sett har flickor och pojkar i yngre åldrar relativt lika HbA1c medan flickorna har högre HbA1c än pojkarna i tonåren. HbA1c-värdet varierar med åldern och det är därför svårt att ange en nivå som alla barn bör uppnå. Amerikanska diabetesassociationen (ADA) har 2008 föreslagit följande målnivåer (översatta till svenska värden):

Tabell H-3. Målnivåer (enl. ADA) för HbA1c i olika åldrar. Källa: SWEDIABKIDS.

Ålder i år	Målnivå
0 - 6	>6,7 och <7,8
6 - 12	<7,3
13 - 19	<6,7 helst <6,2

Det är lättare att nå bra blodsockerkontroll för barn som har kvar egen insulinproduktion (är i remission). I nedanstående figur redovisas HbA1c-värden för barn som inte längre har egen insulinproduktion, definierat som att de har ett insulinbehov överstigande 0,5 enheter/kg. Av figuren framgår att under 2007 var HbA1c klart lägre vid flera av klinikerna i Västra Götaland än under de senaste 2 åren. Ökningen är större än för genomsnittet i landet. Äldre

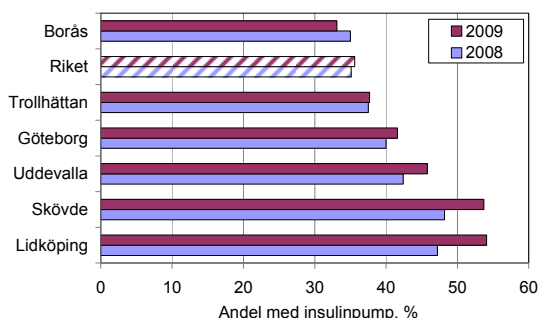
barn har genomsnittligt högre nivå än yngre men en förändrad ålderssammansättning kan inte förklara skillnaderna. Av regionens kliniker låg 2009 två under och övriga över riksgenomsnittet. Lidköping har 2009 lägsta nivån på 5 år och Trollhättan ligger stabilt lågt. Men övriga kliniker låg lägre tidigare under 5-årsperioden. Spridningen över landet är dock stor. Lägst medelvärde år 2008 och 2009 hade Växjö (HbA1c 6,2 %) och högst låg Gällivare på 7,9 %. Viktigt att notera är att vid små kliniker, som t.ex. Gällivare, kan medelvärdet påverkas väsentligt av enstaka patienters höga värden.



Figur H-13. Klinikmedel-HbA1c (2007 - 2009) för patienter med insulinbehov över 0,5 E/kg, d.v.s. de har helt förlorat förmågan till egen insulinproduktion. Observera att skalan inte börjar på 0. Källa: SWEDIABKIDS.

Tillförsel av insulin med hjälp av en s.k. insulinpump är ett sätt att efterlikna den normala funktionen hos bukspottkörteln. Med vanlig behandling ges insulinet vid 3-6 tillfällen per dag med s.k. insulinpenna. Pumpen däremot kan programmeras och avger insulin i hundratals doser per dag. Det ger förutsättningar för en mer kontrollerbar tillförsel av insulinet. Syftet är att uppnå mindre svängningar i blodsockret. Pumpen gör också att det blir smidigare att ta extra doser under dagen och barnet kan få en friare livsstil. Det krävs dock täta kontroller av blodsockret vid pumpbehandling. Pumpen kan krångla på olika sätt vilket ganska snabbt kan leda till höga blodsockervärden och s.k. syraförgiftning (ketoacidosis) med behov av sjukhusvård. Jämfört med diabetespatienter som använder insulinpenna har dock de som använder pump något högre HbA1c. Antalet barn som använder pump ökade under början av 2000-talet men har de senaste åren legat på 27-29 %. Variationen mellan kliniker är stor (<10 % till 55 % av barnen).

Vid de flesta barndiabetesmottagningar i Västra Götaland är användningen av insulinpump över genomsnittet för landet (Figur H-14). Under 2009 ökade användningen ytterligare.



Figur H-14. Andel patienter, i %, som använde insulinpump 2008 och 2009. Källa: SWEDIABKIDS.

För att förhindra senkomplikationer är det viktigt med en bra kontroll av bl.a. blodtrycket, speciellt när barnen börjar bli lite äldre. Normalt varierar blodtrycket med både ålder och kön vilket försvårar den kliniska bedömningen av vad som är ett förhöjt respektive normalt blodtryck. Därför finns i SWEDIABKIDS ett beslutstöd så att blodtryckets avvikelser från det normala direkt visas i samband med att värdena registreras. Införandet av webbversionen av registret år 2008 har inneburit att följsamheten till vårdprogrammet ökat vilket exemplifieras här av att andelen barn som fått sitt blodtryck kontrollerat har ökat. Klinikerna i Västra Götaland hör till de som mäter blodtrycket mer ofta (Tabell H-4).

Tabell H-4. Andel, i %, av barn över 9 år som fått blodtrycket kontrollerat minst en gång under 2007-2009. Källa: SWEDIABKIDS.

Klinik	Andel, %		
	2007	2008	2009
Lidköping	88	94	90
Skövde	83	89	84
Göteborg	90	71	83
Borås	44	68	81
Trollhättan	57	67	80
Uddevalla	49	90	67
Riket	63	73	77

Barn och ungdomar med diabetes skall ha en normal tillväxt. En hög insulintillförsel leder till övervikt. Det är nödvändigt att noggrant kunna följa längd, vikt och BMI-utvecklingen under uppväxten. Tillväxtdiagrammet utgör därför en viktig komponent i kvalitetsregistret SWEDIABKIDS.

Kort om SWEDIABKIDS

- Täckningsgraden är 100%.
- Registret har ett välutvecklat inbyggt beslutstöd.
- Under 2008-2009 har flera av klinikerna i VGR ett högre HbA1c-värde än tidigare och den ökningen är större än den ökning som skett i landet som helhet.
- Andelen barn som använder insulinpump är hög.
- Andelen barn som får blodtrycket kontrollerat har ökat markant sedan webb-versionen av registret togs i bruk.
- Statistik och analys för flickor respektive pojkar redovisas inte i denna rapport.

Nationella kvalitetsregistret Riks-Stroke

Omkring 30 000 personer per år insjuknar i stroke, av dessa är mer än 80 % över 65 år. Upp till var femte person avlider av sin stroke och sjukdomen kräver i regel omfattande rehabiliteringsinsatser. Av registrerade i Riks-Stroke 2008 var 49% kvinnor och 51% män. Medelåldern för insjuknade och registrerade i Riks-Stroke var 78,3 år för kvinnor och 73,2 år för män. Dubbelt så många män som kvinnor insjuknar före 65 års ålder. Ålderssammansättningen varierar vid sjukhusen. Sahlgrenska med en specialiserad neuroenhet har lägst medelålder i övrigt är medelåldern tämligen lika.

Tabell H-5. Riks-Stroke 2008. Bakgrundsdata

	Ant Reg vtf	Medel-ålder	>=85 år %	Fullt vakna %
SU/Sahlgrenska	839	71	18	84
Borås	454	77	30	78
Möndal	300	78	35	89
NÄL	361	77	26	87
Skövde	376	76	27	82
Uddevalle/Ströms	293	78	32	82
Östra sjukhuset	445	78	34	86
Alingsås	236	76	27	78
Falköping	115	80	30	80
Mariestad	66	81	39	94
Skene	119	78	34	82
Lidköping	215	78	32	80
Kungälv	245	76	18	86
Riket	24459	76	26	82

Riks-Stroke anger att sedan år 2000 har antalet förstlagångsinsjukanden (efter åldersjustering) sjunkit med ca 10% för både män och kvinnor. Nedgången gäller främst äldre. Att såväl förstlagångs som återingsjuknanden i stroke minskat tolkar skriver registeransvariga att tyder på framgångar för såväl primär- som sekundärprevention av stroke.

Det svenska kvalitetsregistret för strokesjukvård Riks-Stroke har funnits sedan 1994. I Riks-Stroke registreras information om patienter med stroke som vårdats på sjukhus. Det innebär att de som dör utanför sjukhus, hanteras polikliniskt eller inom kommunernas särskilda boenden inte ingår. Registret innehåller även data som insamlats efter vårdepisoden om t.ex. funktionsgrad och boende. Samtliga sjukhus i regionen rapporterar till Riks-Stroke

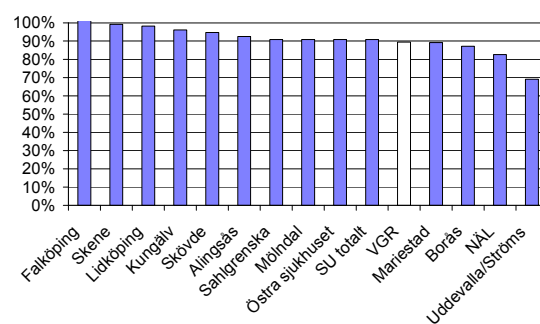
Datakällor för föreliggande uppföljning är årsrapporten från Riks-Stroke, november 2009 där 2008 års data presenteras. Utdrag ur registren för respektive sjukhus i regionen kommer att redovisas senare under året i webprofil för strokevård.

Täckningsgrad

På nationell nivå redovisar registret 24 459 strokeinsjuknanden i landet 2008. För Västra Götalands-

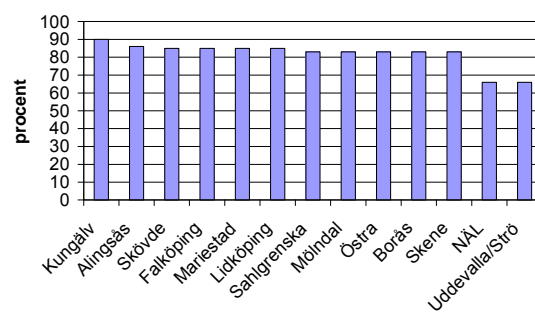
regionens sjukhus redovisas 4 064 vilket utgör 16,6% av registrerade 2008.

Tidigare har anslutningsgraden beräknats utgående från att vårdtillfällen med stroke som förstadiagnos, exklusive återinläggningar inom 28 dagar, identifierats i den regionala vårddatabasen. Dessa har ställts i relation till antalet registrerade i Riks-Stroke. Beräknad täckningsgrad med denna metod (som används för den regionala uppföljningen av täckningsgrad) visar att de flesta sjukhusen en täckningsgrad över 90%. Sjukhusen i Borås och NÄL/Uddevalle redovisar en lägre täckningsgrad



Figur H-15. Andel av patienter som vårdats för stroke som registrerats i Riks-Stroke 2008. Källa Vega.

Då Riks-Stroke numera samkör registret mot urval förstlagångsstroke ur patientregistret har vi i denna rapport valt att även redovisa uppföljning enligt registrets metod för uppföljning av täckningsgrad, se figur H-16 nedan. Av regionens sjukhus är det bara NÄL och Uddevalla/Strömstad som inte når upp till riksnivån 83%.

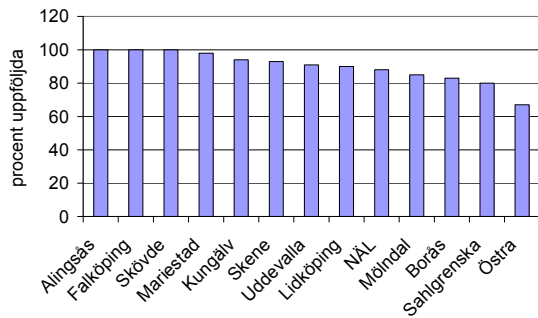


Figur H-16. Andel av patienter som vårdats för stroke som registrerats i Riks-Stroke 2008. Källa Riks-Stroke.

Denna redovisning kommer att kompletteras med ytterligare uppföljning när tillgång till 2009 års data ur Riks-stroke finns. Kompletteringen kommer att redovisas i webprofil.

Men det är inte bara täckningsgraden som är viktig utan också datakvaliteten. Uppföljningsdata saknas fortfarande för var tredje patient på Östra sjukhuset och för varannan patient på Sahlgrenska

Andelen uppföljda patienter för respektive sjukhus visas i figur H-17



Figur H-17 Andel strokepatienter med tremånadersuppföljning. Avser år 2008. Källa Riks-Stroke.

Det finns ett för stort bortfall i registreringen av patienter i akutskedet men också i tremånadersuppföljningen för några av regionens sjukhus.

SU har ett större bortfall än övriga sjukhus i regionen. Lägst andel registrerade har Sahlgrenska Östra som dels registrerar ca 80 % av strokefallen och för dessa patienter redovisar ytterligare ett bortfall på 20 % i tremånadersuppföljningen.

Bristande registrering kan ibland ge svårigheter att jämföra resultat mellan sjukhus. Till detta kommer att uppgifter kan saknas för enskilda variabler. Det gör att vissa indikatorer bara kan vara jämförbara för hälften av sjukhusen. Så finns det t.ex. ett bortfall i registreringen av trombolys på SU/Sahlgrenska där trombektomierna inte registreras i Riks-Stroke. Andra faktorer som måste vägas in i tolkningen av resultat är: I vilken utsträckning registreras patienterna utanför strokeenhet? I vilken utsträckning registreras stroke som inträffar i terminalskedet av annan allvarlig sjukdom?

Resultat

Diagnoser

I Vega har år 2009 registrerats 4 922 västragötlänningar slutenvårdats med akut stroke som huvud- eller bidiagnos i slutenvård, varav ungefär hälften män. År 2008 var antalet 5 154.

I åldrarna 1-79 år fick 968 kvinnor och 1 539 män stroke under år 2009, vilket motsvarar ungefär hälften av samtliga stroke. Mer om strokeförekomst finns att läsa i avsnitt konsumtion, hjärt- kärlsjukdomar.

Vanligaste stokediagnosen är cerebral infarkt eller blodpropp i hjärnans kärl, som registrerades för drygt 80 % av patienterna (ICD-kod I63). Ungefär var tionde strokepatient får i stället en blödning i hjärnan (ICD-kod I61). Hos en liten andel av patienterna har orsak inte angetts till stroke (ICD-kod I64). Det kan bero på felaktig diagnos, svårigheter

att fastställa orsaken eller på att tillräcklig diagnostik inte genomförts.

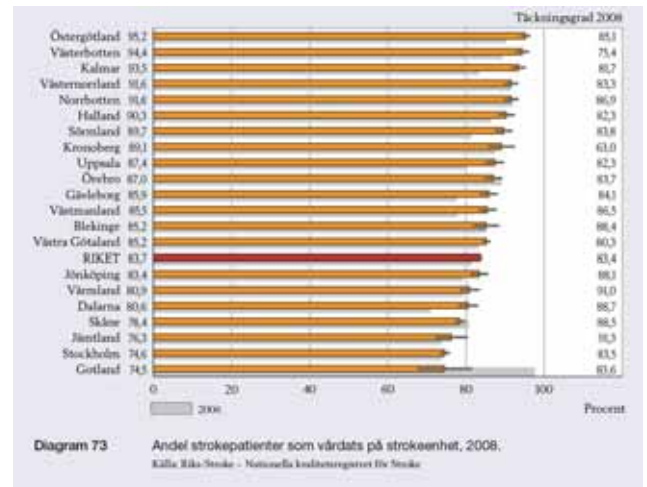
Riskfaktorer

Riskfaktorer för stroke såsom högt blodtryck, förmaksflimmer, diabetes och rökning registreras i Riks-Stroke. Mer än varannan strokepatient (60%) i registret behandlades för högt blodtryck vid inskrivning, var tredje har förmaksflimmer och var femte patient var diabetiker. TIA registrerades hos strax under 10%.

Vård på strokeenhet

Vård på särskild strokeenhet²¹ minskar dödligheten och ger bättre rehabilitering för stokedrabbade. Vård på strokeenhet har prioritet ett i strokeriktlinjerna. I Sverige vårdades 2008 drygt 84 % av patienterna på strokeenhet. Det kan dock vara en överskattning eftersom det är sannolikt att patienter som vårdas på strokeenhet i högre grad rapporteras till Riks-Stroke.

84,1% av kvinnor med stokediagnos och 86,2% av männen med stokediagnos vårdades på strokeenhet i Västra Götaland under 2008. Motsvarande andel för riket var för kvinnor 82,5% och män 84,9%.

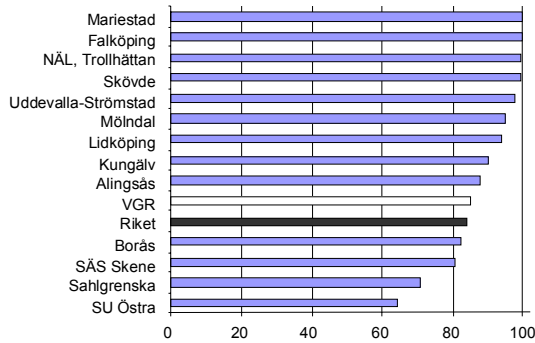


Figur H:18 Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet, 2008. Källa: Riks-Stroke i ÖJ.

Ur Öppna Jämförelser framgår att 85,2 % av patienterna på Västra Götalandsregionens sjukhus vårdades på strokeenhet ett resultat som är bättre än riksgenomsnittet (83,7%).

I figur H-19 nedan redovisas andel vårdade på strokeenhet per sjukhus.

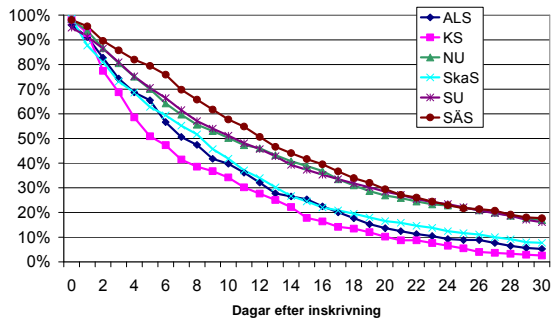
²¹ För definition av strokeenhet se tabellbilaga



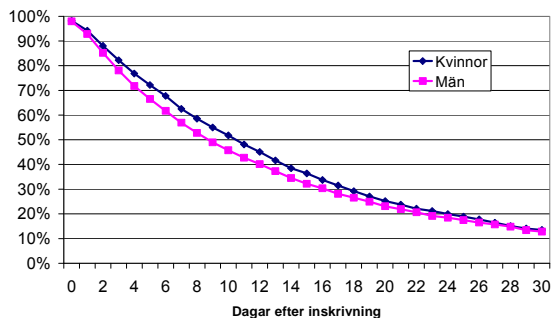
Figur H-19 Andel vårdade på strokeenhet per sjukhus
Källa: Riks-Stroke 2008 i Öppna Jämförelser 2009.

Vårdtid

Vårdtidens längd speglar såväl praxis som lokala förhållanden i vårdkedjan och varierar mellan regionens sjukhus. I figur nedan framgår hur stor andel av strokepatienterna som är kvar på sjukhuset i förhållande till vård dag efter inskrivningen.



Figur H-20. andel av patienter med stroke I61, I63 och I64 som är kvar på sjukhuset i förhållande till vård dag efter inskrivningen, 2009. Källa: VEGA.



Figur H-21. Kvinnor/Män Andel av patienter med stroke I61, I63 och I64 som är kvar på sjukhuset i förhållande till vård dag efter inskrivningen, 2009. Källa: VEGA.

Bilden H-20 visar att Kungälv, Alingsås och SKAS skiljer sig från övriga sjukhus med förhållandevis tidig utskrivning från sjukhus. Andelen kvarliggande patienter efter en vecka varierar mellan 45 och 75 %, efter två veckor mellan 25 och 45 % och efter tre veckor mellan 10 och 30 %. Vårdtidens längd skiljer något mellan män och kvinnor (H-21).

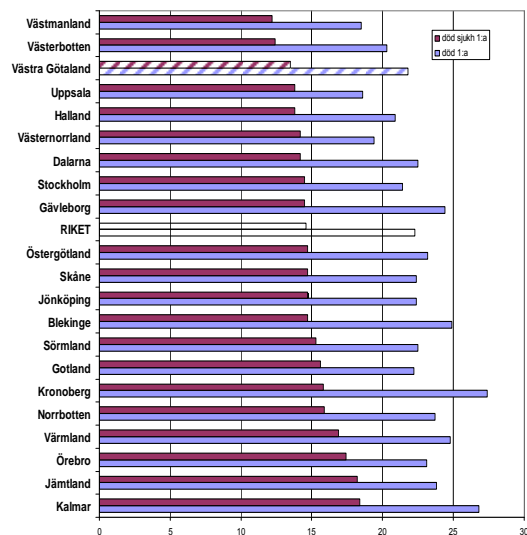
Mortalitet

Mortaliteten kan följas i Riks-Stroke men bör tolkas med stor försiktighet och kan inte bedömas på sjukhusnivå. Riks-Stroke anger i sin årsrapport att ”analyser av Riks-Stroke data från Västra Götaland har lyft fram problemen med andelen avlidna som mått vid kvalitetsjämförelser mellan sjukhus, särskilt då effekterna av bristande täckningsgrad.

...Osäkerheten beträffande ett selektivt bortfall av tidigt avlidna patienter vid vissa sjukhus har gjort att Riks-Stroke har avstått från att göra jämförelser av överlevnad mellan sjukhus. Vi anser att osäkerheten fortfarande är så stor att några rättvisande jämförelser inte kan göras”

Landstingsjämförelser kan dock vara relevanta. I Öppna Jämförelser för 2009 redovisas andelen döda inom 28 dagar som en viktig kvalitetsindikator. Data är då hämtade ur patientregistret samt dödsorsaksregistret. Urvalet är åldersstandardiserat.

I figur nedan visas andelen döda inom 28 dagar efter förstagångsstroke dels alla dels sjukhusvårdade. I tabellen redovisas även per sjukhus.



Figur H-22 Andel döda inom 28 dagar efter förstagångsstroke (blå) 2005-2007 och efter sjukhusvårdad förstagångsstroke 2006-2008 (röda staplar). Åldersstandardiserade värden. Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen i ÖJ 2009

Andelen döda efter sjukhusvårdad förstagångsstroke är lägre i Västra Götalandsregionen jämfört med riket. Andelen döda såväl vårdade på sjukhus som döda utanför sjukhus är i nivå med riket.

Andelen döda efter sjukhusvårdad förstagångsstroke, åldersstandardiserade värden per sjukhus redovisas i tabell H-x. Uppgifterna är hämtade ur Öppna jämförelser. Tabellen indikerar att det kan finnas skillnader mellan sjukhusen. Notera dock att den statistiska osäkerheten för mindre sjukhus är betydande. Ingen justering för sjukdomsgrad har gjorts.

Tabell H-6 Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad förstagångsstroke, 2005-2007 respektive 2006-2008. Åldersstandardiserade värden. Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen. ÖJ 2008 och 2009.

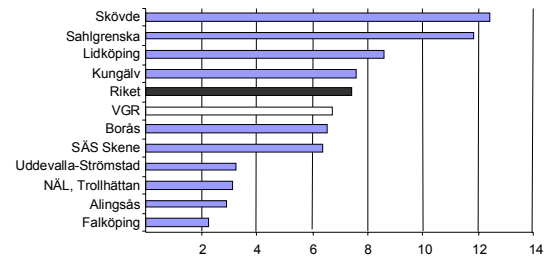
	Procent	procent
	2005-2007	2006-2008
Skaraborgs Sjukhus		15,6
Kungälv's sjukhus		14,9
Alingsås lasarett		14,2
Sahlgrenska Universitetssjukhuset		13,0
Södra Älvsborgs Sjukhus		13,0
NU-sjukvården		12,6
VGR	13,5	13,5
Riket	14,7	14,6

Not. Ingen justering för sjukdomsgrad har gjorts. Den statistiska osäkerheten för mindre sjukhus är betydande.

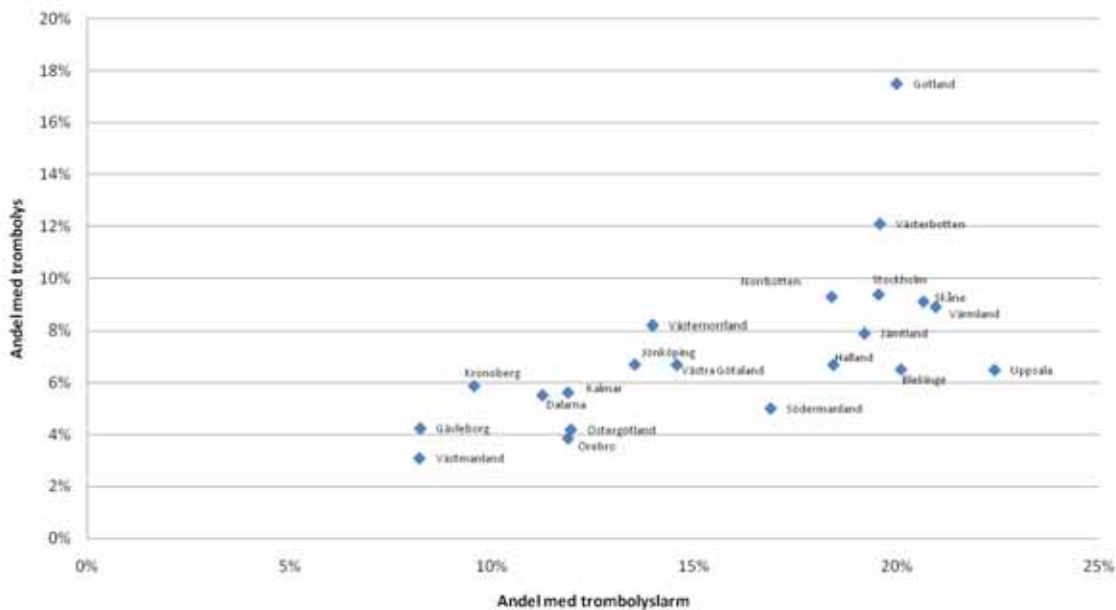
Trombolys

Det förekommer olika typer av farmakologisk behandling i samband med stroke. Viktigt och aktuellt är trombolysbehandling.

Trombolys är en högprioriterad och evidensbaserad behandling. Behandlingen måste ges inom 4,5 timme efter insjuknandet varför god kunskap om strokesymtom hos befolkningen, snabb transport till sjukhus och god organisation och kompetens på sjukhuset är avgörande för möjligheten att genomföra behandlingen. Ju tidigare behandlingen genomförs desto bättre prognos. För 2008 redovisas 265 larm och 120 patienter som fått trombolys. En uppföljning av trombolysbehandling per sjukhus kommer att redovisas i webprofil under hösten.



Figur H-23 Andel i målgruppen som fått trombolys vid stroke Källa: Riks-Stroke i Öppna Jämförelser 2009

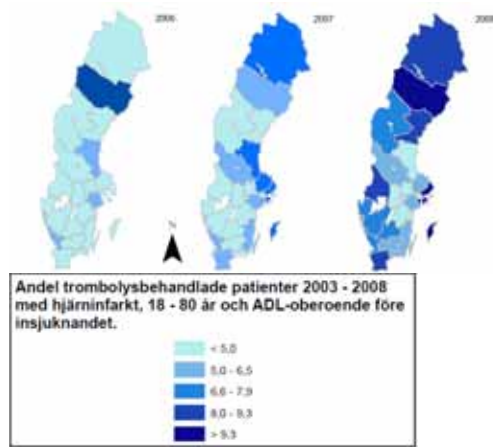


Figur H-24 Samband mellan andel patienter med trombolyslarm och andelen patienter som behandlats med trombolys i målgruppen hjärninfarkt 18-80 år. Varje symbol representerar ett landsting. Riks-Stroke 2008

Trombolys är en relativt ny teknik vars användning bör öka. Här finns en betydande förbättringspotential. Strokerådet uppskattar att en ökning med 200 % är rimlig att nå (från 125 behandlingar 2008 till 385 behandlingar 2010-2011) Beräkningen inkluderar att trombolysfönstret förlängts till 4,5 timmar.

I Västra Götalandsregionen redovisas Riks-Stroke att knappt 15% av patienterna i målgruppen larmades för trombolys och andel i målgruppen som fick trombolys redovisas till ca 6,5%. Stockholm och Skåne har högre andel trombolyslarm och högre andel trombolysbehandlade.

Figur H-25 nedan illustrerar ökningen av trombolysbehandling per landsting och år



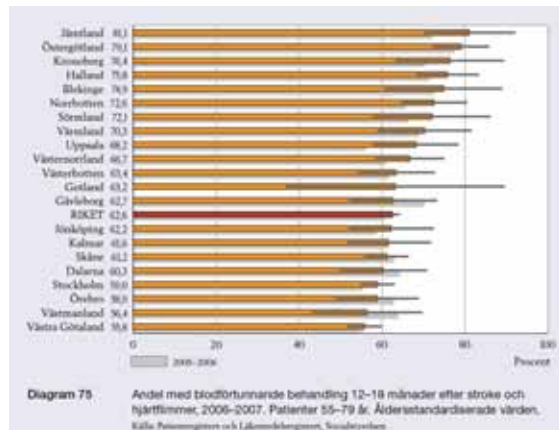
Figur H-25. Andel trombolysbehandlade patienter 2006-2008 med hjärninfarkt, 18 -80år och ADL-beroende före insjuknandet (bilden är beskuren) Riks-Stroke 2008

Sekundärprevention vid stroke

Antikoagulantia

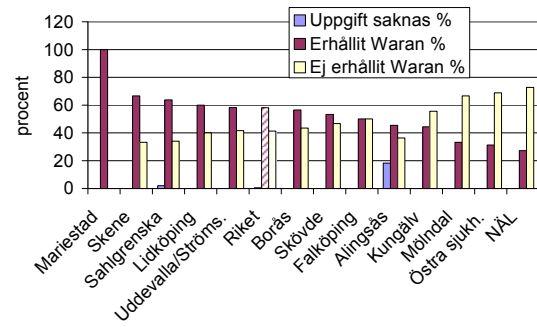
En annan etablerad behandling är antikoagulantia-behandling (blodförtunnande) till de patienter som haft hjärninfarkt och har förmaksflimmer. Sådan behandling förebygger nya hjärninfarkter.

Socialstyrelsens uppföljning av förskrivningen av Waran visar på nationella variationer men också en lägre förskrivning i VGR jämfört med riket.



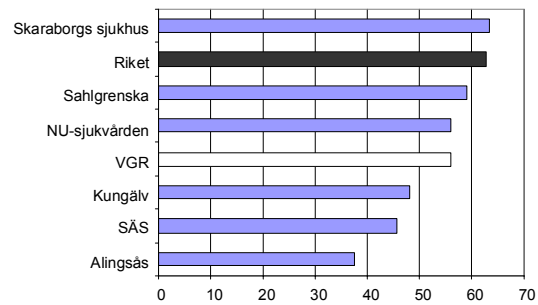
Figur H-26 Andel (%) strokepatienter med förmaksflimmer som hade blodförtunnande behandling efter 12-18 månader, 2006 - 2007. Åldersstandardiserade värden. Källa: ÖJ 2009.

Förskrivningen inom regionen varierar. NÄL skriver ut minst och Sahlgrenska, Mariestad och Skene skriver ut mest.



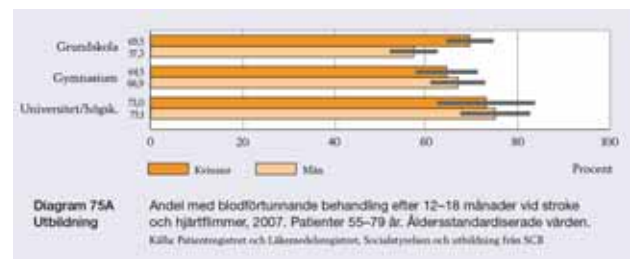
Figur H-27. Jämförelser mellan sjukhus av andelen patienter under 75 år med hjärninfarkt och förmaksflimmer som vid utskrivning från sjukhus behandlas med perorala anti-koagulantia (warfarin). Källa: Riks-Stroke 2008

Öppna jämförelser har följt förskrivningen per sjukhus i Läkemedelsregistret för strokepatienter. Endast Skaraborgs sjukhus har en högre förskrivning än rikssnittet.



Figur H-28. Blodförtunnande behandling vid stroke och förmaksflimmer - andel strokepatienter med förmaksflimmer, 55-79 år som har fått blodförtunnande behandling PAR och Läkemedelsregistret

Data från öppna jämförelser visar på en lägre användning av blodförtunnande behandling i Västra Götaland jämfört med övriga landsting. Detta förklaras till största delen av låg förskrivning till män. Ur öppna jämförelser framgår också för riket en lägre förskrivning till män med grundskoleutbildning jämfört med män med högskoleutbildning. Det kan vara så att detta till viss del förklaras av annan sjuklighet som gör att warfarinbehandlingen är kontraindicerad.



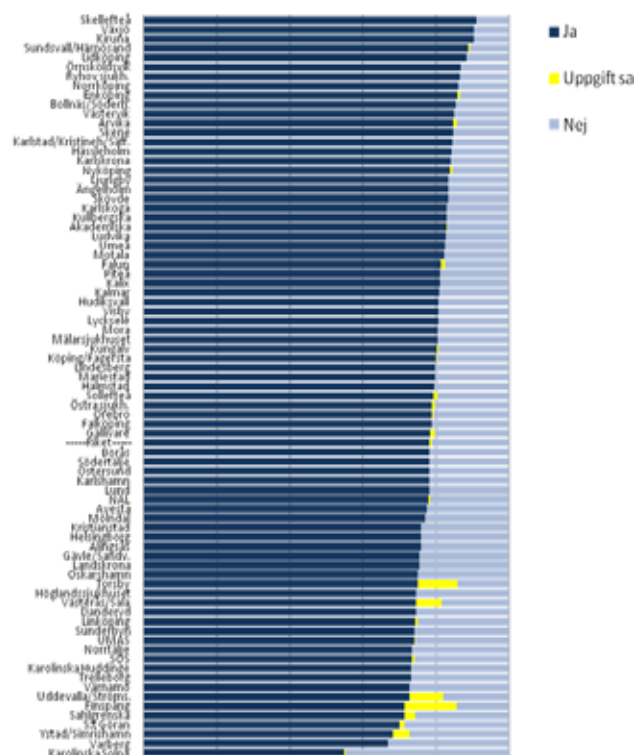
Figur H-29 Andel blodförtunnande behandling efter 12-18 månader vid stroke och hjärtflimmer 2007. Patienter 56-79 år. Åldersstandardiserade värden. ÖJ 2009.

Riks-Stroke redovisar att förskrivningen av perorala antikoagulantia till män respektive kvinnor över 75 år skiljer sig åt, med en 50% högre förskrivning till män än till kvinnor. I öppna jämförelser hade 61,7% av kvinnorna och 63,8% av männen blodförtunnande behandling efter stroke och förmaksflimmer för åldrarna 55-79 år. Dessa data är åldersstandardiserade.

Blodtryckssänkande behandling

En av de viktigaste behandlingarna för att förhindra stroke är blodtrycksbehandling. Behandling med generiska ACE-hämmare och diuretika har prio 2 i nationella riktlinjerna.

Blodtryckssänkande behandling till patienter med genomgången stroke eller TIA medför signifikant reduktion i risk för att återinsjukna i stroke. För riket hade 78,2% av patienterna blodtryckssänkande behandling vid utskrivningen (77,6 % 2007). Högre andel jämfört med riket skrivs ut med blodtrycksmedicin från Skaraborgs Sjukhus, Skene, Kungälv och Östra Sjukhuset. Övriga sjukhus i regionen redovisar en något lägre andel utskrivna med blodtrycksmedicin än riket.



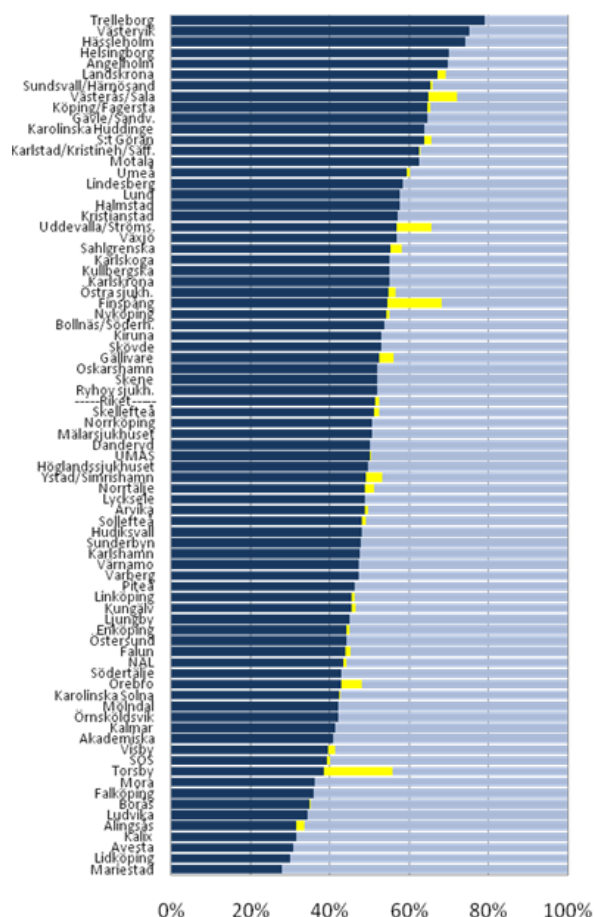
Figur H-30. Andel strokepatienter som skrivs ut med anti-hypertensiva vid utskrivning (oavsett typ) Källa: Riks-Stroke 2008. (www.riks-stroke.org för tydligare bild)

Kolesterolsänkande behandling

Kolesterolsänkande behandling med statiner har visat sig kunna förebygga återfall särskilt hos högriskpatienter. Blodfettsänkande läkemedel bör därför användas både vid höga och vid normala

värden. I riktlinjerna ges sekundärpreventiv behandling med statiner prioritet 3, en prioritet som rör generiska statiner. Behandling med dyrare, icke-generiska statiner ges däremot låg prioritet. Användningen av lipidsänkare visas i figuren nedan.

Behandling med lipidsänkare varierar mellan sjukhusen. Riks-Stroke anger att en orsak till de relativt stora praxisskillnaderna kan vara att det vetenskapliga underlaget tidigare inte ansetts vara så starkt. Det vetenskapliga underlaget för statinbehandling har dock stärkts vilket resulterat i märkbart ökad förskrivning av lipidsänkare vid utskrivning från regionens sjukhus liksom i riket. Uddevalla/Strömstad, Sahlgrenska, Östra och Skövde har högst förskrivning medan Mariestad Lidköping Alingsås Borås har lägsta förskrivningen i regionen. Uppföljning av lipidsänkare publiceras på webben under hösten 2010.



Figur H-31 Förskrivning av statiner per sjukhus. Källa Riks-Stroke 2008 (www.riks-stroke.org för tydligare bild)

Fler män än kvinnor behandlas med lipidsänkare (enligt årsrapport den enda enskilda läkemedelsgrupp där andelen behandlade klart skiljer bland män och kvinnor) En möjlig orsak kan vara att de i högre utsträckning har samtidig hjärtsjukdom där indikation för behandling med lipidsänkare föreligger. Andelen som fått behandlingen med lipidsänkare är högre för män än för kvinnor. (Riks-Stroke)

årsrapport). Registerhållarna menar dock att med ny vetenskaplig dokumentation om statineffekter efter hjärninfarkt finns ingen anledning till att könsskillnaderna ska bestå.

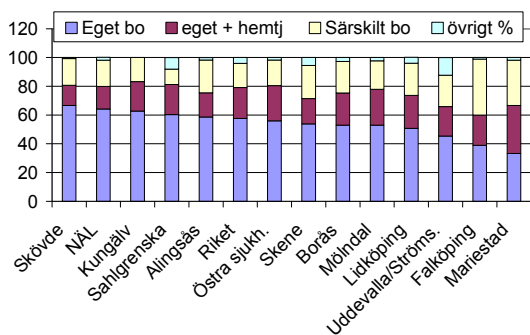
Uppföljning av behandlingsresultat

Uppföljning av strokevården görs dels i akutskedet dels efter tre månader. I tremånadersuppföljningen finns som tidigare nämnts ett bortfall utöver det bortfall som finns i andel registrerade varför data bör tolkas med försiktighet.

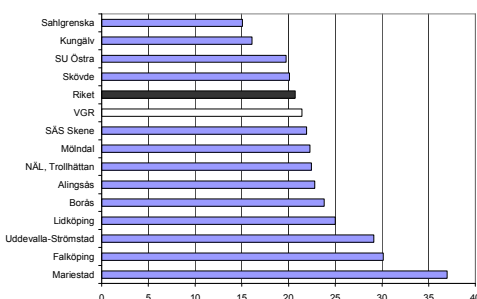
Sjukhusen/enheterna SU Sahlgrenska, SU Mölndal och SU Östra redovisar ett bortfall i tremånadersuppföljningen på över 15 %. Bäst är Skövde och Alingsås med inget bortfall utan uppföljning på 100%. Se figur H-17

Registret innehåller olika mått på hur rehabilitering lyckats. Dit hör hur många som återvänder till eget boende och behov av hjälp i det dagliga livet.

Västra Götalandsregionen ligger i nivå med riket. Det finns inomregionala skillnader vilka visas nedan. I figur H-32 visas andel som bor i eget boende utan hjälp och eget boende med hemtjänst samt i särskilt boende. I figur H-33 visas rapporterad funktionsförmåga efter stroke per sjukhus mätt som andel helt ADL beroende. Det är oklart hur stor andel som förklaras av ålder och sjukdomsgrad.



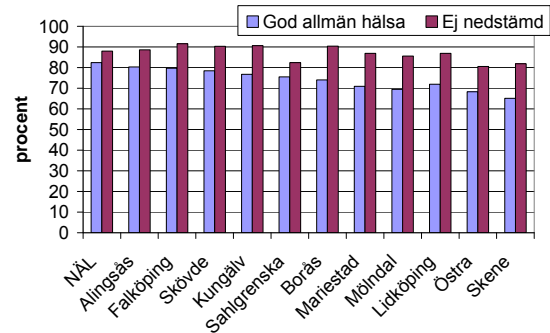
Figur H-32 Boendeform 3 månader efter insjuknande. Källa Riks-Stroke 2008



Figur H-33 Funktionsförmåga efter stroke – andel strokepatienter som var ADL-beroende tre månader efter akutfasen. Riks-Stroke i ÖJ 2009.

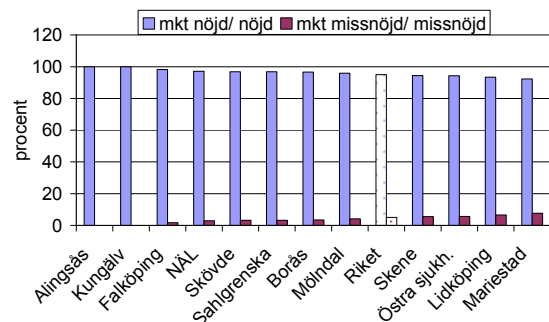
I Riks-Stroke's årsrapport anges andel som var helt eller delvis beroende av hjälp och stöd till 60% av

männen och 75% av kvinnorna över 75 år samt för åldersgruppen under 75 år till 39% av männen och 50% av kvinnorna.



Figur H-34 Jämförelse mellan sjukhus åren 2006-2008 av andel patienter som 3 månader efter strokeinsjuknandet uppger sin allmänna hälsa vara god eller mycket god och andelen som ej känner sig nedstämda (de som vid 3 månader svarat att de aldrig/nästan aldrig eller ibland känner sig nedstämda) Källa Riks-Stroke 2008

I tremånadersuppföljningen tillfrågas patienterna om de är nöjda med rehabiliteringen. Strokerehabiliteringen har en mycket hög andel nöjda patienter.

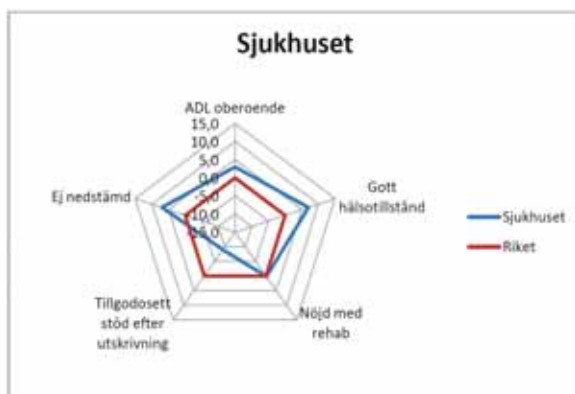


Figur H-35 Andel nöjda med rehabiliteringen. Källa Riks-Stroke 2008.

Frågor om patientnöjdhet besvaras ca 3 månader efter insjuknandet. Många patienter har kognitiva störningar eller afasi. Enkäter besvaras i varierande utsträckning av anhöriga och vårdpersonal. Denna indikator kan inte bedömas säkert i ett regionalt perspektiv.

Riks-Stroke's uppföljning innehåller spindeldiagram för varje sjukhus med information om upplevt hälsotillstånd, nöjdhet, stöd efter utskrivning, nedstämdhet och ADL-beroende, figur H-36. Respektive sjukhusdiagram redovisas i tabellbilagan.

www.riks-stroke.org.se



Figur H-36. För respektive sjukhus se tabellbilaga

Kort om Riks-Stroke

- Stroke är en av de mest resurskrävande sjukdomarna och det är den diagnos som kräver de flesta vårdplatserna.
- Riks-Stroke är ett nationellt kvalitetsregister med hög anslutningsgrad av svenska sjukhus. Det finns dock fortfarande skillnader i täckningsgraden och framförallt fullständigheten i rapporteringen vilket begränsar användningen för jämförelser mellan sjukhus och över tid.
- Data är fortfarande i första hand lämpade för verksamheter i deras eget uppföljningsarbete.
- Även om data för enskilda enheter inte kan jämföras utan särskild riktad analys lämpar de sig väl för underlag för beställar/utförardialog kring utfall.
- Registret är öppet för flera viktiga indikatorer, årsrapporten har utvecklats och ger bättre tolkningsvägledning men flera indikatorer är fortfarande inte tillgängliga.
- Sjukhusen i VGR har lägre användning av waran vid förmaksflimmer och blodfettsänkande behandling. Dessa behandlingar är viktiga för att förebygga återfall.
- Viktiga förbättringsområden är: Vård på strokeenhet, trombolysbehandling, Waran vid förmaksflimmer.
- Skillnader mellan könen kön redovisas i avseende insjuknande, behandling och resultat. Fördjupade analyser av könsskillnader kommer att genomföras.

Hjärtsjukvård och hjärtinfarktregistret Riks-HIA

I de senaste verksamhetsanalyserna har tyngdpunkten i redovisning och diskussion legat på Riks-HIAs kvalitetsindex. Västra Götalandsregionen som helhet liksom flertalet av sjukhusen har i det perspektivet haft en viss förbättringspotential för att uppnå det nationella genomsnittet.

Aktuell redovisning baseras på opublicerat material från kvalitetsregistret Riks-HIA avseende år 2009, liksom tidigare årsberättelser från Riks-HIA.

Principer för Riks-HIAs kvalitetsindex

Riks-HIA redovisar sedan några år tillbaka ett kvalitetsindex över sjukhusens följsamhet till nationella riktlinjer vid akut kranskärslssjukdom. Index baseras på nio högprioriterade åtgärder (prioritet 1-3), som rekommenderas till patienter yngre än 80 år med akut kranskärslssjukdom. De nio åtgärderna avser dels läkemedelsbehandling vid utskrivning (fem), dels interventioner för att återupprätta blodflödet i kranskärnen (reperfusion) i det akuta skedet (fyra).

I tidigare rapporter från Riks-HIA har sjukhus/enheter med minst tio patienter i målgruppen fått en poäng per åtgärd om en tillräckligt hög andel av patienterna behandlats i enlighet med nationella riktlinjer. Med tillräckligt hög måluppfyllelse har i detta sammanhang avsetts den nivå som de 25 % bästa sjukhusen uppnår. Ett sjukhus har alltså kunnat få ett index mellan noll och nio, beroende på sin relativa placering vid en nationell jämförelse.

Från och med Årsrapport 2007 har Riks-HIA i några viktiga avseenden modifierat sitt kvalitetsindex. Poängsättningen har nu tre nivåer (0, ½ eller 1 poäng) och poäng ges i relation till hur väl kliniken ifråga uppfyllt fördefinierade konsensusbaserade kriterier, vilket får anses betydligt mer rättvisande än tidigare relativa poängsystem.

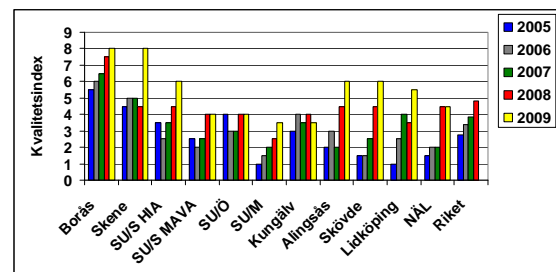
Liksom tidigare baseras index på följsamheten till nio åtgärder som nationellt rekommenderats med hög prioritet. I samtliga fall omfattas endast patienter yngre än 80 år och som dessutom har indikation för och saknar kontraindikationer mot åtgärden ifråga. Precis som tidigare kan alltså varje klinik få mellan noll och nio poäng. De poängbedömda medicinska åtgärderna är till stor del de samma som tidigare år och innefattar följande. Inom parentes anges gränsvärdet för halv respektive hel poäng.

- Reperfusionsbehandling vid hjärtinfarkt med ST-höjning eller grenblock (>80%, >85%)
- Start av reperfusionsbehandling inom rekommenderad tid, dvs primär PCI inom 90 och trombolys inom 30 minuter (>75%, >90%)
- Coronarangiografi vid hjärtinfarkt utan ST-höjning (>75%, >80%)
- Heparin, eller PCI inom ett dygn, vid hjärtinfarkt utan ST-höjning (>90%, >95%)
- ASA eller annan antikoagulationsbehandling efter hjärtinfarkt (>90%, >95%)
- Clopidogrel vid hjärtinfarkt utan ST-höjning (>85%, >90%)
- Betablockerare efter hjärtinfarkt (>85%, >90%)
- Lipidsänkare efter hjärtinfarkt (>90%, >95%)
- ACE-/A2-hämmare efter hjärtinfarkt (>85%, >90%)

När det gäller de bägge indikatorerna *reperfusionsbehandling vid hjärtinfarkt med ST-höjning eller grenblock* liksom *start av reperfusionsbehandling inom rekommenderad tid från första EKG* gäller en delvis modifierad bedömningsgrund. Poäng ges nämligen på landstings-/regionnivå och inte på klinikinivå och alla landstingets/regionens kliniker åsätts sedan samma gemensamma poäng. Orsaken till denna förändring är de svårigheter som finns att i Riks-HIA definiera hemklinik för denna patientgrupp där transporter mellan olika enheter är relativt vanligt förekommande. Det blir alltså i nuvarande utformning mer av ett värdkedjemått än ett klinkspecifikt mått.

Kvalitetsranking 2005-2009

Baserat på det kvalitetsindex som gäller från och med Riks-HIAs årsrapport 2007 (omräknat för tidigare år) redovisar figur H-37 utvecklingen per klinik åren 2005-2009.



Figur H-37. Kvalitetsindexpoäng per sjukhus/klinik år 2005-2009. För 2009 finns ännu inte riksgenomsnittet att tillgå. Källa: Riks-HIA Årsrapport 2007, Årsrapport 2008 samt opublicerade data 2009.

Som synes finns det i figur H-37 några betydelsefulla huvudbudskap att dröja vid.

De allra flesta sjukhus/kliniker förbättrar sin kvalitetsindexpoäng betydligt under tidsperioden. År 2008 och 2009 ter sig härvidlag särskilt positiva.

Det finns fortfarande en betydande variation mellan sjukhus/kliniker i Västra Götaland på ett sätt som rimligen inte enbart kan förklaras med hänvisning till olikartad patientsammansättning eller olika uppdrag.

Även om det allra flesta kliniker har fått avsevärt högre kvalitetspoäng så minskar samtidigt antalet som når över riksgenomsnittet. År 2005 var det fem kliniker, åren 2007 och 2008 tre kliniker varje år och 2009 en klinik som nådde över det nationella medelvärdet. För 2009 finns ännu inga nationella siffror tillgängliga. Kontentan blir, med reservation för 2009, att omvärlden verkar röra sig fortare framåt än vad vi gör i Västra Götalandsregionen.

Den gynnsamma utvecklingen de senaste åren visar tydligt det allvar med vilket hjärtsjukvården tagit sig an kvalitetsutmaningen. Sektorsrådet i hjärtsjukvård har ett specifikt uppdrag att aktivt stimulera sjukhus/kliniker till kardiologiskt kvalitetsarbete bland annat genom en särskilt utsedd regional kvalitetsamordnare. I arbetet ingår bland annat att utarbeta enhetliga rapporteringsrutiner till Riks-HIA.

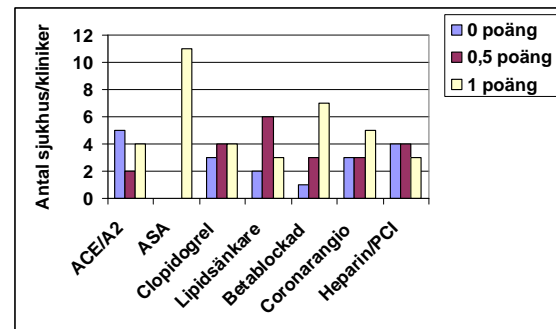
På SÅS har kardiologin under flera år jobbat aktivt med ett IT-stöd (*Boråsjournalen* i dagligt tal) som en del av det interna kvalitetsarbetet. De nationellt och regionalt mycket höga kvalitetsindex poäng som noteras för SÅS kan sannolikt delvis kopplas till detta IT-stöd. Parallellt med sektorsrådets kvalitetsarbete pågår därför en regional upphandlingsprocess av ett kardiologiskt beslutsstöd.

Som en del av hälso- och sjukvårdsavdelningens regelbundet återkommande controllingverksamhet ingår numera medicinska kvalitets- och säkerhetsfrågor. Hjärtsjukvården har under 2009 varit, och kommer under 2010 att vara, en viktig del av kvalitetsdialogen mellan hälso- och sjukvårdsavdelningen och sjukhusen.

Var finns förbättringspotentialen?

De bägge kvalitetsmåten *reperfusion behandling vid hjärtinfarkt* respektive *start av reperfusion behandling inom rekommenderad tid* poängsätts, vilket diskuterats ovan, på landstings/regionnivå. Västra Götalandsregionen uppnår 2009 en respektive noll poäng avseende dessa mått. Givet de principer som gäller vid uträkning av Riks-HIAs kvalitetsindex kan således ingen klinik i Västra Götaland få mer än åtta kvalitetspoäng 2009.

När det gäller de övriga sju kvalitetsvariabler som de enskilda sjukhusen/klinikerna direkt kan påverka själva redovisar figur H-38 poängfördelningen 2009.



Figur H-38. Antalet sjukhus/kliniker som 2009 fått 0, 0,5 eller 1 poäng per kvalitetsmått. Källa: Riks-HIA opublicerade data 2009.

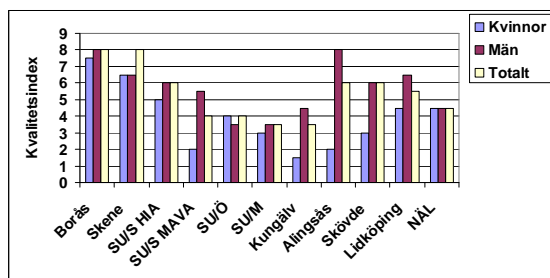
Bilden är mycket gynnsam när det gäller läkemedelsbehandling med ASA och betablockerare. Det finns däremot en tydlig förbättringspotential t ex när det gäller behandling med lipidsänkare eller heparin/ PCI inom ett dygn vid hjärtinfarkt utan ST-höjning. Jämfört med data för 2008 (redovisade i Verksamhetsanalys 2008) har alla delområden förbättrats utom just behandling med heparin/ PCI inom ett dygn vid hjärtinfarkt utan ST-höjning.

Genusperspektivet

De data från Riks-HIA 2009 som nedanstående redovisning bygger på baseras endast till en mindre del på kvinnor. Mellan en fjärdedel och en tredjedel av de inkluderade patienterna är kvinnor. Detta är delvis en avspeglning av att män drabbas av hjärtinfarkt i tidigare i livet än kvinnor, vilket får betydelse när kvalitetsindex endast avser patienter som är yngre än 80 år.

Detta innebär att för alla mått, utom de två regiongemensamma måtten på *reperfusion behandling vid hjärtinfarkt* liksom *start av reperfusion behandling inom rekommenderad tid* är antalet kvinnor per sjukhus/klinik mindre än 100 stycken. Detta betyder att varje kvinnlig patient som får eller inte får en viss behandling eller åtgärd påverkar enhetens värde med åtminstone en procentenhet eller mer.

Figur H-39 redovisar kvalitetsindexpoängen per sjukhus/klinik 2009 för kvinnor och män separat.



Figur H-39. Kvalitetsindexpoäng 2009 per sjukhus/klinik uppdelat per kön. Källa: Riks-HIA opublicerade data 2009.

Givets ovan diskuterade tolkningsramar väger det, med några undantag, relativt jämt mellan kvinnor och män. Att behandlingsintensiteten trots allt verkar vara något högre när det gäller manliga patienter hänger säkert delvis ihop med att dessa är yngre än kvinnorna och därmed i mindre grad riskerar att vara drabbade av ytterligare sjukdomar som försvårar eller omöjliggör viss behandling.

Detta innebär inte att det inte finns/kan finnas betydelsefulla skillnader mellan kvinnor och män inom hjärtsjukvården. Av *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2009* framgår att Västra Götaland ligger klart sämre än riksgenomsnittet när det gäller andelen kvinnliga patienter som avlidit inom 28 dagar efter sjukhusvård för hjärtinfarkt. I riket har 14,0 % av kvinnorna avlidit, att jämföra med 16,0 % i Västra Götaland. När det gäller män ligger Västra Götaland på samma nivå som riket i övrigt med 14,6 % respektive 14,8 %. En fördjupad analys av dessa data planeras i samverkan mellan analysenheten och centrum för jämställd vård.

Kort om hjärtsjukvård och Riks-HIA

- De allra flesta sjukhus/kliniker har förbättrat sin kvalitetsindexpoäng betydligt under senare år.
- Det finns fortfarande en betydande variation mellan sjukhus/kliniker i Västra Götaland.
- Även om de allra flesta kliniker har fått avsevärt högre kvalitetspoäng, så minskar samtidigt antalet som når över riksgenomsnittet, vilket indikerar att omvärlden förändras snabbare än Västra Götalandsregionen.
- En fördjupad analys av könsskillnader planeras.

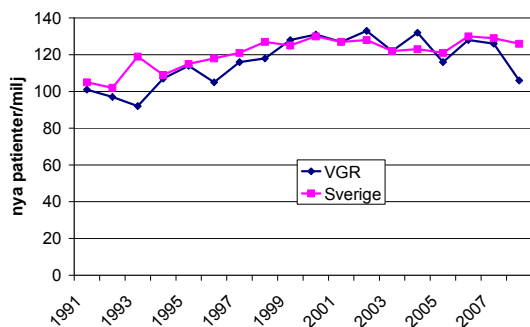
Svenskt NjurRegister (SNR)

Dialysvård är en livsuppehållande behandling för patienter med otillräcklig njurfunktion. Det rör sig om knappt 3 600 i Sverige varav ca 580 patienter i VGR (2008). Av dessa har ca 71 % s.k. bloddialys som ges med dialysmaskin, vanligen på en dialysavdelning. De resterande 29 % av patienterna behandlas med så kallad peritonealdialys där patienten som regel behandlar sig själv i hemmet.

Trots att det rör sig om förhållandevis få patienter så är resursåtgången betydande och motsvarar t.ex. den för vården av akuta hjärtinfarkter. Till dessa kostnader kommer kostnader för s.k. peritonealdialys.

Antalet dialyspatienter varierar kraftigt inom landet men VGR har ett för riket genomsnittligt antal. Inom regionen finns som tidigare en variation i antalet dialyspatienter. Skaraborg har tidigare haft över 50 % fler hemodialyspatienter än Södra Älvsborg i förhållande till befolkningen. Denna skillnad tenderar att utjämnas (Tabell H 7).

Från att ha varit konstant stigande har antalet patienter som tas i aktiv njursviktsbehandling planat ut (dialys och transplantation) Figur H-49.



Figur H-49 Antal nya patienter/miljon invånare 1991-2008. Sista årets siffror kan vara lägre pga att data inte ännu är tillförlitliga.

Även om antalet nya patienter i dialys är oförändrat de senaste åren men det har skett en ökning av patienter i dialys på grund av att dödligheten inom dialyspatientgruppen har minskat i VGR. Dödligheten har minskat de senaste tio åren trots att åldern på patienterna ökar vilket kan bero på förbättrad behandling. I Svenskt NjurRegister registreras behandlingsmål som har betydelse för patienternas prognos.

Svenskt NjurRegister är ett nationellt kvalitetsregister som omfattar bland annat patienter i dialysbehandling och registret redovisar numera ett flertal

variabler öppet. Genom ett samarbete mellan sektorsrådet för njursjukvård och hälso- och sjukvårdsavdelningen redovisas här ett antal variabler från enbart hemodialys från mätning hösten 2009.

Vid jämförelse av enheter är det viktigt att beakta olikheter i patientsammansättningen. De sjukhusanknutna enheterna tar oftast hand om patienter som startar i dialys och som senare överflyttas till sätellitavdelningar utanför sjukhusen. Det gäller framförallt enheten på SU/Sahlgrenska och enheten i Skövde. De data som samlas in om dialyskvalitet sker vid ett insamlingstillfälle och är därmed en ögonblicksbild av förhållandena just när datainsamlingen sker. Det gör att den statistiska osäkerheten är förhållandevis stor vid jämförelser mellan enheter.

Täckningsgrad

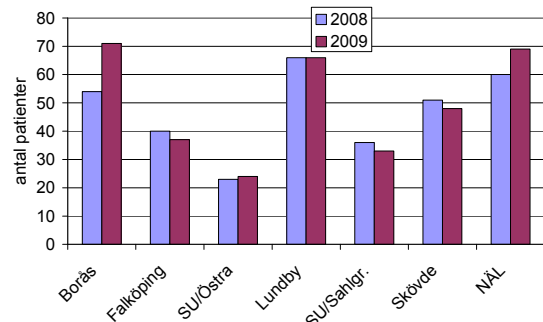
Täckningsgraden är sannolikt mycket god. Registreringen gäller de patienter som är i behandling just vid insamlingstidpunkten som är en gång per år. I tabellen nedan redovisas antalet registrerade patienter för områden i regionen.

Tabell H-7. Antal registrerade hemodialyspatienter i Svenskt Njurregister i VGR. För 2009 ges ungefärlig skattning av antalet patienter per miljon invånare.

	2006	2007	2008	2009
Borås	63	63	54	71(251)
Skaraborg	92	98	91	85 (332)
Göteborg	218	190	178	184 (250)
NU	81	59	60	69 (253)

I förhållande till folkmängd finns det flest dialyspatienter i Skaraborg. Södra Älvsborg har nu lika många patienter som övriga regionen.

Det är vanligare med män i hemodialys och de utgör 60 % av patienterna. Antalet patienter per enskild enhet redovisas nedan.



Figur H-50. Antal hemodialyspatienter per enhet registrerade i Svenskt Njurregister 2008-2009.

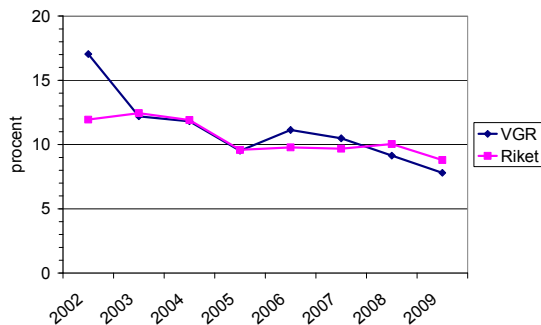
Den största enheten är dialysenheten vid Capio-Lundby sjukhus. Skene dialysenhet redovisar sina patienter tillsammans med Borås.

Registerdata

Registret innehåller ett flertal mått som kan stämmas av mot nationella värden och vedertagna riktlinjer och här ges några exempel.

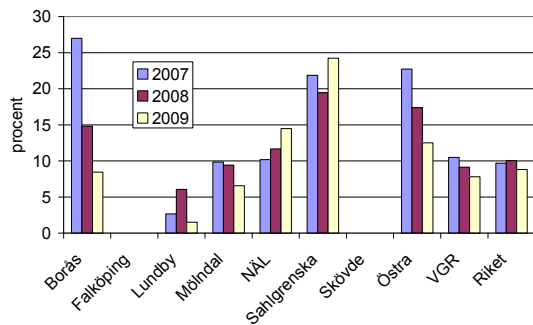
Dialysfrekvens

Ett viktigt måttetal är antalet behandlingar per vecka. Normalt rekommenderas tre behandlingar eller fler. Viss kvarvarande njurfunktion och långa resvägar kan göra att man istället föredrar två längre behandlingar. Men fler behandlingar har ett medicinskt värde i sig utöver den sammanlagda tiden per vecka. Antalet patienter med få behandlingar har minskat markant och de är nu färre än riket som helhet.



Figur H-51. Andelen (%) av patienterna som får färre än tre dialyser per vecka.

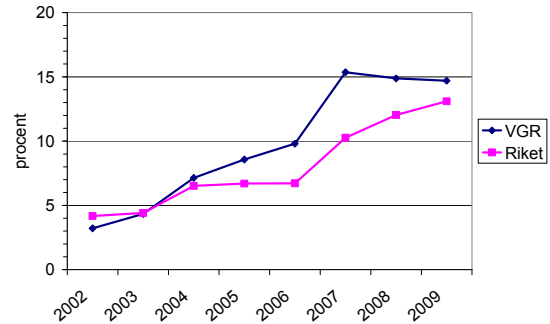
De individuella enheterna redovisas i figur H-52.



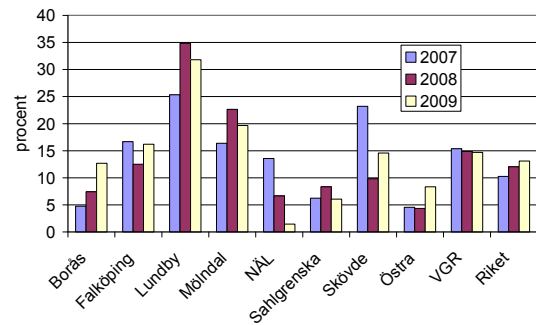
Figur H-52. Andelen (%) av patienterna som får färre än tre dialyser per vecka 2007-2009.

Det finns betydande skillnader i dialysfrekvens men skillnaderna tenderar att utjämnas. Särskilt Borås har minskat andelen med mindre än tre dialyser per vecka. Inga patienter i Skaraborg har mindre än tre behandlingar per vecka.

Tidigare har det skett en trend mot att fler patienter får tätare dialyser än tre per vecka. Det ses dock ingen skillnad mot 2007 men fortfarande får fler patienter täta dialyser i VGR än i Sverige som helhet.



Figur H-53. Andelen (%) av patienterna som får fler än tre dialyser per vecka.



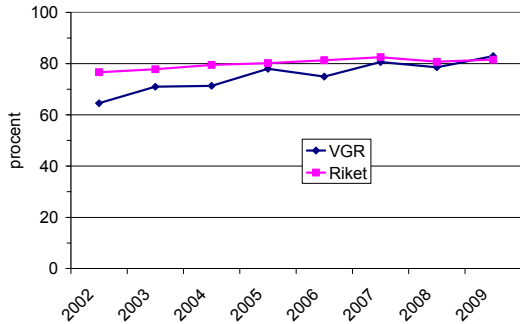
Figur H-54. Andelen (%) av patienterna som får fler än tre dialyser per vecka 2007-2009.

Lundby sjukhus avviker markant från övriga enheter med drygt en tredjedel av patienterna med fler än tre dialyser.

Dialyseffektivitet

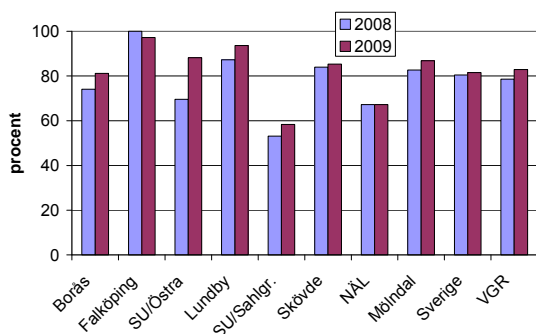
Mängden dialys skall anpassas efter patientens behov. Behovet kan bero på om det finns viss njurfunktion kvar och på patientens vikt. Ett måttetal för hur mycket behandling man ger en patient är hur mycket urinämnet i blod sjunker per behandling. I nationella riktlinjer fastställda av Svensk Njurmedicinsk Förening 2007 anges som måttal att urinämne i blod skall minska med >70% vid varje dialys för de patienter som får tre dialyser per vecka. Ett problem med detta mått är att det inte väger in hur många behandlingar per vecka patienten får.

Därför används allt mer måttet standardiserat Kt/V som i princip mäter samma sak - mängden dialys i förhållande till patientens storlek. I måttet ingår dialystiden, patientens storlek och dialysutrustningens effektivitet. Detta mått på dialysmängd rekommenderas överstiga 2. Andelen patienter som uppfyller målet redovisas i figuren nedan.



Figur H-55. Andel patienter med standardiserat Kt/V > 2. Riket = Sverige exkl. VGR.

Uppdelat per klinik ses vissa skillnader



Figur H-56. Andel patienter med standardiserat Kt/V > 2 för regionens sjukhus.

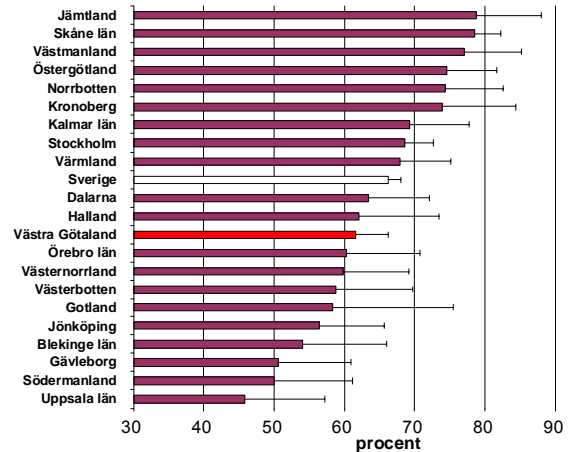
Samtliga patienter vid Falköpingsenheten uppnådde behandlingsmålet 2008 vilket torde vara unikt.

Tillgång till blodbanan för dialys

Vid dialys krävs tillgång till blodbanan för att rena blodet i en dialysmaskin. Den bästa metoden är att genom en förberedande operation förstora en av patientens egna blodådror, en så kallad AV-fistel, som kan användas vid dialys. Det ger färre komplikationer och patienten behöver inte besvärans av kvarliggande katetrar och det ger bättre möjlighet att ge tillräckligt med dialys. Kvarliggande katetrar är förenade med ökad sjuklighet och dödlighet i komplikationer. Blodförgiftning (sepsis) är en allvarlig komplikation där risken ökar kraftigt för de patienter som inte har en fungerande fistel.

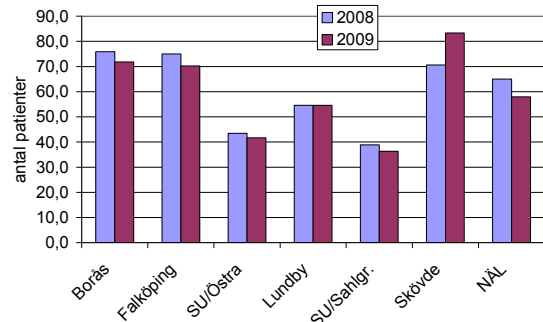
I vilken utsträckning patienter har en sådan beror bland annat av operationskapacitet, hur ofta operationen lyckas och hur handhavandet av fisteln sedan är.

I Sverige ses en generell nedgång i andelen patienter med fungerande fistel. VGR har något lägre värden än Sverige som helhet



Figur H-57. Andel av bloddialyspatienter som får sin behandling via en s.k. AV-fistel 2009.

Det finns stora skillnader mellan landstingen. Skåne som liknar VGR i antal patienter har särskilt goda resultat.

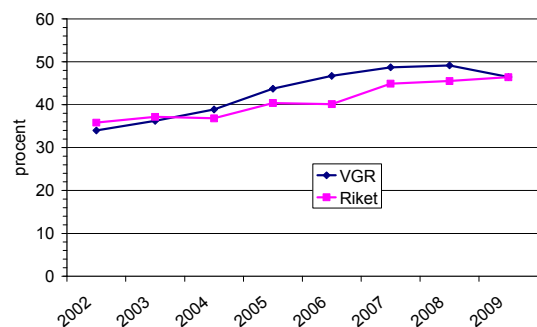


Figur H-58. Andel av bloddialyspatienter som får sin behandling via en s.k. AV-fistel 2008.

Falköping/Skövde tillhör de bästa enheterna i Sverige. Den lägsta andelen med fungerande fistel ses liksom tidigare i Göteborgsområdet.

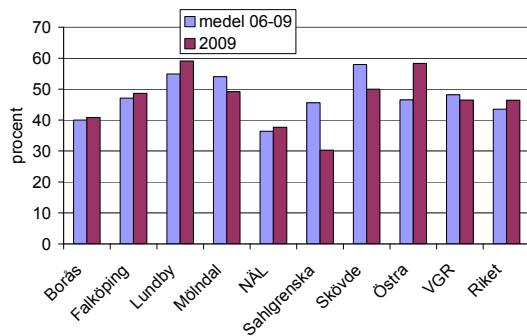
Blodtryck

En viktig behandlingsvariabel är blodtryck eftersom välbehandlat bödtryck speglar såväl god dialysbehandling minskar som risk för komplikationer.



Figur H-59. Andel av hemodialyspatienter som uppnår behandlingsmål för blodtryck (<140/90 mm Hg) Riket = Sverige exkl. VGR.

Graden av kontroll av blodtryck är bättre i VGR än riket som helhet. Det finns relativt stora variationer i regionen.



Figur H-60. Andel av hemodialyspatienter som uppnår behandlingsmål för blodtryck (<140/90 mm Hg).

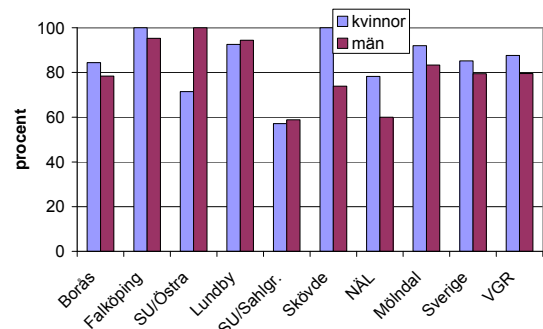
Sett över en längre tid ses skillnader inom regionen som kan vara betydelsefulla.

Övriga variabler

Svenskt njurregister innehåller ytterligare ett flertal jämförelsevariabler. Här finns t.ex. blodvärden. Njursvikt medför sämre förmåga att bilda hemoglobin och röda blodkroppar. Behandling sker därför med erythropoietin i samband med dialys. Njursvikt medför också andra rubbningar som korrigeras med dialysmängd men också läkemedel. Hit hör rubbningar i kalk-fosforbalans. Detta är viktiga variabler för patientgruppen men vi har valt att inte redovisa dessa här. Variationen är stor under året och en tvärsnittundersökning under en vecka speglar dåligt enheters resultat. Däremot är dessa data viktiga för enheternas eget kvalitetsarbete.

Könsskillnader i behandlingseffektivitet

I figuren nedan anges hur många patienter som uppnår behandlingsmålet standardiserat KtV mindre än 2,0.



Figur H-61. Andel av bloddialyspatienter som uppnår standardiserat KtV mindre än 2,0, 2009.

Tidigare har vi redovisat en betydande könsskillnad i behandlingseffektivitet med en påtagligt sämre målluppfyllelse för männen. Det är tydligt att denna skillnad mellan könen minskar..

Den viktigaste förklaringen torde vara att männen har ett större dialysbehov beroende på större kroppsvikt och att behandlingen inte anpassats efter det.

Kvalitetsarbete

Sektorsrådet för njursjukvård har under 2008 tagit fram en plan för regional kvalitetsutveckling. Den innehåller indikatorer för god dialysvård varav ett antal har redovisats i denna rapport. Vidare har sektorsrådet redovisat en plan som syftar till att uppnå en vård på lika villkor i regionen. Mått på dialyseffektivitet ingår i ett flertal överenskommelser med sjukhusen och föreslås vara kopplat till målrelaterad ersättning. Dialysvärden i VGR har förbättrats i detta avseende.

Kort om hemodialys

- De nationella kvalitetsregister som finns för njursjukvården i regionen har en god täckningsgrad. Registren är av stort värde för enskilda kliniker men också för planering av dialysvårdens resursbehov framöver.
- Prognosen för dialyspatienter har förbättrats kraftigt de senaste tio åren med minskad dödlighet trots allt äldre patienter.
- Det har skett en tydlig förbättring av dialysvården i form av att allt större andel av patienterna får en adekvat dialysdos och VGR ligger strax över riksgenomsnittet i levererad dialysmängd. Det regionala arbetet via det njurmedicinska sektorsrådet kan ha bidragit till detta.
- Den största negativa avvikelsen är att tillgång till blodbanan för dialys med så kallad AV-fistel kan åstadkommas för så litet antal patienter i Göteborgsområdet. Det innebär en patientrisk och försvarar dialysbehandlingarna. Ingen förbättring ses sedan förra årets rapport
- Liksom tidigare uppnår män behandlingsmål för dialyseffektivitet i mindre utsträckning än kvinnor men det finns nu ingen tydlig skillnad mot riket i detta avseende

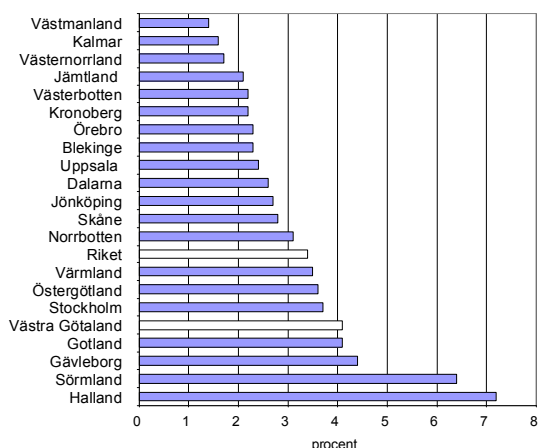
Nationella kvalitetsregistret Svenskt Bråckregister

Det är vanligt med ljumskbråck och 1992 skapades det nationella kvalitetsregistret. Ungefär var fjärde man i Sverige har eller har haft ljumskbråck. Bland vuxna män är detta det vanligaste kirurgiska ingreppet i Sverige. Återfallsbråck drabbade tidigare upp emot 20 % av de opererade patienterna. Återfallsrisken är nu drygt 3 procent. Dagens operationsmetoder har medfört en stark minskning av frekvensen återfallsbråck.

Varje opererat bråck som är noterat i bråckregistret följs, från tiden för bråckoperationen framåt i tiden, tills en ny bråckoperation (en omoperation) i den opererade ljumskan eventuellt utförs. Med dessa data som grund kan risken att åter opereras för ett bråck i samma ljumske beräknas i förhållande till tiden efter den första bråckoperationen, den kumulativa omoperationsincidensen. Orsaker till omoperation är framförallt nytt bråck eller smärtor i operationsområdet. Observera att tillgänglighet och indikation för behandling kan påverka resultatet. Om väntetiden för operation är mycket lång kan återfallsoperationer senareläggas så mycket att det påverkar en jämförelse mellan kliniker. Det man egentligen vill jämföra är återfall av bråck men det man av praktiska skäl jämför är hur många som verkligen opereras för sitt återfall.

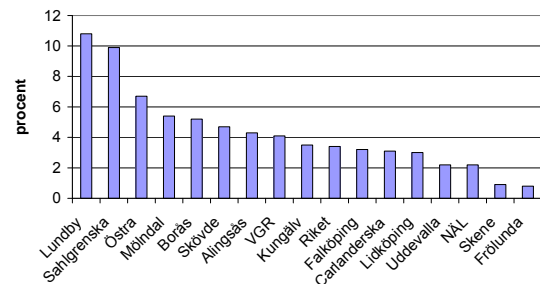
Återfall mätt som omoperationer på samma sida ingår som ett kvalitetsmått i "Öppna Jämförelser".

VGR har signifikant högre risk för återfall än riket.



Figur H-62. Andel (%) som omopereras inom 5 år efter ljumskbråcksoperation, 2004–2008. Källa ÖJ

I figuren nedan ges data för respektive klinik i VGR.



Figur H-63. Andel (%) som omopereras inom 5 år efter ljumskbråcksoperation, 2004–2008. Källa ÖJ.

Bråckregistret publicerar detaljerade data för de deltagande klinikerna där risken för omoperation redovisas grafiskt jämfört med riket. Det finns nu tyvärr olikheter mellan olika källor. Bråckregistret redovisar relativ risk för omoperation, men redovisar inte genomgående jämförande data för de senaste 5 åren. Öppna jämförelser redovisar andel omopererade med annan statistisk metod varför det är svårt att göra jämförelser över tid

Man skall således vara försiktig med jämförelser men jämfört med tidigare år har särskilt Lundby sjukhus fortfarande en hög andel omoperationer men Frölunda specialistsjukhus, Skene och Lidköpings sjukhus har snarast minskat sin relativa risk.

Kort om Bråckregistret

- Bråckoperation är ett av de vanligaste kirurgiska ingreppen i Sverige.
- Bråckregistret har hög kvalitet, god anslutningsgrad och är det register som har kommit längst av alla register när det gäller att offentliggöra resultat.
- Resultaten vid bråckkirurgi har förbättrats dramatiskt. Registret visar en ytterligare pågående förbättring.
- Registret är ett viktigt verktyg för bättre vård.
- Redovisning och analys uppdelat på kvinnor respektive män saknas.

Gynop-registret

1994 startades Gynop-registret, ett nationellt kvalitetsregister inom den gynekologiska kirurgin. Ambitionen är att följa patienten genom hela vårdkedjan. Information inhämtas såväl från sjukvården som från de berörda patienterna. Registret omfattar idag sex delregister, varav flera är startade under de senaste åren. De sex delregistren benämns och innefattar:

- *Adnex*: kirurgi på äggstockar/äggledare
- *EA*: kirurgi inuti livmodern
- *Hysterektomi*: borttagande av/kirurgi på livmodern
- *Inkontinens*: inkontinenskirurgi
- *Prolaps*: framfallskirurgi
- *Tumör*: gynekologisk tumörkirurgi

Registerdeltagande

Jämfört med tidigare år har deltagandet i de olika delregistren breddats. Gynopregistret anger i april 2009 följande deltagandemönster för kvinnoklinikerna i Västra Götaland.

Tabell H-8. Anslutning till gynop-registrets olika delregister. Källa: Årsredovisning tabellverk benign hysterektomi 2008.

	FSS	NU	SkaS	SU	SÄS
Adnex		x	x	x	x
EA		x	x		x
Hyst		x	x	x	x
Inkont	X	x	x	x	x
Prolaps	X	x		x	x
Tumör		x	x	x	x

Delregistret för hysterektomi

I de diskussioner som löpande förts med sektorsrådet för kvinnosjukvård gällande kvalitetsindikatorer, måltal och målrelaterad ersättning har hysterektomiregistret hittills tilldragit sig störst uppmärksamhet.

Hysterektomiregistret redovisar data för benign hysterektomi, dvs borttagande av livmodern utan misstanke om cancer. Kirurgiska ingrepp vid känd livmodercancer omfattas numera inte av detta delregister utan ingår i tumörregistret.

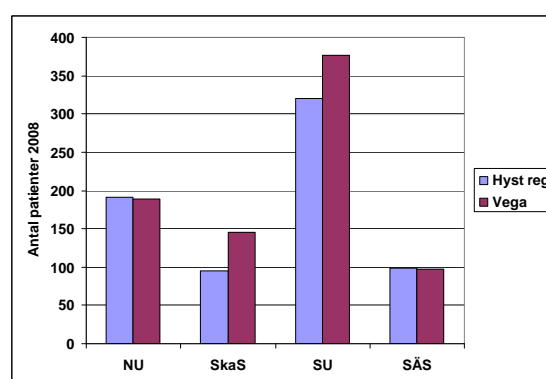
Den vanligaste godartade orsaken till hysterektomi är blödningsproblem följt av trycksymtom från myom (muskelknutor i livmoderväggen). Operationerna kan utföras med olika kirurgisk teknik. Det är

således möjligt att operera både genom bukväggen och genom slidan samt att använda såväl öppen kirurgi som titthålskirurgi (laparoskopi).

Täckningsgrad i hysterektomiregistret

En grundförutsättning för meningsfulla och fördjupade diskussioner av data i alla kvalitetsregister är att täckningsgraden är rimligt god. Oftast krävs minst 75% täckningsgrad.

Figur H-64 redovisar antalet benigna hysterektomier som år 2008 registrerades i den regionala vårddatabasen Vega och hysterektomiregistret. Täckningsgraden 2008 för NU, SkaS, SU och SÄS var 101%, 65%, 85% respektive 101%.



Figur H-64. Patienter som genomgått hysterektomi på grund av benign sjukdom och rapporterats till hysterektomiregistret respektive vårddatabasen Vega år 2008. Källa: Årsredovisning tabellverk benign hysterektomi 2008 och vårddatabasen Vega.

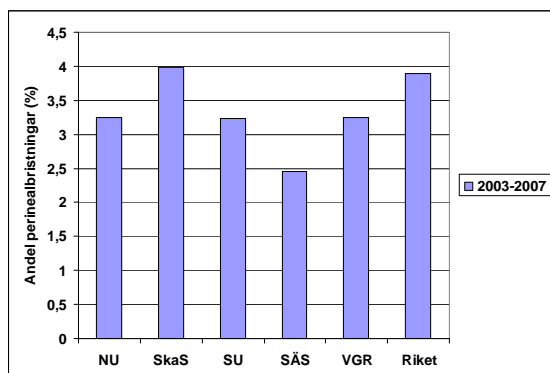
Antalet benigna hysterektomier i Vega utgör nämaren vid beräkning av täckningsgrad. Att täckningsgraden blir något större än 100% för NU och SÄS torde bero på dubbelrapportering till kvalitetsregistret eller på rapportering av andra patienter till registret än vad som kan identifieras Vega.. SkaS har ett tydligt förbättringsutrymme när det gäller täckningsgrad.

Perinealbristning vid förlossning

Av de kvalitetsindikatorer med bäring på kvinnosjukvård som redovisas i Öppna jämförelser 2009 är det endast *andelen perinealbristningar grad III och IV vid vaginal förlossning 2003-2007* som redovisas nedbrutet på sjukhusnivå.

Perinealbristningar kategoriseras på en skala I-IV efter vävnadsskadans storlek. Grad III och IV är de mest omfattande bristningarna som oftast behöver åtgärdas på operationsavdelning och under ryggbedövning. Andelen perinealbristningar har generellt sett ökat inom den svenska förlossningsvården de senaste decennierna. Kända riskfaktorer för att drabbas av perinealbristning är att vara förstföderska, bära på ett stort barn, ha en långdragen förlossning eller att förlösas med tång/sugklocka. Brist-

ningar som inte upptäcks och åtgärdas adekvat kan innebära betydande problem för den drabbade kvinnan.



Figur H-65. Andel perinealbristningar grad III och IV vid vaginal förlösning 2003-2007, åldersstandardiserade värden. Källa: *Öppna jämförelser 2009*.

Figur H-65 visar att Västra Götalandsregionen som helhet, liksom samtliga aktuella sjukhus, ligger under eller väldigt nära riksgenomsnittet, vilket är tillfredsställande. Detta utesluter givetvis inte en fortsatt förbättringspotential. Sektorsrådet för kvinnosjukvård har även i detta fall ställt sig positivt till att innefatta andelen allvarliga perinealbristningar i kommande regionala förteckningar överkvalitetsindikatorer och kvalitetsrelaterade måttal.

Kort om gynop-registret

- Gynop-registret består av sex separata delregister som täcker olika gynekologiska områden.
- Det är i nuläget bara möjligt och rimligt att redovisa information från delregistret för benign hysterektomi.
- Information om täckningsgrad respektive inrapporteringsgrad är svårgripbar eller saknas, vilket inte underlättar tolkning av data eller inomregional benchmarking.

Kvalitets- och resultatindikatorer inom psykiatrin

Öppna jämförelser

I *Öppna jämförelser 2009* redovisas följande åtta indikatorer med bäring på psykiatrin.

- Självskattat psykiskt välbefinnande
- Självmod i befolkningen
- Regelbunden behandling med sömn-/lugnande medel
- Tre eller fler psykofarmaka bland äldre
- Återinskrivning efter vård för schizofreni
- Följsamhet till litiumbehandling vid bipolär sjukdom
- Väntat > 90 dagar – besök barn- och ungdomspsykiatri
- Väntat > 90 dagar – besök vuxenpsykiatri

Ingen av dessa indikatorer redovisas/kan redovisas på sjukhusnivå. Samtliga indikatorer, med undantag av de bägge väntetidsmåten, redovisas separat för kvinnor och män.

Flera av indikatorerna speglar psykisk ohälsa i en vidare mening än vad som direkt motsvaras av den specialiserade psykiatrins uppdrag eller som enkelt låter sig påverkas av åtgärder inom psykiatrin. Andra medicinska specialiteter (allmänmedicin, invärtesmedicin, geriatrik mm), liksom utvecklingen i samhället i stort är i flera fall av mycket stor betydelse för utfallet. De fyra sista indikatorerna är dock direkt påverkbara inom den specialiserade psykiatrin.

När det gäller väntetider ligger Västra Götaland mycket bra till i ett nationellt perspektiv. Däremot ligger vi sämst till när det gäller regelbunden behandling med sömn-/lugnande medel liksom tre eller fler psykofarmaka bland äldre. För de fyra övriga indikatorerna gäller att Västra Götaland är mycket likt riksgenomsnittet.

Regional kvalitetsuppföljning

Hälso- och sjukvårdsutskottet beslöt 2006 att 15 indikatorer skall ligga till grund för en årlig uppföljning av kvalitet och resultat inom den specialiserade psykiatrin (dnr RSK 147-2006). Rapporten *Indikatorer som belyser den psykiatriska verksamhetens kvalitet och resultat* har hittills tagits fram för 2006, 2007 och 2008.

Enligt beslutet skall uppföljningen omfatta följande facetter av den psykiatriska verksamheten.

- Befolkningens hälsoläge
- Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
- Säker hälso- och sjukvård
- Patientfokuserad hälso- och sjukvård
- Effektiv hälso- och sjukvård
- Hälso- och sjukvård i rimlig tid
- Jämlig hälso- och sjukvård
- Hälsoeffekter i befolkningen

En eller flera indikatorer beskriver sedan vart och ett av dessa perspektiv. I nuläget finns dock ingen tillämplig indikator som belyser hälsoeffekter i befolkningen.

Av de psykiatriska indikatorerna i *Öppna jämförelser 2009* återfinns fyra också i *Indikatorer som belyser den psykiatriska verksamhetens kvalitet 2008*. Det gäller 1) Självskattat psykiskt välbefinnande, 2) Självmod i befolkningen, 3) Väntat > 90 dagar på besök inom barn- och ungdomspsykiatri samt 4) Väntat > 90 dagar på besök inom vuxenpsykiatri. Dessa indikatorer redovisas i den regionala rapporten på HSN- eller sjukhusnivå.

Liksom när det gäller Öppna jämförelser är indikatorerna i några fall betydligt mer omfattande än vad som motsvarar verksamheten inom den specialiserade vuxenpsykiatrin respektive barn- och ungdomspsykiatrin.

Inom psykiatrin har de nationella kvalitetsregistren inte vunnit samma anslutningsgrad som fallet är inom vissa andra medicinska områden t ex diabetessjukvård eller hjärtsjukvård. Utöver att beskriva nuläget blir därför ett av målen med den regionala uppföljningen av kvalitet och resultat inom psykiatrin att stimulera till och underlätta fortsatt kvalitetsarbetet både lokalt och regionalt.

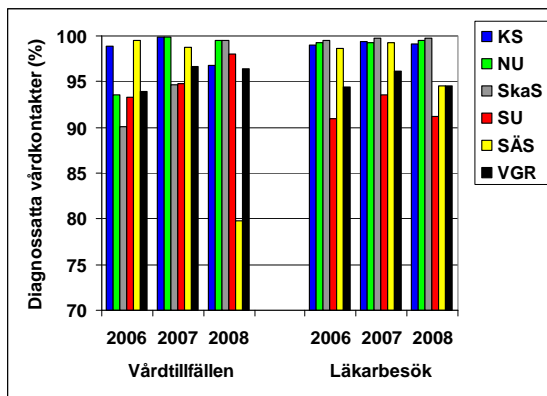
Nedan diskuteras kortfattat några exempel ur Indikatorer som belyser den psykiatriska verksamhetens kvalitet 2008 hämtade från indikatorområdena kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård (diagnos, klassifikation av vårdåtgärder) samt effektiv hälso- och sjukvård (skriftlig vårdplan).

Förekomst (registrering) av diagnos

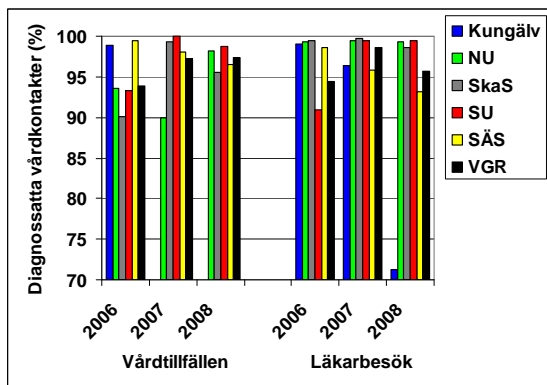
Adekvat behandling och uppföljning kräver ett diagnostiskt arbete, vilket skall resultera i en så specifik diagnos som möjligt.

Figur H-66 och H-67 redovisar sjukhusvis för åren 2006 – 2008 andelen vårdtillfällen respektive läkarbesök i öppen vård där diagnoskod kan återfinnas i Vega. Generellt kan sägas att den absoluta majorite-

ten av vårdtillfällen och läkarbesök är diagnossatta. De enskilda sjukhusens nivå och utveckling över tid ser dock olika ut och någon entydigt positiv trend kan inte säkert återfinnas. Rapporten *Regionala måltal för utvalda indikatorer* (dnr RSK 150-2008) anger att > 96 % av läkarbesök och vårdtillfällen inom barn- och ungdomspsykiatri liksom vuxenpsykiatri skall vara diagnossatta och anvisar detta som ett möjligt mått för avtalsreglerad målrelaterad ersättning. Detta var dock inte satt på pränt under den tidsperiod föreliggande rapport belyser, men innebär ändå att några enheter har en kvarstående resa att göra.



Figur H-66. Andel vårdkontakter (avslutade vårdtillfällen och läkarbesök) med diagnoskod inom vuxenpsykiatri 2006-2008. Observera skalan på y-axeln. Källa: *Vårdatabasen Vega*

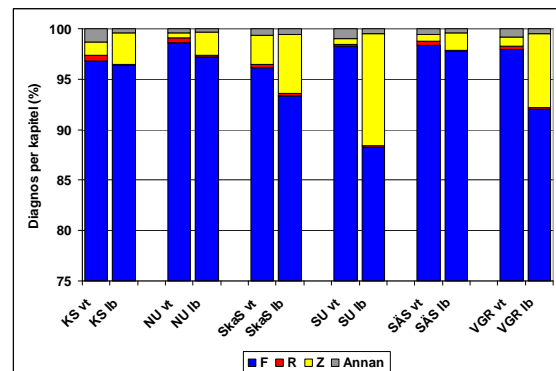


Figur H-67. Andel vårdkontakter (avslutade vårdtillfällen och läkarbesök) med diagnoskod inom barn- och ungdomspsykiatri 2006-2008. Observera skalan på y-axeln. Källa: *Vårdatabasen Vega*

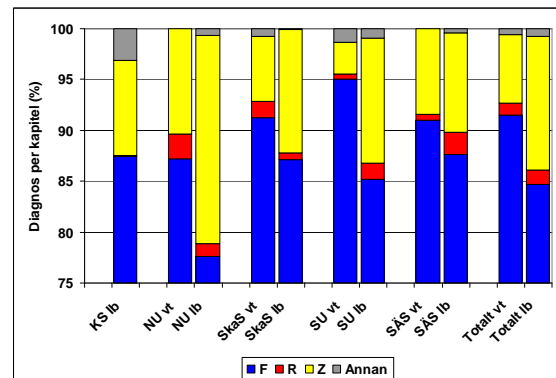
Figur H-68 och H-69 redovisar diagnossättningen med avseende på den relativa användningen av olika typer av huvuddiagnos inom ramen för ICD-10 systemet. Allmänt kan sägas att *F-diagnoser* avser psykiska sjukdomar och syndrom d v s relativt väl definierade beskrivningar av psykiatriska tillstånd. Schizofreni är ett diagnoseexempel inom denna grupp. *R-diagnoser* avser symptom och ofullständigt definierade tillstånd där ingen entydig

diagnos föreligger. *Z-diagnoser* används för att beskriva annat än just sjukdom eller skada och kan nyttjas för att registrera tilläggsinformation av betydelse för patientens totala hälsotillstånd. Exempel kan vara ekonomiska svårigheter eller nära anhörigs död.

Såväl inom vuxenpsykiatri som inom barn- och ungdomspsykiatri varierar den relativa användningen av F-, R- och Z-diagnoser stort dels mellan kliniker och dels mellan öppen och sluten vård inom samma klinik. Man kan också notera att barn- och ungdomspsykiatri i betydligt lägre grad sätter F-diagnoser än vad man gör inom vuxenpsykiatri.



Figur H-68. Andel vårdkontakter (avslutade vårdtillfällen vt och läkarbesök lb) med huvuddiagnoskod uppdelat per diagnoskapitel inom vuxenpsykiatri 2008. Källa: *Vårdatabasen Vega*.



Figur H-69. Andel vårdkontakter (avslutade vårdtillfällen vt och läkarbesök lb) med huvuddiagnoskod uppdelat per diagnoskapitel inom barn- och ungdomspsykiatri 2008. Källa: *Vårdatabasen Vega*.

Klassifikation av vårdåtgärder

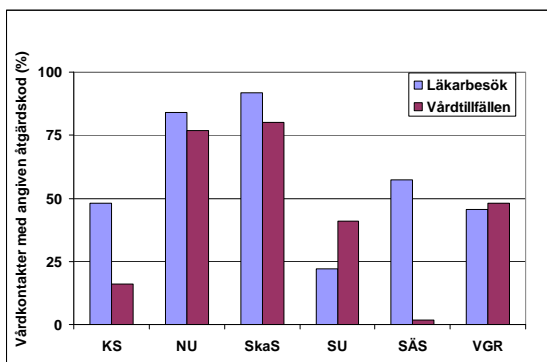
Sedan 2006 används Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) inom den somatiska sjukhusvården i Västra Götalandsregionen. Därefter har det beslutats att KVÅ-koder skall användas också inom vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri (dnr RSK 46-2007).

På nationell nivå växte KVÅ fram för att möjliggöra beskrivning av sjukvårdsproduktionen på en mer detaljerad nivå än vad statistiska uppgifter kring diagnoser och besöksfrekvenser medger. Det föreligger rapportskyldighet av KVÅ-koder till Socialstyrelsens patientregister (SOSFS 2008:26).

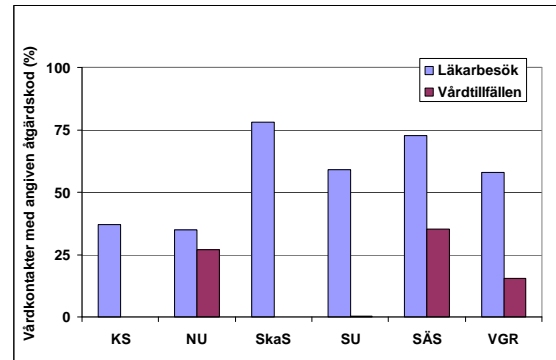
KVÅ beskriver omhändertagandet av den enskilde patienten. En bärande tanke är att omfatta alla stora vårdgivarkategorier och inte begränsa kodningen till ett läkarperspektiv. KVÅ skall kunna vara ett redskap för bättre beskrivningar av hälso- och sjukvården, liksom för verksamhetsuppföljning. Vårdinnehåll, vårdtyngd och resursåtgång är möjliga aspekter på bearbetningen av rapporterade KVÅ-koder.

Framgent finns möjligheten att koppla diagnos till KVÅ-koder för att därigenom kunna bedöma om rekommenderade åtgärder också vidtagits vid givna sjukdomstillstånd. Detta fordrar att diagnoser och KVÅ-koder sätts med tillräckligt hög frekvens och kvalitet. Figur H-70 och H-71 redovisar i vad mån läkarbesök och vårdtillfällen överhuvudtaget blivit föremål för KVÅ-kodning under 2008. Som synes varierar detta stort mellan och inom sjukhusen och det är uppenbart att här föreligger en betydande förbättringspotential på de allra flesta enheter.

En begränsande faktor, som är viktig att beakta i KVÅ-sammanhang, är att det inte alltid finns tillgängliga nationella koder för relevanta psykiatriska åtgärder.



Figur H-70. Andel vårdkontakter (avslutade vårdtillfällen och läkarbesök) med åtminstone en åtgärdskod inom vuxenpsykiatri 2008. Källa: *Vård databasen Vega*.



Figur H-71. Andel vårdkontakter (avslutade vårdtillfällen och läkarbesök) med åtminstone en åtgärdskod inom barn- och ungdomspsykiatri 2008. Källa: *Vård databasen Vega*.

Skriftlig vårdplan

Såväl inom barn- och ungdomspsykiatri som vuxenpsykiatri i Västra Götaland finns definitioner av vad som konstituerar en skriftlig vårdplan inom respektive specialitet.

Inom barn- och ungdomspsykiatri uppfylls kravet på skriftlig vårdplan om uppgifter kring följande fem sökord/begrepp återfinns i journalen:

1. Problembeskrivning
2. Mål
3. Utredning
4. Behandling
5. Utvärdering
6. Delaktighet

Problembeskrivning, målformulering, utredning, behandling och utvärdering (1-5) ingår som obligatoriska uppgifter i vårdplanen och utdata hämtas via Cognos ur Melior. Punkt 6, delaktighet, mäts via kvalitetsstjärnan. På SÅS har man tagit fram ett system som möjliggör utsökning av patienter med aktuell vårdplan. Övriga barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter har för avsikt att utnyttja samma system. Faktiska data för barn- och ungdomspsykiatri kan således ännu inte redovisas.

Inom vuxenpsykiatri uppfylls kravet på skriftlig vårdplan om journaldokumentation finns kring samtliga följande fem sökord/begrepp:

1. Planerat utvärderingsdatum
2. Delaktighet
3. Problem/resursformulering
4. Mål
5. Åtgärd

Baserat på information från de patientadministrativa systemen och Melior/Cognos kan indikatorn andel patienter med vårdplan nu i princip beskrivas inom vuxenpsykiatri. Tabell H-9 redovisar procentandelen vuxenpsykiatriska patienter som under perioden 2008-01-01 till 2008-12-31 hade en giltig skriftlig vårdplan i enlighet med sektorsrådets kriterier. Ett

antal kliniker har inte kunnat rapportera data för 2008, vilket inte torde bero på att giltiga skriftliga vårdplaner saknas generellt utan på viss ovana att arbeta med denna typ av utsökningar i kombination med tidsbrist.

Tabell H-9. Andel patienter med skriftlig vårdplan inom vuxenpsykiatri 2008.
Källa: *Respektive klinik.*

	Andel (%)
Kungälv	
NU	
SkaS	
SU-M	5
SU-S	14
SU-Ö	8
SU-Beroende	16
SU-Neuro	
SU-RPV	
SÄS	32

Kort om kvalitets- och resultatindikatorer inom psykiatri 2009

- De nationella kvalitetsregistren har inom psykiatri inte alls samma anslutningsgrad som inom andra medicinska områden.
- Därför tas det årligen fram en regional rapport (publiceras juni) om kvalitets- och resultatindikatorer inom psykiatri, som omfattar de sex God Vård områdena samt befolkningens hälsoläge.
- I nuläget omfattar rapporten huvudsakligen struktur- och processmått.
- I takt med implementering av nationella och regionala vårdprogram inom psykiatri blir det möjligt att också introducera fler resultatmått i det regionala kvalitetsarbetet
- Redovisning och analys uppdelat på kvinnor respektive män saknas.

Rikshöft

Höftfraktur drabbar i övervägande grad äldre personer på grund av ökande benskörhet (osteoporos) och falltendens. Osteoporos och frakturer hos äldre är ett ökande problem. Varannan svensk kvinna vid 50 års ålder prognostiseras få någon fraktur under sitt återstående liv. Problemet med osteoporos och benskörhetsfrakturer får sin största konsekvens i samband med höftfraktur. En höftfraktur under 50 års ålder är ovanligt. Frakturerna hos de yngre beror vanligen på större våld såsom trafikolyckor och fall från höjder.

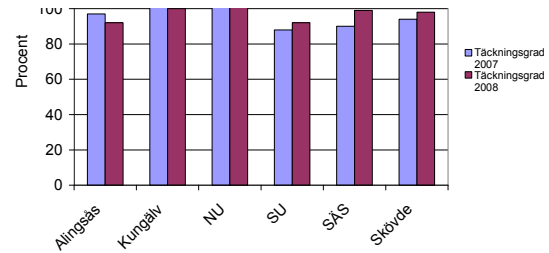
En höftfraktur är vanligen en fraktur genom lårbenshalsen eller just övergången mellan lårbenshals och lårben. Höftfraktur tillhör de mest vårdkrävande grupperna inom sjukvården och kräver operation och sjukhusvård. Höftfrakturer inklusive rehabilitering kostar 1,5 miljarder kronor årligen. Medelåldern för de som drabbas av höftfraktur är ungefär 80 år. Cirka tre fjärdedelar av patienterna är kvinnor.

Preventionsarbetet är av betydelse i för att förhindra höftfraktur. Ett viktigt område är att förebygga av fall och motverkande av osteoporos. Regionen har utarbetat medicinska riktlinjer för osteoporos²². Riskfaktorer för höftfraktur är om personen tidigare har haft upprepade fall eller någon fraktur, har försämrad balans eller rörlighet, regelbundet använder gånghjälpmedel eller har nedsatt syn, dålig nutrition eller någon sjukdom eller medikation som är känd för att predisponera för fall och frakturer.

Täckningsgrad

Rikshöft omfattar registrering av hela vårdkedjan under de första fyra månaderna efter frakturen.

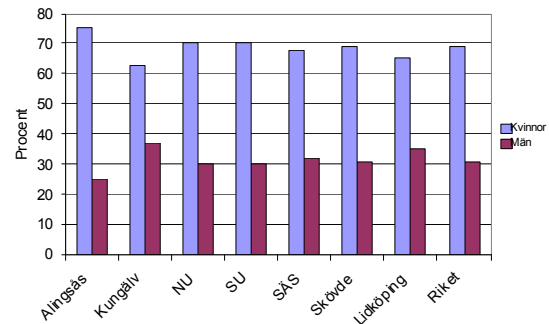
Västra Götalandsregionen uppvisar en stabil hög täckningsgrad där flertalet av förvaltningarna fortfarande ökar sin täckningsgrad. Samtliga förvaltningar deltar men det kvarstår en mindre varierande andel registrerade patienter med höftfraktur i Rikshöft av totalt registrerade patienter med höftfraktur i regionens vårddatabas Vega totalt. Alingsås uppvisar i år en något lägre täckningsgrad på 92 % mot föregående år på 97 %. Täckningsgraden visas per sjukhus i figur H-72. Kungälv och NU har likt föregående år full täckningsgrad. NU har dock fler i registret än i Vega.



Figur H-72. Andelen vårdtillfällen som är registrerade i Rikshöft 2007-2008 av antalet vårdtillfällen i Vega

Resultat

Analysen utgörs av 2008 års registerdata. Patienterna utgörs likt föregående år till 70% av kvinnor och 30% av män i riket. Västra Götalandsregionen fördelar sig följande där skillnaden är lägst mellan kvinnor och män på Kungälv med 63 % kvinnor och 37 % män. Alingsås uppvisar flest kvinnor med 75 % och minst män med 25 %. Övriga kliniker i regionen uppvisar nära riksgenomsnittet, figur 2

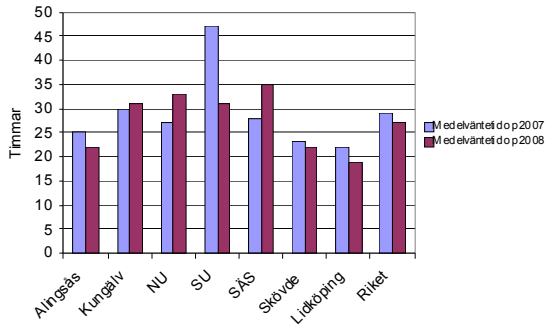


Figur H-73. Andelen kvinnor respektive män 2008

God smärtlindring och förkortad tid från ankomst till utförandet av operationen motverkar komplikationer som trycksår och befrämjar rehabiliteringen. Tidsaspekten är därför prioriterad. Direkt efter operation får patienten börja belasta benet och gångträna så att passivisering undviks och funktionsnivå återfås.

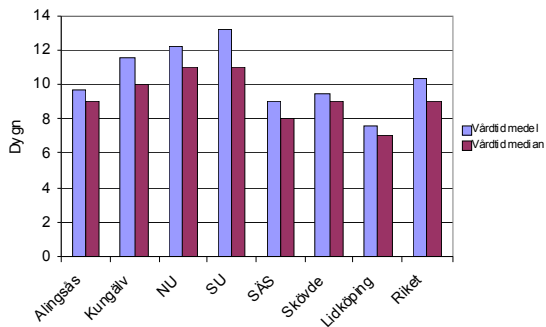
VGR uppvisar en fortsatt varierad medelväntetid till höftfrakturopoperation efter ankomst till sjukhus mellan 19 timmar i Lidköping till 35 timmar på SÄS (H-74). Målvärdet är att operation sker inom 24 timmar. Alingsås, SÄS och Lidköping ligger under rikets medelväntetid på 24 timmar. SU har gått från 47 timmar föregående till 31 timmar. Kungälv, NU och SÄS har dock ökat medelväntetiden och befinner sig över rikets 27 timmar.

²² Länk riktlinjer:
http://epi.vgregion.se/upload/L%c3%a4kemedel/MR/MR%20osteoporos_webb.pdf



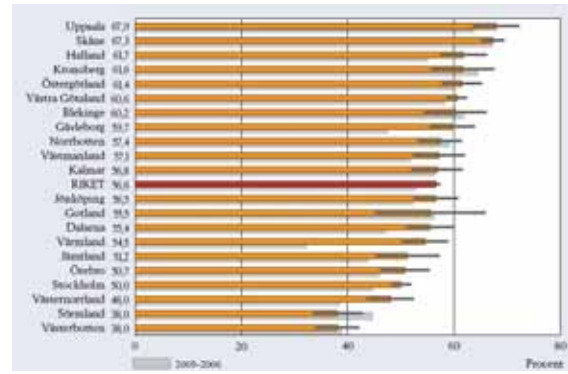
Figur H-74. Medelvårdstid till operation för höftfraktur 2008. Indikatorn ingår i Öppna jämförelser

Medelvårdstiderna på de opererande klinikerna har successivt sjunkit under flera decennier men stabiliserats under senare tid. Medelvårdstiden 2008 var 10,3 dagar i riket mot tidigare 10,7 och medianvårdstiden ligger kvar på 9 dagar i riket. Medelvårdstiderna är likt föregående år högst på SU men har gått ned från 18,7 till 13,2 dagar mot föregående år. NU och Kungälv följer därefter med 12,2 respektive 11,5 dagar. Lägst medelvårdstid har Lidköping på 7,6 följt av SÅS på 9 dagar och Skövde på 9,5 dagar i Rikshöfts registrering. SU, NU och Kungälv ligger likt föregående år över riksgenomsnittet. Övriga sjukhus ligger under riksgenomsnittet. Regionen uppvisar mindre variation i medelvårdstid än föregående år. Det kan finnas fortsatt samband mellan vårdtider och medicinskt färdigbehandlade patienter och flödet över till kommunal vård och omsorg. Medianvårdstiderna följer medelvårdstidernas variation men är lägre då de inte påverkas av enstaka patienter med extra lång vårdtid.

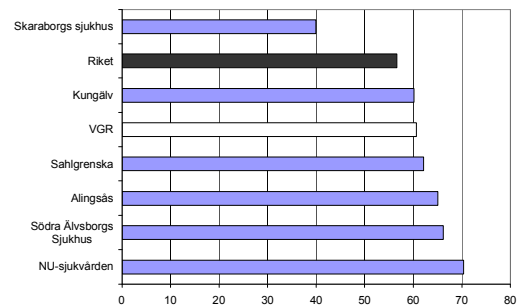


Figur H-75. Medel och medianvårdstid 2008

Vården har successivt förbättrats med nya operationsmetoder och direkt belastning efter operation har en gynnsam effekt. Andelen protesopererade patienter vid höftfraktur ökar. VGR ligger över rikets andel på 56,6 % på samtliga kliniker (62-70 %).



Figur H-76. Andel protesopererade patienter vid höftfraktur 2007-2008. Öppna jämförelser.



Figur H-77. Andel protesopererade patienter vid höftfraktur 2008 i VGR. Indikatorn ingår i Öppna jämförelser.

Utveckling

Det är nödvändigt att fortsätta optimera behandlingen ytterligare för att bemöta ett kommande behov. I regionen ses en mindre ökning av höftfrakturer de senaste åren. Det ökande antalet äldre under de närmaste decennierna kan innebära ett ökat antal höftfrakturpatienter

En fokusering på höftfrakturpatienterna med koncentring till samlade vårdenheter visar goda behandlingsresultat. Det är troligt att vårdtiderna på akutsjukhus kan förkortas ytterligare.

Kort om Rikshöft

- Västra Götalandsregionens sjukhus har uppnått god täckningsgrad i registret i år.
- Sjukhusen har fortfarande högsta medelvårdstiden till operation på genomsnittet 30 timmar (indikator Öppna jämförelser).
- Variationen mellan sjukhusen har minskat
- Västra Götalandsregionen har fortsatt generellt något högre medelvårdstid än riket men redovisar en utveckling mot kortare vårdtider.
- Västra Götalandsregionen har en större andel protesopererade patienter vid höftfraktur än riksgenomsnittet.
- Vissa könsskillnader redovisas i begränsad omfattning

Svenska Höftprotesregistret

Höftledsartros är en av de vanligaste ledsjukdomarna. Sjukdomen börjar i ledbrosket. Artros medför ofta smärta och är stel i höftleden och låg livskvalitet med hälta som följd och allt svårare att gå. Majoriteten får besvär i ena höftleden men det förekommer i båda höfterna. Ärftlighet medför risk men också övervikt, tidigare höftfraktur, tidigare infektion i leden ökar risk för höftledsförslitning. Höftledsförslitning är något vanligare bland kvinnor än bland män. Risken att drabbas ökar också med ålder. Tillståndet medför utan åtgärd ekonomiska konsekvenser för patient och samhälle.

En operation innebär att höftleden byts ut mot en konstgjord led. Operation med total höftprotes är en vanlig behandling. År 2008 utfördes närmare 14 500 primäroperationer i Sverige vilket var en ökning med knappt 350 från föregående år.

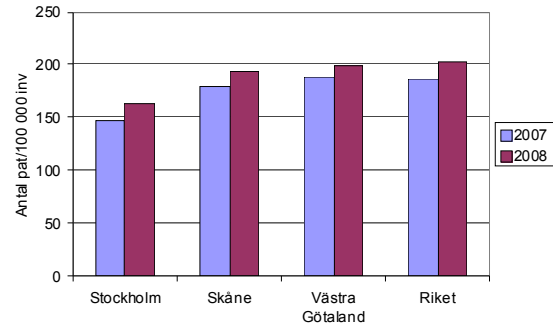
Täckningsgrad

Höftprotesregistret har en längre tid haft mycket god täckningsgrad (89,6-99,4%) där Frölunda Specialistsjukhus har lägst täckningsgrad (89,6%) och Kungälv's sjukhus högst (99,4%) 2008.

Resultat

Underlaget utgörs av 2008 års registerdata. Resultatet visar på att antal revisioner generellt har ökat. Det sker också en omfördelning av orsak till både revision och reoperation. Relativt sett har både infektion och luxation ökat och åtgärder på grund av mekanisk lossning och osteolys har minskat.

Regionen låg tidigare lågt med antal primäroperationer per 100 000 invånare. En regional handlingsplan beslutades långsiktigt för denna patientgrupp med mål att uppnå riksgenomsnitt. VGR befinner sig nu på riksgenomsnittet med antalet primäroperationer per 100 000 invånare.

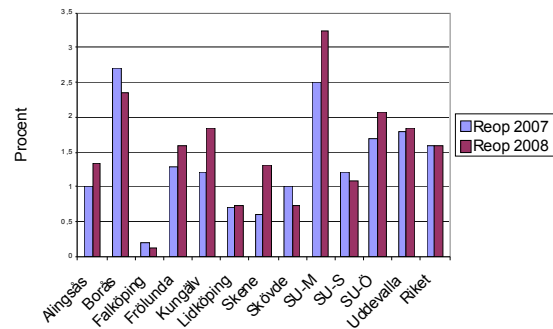


Figur H-78. Antal patienter/100 000 inv, NFB Primär ledprotesoperation i höftled, ålder: 0-85+ (SoS statistikdatabas)

Registret redogör för analyser med genusperspektiv som tyvärr saknas på klinisk nivå i årsrapporten. Generellt för kvinnor kan sägas för helprotes att fler kvinnor än män opereras med höftprotes och utförs vid högre ålder. De opereras oftare på höger sida, oftare bilateralt och med helt cementerad protes. Operationsnittet utförs oftare med ett anterolateralt eller ett minisnitt jmf med män. Kvinnor rapporterar bättre effekt vad gäller hälsorelaterad livskvalitet och smärta men är inte riktigt lika nöjda ett år efter operationen. Män drabbas oftare av revision och rapporterar mindre effekt vad gäller hälsorelaterad livskvalitet och smärta men är mer nöjda ett år efter operationen.

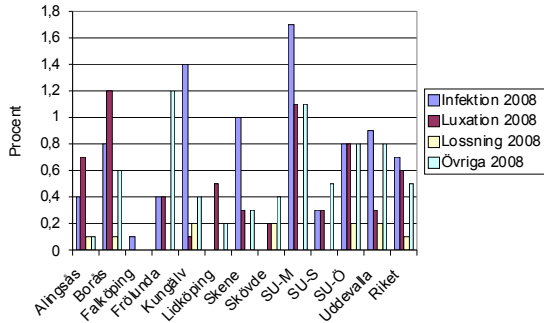
SKL har fler indikatorer med i Öppna Jämförelser från registret men fokus sker detta år på en indikator på sjukhusnivå för VGR - reoperation inom 2 år.

Orsaken till reoperation inom två år kan av såväl infektion, luxation, lossning eller annan orsak. VGR befinner sig under riksgenomsnittet totalt. SU-Mölndal (3,2%) avviker med dubbelt så många reoperationer än riket (1,6%) och har dessutom en ökad frekvens av reoperationer jämfört med föregående år. SÄS-Borås bifinner sig över riket men är på väg nedåt (2,3% jmf 2,7% 2007). Även SU-Östra, NU-Uddevalla och Kungälv ligger något högre än riket. Åtta förvaltningar uppvisar en viss ökning av reoperationer detta året.



Figur H-79. Andel reoperationer som görs inom 2 år efter primäroperation 2007-2008 (Öppna jämförelser 2008-2009)

En fördelning av reoperationer per sjukhus visar att SU-Mölnadal, SU-Östra, SÄS- Borås och i viss mån Alingsås har en högre andel av luxationer än riket. Regionens samtliga förvaltningar har föregående år visat på lägre andel infektioner än riket men utvecklar nu en ökning av infektioner på SU-M, Kungälv, Uddevalla, SÄS-Borås och Skene.



Figur H-80 Fördelning av olika komplikationer med följd av reoperation efter primäroperation 2008.

Utveckling

Svenska Höftprotesregistret flyttade under senhösten 2008 till Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap (NHV) och bildade ihop med Nationella diabetesregistret och med stöd från VGR - registercentrum i VGR. VGR är formell huvudman för Svenska Höftprotesregistret. Svenska Höftprotesregistret <http://www.shpr.se/>. Beslutsgruppen för Nationella Kvalitetsregister beslöt i augusti 2009 att utse Registercentrum till Sveriges femte kompetenscentrum för kvalitetsregister.

Kort om Svenska Höftprotesregistret

- Regionen befinner sig på riksgenomsnittet vad gäller antal primära ledprotesoperationer/ 100 000 invånare vilket är ett mål.
- Flera förvaltningar uppvisar en ökning av reoperationer. En ökning ses framförallt av infektioner på SU-M och Kungälv. Luxationer ligger fortsatt högt på SÄS-Borås men uppvisar en nedåtgående trend.
- Svenska Höftprotesregistret har en mycket god täckningsgrad vad gäller regionens förvaltningar och antal patienter.
- Resultat av en fördjupad analys av könsskillnader kommer att presenteras under hösten 2010.

Svenska Reumatoid Artrit-registret

Reumatologiska sjukdomar är förbundna med lidande och höga samhällskostnader. Mer än 1 % av befolkningen lider av reumatoid artrit (RA) eller annan inflammatorisk ledsjukdom. RA och andra inflammatoriska ledsjukdomar ger ledsvullnad, smärta, nedsatt muskelkraft och trötthet. Brosk- och benvävnad kan också förstöras vilket bidrar till att funktionshinder blir bestående. Sjukskrivningstalen är höga, många förlorar arbetsförmågan redan efter kort tids sjukdom och frekvensen för förtidspensionering är hög. Sjukdomen blir i de flesta fall livslång. En förkortad livslängd har också påvisats vid RA.

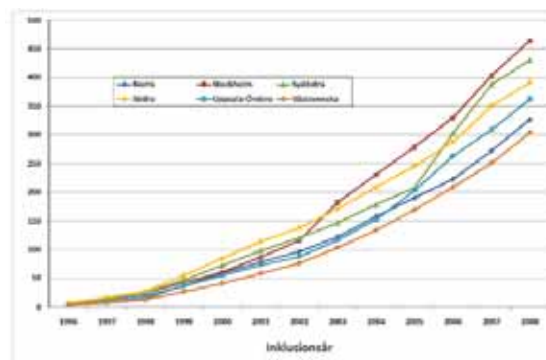
Inflammatoriska ledsjukdomar, främst reumatoid artrit, kostar det svenska samhället fem miljarder kronor årligen. Det motsvarar cirka 850 miljoner kronor för Västra Götalandsregionen i samhällskostnader varav 340 miljoner är direkta kostnader inkluderat läkemedelskostnader. Läkemedelskostnaderna har ökat mycket snabbt i hela Sverige. En RA-patientens behandling kostar i genomsnitt cirka 108 400 kronor per år. De behandlade patienterna blir dock ofta så bra att de kan återgå till arbetslivet. Detta gör att behandlingen är kostnadseffektiv, särskilt i ett bredare samhällsperspektiv där indirekta kostnader inkluderats i analysen.

Tidig antireumatisk behandling kan ha avgörande effekt, såväl på aktuella symtom, som på lång sikt för att minska funktionshinder och utslagning ur arbetslivet. Antireumatiska läkemedel under de tre till sex första månaderna visar betydligt bättre effekt än senare insatt terapi, vilket leder till allt bättre resultat där nu hälften har en inaktiv eller lågaktiv sjukdom inom ett år.

Patienter med etablerad sjukdom kan nu också behandlas framgångsrikt med nya läkemedel i kombination med tidigare använda antireumatiska läkemedel. Dessa biologiskt framställda läkemedel påverkar direkt mekanismen i immunsystemet. Det kan minska förstörelsen av brosk och ben som annars skulle kunna leda till bestående funktionshinder.

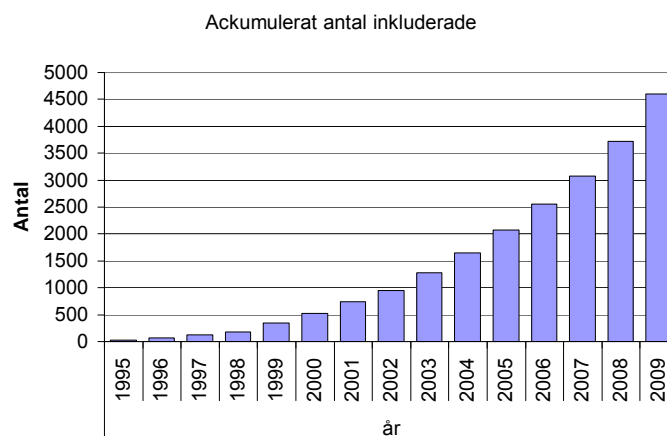
Täckningsgrad

Registret är rikstäckande och alla landsting deltar. Samtliga reumatologmottagningar i Västra Götalandsregionen deltar i registret. Antalet registrerade patienter ökar årligen. VGR ligger dock under riksgenomsnitt avseende täckningsgrad av individer.



Figur H-81. Ackumulerat antal registrerade patienter per 100 000 invånare över 18 år regionvis, totalt per år 1996 – 2008.

I Västra Götalandsregionen finns för närvarande 4 598 patienter (varav 3111 RA-patienter) registrerade vilket fortfarande är något under riksgenomsnittet för täckningsgrad. En stadig årlig ökning av täckningsgraden kan dock ses (fig 2).

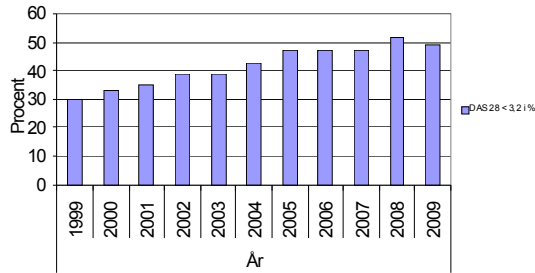


Figur H-82. Inkluderade patienter alla diagnoser i VGR ackumulerat 2009, n= 4598

Resultat

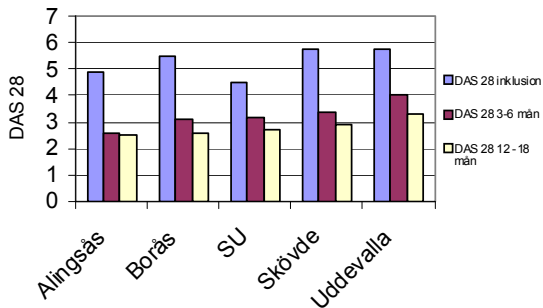
Vid uppföljningen av behandlingsresultat får patienten själv fylla i om sin hälsa, smärta och funktion, liksom läkaren bedömer sjukdomsläget.

Efter att antireumatisk behandling är insatt bör sjukdomsakтивiteten minska. Detta mäts genom indikatorn DAS 28. I figur H-90 redovisas indikatorn som andel patienter med låg sjukdomsakтивitet. Andel patienter med låg sjukdomsakтивitet bör därmed successivt öka. DAS28 innefattar patientens skattade sjukdomskänsla, patientens och slutligen läkarens bedömning av antalet svullna och ömma leder av 28 möjliga samt blodprovet sänka. Västra Götalandsregionen redovisar en stabil andel patienter, runt 50 %, med låg sjukdomsakтивitet (fig H-91).



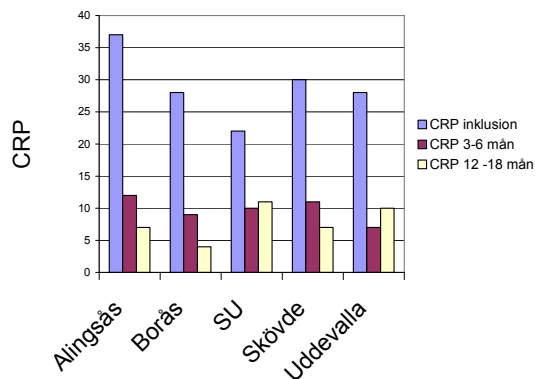
Figur H-83. Andel patienter med låg sjukdomsaktivitet i VGR

VGRs samtliga förvaltningar visar på en lägre sjukdomsaktivitet hos sina behandlade patienter inom ett år vid insatt antireumatisk läkemedelsbehandling. Den bör eftersträvas att vara < 3,2. Uddevalla har sedan föregående år närmast sig målvärdet och ligger nu på 3,3. VGRs samtliga förvaltningar påvisar god effekt på sjukdomsaktivitet vid behandling.



Figur H-84. Sjukdomsaktivitet (DAS28) 2009 för tidig RA-patienter och förbättring vid behandling med antireumatiska läkemedel vid 3-6 månader respektive 12-18 månader jämfört med sjukdomsaktivitet vid insättning. Per sjukhus insättningsår 2008.

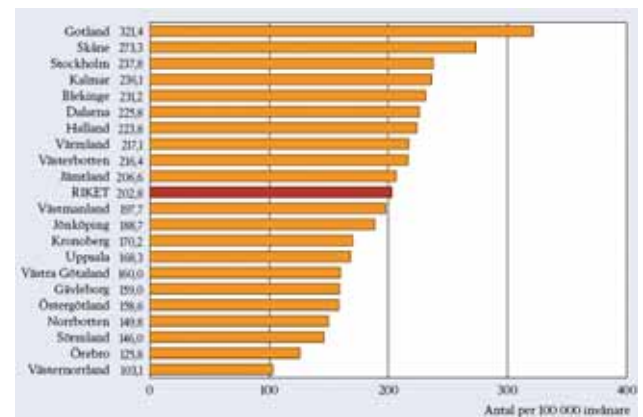
Indikatorn CRP är C-reaktivt protein som visar på inflammationsgrad i kroppen och ska minska vid insatt antireumatisk behandling. Samtliga sjukhus redovisar en sänkning av CRP hos de antireumatiskt behandlade patienterna inom ett år. Störst förändring ses även detta år inom SÅS-Borås.



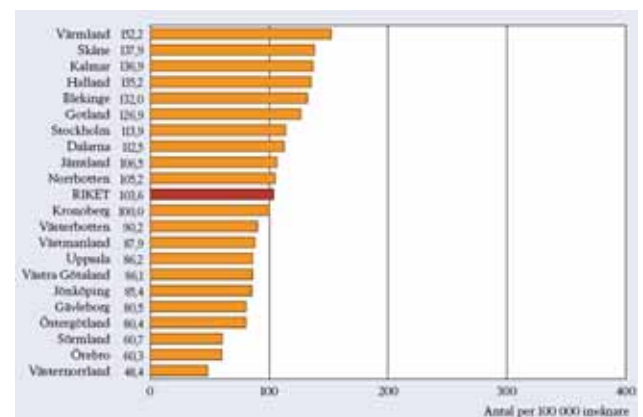
Figur H-85 Inflammationsgrad (CRP) 2009 för tidig RA-patient och förbättring vid behandling med antireumatiska läkemedel insatt 2008 per förvaltning

De biologiska behandlingarna används i hela landet och sätts in till de svårast sjuka när de traditionella antireumatiska läkemedlen inte har avsedd effekt. Det kan vara aktuellt tidigt i sjukdomen men även efter en längre tids sjukdom. Täckningsgraden bedöms vara 100 % för de biologiska behandlingarna i registret i Västra Götalandsregionen. De nya behandlingsformerna har visat sig inte bara påverka inflammationen gynnsamt, utan kan också minska den förstörelse av brosk och ben som annars kan leda till bestående funktionshinder.

Antalet behandlade har ökat snabbt de senaste åren. I riket var antalet behandlade 153,9 patienter per 100 000 invånare, men med stor variation mellan landstingen. Mellan 76 och 226,2 patienter per 100 000 invånare över 18 år hade behandlats vid mätillfället. Västra Götalandsregionen behandlar 123,5 patienter (jämfört med föregående år 110,6) per 100 000 invånare, vilket är lägre än rikets genomsnitt på 153,9 (Öppna jämförelser 2009). Könsuppdelat se figur H-86 och H-87



Figur H-86 Antal kvinnor med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit per 100 000 invånare 1 jan 2009. Öppna jämförelser

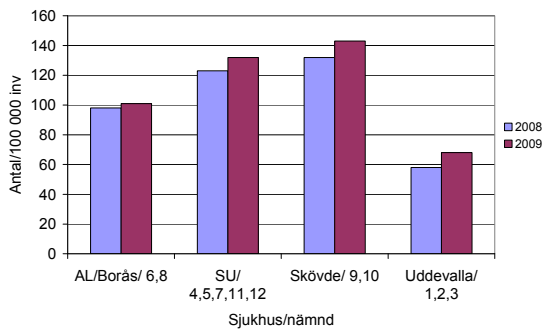


Figur H-87 Antal män med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit per 100 000 invånare 1 jan 2009. Öppna jämförelser

Effekten för patienterna fortsätter att vara mycket god även i de landsting där störst antal patienter får behandling, vilket kan tyda på att läkemedlen används på rätt indikation. Fortfarande saknas kart-

läggning på hur många personer per 100 000 invånare som bör behandlas med biologiska läkemedel.

I VGR ses fortfarande en variation på tillgång till behandling med biologiska läkemedel. Antalet behandlade har ökat de senaste åren. I Västra Götalandsregionen var antalet patienter per sjukhus/nämnd år 2009 mellan 68 per 100.000 invånare (Uddevalla) och 143 (Skövde) insatta på biologiska läkemedel vid reumatoid artrit (fig 88). Underlaget är beräknat på klinikens lokalisering. Det bedöms dock representera underlaget för nämndernas område då obefintlig behandling sker på annat sjukhus än nämndområdets sjukhus.



Figur H-88. Antal patienter* insatta på biologiska läkemedel vid reumatoid artrit per 100 000 invånare per sjukhus/nämnd 2008 och 2009 i VGR
*första biologiska preparat

VGR visar inom ett år efter insatt biologisk behandling på en förändring av DAS28 för de sjukaste patienterna. Inflammationsgraden, CRP, hos de svårast sjuka ses också minska vid insättande av biologiska läkemedel inom ett år i regionen.

Utveckling

Det arbete som görs inom svensk reumatologi med kvalitetsregistret som utgångspunkt har uppmärksamats av Delegationen för Samverkan inom den kliniska forskningen, tillsatt av Näringsdepartementet. Projektet kallas KUR, Klinisk Utveckling via Register, och potentialen att med reumatologins arbete som förebild stärka svensk konkurrenskraft ska utvecklas genom att visa hur register kan utnyttjas för samverkan mellan vård, akademi och industri.

Registret visar på att fortsatt uppföljning av varje patients sjukdomsförlopp leder till allt bättre resultat. Utgångspunkten för registret är kliniskt förbättringsarbete. Registret kan användas som ett proaktivt beslutsstöd under själva besöket av patient och läkare gemensamt.

Svensk Reumatologis kvalitetsregister, SRQ
www.swerre.se

Kort om Svenska Reumatoid Artrit-Registret

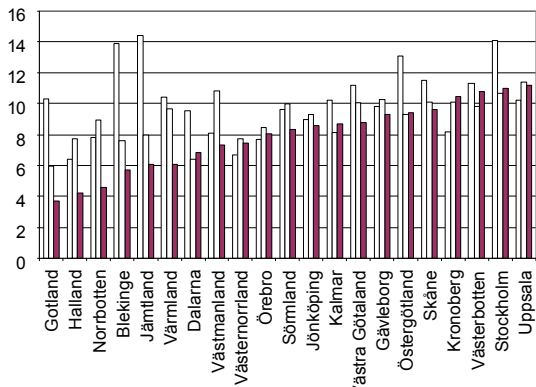
- En fortsatt positiv utveckling av klinikernas täckningsgrad ses i registret på samtliga diagnoser. Behandlingarna med biologiska läkemedel har en 100 % täckningsgrad i registret i VGR.
- De reumatiska läkemedlen visar på en fortsatt betydande effekt på en minskad sjukdomsaktivitet och inflammationsgrad för de behandlade patienterna inom ett år efter insatt behandling för både tidig RA och de svårt sjuka.
- I VGR ses fortfarande en variation på tillgång till behandling med biologiska läkemedel.
- Analys av könsskillnader saknas

Patientsäkerhet

Nationell mätning av infektioner i vården

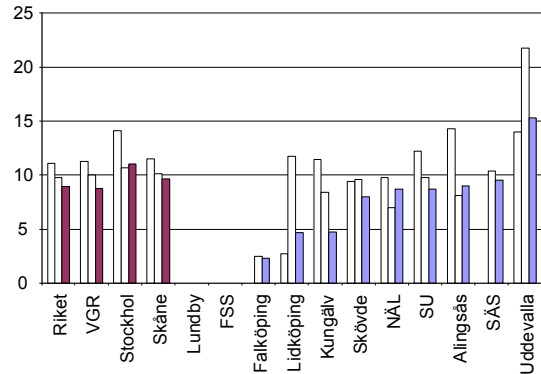
Som ett led i SKL:s satsning på säker vård genomförs nationella mätningar av vårdrelaterade infektioner, så kallad punktprevalensmätningar. Målsättningen är att halvera de vårdrelaterade infektionerna. Mätningen innebär att samtidigt i hela landet registrera alla som vårdas på sjukhus med en bedömning av om de har en vårdrelaterad infektion. Med vårdrelaterad infektion menas en infektion som uppkommer i samband med vård och omsorg. Mätningar har gjorts 2008, våren och hösten 2009. andelen med infektion har successivt minskat från 11,7 till 8,9 %. Täckningsgraden för registrering är god. Våren 2009 skattades andelen patienter som registrerats i slutet somatisk vård till 93 % och inom psykiatrisk vård till 65 %.

Andelen patienter med vårdrelaterad infektion i VGR vid den senaste mätningen var 8,8 %, vilket motsvarar riksgenomsnittet (8,9 %).



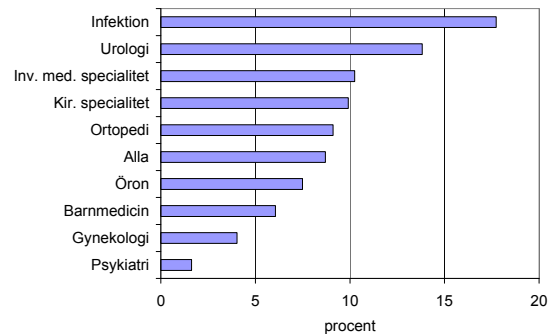
Figur H-89. Andel av somatiska vårdtillfällen med vårdrelaterad infektion vid punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner 2008, våren 2009 och hösten 2009

Det finns vissa skillnader mellan sjukhusen i regionen som visas i figur H-100 i vilken också de stora regionerna jämförs.



Figur H-100. Andel av somatiska vårdtillfällen med vårdrelaterad infektion vid punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner 2008, våren 2009 och hösten 2009. Regionerna samt de deltagande sjukhusen i VGR.

Det går inte direkt att jämföra sjukhusen av flera skäl framförallt patientsammansättningen. Regionsjukhus har högre andel infektioner vilket är rimligt med hänsyn till uppdraget. SU ligger under riksgenomsnittet för regionsjukhus. Andelen vårdrelaterade infektioner skiljer sig avsevärt mellan olika specialiteter vilket visas i figuren nedan. Det är rimligt med högre grad av infektioner vid Uddevalla sjukhus, vilket antyds i figuren ovan, som har både infektionssjukdomar och urologi.

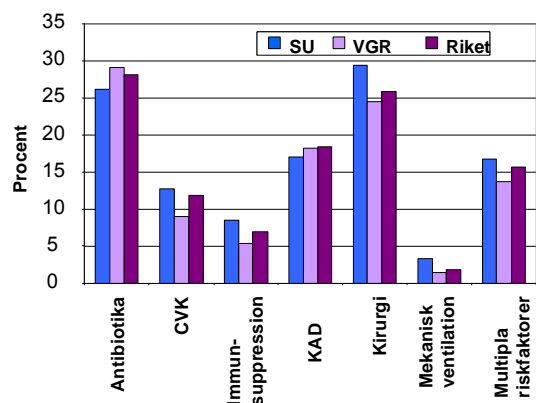


Figur H-101. Andel av somatiska vårdtillfällen med vårdrelaterad infektion vid punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner höst 2009. infektioner för olika medicinska verksamhetsområden. Hela Sverige.

Vid mätningen registreras också riskfaktorer för vårdrelaterad infektion. Hit hör t.ex. urinvägskateter, central kateter i blodbanan och respiratorbehandling. Ett syfte med mätningen av vårdrelaterade infektioner är den samtidiga satsningen riktad mot korrekt skötsel av patienter med dessa riskfaktorer med förebyggande åtgärder mot infektioner.

Av bilden nedan framgår skillnader i förekomst av riskfaktorer för infektion mellan SU och övriga sjukhus. Med hänsyn till detta är infektionsfrekvensen inom SU låg. Den genomsnittliga andelen antibiotikabehandling vid regionens övriga sjukhus är oförklarat högre än inom SU.

Kostnaden för vårdrelaterade infektioner är sannolikt mycket hög. En grov skattning för VGR är att kostnaderna inom slutenvården för vårdrelaterade infektioner motsvarar drygt 800 mkr per år.



Figur H-102. Riskfaktorer för vårdrelaterad infektion, hösten 2009.

Skadeanmälningar till patientförsäkringen

Om landstingens patientförsäkring 2008

För patienter som vårdas av landstingen, regionerna eller av vårdgivare med landstingsavtal gäller patientförsäkring i Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF). Hos denna kan patienterna få ersättning om de skadas i vården och skadan är undvikbar.

Patientskadelagen säger att man bara får ersättning om skadan hade kunnat undvikas. Man har inte rätt till ersättning bara för att en behandling inte leder till önskat resultat eller om det uppstår en komplikation. Ca 44 % av de patienter som anmälde en skada till försäkringen 2002-2009 beviljades ersättning.

En hög andel skadeanmälningar inom en vårdenhet kan bero på att man har många skador, men det kan också bero på att man informerar om möjligheten till ersättning från försäkringen. En låg andel anmälningar kan bero på det omvända. Det väsentliga är information om patientskador tas till vara, analyseras och att åtgärder vidtas för att förhindra att de inträffar igen.

År 2009 anmäldes totalt 10 100 skador till landstingens patientförsäkring för hela landet. Det är en ökning med 1 % jämfört med 2007 vilket innebär att den svaga ökningen fortsätter. Ett skäl kan vara att landstingen arbetar mer och mer aktivt med patientsäkerhet och genom det har kunskapen om försäkringen ökat.

Tabell H-10. Ersatta skador i genomsnitt per år 2003-2009 för hela landet

Specialitet	Antal per år	Andel %	Kostnad %
Ortopedi	1100	26	22
Kirurgi	500	12	10
Kvinnokliniker	370	8	26
Primärvård	370	8	7
Tandvårdsinrättningar	530	12	2

Skador inom ortopedi, kirurgi och verksamheter med stora operationsvolymen är de som anmäls mest till patientförsäkringen. Vanligast är de skador som inträffar i samband med själva operationen. Det kan vara tillförda infektioner vid ren kirurgi, blödningar, skadade kärl och nerver, skelettskador t.ex. vid protesinläggningar, och tryckskador orsakade av felaktig uppläggning av en sövd patient. Andra vanliga skador är merskador på grund av försenad eller utebliven diagnos.

Under 2009 betalades det totalt ut ca 405 miljoner kronor i ersättningar till patienter i hela landet. De

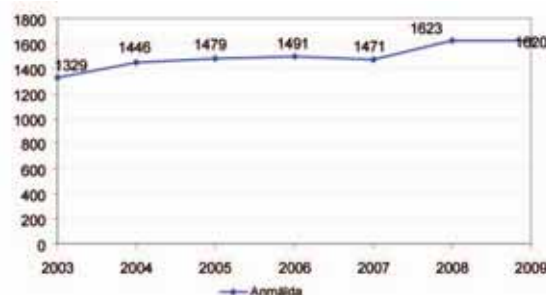
vanligaste ersättningsbeloppen ligger under 25 000 kronor

LÖF:s statistik är unik. Den bygger på patienternas egna rapporter om vad som har hänt. Den är oberoende av vårdpersonalens rapportering. Dess volym av anmälda och utredda skador är större än något annat system i Sverige.

Materialet ger den bästa överblicken av inträffade skador inom svensk sjukvård. Fler analyser av materialet leder till större lärande inom sjukvården. Lärande om hur rutiner och system kan ändras så att samma sak inte inträffar igen.

Västra Götalandsregionens anmälningar

Det totala antalet anmälningar var 1620 skador för 2009. Anmälningsfrekvensen motsvarar ungefär den i Sverige som helhet.



Figur H-103. Antal anmälda skador hos patientförsäkringen 2003-2009

Antalet anmälda skador är det faktiska antal anmälningar som inkom respektive år. Tidigare har det visat sig att ca 2 % av anmälningarna för det senaste året inte registrerats i statistiken i senaste årets statistik. Denna eftersläpning är en effekt av PSR Personskadereglerings bokföring av anmälningar runt årsskiftet. Det slutliga värdet för år 2008 redovisas istället kommande år.

Anmälningar 2003-2009 uppdelade efter verksamhetsområde

Tabell H-11. fördelning av anmälningar 2003-2009

Område	procent
Sjukhus	72
Distriktsvård	10
Tandvård	11
Övrigt	7

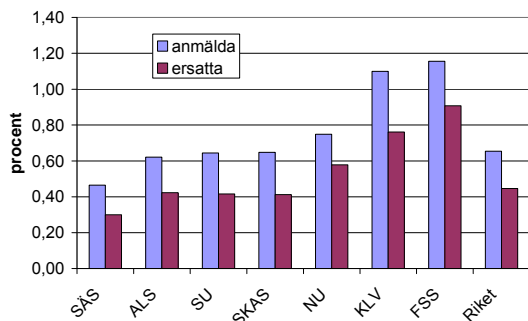
Av anmälningarna 2009 har 44 % ersatts och 56 % avböjts

Av alla slutenvårdspatienter i Sverige gör ca 0,2 % en anmälan till patientförsäkringen.

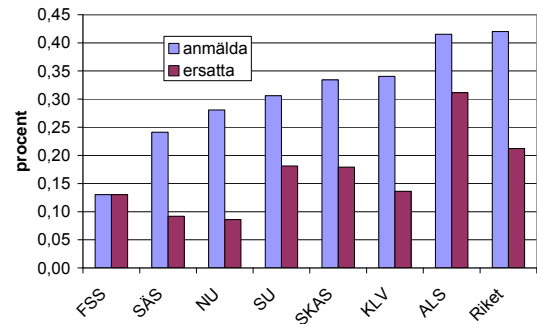
Bara en liten del av dessa vårdskador är berättigade till ersättning i patientskadeförsäkringen men undersökningen visar att mörkertalet anses vara mycket stort; de anmälda skadorna utgör endast toppen av isberget.

Som framgår av tabell H-10 finns det betydande skillnader i anmälningsfrekvens mellan olika specialiteter men så är också fallet mellan de operationer som ingår i en specialitet. Inom specialiteten ortopedi leder totalt 0,65 % av alla operationer i slutenvård till en anmälan, för gynekologi 0,45 % och för kirurgi 0,42 %. Jämfört med 2003-2007 har anmälningsfrekvensen stigit. Den profil ett sjukhus har kan alltså ge olika resultat i patientförsäkringens statistik.

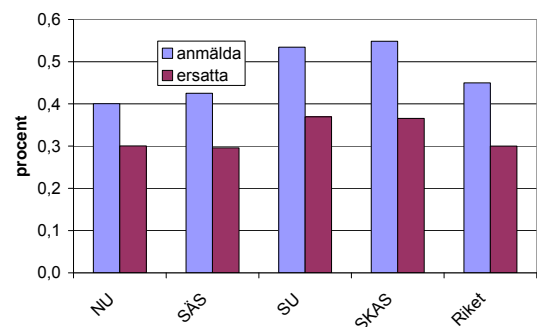
Följande diagram visar statistik för regionens sjukhus för specialiteterna kirurgi, ortopedi och gynekologi. De omfattar åren 2004-2008 under det som patientskadeförsäkringen kalla öppen redovisning.



Figur H-145. Operationsfall inom specialiteten ortopedi 2004-2008



Figur H-105. Operationsfall inom specialiteten kirurgi 2004-2008



Figur H-106. Operationsfall inom specialiteten gynekologi 2004-2008

Även om skillnaderna i anmälda fall är stora så är det så få fall att den statistiska osäkerheten mycket stor beroende på att så få fall får ersättningsberättigade skador. För Kungälvss sjukhus fanns t.ex. endast 4 ersättningsbara fall inom kirurgi för dessa 4 år. Det går således inte att avgöra om det finns skillnader mellan sjukhusen. Data är emellertid viktiga för verksamheternas egen analys av orsaker.

Arbete kring patientsäkerhet bedrivs framförallt lokalt i respektive förvaltning, nära där vården sker.

Redovisning och analys uppdelat på kvinnor respektive män saknas.

Patientnämndernas uppföljning

Patientnämndernas årsredovisning

Patientnämnderna är fristående och oberoende.

Patientnämnden erbjuder en unik möjlighet då patienters klagomål och synpunkter direkt kan utläsas av politikerna i nämnderna. Patientnämndernas huvuduppgifter är att:

- Stödja och hjälpa enskilda patienter
- Bidra till kvalitetsutveckling i vården
- Rekrytera och utbilda stödpersoner

Den totala ärendemängden till patientnämnderna år 2009 uppgår till 4 048, fördelningen är:

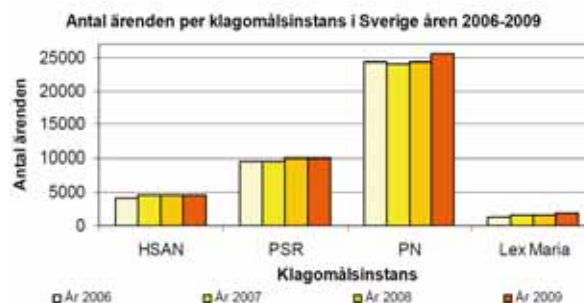
- Vård och behandlingsfrågor 48 %
- Organisation, regler och resurser 36 %
- Bemötande och kommunikation 14 %
- Övrigt 2 %

Patientnämnderna i VGR tar emot 2,6 synpunkter och klagomål per 1000 invånare. Av samtliga inkomna ärenden svarar kvinnor för cirka 60 % och män 40 %.

- Viktiga iakttagelser som bör belysas är:
- Av ärenden framgår att många patienter klagar på att de slussas runt i sjukvårdssystemet där ingen ser eller ansvarar för helheten.
- Remisshantering. Det kan gälla remisser som blir liggande obesvarade på grund av problem med läkarkontinuitet, remissvar som inte blir återkopplade till patienten.
- Vårdgarantin. Ett stort antal synpunkter berör bland annat orimliga väntetider, resursfrågor och informationsbrist från vårdgivare.
- Akutmottagningar. Patientnämnden har tagit emot flertalet synpunkter på regionens akutmottagningar.

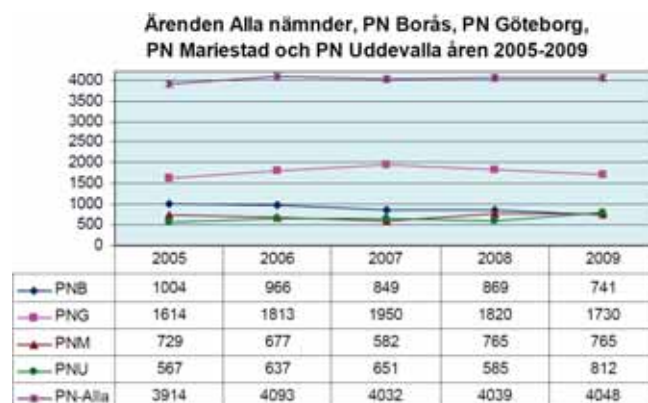
Synpunkter handlar främst om upplevda brister för vård och behandling, väntetider och brister i allmän omvårdnad.

En viktig uppgift är att metodiskt och konstruktivt återföra fakta och erfarenheter till vården. I de olika nämndområdena pågår flertalet aktiviteter och i skiftande samverkansformer. Under 2010 avser patientnämnderna att systematiskt undersöka hur vårdpersonalen och utförarna värderar nämndernas verksamhet.



Figur H-107 Antal ärenden per klagomålsinstans i Sverige åren 2006-2009

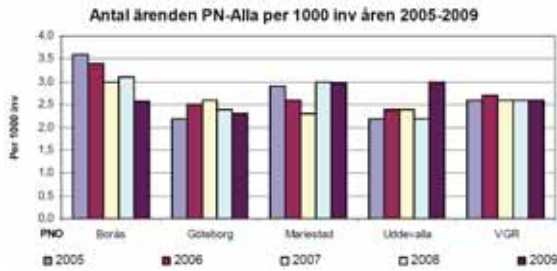
Antalet ärenden till landets Patientnämnder är väsentligt mycket större än till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd och Patientförsäkringen. Patientnämnden redovisar en ökning av ärenden till patientnämnderna 2009.



Figur H-108 Ärenden per patientnämnd och år 2005-2009.

Den totala ärendemängden uppgår till drygt 4 000. Den totala ärendemängden är relativt konstant över tid

År 2009 är det totala antalet ärenden till nämnderna 2,6 per 1000 invånare. Nämnderna i Mariestad och Uddevalla visar båda en större ärendemängd per 1000 invånare, Borås och Göteborg en lägre mängd.



Figur H-109. Antal ärenden till patientnämnderna per 1000 invånare. Patientnämndens årsredovisning 2009

Fler kvinnor än män vänder sig till patientnämnden. Andelen har ökat något 2009.



Fig. H-110. Total antalet ärenden till patientnämnderna år 2005 - 2009 fördelat på kvinnor och män.

Av diagrammet framgår att närmare 60 % av dem som kontaktar patientnämnderna är kvinnor. Det är fler kvinnor än män som vänder sig till patientnämnderna avseende "bemötande", fördelningen är relativt stabil över tid.



Fig. H-111 Bemötandeärenden till patientnämnderna år 2005 - 2009 fördelat på kvinnor och män.

Av samtliga ärenden som registrerats under "bemötande" svarar kvinnorna för ca 68 %, andelen har ökat något.

Fler kvinnor än män är i kontakt med vården under ett år. Även med justering för denna skillnad i kontaktgrad vänder sig fler kvinnor än män till patientnämnderna. Fler kvinnor än män vänder sig också till patientnämnderna i bemötandefrågor. Av samtliga ärenden som registrerats under "bemötande" svarar kvinnorna för ca 70 %. Fördelningen är stabil över tiden. På motsvarande sätt är kvinnor över-

representerade vad gäller kontaktsaken "bristande empati". Däremot föreligger ingen överrepresentation för kvinnor vad gäller kontaktsakerna "information", "kommunikation" eller "samspel med närstående".

Rapporterade iakttagelser

Utöver att hjälpa och stödja enskilda patienter har patientnämnderna till uppgift att bidra till kvalitetsutveckling i hälso- och sjukvården genom att rapportera iakttagelser och avvikelser. Nedan redovisas ärenden som handlagts av patientnämnderna och som lett till att olika åtgärder har vidtagits.

Ett flertal ärenden har rört omorganisationen av akutmottagningen inom NU-sjukvården. Patienterna har upplevt situationen som "rörig", problem med vård samband, långa väntetider samt synpunkter på vård och behandling. Sjukhuset arbetar med förbättringar. Patientnämnden har även tagit emot synpunkter på regionens övriga akutmottagningar vid sjukhusen främst om vård och behandling samt upplevda brister i allmän omvårdnad. En djupare analys av 2009 års klagomål och synpunkter kommer att göras.

Under året har ett flertal patienter hört av sig med frågor angående vårdgarantin" ...När det gäller frågor kring vårdgarantin har patientnämnden tillskrivit Hälso- och sjukvårdsutskottet i ärendet. Patientnämnden vill på detta sätt fästa Hälso- och sjukvårdsutskottets uppmärksamhet på problemet med tillämpningen av vårdgarantibestämmelserna.

Patientnämnderna tar i sin årsredovisning upp problem som återkommer har stor betydelse för patientens omhändertagande i vården.

Remisshantering. det kan gälla remisser som blir liggande obesvarade på grund av problem med läkarkontinuiteten. Det kan gälla remissvar som inte blir återkopplade till patienten.

Helhetssyn. Många patienter upplever att ingen inom vården ser till helheten och man slussas runt i sjukvårdssystemet utan att någon tar ansvar. Detta gäller vårdflöden både inom regionens verksamheter och mellan vårdnivåer. Många patienter klagar och undrar vem som har ansvaret för dem under remissprocesser inom sjukvårdssystemet.

Bemötande. Patienterna beskriver att vården inte lyssnar till vad de har att berätta. Nämnderna har återkommande dialoger med vården i dessa frågor. Vården vidtar åtgärder men trots detta kommer problemen tillbaka i patienternas synpunkter till patientnämnderna.

Fakta och text är hämtade ur Patientnämndernas Årsredovisning 2009

Befolkningens uppfattning om och upplevelser av hälso- och sjukvården

Detta avsnitt baseras på resultat från vårdbarometern och belyser indikatorerna från Öppna jämförelser ur ett Västra Götalandsperspektiv.

Vårdbarometern

Sveriges kommuner och landsting mäter rullande befolkningens inställning till hälso- och sjukvården. Data samlas in via telefonintervjuer bland personer över 18 år. Västra Götalandsregionen deltar genom de lokala hälso- och sjukvårdskanslierna i undersökningen sedan år 2002 (hälso- och sjukvårdsnämnd 4 fr.o.m. kvartal 3, år 2005).

År 2009 intervjuades 9 700 personer i Västra Götaland. Svarefrekvensen är cirka 50 procent. Datainsamlingen är indelad i fyra perioder varje år och materialet blir tillgängligt efter varje kvartal.

Frågorna avser bland annat förtroende för vården, beteende vid behov av sjukvårdskontakt, erfarenheter av senaste besök/kontakt, värdering av väntetider/tillgänglighet mm. utöver olika bakgrundsvariabler (kön, ålder, utbildning etc).

Resultat från undersökningen presenteras för hälso- och sjukvårdsnämnderna av respektive hälso- och sjukvårdskansli. I maj 2010 publiceras för andra året en regiongemensam årsrapport. Där belyses frågorna ur ett hälso- och sjukvårdsnämndsperspektiv samt ålders- köns och socioekonomiskt perspektiv²³. Resultat från regionen och övriga landsting samt metodbeskrivning finns på hemsidan www.vardbarometern.nu, intra.vgregion.se/vardbarometern. Resultat redovisas även i andra sammanhang, t ex i Öppna Jämförelser.

Vårdbarometerns nationella årsrapport 2009²⁴ och Öppna jämförelser 2009²⁵ redovisar resultat från vårdbarometern på landstingsnivå. Rapporterna visar att det finns stora skillnader i befolkningens syn på vården mellan länen. Västra Götaland utgör en stor av det nationella urvalet och har därför ofta vården som ligger nära rikssnittet, men för några frågor skiljer sig Västra Götaland från riket som helhet, vilka diskuteras nedan.

Öppna jämförelser redovisar sju indikatorer för förtroende, patientnöjdhet och tillgänglighet baserat på resultat från vårdbarometern. För fyra av indikatorerna placerar sig Västra Götaland bland den tredjedel av landstingen med minst fördelaktiga resultat och är rödmarkerade. Men skillnaden mot riket är endast en eller två procentenheter. Förutom

för framkomlighet till sjukvårdsrådgivning där i andel som tycker att det är lätt att komma fram på telefon till sjukvårdsrådgivning där skillnaden mellan Västra Götaland och riket är elva procentenheter och placerar Västra Götaland lägst av alla län.

För två av indikatorerna placerar sig Västra Götaland bland den tredjedel med mest fördelaktiga resultat och är grönmarkerade. Det är indikatorerna för väntetid till vårdcentral och telefonframkomlighet till vårdcentral.

I sammanhanget är det viktigt att påpeka att vårdbarometern mäter hur befolkningen uppfattar vården, och inte hur vården fungerar.

Nedanstående resultat från vårdbarometern baseras på undersökningen år 2009. Ovan beskrivna resultat från Öppna Jämförelser baseras på 2008 års undersökning.

Förändring 2002-2009

Förändringen över tid i Västra Götaland följer mönstret i övriga riket (figur I-1 till I-7). Västra götalandregionen ligger inte längre nämnvärt lägre än riket vad gäller andel som anser att de har tillgång till den vård de behöver och som har förtroende för vården vid vårdcentral och sjukhus. Det beror på att andelen positiva har successivt ökat, både i riket och Västra Götaland, men något snabbare i Västra Götaland.

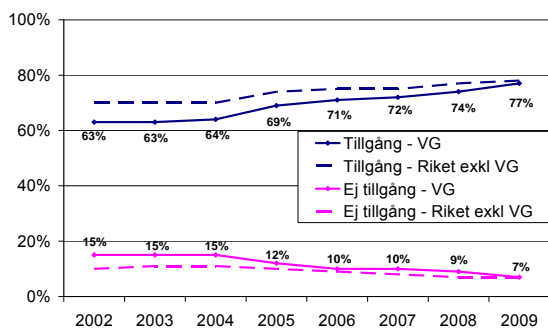
Andelen som anser att de har tillgång till den vård de behöver har ökat med 14 procentenheter, från 63 procent år 2002 till 77 procent år 2009 i Västra Götaland (figur I-1).

Telefontillgängligheten till vårdcentral har ökat mycket sedan år 2002 (figur I-6). Även andelen med stort förtroende för vård och behandling vid vårdcentral har ökat under perioden (figur I-2). Förtroendet för sjukhus är däremot oförändrat över tid (figur I-3).

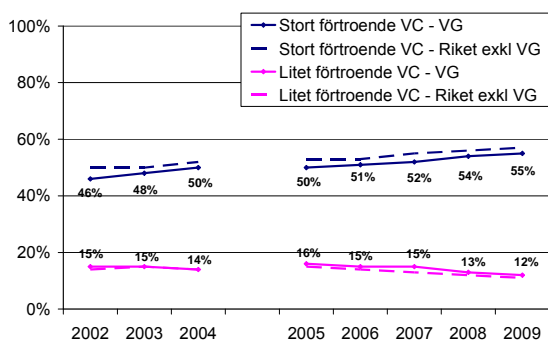
²³ Vårdbarometern årsrapport Västra Götalandsregionen 2009. Västra Götalandsregionen 2010. www.vgregion.se/analysenhet dokument handlingar 2010

²⁴ Sveriges kommuner och landsting www.skl.se, www.vardbarometern.nu

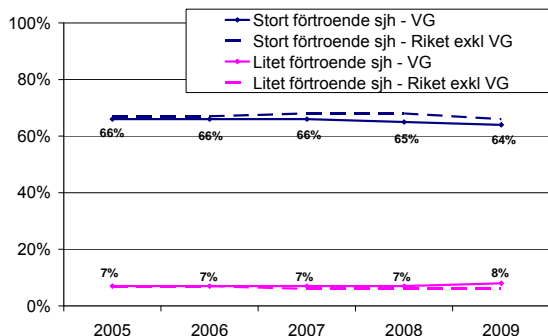
²⁵ Öppna Jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2009. Sveriges kommuner och landsting och Socialstyrelsen



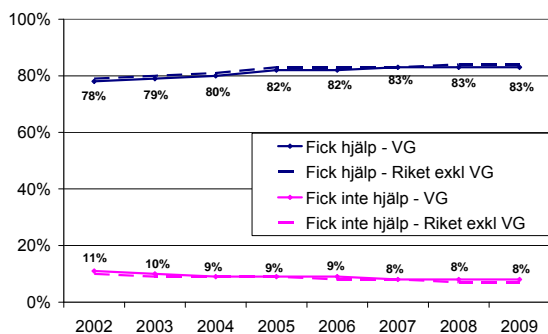
Figur I-1 "Jag har tillgång till den vård jag behöver". Andel i befolkningen (%) som instämmer helt eller delvis, respektive inte instämmer, 2002-2009. Källa: Vårdbarometern



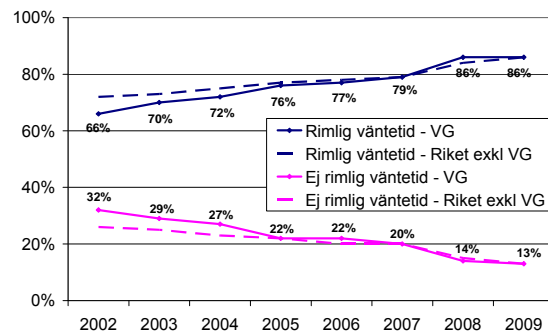
Figur I-2 Andel i befolkningen (%) som har stort eller mycket stort förtroende för vården vid vårdcentraler 2005-2009 respektive husläkare 2002-2004. Frågan ställd på nytt sätt från år 2005. Källa: Vårdbarometern



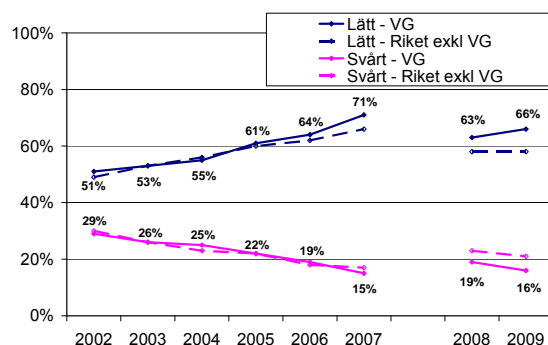
Figur I-3 Andel i befolkningen (%) som har stort eller mycket stort förtroende för vården vid sjukhus, 2005-2008. Frågan ny från år 2005. Källa: Vårdbarometern



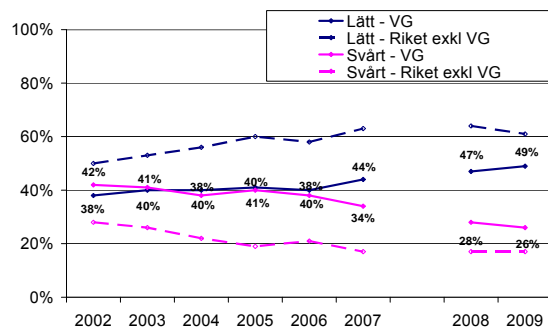
Figur I-4 Andel (%) som helt eller delvis ansåg att man fick den hjälp man förväntade sig vid besöket vid vårdcentral, sjukhus, akut eller privat vårdgivare 2002-2009. Källa: Vårdbarometern



Figur I-5 Andel (%) som anser att väntetiden var rimlig vid besök på vårdcentral (motsvarande) bland dem som ej fick tid samma dag, 2002-2008. Källa: Vårdbarometern



Figur I-6 Andel (%) som ansåg att det var lätt eller mycket lätt respektive svårt eller mycket svårt att komma fram per telefon till vårdcentral (motsvarande) bland dem som besökt vårdcentral (2002-2007) respektive i befolkningen (2008-2009). Källa: Vårdbarometern



Figur I-7 Andel (%) som ansåg att det var lätt eller mycket lätt respektive svårt eller mycket svårt att komma fram per telefon till sjukvårdsrådgivningen 2002-2009. Frågan ställd på nytt sätt från år 2008. Källa: Vårdbarometern

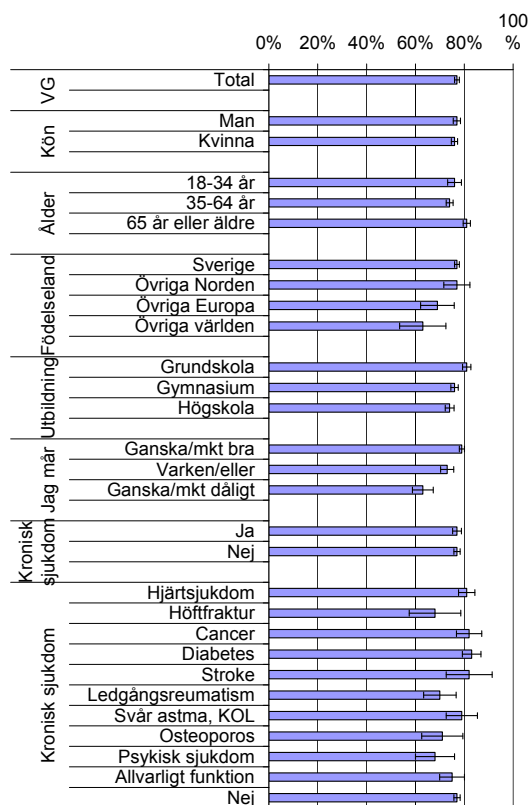
Ålder, kön, socioekonomi och hälsa

Attityder och erfarenheter avseende hälso- och sjukvården skiljer sig åt mellan grupper i befolkningen. Figur I-8 visar skillnader mellan grupper i andel som anser att de har tillgång till den vård de behöver. Mer resultat från vårdbarometern uppdelade på bakgrundsvariabler finns i Västra Götalandsregionens årsrapport 2009 för vårdbarometern som publiceras maj 2010.

Personer över 65 år är som helhet nöjdare med vården än yngre. Äldre är i högre utsträckning nöjda med tillgången till vård och har större förtroende för vården vid vårdcentral och sjukhus än yngre.

Äldre tycker i högre grad att det är lättare att komma fram per telefon till sjukvårdsrådgivning och vårdcentral, att väntetiden till vårdcentral är rimlig och att de fått den hjälp de förväntat sig vid vårdbesök.

Män har i högre grad förtroende för sjukhusvård än kvinnor. Kvinnor ringer i högre utsträckning till sjukvårdsrådgivningen än män. En större andel män uppger att det är lätt att komma fram till sjukvårdsrådgivningen än kvinnor.



Figur I-8 "Jag har tillgång till den vård jag behöver" (%). Andel i befolkningen (%) som instämmer helt eller delvis, år 2009, fördelat på bakgrundsvariabler. 95% konfidensintervall. Källa: Vårdbarometern

Personer med grundskoleutbildning anser i högre utsträckning än personer med längre utbildning att de har tillgång till den sjukvård de behöver, samt har förtroende för vård vid vårdcentral. Personer med grundskoleutbildning anser i högre utsträckning än personer med längre utbildning att det var lätt att komma fram till sjukvårdsrådgivningen.

Personer födda utanför Europa anser i lägre utsträckning än övriga att de har tillgång till den vård de behöver, samt har mindre förtroende för vården.

Personer som själva uppger att de mår ganska eller mycket dåligt är mindre nöjda med vården än personer som mår bra. Personer som mår dåligt anser i lägre utsträckning att de har tillgång till den vård de behöver eller att de har förtroende för vården. De

upplever att de i lägre utsträckning fått den hjälp de förväntat sig vid senaste vårdbesöket. Vidare anser de i högre utsträckning att väntetiden till vårdcentral var orimlig, och att det var svårt att komma fram på telefon till vårdcentral.

De som har behandlats för vissa kroniska sjukdomar (se figur I-18 för definition) uppger i högre utsträckning att de har förtroende för vård och behandling vid vårdcentral och sjukhus än övriga som besökt vården. Det gäller framförallt personer som vårdats för hjärtsjukdom, diabetes, stroke och cancer. Däremot ses ingen skillnad i andel som anser att de har tillgång till den vård de behöver (figur X-8).

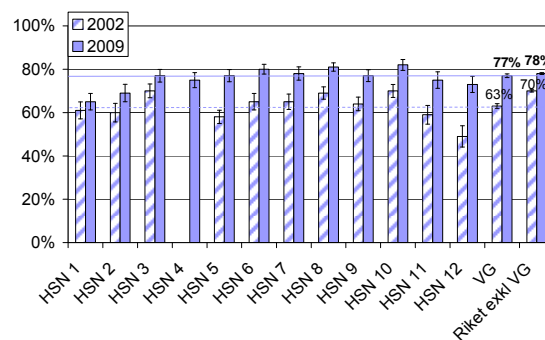
Inomregionala skillnader

Tillgång till den sjukvård man behöver

Tre fjärdedelar av västragötalänningarna anser att de har tillgång till den sjukvård de behöver. Västra Götaland ligger år 2009 på samma nivå som övriga riket, efter att ha haft lägre värden än riket under perioden 2002-2008.

Spridningen mellan landstingen är stor. Halland och Kronoberg ligger i topp, med 86 procent respektive 85 procent som anser sig ha tillgång. Gävleborg, Sörmland och Värmland har lägst andel som anser sig ha tillgång (70, 71 respektive 72 procent).

Inom länet har Sjuhärad (HSN 8) och Östra Skaraborg (HSN 10) genomgående haft högst andel som anser att de har tillgång till den vård de behöver under perioden 2002 till 2009 (figur I-9). Lägst andel som anser att de har tillgång till den sjukvård de behöver finns genomgående i Nordöstra Göteborg (HSN 12) och de senaste fyra åren även i Norra Bohuslän (HSN 1).



Figur I-9 "Jag har tillgång till den vård jag behöver" (%). Andel i befolkningen (%) som instämmer helt eller delvis, år 2002 respektive 2009, fördelat på hälso- och sjukvårdsnäringsområde. Mellersta Bohuslän (HSN4) är med i vårdbarometern från kvartal 3 2005). 95% konfidensintervall. Källa: Vårdbarometern

Den största ökningen i andelen som anser att de har tillgång till den vård de behöver under senaste sjuårsperioden finns i Göteborgsområdet (figur I-9). Andelen i Nordöstra Göteborg (HSN 12) har ökat med 24 procentenheter. Hisingen (HSN 11) ligger inte längre bland de med lägst andel i länet. Nordöstra Göteborg har tidigare haft få utbudspunkter men under senaste året har flera nya vårdcentraler etablerats och Angereds närsjukhus tillskapats.

Minst ökning under perioden ses i Fyrbodalen. Norra Bohuslän (HSN 1) är enda nämndsområdet som inte har någon statistiskt signifikant ökning i andel som anser att de har tillgång till vård mellan år 2002 och 2009. Dalsland (HSN 2) har inte ökat de senaste tre åren, och ligger nu lägre än VG-snittet. Det är oklart vad det beror på. Omstruktureringar av vården har skett i området, vilket kan ha påverkat befolkningens uppfattning av vården negativt.

Förtroende för vård och behandling vid vårdcentral respektive sjukhus

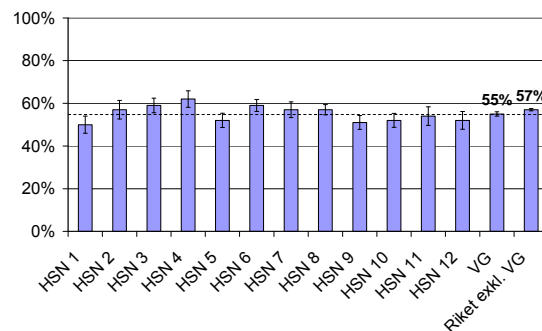
SOM-institutet mäter årligen befolkningens förtroende för ett tjugotal samhällsinstitutioner via en postal enkät²⁶. Förtroendet för sjukvården är högre än för övriga institutioner. 68 procent anger att de har stort eller ganska stort förtroende för sjukvården, följt av universitet/högskolor och polisen (båda med 53 procent). Lägst är förtroendet för de politiska partierna (14 procent), samt Europaparlamentet och EU-kommissionen (båda 15 procent).

Vårdbarometerundersökningen visar att andelen som har högt förtroende för vård och behandling på sjukhus (64%) är större än de som har förtroende för vård och behandling vid vårdcentral (55%). Andelen med förtroende för vårdcentraler har ökat de senaste fem åren, medan förtroendet för sjukhusen är fortsatt oförändrat (figur F-2 och F-3). Att förtroendet är högre för sjukvården i SOM-undersökningen jämfört med vårdbarometern beror troligen på olika insamlingsmetoder och svarsalternativ.

Förtroendet för vård och behandling vid vårdcentral är generellt sett låg i riket. Spridningen mellan länen är 51 och 65 procent. Halland och Kalmar ligger i topp. Spridningen mellan länen i andel som uppger förtroende för sjukhusen är mellan 58 och 74 procent. Västra Götaland är liksom tidigare år rödmarkerade i Öppna jämförelser för båda indikatorerna, men skillnaden mot rikssnittet är obetydlig - endast en procentenhet år 2009, både för vårdcentral och sjukhus.

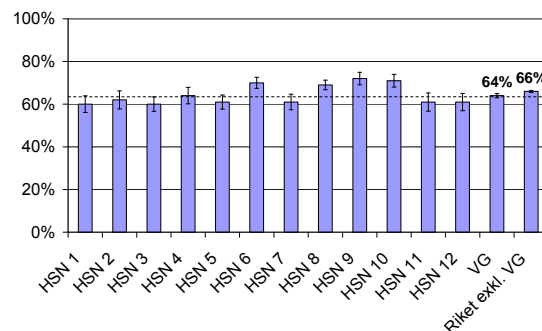
²⁶ Holmberg S, Weibull L. Svensk höst. SOM undersökning 2008. SOM-rapport nr 46. 2009. ISBN: 978-91-89673-16-8

Högst andel i befolkningen med stort förtroende för vård och behandling vid vårdcentral har genomgående funnits i Trestad (HSN 3), Mellersta Bohuslän (HSN 4) och Mittenälvsborg (HSN 6) under perioden 2005-2009 (figur F-10). Lägst andel har funnits i Västra Skaraborg (HSN 9), Norra Bohuslän (HSN 1) och Nordöstra Göteborg (HSN 12).



Figur I-10 Andel i befolkningen (%) som har stort eller mycket stort förtroende för vård och behandling vid vårdcentral (motsvarande), 2009. 95% konfidensintervall. Källa: Vårdbarometern

Inomregionala variationer ses även för andelen personer med förtroende för vård och behandling vid sjukhus (figur I-11). Befolkningen i Mittenälvsborg (HSN 6) och Västra och Östra Skaraborg (HSN 9 och 10) har i högst utsträckning haft förtroende under perioden 2005-2009. Göteborgsområdet (HSN 5, 11, 12) och Södra Bohuslän (HSN 7) har genomgående haft lägre förtroende för sjukhusvård.



Figur I-11 Andel i befolkningen (%) som har stort eller mycket stort förtroende för vård och behandling vid sjukhus, 2009. 95% konfidensintervall. Källa: Vårdbarometern

Sjukvårdsrådgivning

23 procent av befolkningen uppger 2009 att de har ringt sjukvårdsrådgivningen under det senaste året. Varannan västragötalänning anser att det är lätt att komma fram på telefon till sjukvårdsrådgivning jämfört med cirka 60 procent i riket. Det är samma mönster som året innan.

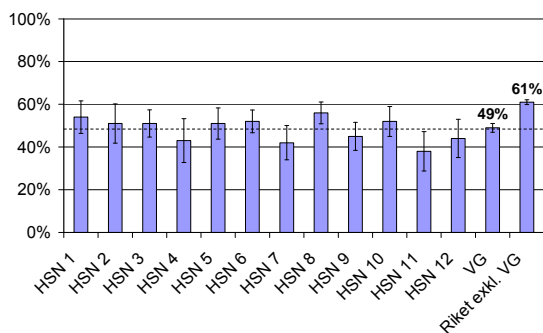
Det senaste året, år 2009-2010, har VGR gjort stora satsningar bland annat genom sammankopplingen

av de fyra sjukvårdsrådgivningarna. I dag ligger Västra Götalandsregionen i nivå med riket i andel som kom fram inom tre minuter, vilket motsvarar cirka 50 procent.

Vårdbarometern mäter befolkningens subjektiva uppfattning av telefonframkomligheten till sjukvårdsrådgivningen. Att Västra Götaland fortfarande ligger lägre än riket i vårdbarometern, trots uppenbara förbättringar, beror troligtvis på en eftersläpning av resultaten: Frågan om telefonframkomlighet rör de samtal man ringt hela året innan intervjun, vilket i praktiken innebär samtal som ringts under 2008 eller 2009. En ytterligare orsak till vårdbarometerns lägre värde än de objektiva mätningarna skulle kunna vara en ”tröghet” i förändring av befolkningens attityder avseende telefonframkomligheten.

Vårdbarometern visar däremot bättre värden än riket vad gäller telefonframkomlighet till *vårdcentral*.

Samtliga nämndsområden har lägre värden än riksnittet i telefonframkomligheten i vårdbarometern, men den slumpmässiga variationen är stor till följd av litet antal intervjuade (figur F-12). Boråsområdet och Uddevallaområdet har haft en fungerande sjukvårdsrådgivning dygnet runt i flera år, vilket även avspeglar sig i befolkningens uppfattning.



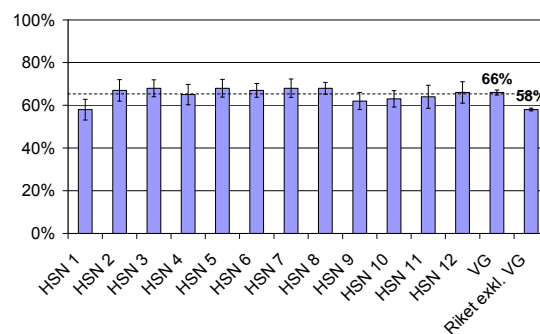
Figur I-12 Andel i befolkningen (%) som ringt **sjukvårdsrådgivning** (%) som ansåg att det var lätt eller mycket **lätt att komma fram** på telefon, 2009. 95% konfidensintervall. Källa: Vårdbarometern

Göteborg har haft lägst värden i vårdbarometern alla år, men har förbättrade värden mellan 2008 och 2009, framförallt i centrum-väster (HSN 5). Andelen som anser att det var lätt att komma fram till sjukvårdsrådgivningen i Göteborg Centrum-Väster har ökat från 36 till 51 procent mellan år 2008 och 2009 och denna ökning är statistiskt signifikant.

Telefonframkomlighet till vårdcentral

63 procent av västragötalänningarna uppgav år 2009 att de ringt vårdcentralen senaste året. Bland dem ansåg 66 procent att det var lätt eller mycket lätt att komma fram, jämfört med 63 procent året innan. Västra Götalandsregionen har en klart högre andel som anser att det är lätt att komma fram, jämfört med övriga riket (58 procent). Spridningen mellan landstingen är stor; 33 till 70 procent.

Det finns inomregionala variationer (figur F-13). Norra Bohuslän (HSN 1) har liksom tidigare år en lägre andel som anser att det var lätt att komma fram på telefon till vårdcentral. Vidare anser befolkningen i Norra Bohuslän i lägre utsträckning att väntetiden var rimlig inför vårdcentralbesöket, anser i lägre utsträckning att de fick den hjälp de förväntat sig vid sjukvårdsbesöket, har i lägre utsträckning förtroende för vårdcentral samt anser i lägre utsträckning att de har tillgång till den vård de behöver. Detta mönster består från tidigare års mätningar.



Figur I-13 Andel (%) i befolkningen som ringt vårdcentral som ansåg att det var lätt eller mycket **lätt** att komma fram per **telefon till vårdcentral** (motsvarande), 2009. 95% konfidensintervall. Källa: Vårdbarometern

Kort om befolkningens uppfattning om vården

Västra Götaland ligger nu på samma nivå som riket vad gäller andel som anser att de har tillgång till den vård de behöver och förtroende för vården vid vårdcentral och sjukhus. Andelen positiva har successivt ökat sedan år 2002, både i riket och Västra Götaland, men något snabbare i Västra Götaland

Andelen personer med positiv attityd till vårdcentraler fortsätter att öka under perioden 2002-2009. Andelen som har stort förtroende för vård vid vårdcentral, telefonframkomlighet till vårdcentral och andelen som inte fick tid samma dag vid vårdcentralen men ändå ansåg att väntetiden var rimlig har ökat kontinuerligt.

Personer över 65 år samt personer som skattar sin hälsa som bra eller mycket bra är i helhet mer nöjda med vården än övriga. Personer födda utanför Europa anser i lägre utsträckning än övriga att de har tillgång till den vård de behöver.

Det finns inomregionala skillnader i andel som upplever att de har tillgång till den sjukvård de behöver, som har förtroende för vård vid vårdcentral och sjukhus. Befolkningen i Östra Skaraborg och Sjuhärad anser i högst utsträckning att de har tillgång till vård. Norra Bohuslän och Nordöstra Göteborg i lägst utsträckning. Det finns även inomregionala skillnader i andel som tyckte det var lätt att komma fram på telefon till vårdcentral respektive sjukvårdsrådgivning.

Det finns inga stora skillnader mellan könen. Män har i något högre grad förtroende för sjukhusvård än kvinnor. Kvinnor ringer i högre utsträckning till sjukvårdsrådgivningen än män. Män uppger i högre grad att det är lätt att komma fram till sjukvårdsrådgivningen än kvinnor

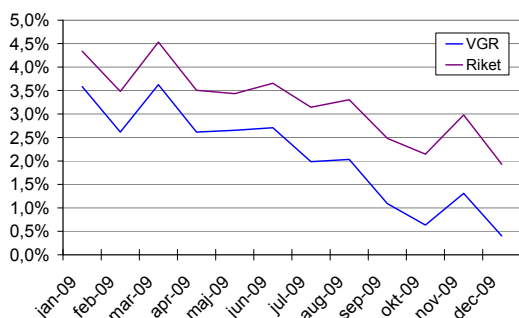
Läkemedel

Kostnader

Regionens läkemedelskostnader uppgick under 2009 till drygt 4,3 miljarder kronor vilket är 0,4 procent högre än under 2008. Det ska tilläggas att dessa kostnader varken innehåller rabatter på upphandlade läkemedel eller kostnaden för dosdispenseringsstjänsten. Regionens kostnadsutveckling är 1,6 procentenheter lägre än utvecklingen för riket. Denna skillnad har successivt ökat under året. (Figur J-1). I Västra Götalandsregionen använder i genomsnitt varje invånare 1,67 dygnsdoser läkemedel varje dag. Detta är en ökning med knappt en procent jämfört med 2008. För riket som helhet ökade denna användning med 2,3 procent mellan 2008 och 2009 och är därmed en av de komponenter som förklarar varför kurvornas separation ökar i figur J1.

Det är främst männens läkemedelsanvändning som ökat. Kvinnors läkemedelsanvändning är dock fortfarande högre än männens. En kvinna i Västra Götalandsregionen använder i genomsnitt 1,93 dygnsdos jämfört med en man som använder 1,41 dygnsdoser läkemedel per dag.

En kraftigt bidragande orsak till lägre kostnadsökningstakt är stora patentutgångar tillsammans med fortsatt prispress på läkemedelsgrupper där det finns generisk konkurrens. En bakgrund till en ökad prispress kan vara det förändrade av regelverk för generikautbyte på apotek som nu genomförs. Den minskade kostnadsökningen för läkemedel kan också till viss del förklaras med att introduktionen av nya läkemedel avstannat något jämfört med föregående period.



Figur J-1. Västra Götalandsregionens kostnadsutveckling jämfört med riket i procent. Rullande 12. Kostnaden avser recept (förmån) och rekvisitionsläkemedel. Källa Concise

Ytterligare faktorer som kan bidra till lägre kostnadsutvecklingstakt är en ökad grad av följsamhet till kostnadseffektiva val av läkemedel. Det kan inte uteslutas att det allmänna ekonomiska läget kan ha inneburit viss ekonomisk återhållsamhet. Det finns en utveckling mot ett mer decentraliserat kostnadsansvar för läkemedel i landstingen. Exempelvis har kostnadsansvaret för läkemedel inom VG Primärvård inneburit att fler vårdenheter har fått kostnadsansvar för läkemedel än vad som tidigare varit fallet. En icke försumbar förklaring till den minskade kostnadsökningstakten under 2009 är också det faktum att 2009 innehöll två arbetsdagar färre jämfört med 2008.

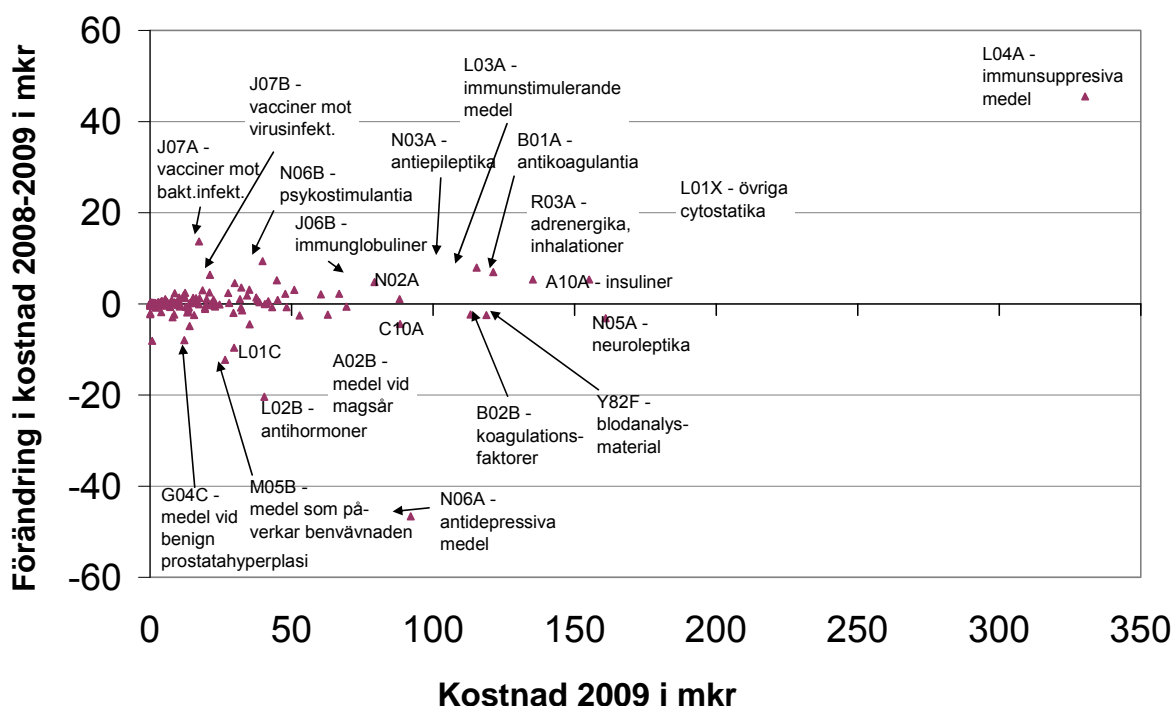
Västra Götalandsregionen tillhör de landsting som i högst utsträckning har decentraliserat kostnadsansvaret för läkemedel. Det skulle också kunna vara en bidragande förklaring till varför kostnadsökningstakten minskat mer i Västra Götalandsregionen än i riket. Tidigare års analyser har även pekat på att Västra Götalandsregionen har en mer försiktig introduktion av vissa nya läkemedel.

En viktig förklaring till de senaste 14 månadernas minskade kostnadsutveckling i Västra Götalandsregionen är patentutgången i december 2008 på venlafaxin (Efexor, Efexor Depot). Patentutgången har inneburit en mycket stor besparing under året både för Västra Götalandsregionen och för riket. Eftersom regionen har en relativt hög användning av detta läkemedel är det också en av förklaringarna till varför regionens kostnadsutvecklingstakt avtagit mer än rikets.

I figur J-2 redovisas kostnad i förhållande till kostnadsförändring på 4-ställig ATC-nivå under 2009 jämfört med 2008. De grupper som återfinns i övre högra hörnet representerar både höga kostnader och stora kostnadsökningar och hade därmed störst inverkan på ökningen av läkemedelskostnaderna under 2009.

Den läkemedelsgrupp som haft kraftigast kostnadsökning är immunsuppressiva medel, L04A. Kost-

nadsdrivande läkemedel i gruppen är främst TNF-hämmaren adalimumab (Humira) som används för behandling av svår reumatisk sjukdom, svår psoriasis och svår inflammatorisk tarmsjukdom samt natalizumab (Tysabri) för behandling av svår multipel skleros. TNF-hämmaren infliximab (Remicade) är det enskilda läkemedel som står för störst kostnad i regionen.



Figur J-2. Plotterdiagram på 4-ställig ATC-nivå (förmån + rekvisition) visar kostnaden 2009 samt förändringen i kostnad mellan 2008 och 2009. Källa: Concise

Apodos

Västra Götalandsregionen har den högsta apodosanvändningen i riket. Av Sveriges befolkning utgör västrgötalänningar ca 1/6-del, d.v.s. 16,7 procent. Detta förhållande stämmer väl överens med läkemedelsanvändningen i stort. Tittar man istället på dosförskrivna läkemedel så står Västra Götalandsregionen för hela 22,5 procent av rikets förskrivning.

I Västra Götalandsregionen står kvinnorna för drygt 60 procent av apodosanvändningen, mätt i antalet dygnsdoser. Detta kan till viss del förklaras av att apodos framför allt används av äldre och att kvinnor blir äldre än män

Sedan 2005 har landstingen betalat separat för tjänsten dosdispensering. Under 2009 betalade

Västra Götalandsregionen 6,20 kronor per patient och dag för denna tjänst. Totalt uppgick denna kostnad till 92,7 miljoner kr.

Nyckeltal

Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen har fastställt nyckeltal för att följa upp läkemedelsanvändningen. Nyckeltalen följer följsamheten till rekommenderade läkemedel inom några områden. Utfallet för dessa nyckeltal baseras på försäljning av läkemedel på recept som förskrivits från verksamheter inom regionen till patienter i Västra Götaland. I denna statistik finns ingen koppling till diagnos. Regionen har idag inte tillgång till individdata så man kan exempelvis inte se vilka kombinationer av läkemedel som ordineras.

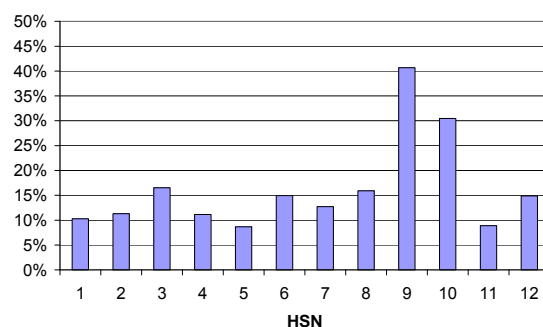
Tabell J-1. Utfall på nyckeltal för 2009, receptläkemedel utskrivet till och uthämtat av patienter i Västra Götalandsregionen samt inom respektive HSN-område. Ej ålders- och könsstandardiserat. Källa: Concise

Nyckeltal	VGR	HSN 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Andel kinoloner av UVI-antibiotika till kvinnor 18 år och äldre	16%	14%	13%	12%	15%	20%	15%	17%	16%	13%	13%	18%	19%
Andel pcV av luftvägsantibiotika barn 0-6 år	63%	65%	72%	73%	62%	49%	65%	60%	69%	76%	72%	57%	60%
Andel pcV av luftvägsantibiotika vuxna 18 år och äldre	49%	49%	53%	52%	51%	44%	52%	45%	52%	52%	50%	46%	46%
Andel generiska protonpumpshämmare av protonpumpshämmare	86%	87%	89%	91%	86%	83%	87%	85%	85%	89%	89%	85%	83%
Andel simvastatin av statiner	82%	81%	87%	87%	83%	77%	81%	79%	79%	88%	86%	81%	81%
Andel ACE-hämmare av ACE-hämmare + ARB	62%	59%	66%	67%	55%	52%	66%	60%	66%	71%	66%	55%	59%
Andel sumatriptan peroralt av perorala triptaner	64%	65%	64%	69%	60%	62%	66%	64%	65%	63%	62%	67%	64%
Andel långverkande morfin av långverkande opioider	18%	10%	11%	17%	11%	9%	15%	13%	16%	41%	30%	9%	15%
Andel generiskt alfuzosin av alfuzosin	26%	12%	31%	23%	17%	24%	27%	28%	22%	47%	40%	26%	23%
Andel upphandlade teststickor av teststickor för kontroll av blodglukos	90%	91%	90%	90%	92%	89%	77%	92%	92%	93%	93%	90%	90%

I de flesta fall är det önskvärt med en hög andel, dock inte 100 procent, som utfall på nyckeltalen. Nyckeltalet för kinoloner är ett undantag, här är det önskvärt med en låg andel. Utfallet för nyckeltalen i HSN 9 och 3 visar på en högre följsamhet till rekommendationerna i dessa områden. HSN 5 är det område som avviker mest från önskat forskrivningsmönster.

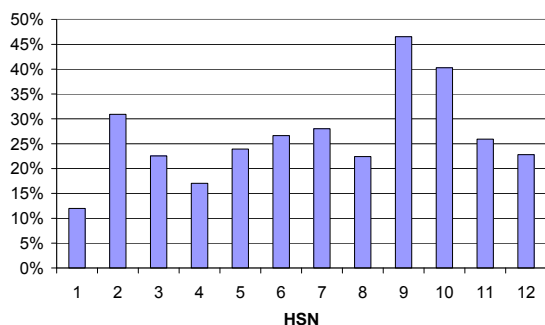
Som framgår av tabell J-1 är det inom några områden stor spridning inom regionen på vad som förskrivs till, och hämtas ut av, patienter inom respektive HSN-område. Den största spridningen finns inom området långverkande morfin av långverkande opioider samt generiskt alfuzosin av alfuzosin.

Vid behandling med långverkande opioider rekommenderas långverkande morfin i första hand. Denna rekommendation följs tydligast i HSN 9 och 10. Här har HSN 5 och 11 lägst utfall, se figur J-3



Figur J-3 Andel långverkande morfin av långverkande opioider (DDD) under 2009. Källa: Concise

Vid behandling med alfuzosin rekommenderas generisk alfuzosin som är billigare än originalpreparatet. Det sker inget automatiskt utbyte på apoteken till generiskt alfuzosin eftersom Läkemedelsverket inte har bedömt dem som utbytbara. Beredningsformerna skiljer sig något, vilket kan innebära smärre skillnader i farmakokinetiken. Ur klinisk synpunkt bedöms de dock vara likvärdiga. Även här ser vi en stor spridning i följsamheten till rekommendationen, se figur J-4. Även här har HSN 9 och 10 högst utfall och HSN 1 avviker mest.



Figur J-4 Andel generiskt alfuzosin av alfuzosin (DDD) under 2009. Källa: Concise

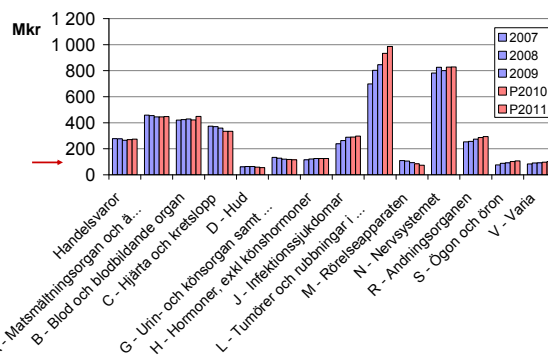
Inom andra områden är variationen i utfallet mindre. Ett exempel på detta är generiskt utbytbara protonpumpshämmare. Här varierar utfallet mellan 83-91 procent.

Prognosrapport

Läkemedelsenheten presenterade i mars 2010 en prognosrapport över kostnadsutvecklingen (förmån + rekvisition) för läkemedel i Västra Götalandsregionen. Arbetsgruppen har haft för avsikt att i rapporten ge en analys av läkemedelsmarknaden och lämna en prognos över läkemedelskostnaderna för de kommande två åren. Prognosrapporten förväntas också kunna utgöra ett underlag till arbetet med budget och vårdöverenskommelser. Informationen i rapporten är även tänkt att kunna vara utgångspunkt för ordnad förnyelse på läkemedelsområdet. Prognosen över bygger på en analys av den historiska kostnadsutvecklingen för läkemedel samt på en systematisk bedömning av väntade kommande händelser på läkemedelsområdet, främst introduktionen av nya läkemedel och effekten av patentutgångar.

Prognosen tyder på en total kostnadsökning på 3,0 procent för 2010 och 2,0 procent för 2011.

En fortsatt ökad kostnad förväntas under prognosperioden för läkemedel inom ATC-grupp L. Främst gäller detta läkemedel för behandling av inflammatoriska sjukdomar (reumatisk sjukdom, psoriasis och inflammatorisk tarmsjukdom) och läkemedel för behandling av multipel skleros (MS). Kostnadsökningen till följd av introduktion av nya läkemedel mot malign tumörsjukdom har bromsats upp något i slutet av 2009 men bedöms ändå fortsätta öka under 2010 och 2011.



Figur J-5 Kostnadsutvecklingen för de senaste tre åren samt en prognos för 2010 och 2011 per terapiområde/ATC-grupp. Källa: Concise

För 2010 och 2011 bedöms patentutgångar ha en betydande effekt. Den patentutgång som väntas få störst betydelse 2010 är losartan (Cozaar) för behandling av högt blodtryck och hjärtsvikt. Övriga patentutgångar som bedöms betydelsefulla under prognosperioden är klopidogrel (antikoagulantia), anastrozil (bröstcancer), risedronat (osteoporos), docetaxel (cancer), valaciclovir (virus hämmande medel) och olanzapin (schizofreni).

Öppna jämförelser

Öppna jämförelser innehöll 2009 fler indikatorer på läkemedelsområdet än tidigare år. Kvalitetsindikatorer kan utgöra ett värdefullt verktyg för professionellt lärande och utveckling av vården. Flera av läkemedelsindikatorerna i Öppna jämförelser fordrar vidare analys och har mer karaktären av indikatorer än kvalitetsindikatorer. Ökad uppmärksamhet bör riktas på att utveckla mått som speglar god kvalitet på läkemedelsområdet.

Västra Götalandsregionen redovisar genomgående sämre resultat än riksgenomsnittet för de läkemedelsindikatorer som presenteras i Öppna jämförelser. För att få genomslag i ett förändringsarbete krävs att läkemedelsindikatorerna i Öppna jämförelser kan brytas ner och presenteras på verksamhetsnivå. Idag har landstingen inte tillgång till de data som behövs för att kunna ta fram utfallet på en sådan nivå. Arbete pågår med att få dessa data från Socialstyrelsen. En förändring i lagstiftningen som innebär att landstingen får tillgång till krypterade individdata kan möjliggöra att regionen på sikt kan ta fram detta själva.

En av de indikatorer i Öppna jämförelser som rör antibiotika är andelen kinoloner till kvinnor som behandlats med urinvägsantibiotika. Eftersom resistensen mot kinoloner ökar i Sverige rekommenderas inte dessa s.k. bredspektrumsantibiotika för behandling av okomplicerad urinvägsinfektion hos kvinnor. Dessa läkemedel har dessutom visat sig ha en negativ effekt på miljön.

Andelen kinoloner av urinvägsantibiotika till kvinnor 18 år och äldre är ett av regionens nyckeltal. Här ses en tydlig förbättring med en minskad andel kinoloner de senaste åren. Detta nyckeltal ingår även som en av indikatorerna med målrelaterad ersättning i VG Primärvård som infördes 1 oktober 2009.

Flera av indikatorerna i Öppna jämförelser handlar om äldres läkemedelsanvändning. I samtliga av dessa indikatorer utmärker sig Västra Götalandsregionen med relativt dåliga nivåer. Arbetet pågår med att implementera den strategi och handlingsplan som togs fram för äldre och läkemedel hösten 2008. Dessa fokuserar på dokumentation, ansvar för kontinuerlig uppföljning och utvärdering av insatt läkemedelsterapi. Den läkemedelsavstämning som beskrivs i detta arbete är också ett av de områden med målrelaterad ersättning i VG Primärvård som infördes 1 oktober 2009.

Kort om läkemedel

- Regionens kostnadsutveckling är 1,6 procentenheter lägre än utvecklingen för riket
- Västra Götalandsregionen har den högsta apodosanvändningen i riket
- En viktig förklaring till den minskade kostnadsutvecklingen i Västra Götalandsregionen är patentutgången i december 2008 på venlafaxin
- Regionen har idag inte tillgång till individdata så man kan exempelvis inte se vilka kombinationer av läkemedel som ordineras
- Ökad uppmärksamhet bör riktas på att utveckla mått som speglar god kvalitet på läkemedelsområdet.
- Västra Götalandsregionen redovisar genomgående sämre resultat än riksgenomsnittet för de läkemedelsindikatorer som presenteras i Öppna jämförelser.
- Flera av indikatorerna i Öppna jämförelser handlar om äldres läkemedelsanvändning. I samtliga av dessa indikatorer utmärker sig Västra Götalandsregionen med relativt dåliga nivåer. Arbetet pågår med att implementera den strategi och handlingsplan som togs fram för äldre och läkemedel hösten 2008
- För att få genomslag i ett förändringsarbete krävs att läkemedelsindikatorerna i Öppna jämförelser kan brytas ner och presenteras på verksamhetsnivå.
- Skillnader mellan män och kvinnor redovisas i begränsad omfattning

Tandvård

Regionens ansvar för befolkningens tandvård utgår från tandvårdslagen vilken anger att förutom ett ansvar för barn och ungdomstandvård, ska regionen ta ett övergripande ansvar för att tandvård finns tillgängligt i lämplig omfattning för medborgarna.

I Västra Götalandsregionen finns cirka 1400 kliniskt verksamma tandläkare. Av dessa arbetar 700 i privat regi medan resterande arbetar vid allmän kliniker eller specialisttandkliniker inom Folk tandvården. Andelen tandhygienister i relation till antalet tandläkare inom Folk tandvården är 1:2,5 vilket i en nationell jämförelse är lågt. Flera landsting har medvetet bemannat tandvården med relationen 1:1 mellan tandhygienister och tandläkare. De flesta privata vårdgivare i Västra Götalandsregionen är allmänpraktiserade. Av dessa har 350 privata vårdgivare barn- och ungdomstandvårdsavtal och 5 % av barn och ungdomarna i regionen har valt att få sin tandvård privat. Av den vuxna befolkningen går cirka 50 % till privat tandvård medan den resterande andelen går till Folk tandvården eller inte alls.

Tandvårdsenheten arbetar med övergripande frågor för tandvård i regionen. Enheten har uppdraget att samordna regionens beställningar av Folk tandvård, vara sakkunniga till regionens politiker samt ansvar för Regionens tandvårdsstöd till vissa grupper. Samordning av tandvårdbeställningen inom regionen har genomförts för att garantera vård på lika villkor. En gemensam beställningsmall har tagits fram och de tolv hälso- och sjukvårdsnämnderna har haft denna som gemensam grund för beställningen.

Det Odontologiska Sektorrådet har under året lagt fram "Krav och kvalitetsbok för barn och ungdomstandvård" med syfte att denna ska ligga som grund för beställningen av tandvård till 3-19 åringar. I sektorsrådet finns representanter för privat- såväl som för folktandvård samt Institutionen för Odontologi.

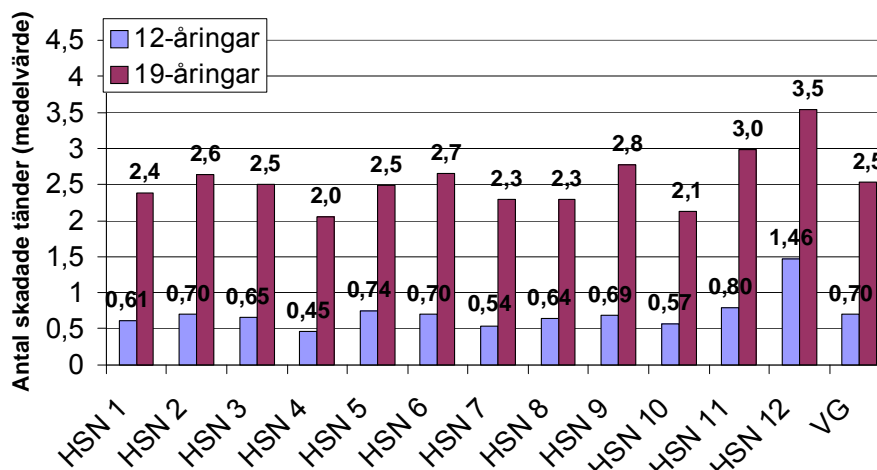
Barn och ungdomstandvård

Hälso- och sjukvårdsnämnderna ersätter såväl folktandvård som privat tandvård med en s.k. barntandvårdspeng i en kapitationsmodell. Barn och ungdomar går utan avgift till tandläkaren o m det år de fyller 19 år. I Västra Götalandsregionen har även unga vuxna mellan 20 och 21 år fri tandvård från 2009. Kapitationsersättningen för barn och ungdom är från 2009 kompletterad per nämnd med en ersättning som är viktad efter socioekonomiskt tyngd.

Tandhälsan hos 3- och 12-åringar

Antalet kariesskadade och fyllda tänder i medeltal, DFT för 12- åringar, har minskat något sedan föregående år. I medelvärde har 12-åringari Västra Götalandsregionen 0,70 kariesskadade eller fyllda tänder (DFT) år 2009. År 2008 var medelvärdet 0,79. Kariesfrihet hos 3 åringar har ytterligare förbättrats och ligger för 2009 på 96 % jämfört med 93 % för 2008.

Antalet skadade tänder hos 12-åringar är det mått som anges av WHO som globalt mått för jämförelse av tandhälsa. Tandhälsan hos 12-åringar inom Västra Götalandsregionen varierar kraftigt. Inom HSN 12 har 12-åringar i medeltal 1,46 skadad vuxentand (DFT) medan HSN 4 har lägst värde med ett medeltal på 0,45 vilket betyder att under hälften av 12-åringarna har i medeltal en skadad tand. Att dessa skillnader i tandhälsa har socioekonomiska bakgrundsfaktorer är välkänt. Motsvarande skillnader finns för 19-åringar vilket framgår av Figur K1.



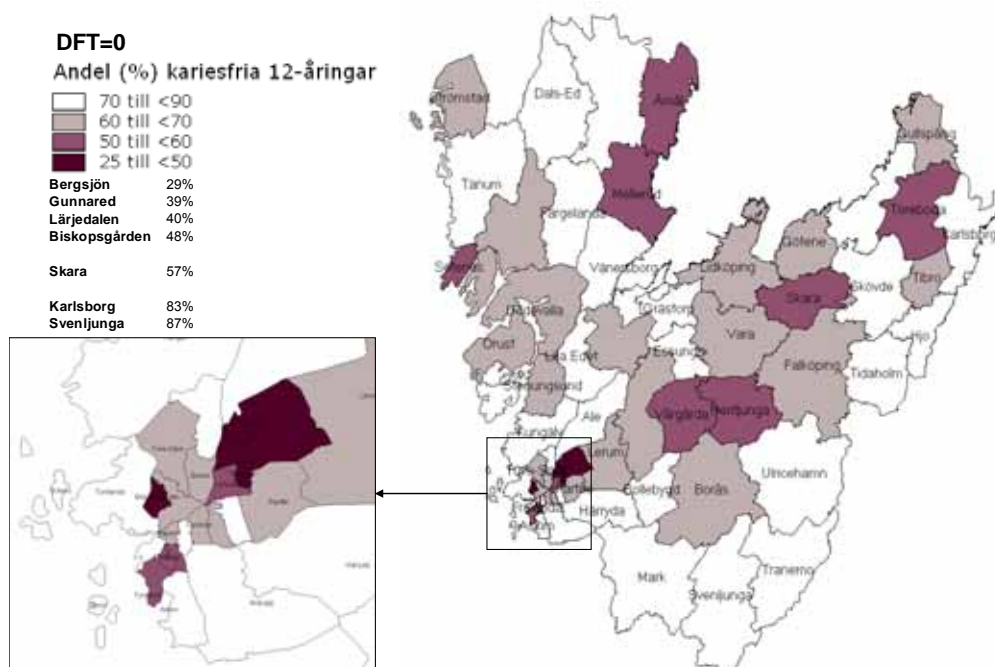
Figur K-1. Antal skadade och fyllda tänder (DFT) per HSN och VG, för 12- och 19- åringar. Medelvärde för år 2009 (inklusive 2008) i Västra Götalandsregionen.

Tandhälsans fördelning i regionen per kommun

Skillnaderna i tandhälsa mellan nämndområden ska följas. Tandhälsan är skevt fördelad och det krävs flera mått för att sammantaget kunna ge en bild av tillståndet i ett område. Lämpliga mått att följa i en befolkningsgrupp, enligt WHO, är kariesfrihet, medelvärdet för antal skadade tänder och medelvärdet för antalet skadade och fyllda tänder för den sjukaste tredjedelen av befolkningsgruppen. Dessa

tre mått ger en möjlighet att följa tandhälsan i t ex en kommun, hälso- och sjukvårdsnämndsområde.

Fördelning av kariesfrihet, dvs. DFT= 0, per kommun i Västra Götalandsregionen visar stora skillnader. Svenljunga kommun har flest andel kariesfria 12-åringar (87 %) medan stadsdelen Bergsjön har lägst andel (29 %). Se figur K2.

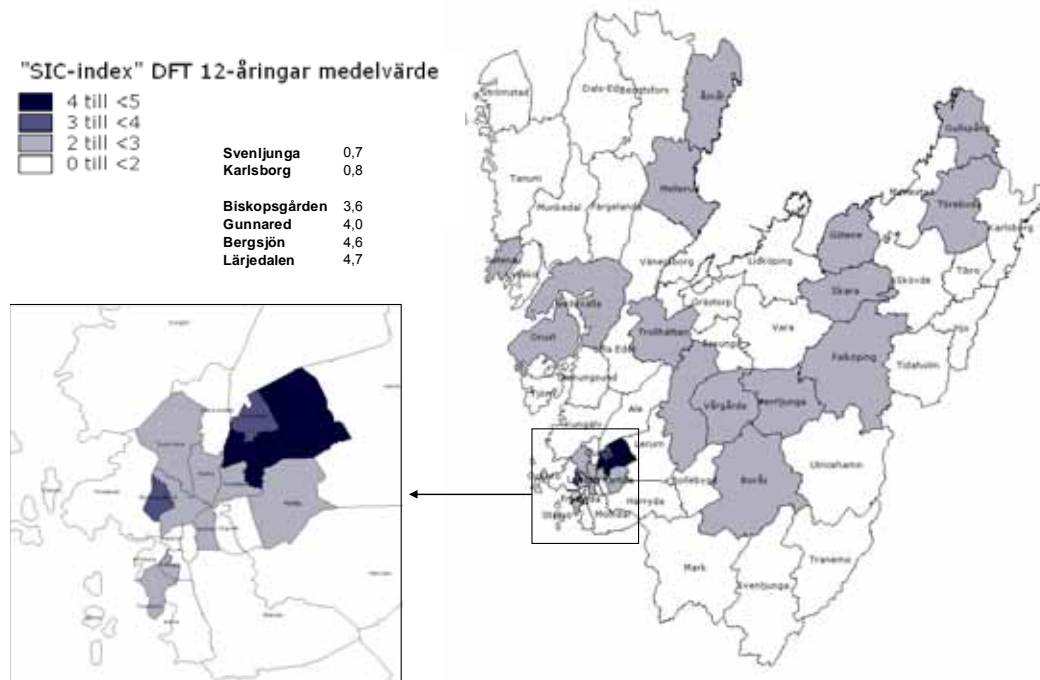


Figur K-2. Andel (%) kariesfria 12- åringar (DFT=0) per kommun eller stadsdel i Västra Götalandsregionen år 2009.

Tredjedelen 12-åringar med flest kariesskador

Den tredjedel av 12-åringar som har flest kariesskador kan beskrivas med ett s.k. signifikant caries index (sic index) per kommun. Det ger en uppfattning om sjukdomsbelastningen för de mest sjuka. Av kartan framgår att det är främst stadsdelar i

Göteborgs kommun som visar höga medelvärden. Se figur K 3.



Figur K-3. Andel skadade och fyllda tänder bland 12-åringar (medelvärde), för den sjukaste tredjedelen inom varje kommun eller stadsdel, så kallat "SIC-index", i Västra Götalandsregionen 2009.

Uppsökande verksamhet, och Nödvändig tandvård

Tandvården har uppdraget att bedriva uppsökande verksamhet hos personer med ett omfattande och varaktigt omsorgsbehov. Med "omfattande" menas i detta sammanhang tillsyn större delen av dygnet. Kommunens personal identifierar de personer som är berättigade till att bli uppsökta och dessa får ett speciellt tandvårdsstöds intyg.

Verksamheten upphandlades inför 2006 i HSN 4-12 medan HSN 1-3 valde att ge Folktandvården uppdraget utan upphandling. Upphandlingen gav resultatet att nästan all verksamhet i HSN 4-8 och 11-12 nu sköts av ett privat företag, Oral Care AB medan HSN 9-10 delat verksamheten mellan Oral Care AB och Folktandvården.

Samtliga tandvårdsstödsintyg har reviderats under 2009 och det finns nu möjlighet för intygsutfärdare att beställa eller ändra intyg elektroniskt via Tandvårdsenhetens hemsida.

Tandvårdsenheten har även under året genomfört systematisk information till kommunernas ansvariga för den uppsökande munhälsobedömningen

Antalet personer med intyg om nödvändig tandvård i Västra Götalandsregionen är 30300 vilket utgör 2,5 procent av de bosatta i Västra Götalandsregionen. Av dessa fick 16 500 personer, uppsökande munhälsobedömning, vilket motsvarar 53 procent av personkretsen. Antalet personer som fått nödvändig tandvård i personkretsen under 2009 är 23 788 personer (79%) Fler personer har fått nödvändig tandvård jämfört med 2008. Medelbehandlingskostnaden är 3 537 kronor medan den var 3 720 kronor för 2008.

Att antalet personer som får tillgång till nödvändig tandvård ökar är troligtvis ett resultat av att fler har sina egna tänder kvar även uppe i hög ålder samt att tandvården är mer aktiv med att erbjuda tandvård direkt ute bland äldreboenden mm.

Tandvård som led i sjukdomsbehandling

Personer med vissa sjukdomstillstånd har enligt tandvårdslagen en möjlighet att få delar av sin tandvård till samma avgift som för hälso- och sjukvård. Antalet behandlade under 2009 var 4 700 personer. Från 2008 har regionen infört en ny möjlighet att ersätta för tandvård där vårdbehovet orsakats av en allmänmedicinsk systemsjukdom i gränslandet mellan sjukvård och tandvård och det finns en förbättringsmöjlighet för sjukdomen genom tandvårdserbjudandet. Dessa så kallade "S 20 patienter" behovsprövas i en grupp av sakkunniga.

Kort om tandvård

- Den lagstadgade och avgiftsfria barn- och ungdomstandvården (0-19 år) omfattar från och med 2009 även 20- och 21-åringar i Västra Götaland
- Tandhälsan mätt i kariesfrihet bland 3-åringar (96%) samt i antal kariesskador och fyllningar bland 12-åringar (i medeltal 0.70 skadade tänder per individ) har ytterligare förbättrats under året
- Det finns dock stora skillnader i tandhälsa mellan olika områden – både mellan HSN och kommuner
- Personer med omfattande och varaktigt omsorgsbehov har rätt till uppsökande tandvård, vilket drygt hälften fick under året. Fler personer har fått nödvändig tandvård jämfört med 2008.
- Redovisning och analys per kön saknas

Kostnader för hälso- och sjukvård – ur ett nämndsperspektiv

Hälso- och sjukvårdsnämnderna ansvarar för att beställa och finansiera den vård som invånarna i respektive geografiska område har behov av, oavsett om vården konsumeras hos offentliga eller privata vårdgivare, inom eller utanför Västra Götaland. Under denna rubrik redovisas hälso- och sjukvårdsnämndernas kostnader för hälso- och sjukvård.

Nämndernas totala regionbidrag uppgick år 2009 till 28 882 mnkr. Till detta kom 179 mnkr i riktade bidrag från HSU. År 2008 uppgick nämndernas regionbidrag till 28 151 mnkr och bidraget från HSU till 132 mnkr. Vid jämförelse mellan åren bör uppmärksammas att inför 2009 överfördes ansvaret för rättspsykiatrisk vård och ett regionbidrag om 279 mnkr från nämnderna till HSU. Det sammanlagda resultatet för nämnderna blev ett underskott om knappt 70 mnkr, vilket innebär -0,24 % av summan av regionbidrag och bidrag från HSU. Nämndernas totala kostnad uppgick till 29 130 mnkr. Fem av tolv hälso- och sjukvårdsnämnder redovisar ett positivt resultat för år 2009.

Tabell L-1. Resultat (mnkr) per hälso- och sjukvårdsnämnd år 2008 och 2009, i % av regionbidraget 2009 samt förändring i mnkr mellan åren

	2008	2009 % av regbidrag	Förändring
HSN 1	4,256	-13,229	-0,86%
HSN 2	51,864	25,871	2,69%
HSN 3	57,147	-18,994	-0,63%
HSN 4	-0,454	5,459	0,26%
HSN 5	28,342	16,038	0,40%
HSN 11	-20,863	-15,906	-0,67%
HSN 12	-9,763	-21,890	-0,83%
HSN 7	-23,166	-10,120	-0,47%
HSN 6	25,846	-10,305	-0,61%
HSN 8	-7,076	-46,977	-1,31%
HSN 9	7,399	8,534	0,35%
HSN 10	10,749	12,018	0,47%
Totalt	124,281	-69,501	-0,24%

Nämndernas totala resultat har minskat med nästan 194 mkr mellan 2008 och 2009. Fem nämnder, har dock förbättrat sitt resultat, nämligen Mellersta och Södra Bohuslän (HSN 4 och 7), Göteborg Hisingen (HSN 11) samt Skaraborgsnämnderna (HSN 9 och 10). Mellan 2007 och 2008 minskade nämndernas

resultat med nästan 166 mnkr och mellan 2006 och 2007 med nästan 149 mnkr. Ett skäl till denna utveckling kan vara att nämnderna har minskat sin budget för oförutsedda utgifter. Flera nämnder använde i slutet av 2007 och 2008 tillgängliga resurser till tilläggsbeställningar vid regionens sjukhus. Genomförandet av VG Primärvård i oktober 2009 har medfört omfördelning inom regionen, vars omfattning varit svår att förutse och budgetera.

Nämndernas befolkningsansvar

Hälso- och sjukvårdsnämnderna har ansvar för att tillförsäkra invånarna i respektive geografiska område en behovsstyrd, tillgänglig och jämlik vård av god kvalitet. För att säkra detta tecknar nämnderna överenskommelser med regionens egna vårdgivare, vilka utför merparten av denna vård. Nämnderna genomför även upphandlingar och tecknar avtal med privata vårdgivare som då, med motsvarande förutsättningar, erbjuder invånarna vård. Vårdgivare som uppfyller kraven att bedriva verksamhet inom VG Primärvård tecknar avtal med hälso- och sjukvårdsnämnd och uppbär ersättning från dessa. Invånarna har, genom nationella avtal, även tillgång till vård utanför Västra Götalands gränser, vilken finansieras av hälso- och sjukvårdsnämnderna.

I texten nedan redovisas kostnader för hälso- och sjukvård per invånare och per nämnd. Jämförande uppgifter för tidigare år kan hämtas i tabellbilagor. Ekonomiska data för regionens offentliga vårdgivare kan ses i avsnittet Basala uppgifter. Dessutom återfinns hälso- och sjukvårdens samlade resultat i regionens årsredovisning.

Kostnad per invånare

Hälso- och sjukvårdsnämndernas kostnad per invånare varierar stort, vilket framgår i tabellen nedan. Den totala kostnaden per invånare är lägst i Södra Bohuslän (HSN 7) med 16 733 kr per invånare, och högst i Dalsland (HSN 2) med 21 764 kr per invånare, tätt följd av Norra Bohuslän (HSN 1) med 21 114 kr per invånare.

Tabell L-2. Kostnader (kr) för hälso- och sjukvård år 2009, per invånare och nämndsområde uppdelat på vårdnivå

	HSN 1	HSN 2	HSN 3	HSN 4	HSN 5	HSN 11	HSN 12	HSN 7	HSN 6	HSN 8	HSN 9	HSN 10	Totalt
Riks- och regionsjukvård	1 162	922	1 018	1 317	1 789	1 730	1 685	1 639	1 310	1 170	1 005	991	1 363
Länssjukvård	11 677	11 817	12 195	10 531	10 797	10 433	11 087	9 974	10 643	12 108	12 274	12 593	11 329
Summa													
specialiserad vård	12 839	12 739	13 213	11 848	12 586	12 163	12 771	11 613	11 952	13 279	13 279	13 583	12 692
Primärvård	6 509	7 003	4 657	4 027	3 625	3 706	3 755	3 526	4 171	4 340	4 354	4 676	4 261
Tandvård	573	582	517	528	441	446	454	590	501	484	543	553	505
Handikappverksamhet	340	442	410	279	268	265	260	286	447	464	427	429	352
Övrigt	853	998	519	898	1 026	918	846	718	519	590	588	581	750
Kostnad per invånare	21 114	21 764	19 315	17 580	17 947	17 498	18 085	16 733	17 592	19 157	19 192	19 823	18 561

Den variation som kan utläsas mellan hälso- och sjukvårdsnämndernas kostnad per invånare uppdelat på vårdnivå kan bero på strukturella skillnader i utbud och tillgång till olika vårdformer, men också på olika kostnadsläge hos de utförare där invånarna konsumerar vård. Göteborgsnämnderna (HSN 5, 11 och 12) och även Södra Bohuslän (HSN 7) har en högre kostnad per invånare för riks- och region-sjukvård, vilket återspeglas i en något högre konsumtion av denna vård. Skillnaden mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna i kostnad per invånare för denna vård synes minska över tid. Norra Bohuslän (HSN 1) och Dalsland (HSN 2) har en avsevärt högre kostnad per invånare för primärvård än övriga nämnder har. Vid jämförelse av kostnader fördelade på typ av vård bör uppmärksammas att det finns skillnader mellan nämnderna i vilka kostnader som redovisas under posten ”övrigt”.

Den totala kostnaden för hälso- och sjukvård per invånare har ökat från 18 073 kr till 18 561 kr, eller med 2,7 %, mellan 2008 och 2009. Fördelat på typ av vård har hälso- och sjukvårdsnämndernas kostnad för primärvård ökat mest, med 5,3 %, följt av handikappverksamhet med 3,3 %. En förklaring till det sistnämnda är genomförande av beslutet att all syn-, hörsel- och dövverksamhet ska samordnas inom handikappförvaltningen, vilket medfört att uppdraget i delar av Västra Götaland har flyttats från sjukhusen. Det bör noteras att förändringar i kostnadsläget per verksamhet även kan bero på förändringar av redovisningskaraktär.

Tabell L-3. Fördelning (%) av kostnad 2009 per invånare och nämndsområde uppdelat på vårdnivå

	Specialiserad vård	Primärvård	Tandvård	Handikappverksamhet	Övrigt
HSN 1	60,8%	30,8%	2,7%	1,6%	4,0%
HSN 2	58,5%	32,2%	2,7%	2,0%	4,6%
HSN 3	68,4%	24,1%	2,7%	2,1%	2,7%
HSN 4	67,4%	22,9%	3,0%	1,6%	5,1%
HSN 5	70,1%	20,2%	2,5%	1,5%	5,7%
HSN 11	69,5%	21,2%	2,5%	1,5%	5,2%
HSN 12	70,6%	20,8%	2,5%	1,4%	4,7%
HSN 7	69,4%	21,1%	3,5%	1,7%	4,3%
HSN 6	67,9%	23,7%	2,9%	2,5%	3,0%
HSN 8	69,3%	22,7%	2,5%	2,4%	3,1%
HSN 9	69,2%	22,7%	2,8%	2,2%	3,1%
HSN 10	68,5%	23,6%	2,8%	2,2%	2,9%
VGR	68,4%	23,0%	2,7%	1,9%	4,0%

I tabellen ovan redovisas hur nämnderna fördelat sina resurser mellan olika vårdnivåer under 2009. Andelen resurser som använts till att köpa primärvård har totalt sett ökat med 0,6 procentenheter mellan 2008 och 2009. Ökningen är mest markant i Göteborgsnämnderna (HSN 5, 11 och 12). Även andelen resurser som använts för att köpa handikappverksamhet har ökat något, medan den andel som använts till övriga verksamheter har minskat.

Kostnadsutveckling

Mellan år 2008 och 2009 har kostnaden för hälso- och sjukvård räknat per invånare ökat mest, procentuellt sett, i Dalsland (HSN 2) med 8,17 %, i Mittentälvborg (HSN 6) med 5,52 % och i Trestad (HSN 3) med 5,18 %. Den minsta förändringen har skett i Nordöstra Göteborg (HSN 12), där kostnaderna ökat med 0,34 %, i Göteborg Hisingen (HSN 11) med 0,35 % samt i Södra Bohuslän (HSN 7) med 1,00 %.

Tabell L-4 Kostnad (kr) för hälso- och sjukvård 2008 och 2009 per invånare och nämndsområde, samt förändring (%) mellan åren

	2008	2009	Förändring %
HSN 1	20 382	21 114	3,59
HSN 2	20 119	21 764	8,17
HSN 3	18 364	19 315	5,18
HSN 4	16 991	17 580	3,47
HSN 5	17 644	17 947	1,71
HSN 11	17 438	17 498	0,35
HSN 12	18 023	18 085	0,34
HSN 7	16 567	16 733	1,00
HSN 6	16 671	17 592	5,52
HSN 8	18 599	19 157	3,00
HSN 9	18 690	19 192	2,68
HSN 10	19 311	19 823	2,65
VGR	18 073	18 561	2,70

Det är värt att notera att utvecklingen var i princip den motsatta mellan 2007 och 2008. De nämnder som nu ökat lite hade då en hög ökningstakt och vice versa.

En förklaring till olika kostnadsutvecklingstakt är olikheter i befolkningens sjukvårdsbehov, där framför allt ålder och kön påverkar. En annan förklaring är de förändringar i tillgängligt lokalt vårdutbud

som har skett bland annat till följd av förändrade grunder för resursfördelning.

Tabell L-5. Kostnad (kr) för primärvård per invånare och nämndsområde år 2008 och 2009

	2008	2009	Förändring %
HSN 1	6 195	6 509	5,06
HSN 2	6 491	7 003	7,89
HSN 3	4 398	4 657	5,89
HSN 4	3 843	4 027	4,79
HSN 5	3 323	3 625	9,11
HSN 11	3 463	3 706	7,04
HSN 12	3 519	3 755	6,68
HSN 7	3 308	3 526	6,62
HSN 6	3 950	4 171	5,60
HSN 8	4 227	4 340	2,68
HSN 9	4 201	4 354	3,66
HSN 10	4 603	4 676	1,59
VGR	4 047	4 261	5,29

När nämndernas kostnadsutveckling per invånare redovisas med fokus på primärvård har kostnaderna totalt sett ökat med 5,29 % mellan 2008 och 2009, att jämföra med 9,34 % mellan 2007 och 2008 och 6,33 % mellan 2006 och 2007. Den största procentuella förändringen har skett i Göteborg Centrum Väster (HSN 5) med 39,11 % och i Dalsland (HSN 2) 7,89 %. Sistnämnda nämndsområde hade redan tidigare regionens högsta kostnad för primärvård per invånare. Den minsta förändringen mellan åren har skett i Östra Skaraborg (HSN 10) med 1,59 %.

Kostnad för vård inom och utanför regionen

Det geografiska läget är en betydelsefull faktor för hur mycket vård invånarna i ett nämndsområde konsumerar utanför regionen. Dalsland (HSN 2) har en jämförelsevis hög kostnad för utomregional specialiserad somatisk vård och primärvård, vilket beror på att många dalslänningar har kortare avstånd till sjukhuset i Säffle och till Centralsjukhuset i Karlstad än till motsvarande vårdutbud inom Västra Götaland.

Också Södra Bohuslän (HSN 7) och Göteborg Centrum Väster (HSN 5) har något högre kostnader för utomregional vård, vilket beror på närheten till Halland.

Sammantaget utgör kostnaderna för utomregional vård en marginell andel av den totala kostnaden för hälso- och sjukvård. Totalt sett har 1,8 % av nämndernas resurser använts till att betala för vård utanför Västra Götaland 2009, vilket är en ökning jämfört med tidigare år. Andelen varierar mellan nämnderna, från 0,8 % i Västra Skaraborg (HSN 9) till 4,5 % i Dalsland (HSN 2).

Tabell L-6 Kostnad (kr) för inom- och utomregional vård per invånare och nämndsområde år 2009

	HSN 1	HSN 2	HSN 3	HSN 4	HSN 5	HSN 11	HSN 12	HSN 7	HSN 6	HSN 8	HSN 9	HSN 10	Totalt
INOMREGIONAL VÅRD													
Specialiserad vård	12 499	11 889	13 020	11 642	12 239	11 960	12 530	11 313	11 789	12 991	13 161	13 419	12 436
Primärvård	6 491	6 956	4 642	4 005	3 530	3 673	3 721	3 418	4 153	4 304	4 337	4 656	4 219
UTOMREGIONAL VÅRD													
Specialiserad vård	322	774	186	206	376	207	235	332	161	287	123	171	262
Primärvård	36	122	21	22	66	29	39	77	21	38	12	13	37
Andel utomregionalt %	1,9%	4,5%	1,2%	1,4%	2,7%	1,5%	1,7%	2,7%	1,1%	1,8%	0,8%	1,0%	1,8%

Vård i offentlig och privat regi

Fördelningen av kostnader för vård i offentlig respektive privat regi ger en bild av den vårdstruktur som finns inom respektive nämndsområde och i Västra Götaland som helhet.

Göteborgsnämnderna, och då framförallt Göteborg Hisingen (HSN 11), har ett stort utbud av privata vårdgivare som bedriver specialiserad somatisk vård, vilket också framgår i kostnadsredovisningen.

Tabell L-7 Kostnad (kr) för vård i offentlig och privat regi per invånare och nämndsområde samt andel i privat regi år 2009

	HSN 1	HSN 2	HSN 3	HSN 4	HSN 5	HSN 11	HSN 12	HSN 7	HSN 6	HSN 8	HSN 9	HSN 10	Totalt
OFFENTLIG VÅRD													
Specialiserad vård	12 429	11 833	12 939	11 389	11 780	11 101	12 010	11 031	11 664	12 874	12 833	13 234	12 128
Primärvård	4 833	6 542	3 520	2 756	2 581	2 818	3 045	2 347	3 645	3 783	3 903	4 310	3 406
PRIVAT VÅRD 1)													
Specialiserad vård	131	120	136	363	687	1 146	689	456	190	212	397	251	440
Primärvård	1 485	418	1 118	1 352	1 181	989	827	1 106	655	594	550	454	911
Andel privat vård %	8,6%	2,8%	7,1%	10,8%	11,5%	13,3%	9,1%	10,5%	5,2%	4,6%	5,4%	3,9%	8,0%

1) Schablonfördelning av nämndernas läkemedelskostnader

Det finns en skillnad i kostnad per invånare för primärvård i privat regi mellan de nämnder som tidigare har upphandlat vårdcentralverksamhet och dem som inte gjort det. Genomförandet av VG Primärvård kommer sannolikt att påverka dessa tal. De nämnder som har en högre kostnad för privat primärvård har som regel något lägre kostnad per invånare för primärvård i offentlig regi.

Vid jämförelse av dessa kostnader bör uppmärksammas att några nämnder har avtal med kommunerna om att utföra viss primärvård, exempelvis vissa rehabiliteringsinsatser. Kostnaderna för detta redovisas inte under vare sig offentlig eller privat vård i tabellen ovan.

Kort om kostnader för hälso- och sjukvård

- Den genomsnittliga kostnaden för hälso- och sjukvård per invånare i Västra Götaland har ökat från 18 073 till 18 561 kronor eller med 2,70 % mellan 2008 och 2009
- Kostnaden per invånare är lägst i Södra Bohuslän (HSN 7) med 16 733 kronor per invånare och högst i Dalsland (HSN 2) med 21 764 kronor per invånare
- Den redovisade kostnaden för primärvård per invånare har ökat med mer än 5,29 % mellan åren, vilket innebär att andelen resurser som använts för att köpa primärvård har ökat.
- Könsskillnader redovisas i begränsad omfattning.

Hälso- och sjukvårdens personal

Antal anställda

Antalet anställda i Västra Götalandsregionen var vid årsskiftet 50 204, en minskning med 1,3 procent jämfört med föregående år. Av dessa arbetar 42 765, ca 85 procent, inom hälso- och sjukvårdens verksamheter. Detta är en minskning med 840 anställda jämfört med 31 december 2008. Minskningen beror bland annat på förvaltningarnas arbete med att anpassa personalvolym till ekonomiska förutsättningar,

införandet av VG Primärvård samt överföring av administrativ personal inom ekonomi och personal från hälso- och sjukvården till Regionservice.

Under året har antalet anställda inom hälso- och sjukvården minskat med 712 exklusive överföring till Regionservice. Angereds Närsjukhus har utökat sin verksamhet under året.

Tabell M-1. Antal anställda per anställningsform och område per den 31 dec 2009. Källa=Årsredovisning.

Område	Tillsvidare- anställda	Visstids- anställda	Tim- avlönade	Totalt	Andel tillfälligt anställda	Förändring 2009-2008	
						Antal	Procent
Sjukhus	28 697	1 751	1 869	32 317	11,2%	-1 201	-3,6%
Primärvård	5 234	550	700	6 484	19,3%	225	3,6%
Tandvård	2 775	98	38	2 911	4,7%	-32	-1,1%
Handikapp	940	96	17	1 053	10,7%	168	19,0%
Totalt Hälso- och sjukvård	37 646	2 495	2 624	42 765	12,0%	-840	-1,9%

Andelen anställda med tillfälliga anställningar har minskat för både kvinnor och män. Visstidsanställda har minskat medan timavlönade ökat. För hälso- och sjukvården var andelen tillfälligt anställda 12,0 procent 2009 vilket är en minskning med 1,1 procentenheter. Framför allt anställs personal med tillfällig anställning vid produktionstoppar och frånvaro som sjukdom, föräldraledighet och studier. Förvaltningarna följer kontinuerligt upp andelen tillfälliga anställningar i syfte att minska dessa.

Andelen anställda med deltidsanställningar har minskat med 0,4 procentenheter jämfört med 2008 och uppgår till 20,6 procent. Kvinnorna har minskat med 0,4 procentenheter och männen med 0,1 procentenheter. Förvaltningarna arbetar aktivt med att minska antalet ofrivilligt deltidsanställda. Västra Götalandsregionen prövar alltid möjligheten att erbjuda en ofrivilligt deltidsanställd utökad sysselsättningsgrad innan rekrytering sker. Detta sker i enlighet med den regiongemensamma rekryteringsprocessen.

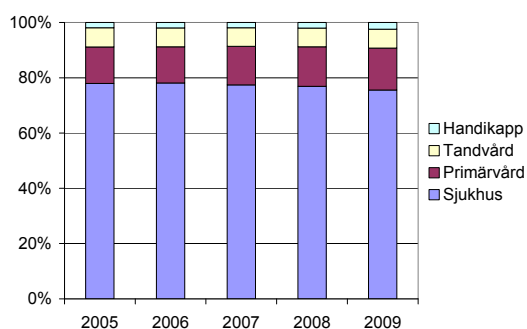
Tabell M-2. Antal anställda per personalgrupp och område per den 31 dec 2009 samt andel män och andel totalt. Källa=Årsredovisning.

Personalgrupp	Sjukhus			Primärvård			Tandvård			Handikapp		
	Antal	% män	% totalt	Antal	% män	% totalt	Antal	% män	% totalt	Antal	% män	% totalt
Sjuksköterskor, barnmorskor	10 868	11,3%	33,6%	2 484	2,5%	38,3%	0	0,0%	0,0%	27	3,7%	2,6%
Undersköterskor m.fl.	8 273	13,4%	25,6%	569	1,4%	8,8%	0	0,0%	0,0%	35	2,9%	3,3%
Läkare	4 003	54,8%	12,4%	1 034	47,3%	15,9%	0	0,0%	0,0%	20	45,0%	1,9%
Tandläkare	11	63,6%	0,0%	0	0,0%	0,0%	913	35,0%	31,4%	0	0,0%	0,0%
Tandsköterskor, -hygienister m.fl.	25	8,0%	0,1%	0	0,0%	0,0%	1 795	0,9%	61,7%	0	0,0%	0,0%
Läkarsekreterare	2 268	0,4%	7,0%	763	3,4%	11,8%	43	0,0%	1,5%	41	0,0%	3,9%
Rehabilitering och förebyggande	2 324	14,2%	7,2%	1 088	14,7%	16,8%	16	25,0%	0,5%	658	8,7%	62,5%
Sjukhustekniker/labpersonal ink BMA	1 594	21,6%	4,9%	105	6,7%	1,6%	4	100,0%	0,1%	24	70,8%	2,3%
Utbildning, kultur och fritid	138	21,0%	0,4%	5	20,0%	0,1%	1	0,0%	0,0%	85	4,7%	8,1%
Teknik, hantverkare	89	79,8%	0,3%	2	100,0%	0,0%	10	90,0%	0,3%	13	69,2%	1,2%
Kök, städ, tvätt	122	9,0%	0,4%	12	25,0%	0,2%	0	0,0%	0,0%	2	0,0%	0,2%
Administration	2 602	19,8%	8,1%	422	22,3%	6,5%	129	18,6%	4,4%	148	14,9%	14,1%
Totalt	32 317	18,1%	100,0%	6 484	13,2%	100,0%	2 911	13,0%	100,0%	1 053	11,4%	100,0%

Personalstruktur

Från och med 2009 används ett nytt befattningsklassificeringssystem, Arbetsidentifikation (AID). Förändringen berör alla kommuner och lands-ting/regioner och innebär att jämförelser med tidigare redovisade data inte är möjliga att göra. I ovanstående tabell visas fördelningen av anställda och årsarbetare med den nya indelningen i personalgrupper.

Sjukhusen andel anställda av hälso- och sjukvårdens totalt antal anställda har under de senaste fem åren minskat något medan Primärvårdens andel ökat. Detta beror på att sjukhusen i större omfattning överfört försörjnings- och administrativ personal till Regionservice samtidigt som Primärvården förstärkts för att öka tillgängligheten. Tandvårdens andel har minskat något medan Handikappförvaltningen ökat sin andel genom att hörsel- och synverksamhet överförs från några av sjukhusen i Västra Götalandsregionen under 2009.

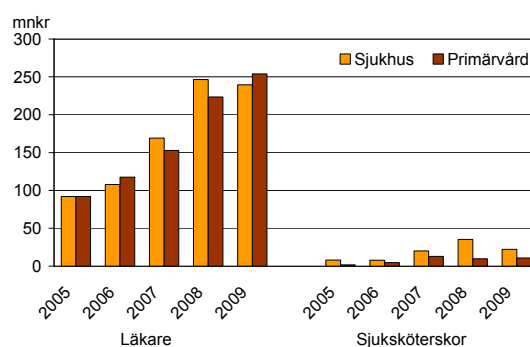


Figur M-1. Procentuell andel av antal anställda år 2005 till 2009 per område. Källa= Årsredovisning.

Bemanningsföretag

Kostnaden för bemanningsföretag i hälso- och sjukvården uppgick till 535 mnkr under 2009. Ökningen var 2,7 procent jämfört med 2008. Ökningstakten var lägre än närmast föregående år. Sjukhusens del var 265 mnkr, en minskning med 19 mnkr. Primärvårdens del var 270 mnkr, en ökning med 33 mnkr.

Främst anlätades specialläkare inom allmänmedicin, psykiatri, anesthesi, bild- och funktionsmedicin, medicin, ortopedi, barn- och ungdomsmedicin och ögonsjukvård.



Figur M-2. Kostnad bemanningsföretag år 2005 till 2009 per Sjukhus och Primärvård uppdelat på läkare och sjuksköterskor, mnkr. Källa= Årsredovisning.

Personalomsättning

Personalomsättningen för Hälso- och sjukvården minskade mellan 2008 och 2009 utom för Primärvården där den ökade. Det är kvinnorna som står för ökningen inom Primärvården medan männens personalomsättning minskat.

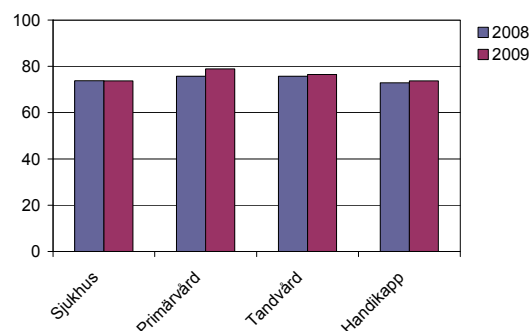
Personalomsättningen mäts som antal externa avgångar från Västra Götalandsregionen i förhållande till antal tillsvidareanställda för att inte verksamhetsöverföringar inom regionen ska påverka måttet.

Tabell M-3. Personalomsättning år 2008 och 2009 varav pensionsavgångar. Källa = Årsredovisning.

Område	2008		2009	
	Personalomsättning	varav pension	Personalomsättning	varav pension
Sjukhus	6,5	1,8	5,3	1,7
Primärvård	6,5	2,0	6,9	2,1
Tandvård	5,9	2,6	4,9	2,2
Handikapp	8,0	2,3	6,6	2,2
Totalt	6,5	1,9	5,5	1,8

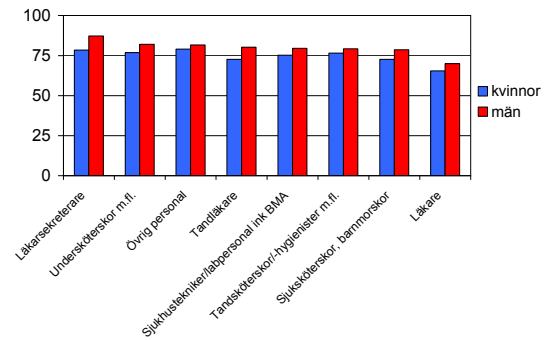
Andel utförd tid

Andelen utförda timmar i relation till antalet totala timmar ökade något inom Primärvården, Tandvården och Handikappförvaltningen men minskade något inom sjukhusen. För Hälso- och sjukvårdens verksamheter sammantaget ökade andelen utförd tid med 0,4 procent till 74,6.



Figur M-3. Andel utförd tid år 2008 och 2009 per område. Källa= Årsredovisning.

Andelen utförd tid varierar både mellan personalgrupper och mellan könen. Skillnaden mellan könen beror bland annat på att kvinnor har en högre frånvaro för föräldraledighet inklusive vård av barn och sjukfrånvaro. Läkarnas relativt låga andel utförd tid beror bland annat på att deras vilotid i jour och beredskap räknas som frånvaro. De har även ett större uttag av kompensationsledighet som ersättning för arbetad övertid och jour/beredskap vilket minskar den utförda tiden.



Figur M-4. Andel utförd tid år 2009 per personalgrupp och kön. Källa= Årsredovisning.

Tabellbilagan innehåller ytterligare data per område. För mer statistik och analys ur medarbetarperspektivet hänvisas till Årsredovisning 2009 och Personalstatistik våren 2009.

Del 2 Basala uppgifter



BASALA UPPGIFTER OM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS STRUKTUR

Produktion per sjukhus och sjukhusgrupp

Regionens vårdproduktion kan beskrivas ur ett antal perspektiv. Nedan redovisas produktionen för år 2009 per sjukhus eller sjukhusgrupp. Redovisningen har hämtats från den regionala vårddatabasen samt från den nationella statistiken som redovisats till "Sveriges kommuner och landsting". Mera detaljerad information återfinns i tabellbilagan. De prestationer som redovisats överensstämmer inte alltid exakt med data i andra årsrapporter så t ex kan tidpunkter för uttag av data påverka..

Alingsås lasarett

Alingsås lasarett är närsjukhus för invånarna i Mittenälvsborg. Sjukhuset har enligt regionens strukturbeslut utvecklats mot att ta emot mer planerad vård. Lasarettet är även ett specialistsjukhus med höft- och knäledsplastik som profilområde. Alingsås lasarett bedriver ej jourverksamhet nattetid.



© Lantmäteriet Gävle 2009. Medgivande I2009/0121

Genomsnittligt antal disponibla vårdplatser	
Medicinsk korttidsvård	68
Kirurgisk korttidsvård	44
Summa specialiserad somatisk vård	112
Tekniska platser	9
Totalt antal platser	121

Produktion	2008	2009
Specialiserad somatisk slutenvård		
Antal vårdtillfällen	6 418	6 687
varav länssjukvård	6 418	6 687
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal vård dagar	34 774	36 893
varav länssjukvård	34 774	36 893
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal DRG-poäng	6 960	7 353
varav länssjukvård	6 960	7 353
varav högspecialiserad vård	-	-
Specialiserad somatisk öppenvård		
Antal läkarbesök	40 701	42 589
varav länssjukvård	40 701	42 589
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal sjuksköterskebesök	10 003	10 636
Antal sjukgymnastbesök	-	-
Övriga besök	12 185	12 847

Dygnsjour inom specialiteter

Anestesi
Kirurgi
Medicin

Ekonomi, Mkr	2008	2009
Intäkter	434	477
varav driftsbidrag	389	426
Kostnader	-434	-468
Resultat	1	9
Investeringar	6	6

Kungälv's sjukhus

Kungälv's sjukhus är ett akutsjukhus som bedriver specialistvård inom internmedicin, kirurgi, ortopedi, geriatrik och psykologi.



© Lantmäteriet Gävle 2009. Medgivande I 2009/0121

Genomsnittligt antal disponibla vårdplatser	
Medicinsk korttidsvård	48
Kirurgisk korttidsvård	61
Geriatrisk vård	44
Summa specialiserad somatisk vård	153
Allmän psykiatri	44
Summa specialiserad psykiatrisk vård	44
Tekniska platser	10
Totalt antal platser	207
Dygnsjour inom specialiteter	
Kirurgi/ortopedi	
Medicin	

Produktion	2008	2009
Specialiserad somatisk slutenvård		
Antal vårdtillfälle	10 063	10 815
varav länsjukvård	10 063	10 815
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal vård dagar	53 146	55 202
varav länsjukvård	53 146	55 202
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal DRG-poäng	10 352	11 034
varav länsjukvård	10 352	11 034
varav högspecialiserad vård	-	-
Specialiserad somatisk öppenvård		
Antal läkarbesök	44 857	48 784
varav länsjukvård	44 857	48 784
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal sjuksköterskebesök	6 688	8 342
Antal sjukgymnastbesök	2 365	3 190
Övriga besök	3 732	4 378
Specialiserad psykiatrisk slutenvård		
Antal vårdtillfällen	862	857
Antal vård dagar	18 246	17 795
Specialiserad psykiatrisk öppenvård		
Antal läkarbesök	6 247	6 013
Antal sjuksköterskebesök	7 516	7 922
Antal sjukgymnastbesök	1 978	2 276
Övriga besök	14 979	16 529
Ekonomi, Mkr	2008	2008
Intäkter	829	907
varav driftsbidrag	754	830
Kostnader	-830	-900
Resultat	-1	7
Investeringar	5	11

NU-sjukvården

Sjukhuset tillhandahåller närsjukvård och länssjukvård för invånarna i området. NU-sjukvården består av Norra Älvsborgs länssjukhus (NÄL), Uddevalla sjukhus, samt lokalsjukhusen; Dalslands sjukhus, Lysekils sjukhus samt Strömstads sjukhus. Dalslands sjukhus, Lysekils sjukhus och Strömstads sjukhus är specialistsjukhus. Inom NU-sjukvården pågår ett arbete att omstrukturera vården enligt utvecklingsstrategin Vård 2010. Uddevalla sjukhus kommer främst att bli sjukhuset för planerad vård och NÄL blir inriktat mot den breda akutsjukvården



© Lantmäteriet Gävle 2009. Medgivande I 2009/0121

Genomsnittligt antal disponibla vårdplatser	
Medicinsk korttidsvård	289
Kirurgisk korttidsvård	234
Ofördelad korttidsvård	15
Geriatrisk vård	72
Summa specialiserad somatisk vård	610
Allmän psykiatri	119
Barn och ungdomspsykiatri	7
Rättspsykiatri	47
Summa specialiserad psykiatrisk vård	173
Tekniska platser	8
Totalt antal platser	791

Produktion	2008	2009
Specialiserad somatisk slutenvård		
Antal vårdtillfällen	37 111	35 847
varav länssjukvård	37 111	35 847
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal vård dagar	213 878	205 543
varav länssjukvård	213 878	205 543
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal DRG-poäng	38 428	38 057
varav länssjukvård	38 428	38 057
varav högspecialiserad vård	-	-
Specialiserad somatisk öppenvård		
Antal läkarbesök	252 563	240 216
varav länssjukvård	252 563	240 216
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal sjuksköterskebesök	74 101	80 848
Antal sjukgymnastbesök	6 395	6 216
Övriga besök	39 843	27 678
Specialiserad psykiatrisk slutenvård		
Antal vårdtillfällen	3 060	2 913
Antal vård dagar	63 230	60 184
Specialiserad psykiatrisk öppenvård		
Antal läkarbesök	14 583	14 027
Antal sjuksköterskebesök	45 744	49 558
Antal sjukgymnastbesök	2 253	2 103
Övriga besök	43 770	46 612

Ekonomi, Mkr	2008	2009
Intäkter	3 698	3 817
varav driftsbidrag	3 310	3 432
Kostnader	-3 836	-3 909
Resultat	-138	-93
Investeringar	93	108

Dygnsjour inom specialiteter

NÄL

Anestesi
Barnsjukdomar
Kirurgi
Kvinnosjukdomar
Medicin
Psykiatri
Radiologi
Geriatrik/Rehab
Öron-Näsa-Hals

Uddevalla

Anestesi
Infektion
Kirurgi
Medicin
Ortopedi
Radiologi
Ögon
BUP

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Sahlgrenska universitetssjukhuset tillhandahåller länssjukvård för närområdet, högspecialiserad vård för regionen och riket samt är "sista utposten" för övriga sjukhus i regionen. Verksamheten vid Sahlgrenska universitetssjukhuset bedrivs vid sjukhusen Mölndal, Sahlgrenska, Östra, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus samt Högsbo sjukhus. Dessutom bedrivs verksamhet vid Lillhagsparken och andra adresser i Göteborg.



© Lantmäteriet Gävle 2009. Medgivande I 2009/0121

Genomsnittligt antal disponibla vårdplatser

Medicinsk korttidsvård	806
Kirurgisk korttidsvård	624
Ofördelad korttidsvård	
Geriatrisk vård	196
Summa specialiserad somatisk vård	1 626
Allmän psykiatri	329
Barn och ungdomspsykiatri	34
Rättspsykiatri	84
Summa specialiserad psykiatrisk vård	447
Tekniska platser	139
Totalt antal platser	2 212

Produktion	2008	2009
Specialiserad somatisk slutenvård		
Antal vårdtillfällen	108 567	107 786
varav länssjukvård	85 724	83 681
varav högspecialiserad vård	25 843	24 105
Antal vård dagar	580 315	556 418
varav länssjukvård	424 426	402 729
varav högspecialiserad vård	155 889	153 689
Antal DRG-poäng	130 107	128 425
varav länssjukvård	80 607	80 069
varav högspecialiserad vård	49 500	48 357
Specialiserad somatisk öppenvård		
Antal läkarbesök	603 019	597 798
varav länssjukvård	530 593	524 820
varav högspecialiserad vård	72 426	72 978
Antal sjuksköterskebesök	332 874	338 459
Antal sjukgymnastbesök	47 335	48 611
Övriga besök	111 361	86 706
Specialiserad psykiatrisk slutenvård		
Antal vårdtillfällen	6 552	6 623
Antal vård dagar	147 085	148 410
Specialiserad psykiatrisk öppenvård		
Antal läkarbesök	51 844	51 426
Antal sjuksköterskebesök	110 959	115 001
Antal sjukgymnastbesök	11 628	11 968
Övriga besök	111 851	112 286
Ekonomi, Mkr		
Intäkter	11 728	12 203
varav driftsbidrag	9 410	9 858
Kostnader	-11 587	-12 089
Resultat	-129	114
Investeringar	226	255

Dygnsjour inom specialiteter

SU - Sahlgrenska

Anestesi
Gynekologi

Kardiologi
Kirurgi
Kirurgi, transplantation
Lungmedicin
Medicin
Neurokirurgi
Neurologi
Ortopedi

Psykiatri
Thoraxkirurgi

Öron - Näsa - Hals

SU - Östra

Anestesi
Infektion
Kardiologi
Kirurgi
Medicin/Geriatrik
Obstetrik
Psykiatri

SU – Mölndal

Anestesi
Medicin/Geriatrik
Obstetrik
Ortopedi
Ögonsjukvård

SU - Drottning Silvia

Barnkirurgi
Barnmedicin

Skaraborgs sjukhus – SkaS

Uppdraget för sjukhuset är att tillgodose behovet av specialiserad vård för invånarna i regionen.

I Skaraborgs sjukhus ingår akutsjukhuset Kärnsjukhuset (KSS) i Skövde och specialist-sjukhusen; sjukhuset i Lidköping (SIL), sjukhuset i Falköping (SIF) samt sjukhuset i Mariestad (SIM). Sjukhuset tillhandahåller närsjukvård och samarbetar med kommuner och primärvård i fyra närsjukvårdsområden.



© Lantmäteriet Gävle 2009. Medgivande I 2009/0121

Genomsnittligt antal disponibla vårdplatser	
Medicinsk korttidsvård	319
Kirurgisk korttidsvård	269
Summa specialiserad somatisk vård	588
Allmän psykiatri	102
Barn och ungdomspsykiatri	7
Rättspsykiatri	16
Summa specialiserad psykiatrisk vård	125
Tekniska platser	65
Totalt antal platser	778

Produktion	2008	2009
Specialiserad somatisk slutenvård		
Antal vårdtillfällen	37 658	37 455
varav läns sjukvård	37 658	37 455
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal vård dagar	195 831	191 374
varav läns sjukvård	195 831	191 374
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal DRG-poäng	36 526	36 026
varav läns sjukvård	36 526	36 026
varav högspecialiserad vård	-	-
Specialiserad somatisk öppenvård		
Antal läkarbesök	223 032	221 578
varav läns sjukvård	223 032	221 578
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal sjuksköterskebesök	70 218	72 537
Antal sjukgymnastbesök	16 198	15 255
Övriga besök	45 110	33 599
Specialiserad psykiatrisk slutenvård		
Antal vårdtillfällen	1 975	1 821
Antal vård dagar	51 939	46 553
Specialiserad psykiatrisk öppenvård		
Antal läkarbesök	13 717	14 027
Antal sjuksköterskebesök	20 828	21 455
Antal sjukgymnastbesök	2 251	2 473
Övriga besök	23 982	24 871

Ekonomi, Mkr	2008	2009
Intäkter	3 202	3 274
varav driftsbidrag	2 920	3 030
Kostnader	-3 247	-3 317
Resultat	-44	-43
Investeringar	95	71

Dygnsjour inom specialiteter

KSS – Kärnsjukhuset

IVA/Anestesi
Infektion
Kirurgi
Gynekologi/Obstetrik
Intern medicin
Ortopedi
Röntgen
Barnmedicin

SIL - Sjukhuset i Lidköping

IVA/Anestesi
Kirurgi (ej akutintag kirurgi nattetid)
Medicin

SIF - Sjukhuset i Falköping

Psykiatri

Södra Älvsborgs sjukhus

Sjukhuset tillhandahåller närsjukvård för Sjuhärads-
ygden, samt länssjukvård och viss högspecialiserad
vård i form av cancersjukvård (strålbehandling) för
befolkningen i hela regionen. Borås lasarett är ett
akutsjukhus och Skene lasarett bedriver
specialistsjukvård.



© Lantmäteriet Gävle 2009. Medgivande I 2009/0121

Genomsnittligt antal disponibla vårdplatser	
Medicinsk korttidsvård	241
Kirurgisk korttidsvård	163
Geriatrisk vård	38
Summa specialiserad somatisk vård	442
Allmän psykiatri	66
Barn och ungdomspsykiatri	6
Summa specialiserad psykiatrisk vård	72
Tekniska platser	61
Totalt antal platser	575
Platser på patienthotell	34

Produktion	2008	2009
Specialiserad somatisk slutenvård		
Antal vårdtillfällen	29 421	29 162
varav länssjukvård	29 421	29 162
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal vårddagar	159 548	152 950
varav länssjukvård	159 548	152 950
varav högspecialiserad vård		
Antal DRG-poäng	29 091	29 458
varav länssjukvård	29 091	29 458
varav högspecialiserad vård		
Specialiserad somatisk öppenvård		
Antal läkarbesök	179 798	182 320
varav länssjukvård	177 757	180 141
varav högspecialiserad vård	2 041	2 179
Antal sjuksköterskebesök	85 301	95 378
Antal sjukgymnastbesök	42 067	38 772
Övriga besök	15 162	17 332
Specialiserad psykiatrisk slutenvård		
Antal vårdtillfällen	1 688	1 714
Antal vårddagar	26 071	26 074
Specialiserad psykiatrisk öppenvård		
Antal läkarbesök	13 293	12 692
Antal sjuksköterskebesök	26 048	41 184
Antal sjukgymnastbesök	5 018	4 282
Övriga besök	45 105	32 047

Ekonomi, Mkr	2008	2009
Intäkter	2 767	2 884
varav driftsbidrag	2 489	2 606
Kostnader	-2 850	-2 940
Resultat	-82	-56
Investeringar	38	109

Dygnsjour inom specialiteter

SÄS – Borås

Barnsjukdomar
Infektion
Kirurgi
Kvinnosjukdomar
Medicin
Ortopedi
Psykiatri
Ögon
Öron - Näsa – Hals

SÄS – Skene

Medicin

Frölunda specialistsjukhus

Sjukhuset bedriver planerad specialistsjukvård av länssjukvårdskaraktär på femdagarsbasis.



© Lantmäteriet Gävle 2009. Medgivande I 2009/0121

Genomsnittligt antal disponibla vårdplatser

Medicinsk korttidsvård	1
Kirurgisk korttidsvård	14
Summa specialiserad somatisk vård	15
Tekniska platser	7
Totalt antal platser	22

Produktion	2008	2009
Specialiserad somatisk slutenvård		
Antal vårdtillfällen	765	795
varav länssjukvård	765	795
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal vård dagar	1 417	1 395
varav länssjukvård	1 417	1 395
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal DRG-poäng	1 056	1 061
varav länssjukvård-	1 056	1 061
varav högspecialiserad vård	-	-
Specialiserad somatisk öppenvård		
Antal läkarbesök	47 190	46 497
varav länssjukvård	47 190	46 497
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal sjuksköterskebesök	11 677	11 794
Antal sjukgymnastbesök	9 311	9 021
Övriga besök	7 873	8 307

Ekonomi	2008	2009
Mkr		
Intäkter	197	208
varav driftsbidrag	169	183
Kostnader	-193	-204
Resultat	4	4
Investeringar	3	4

Capio Lundby sjukhus

Capio Lundby sjukhus ingår tillsammans med Capio Cityklinikerna och Capio Axessakuten i Capio Närsjukvård AB, som är ett helägt dotterbolag till Capio AB.



© Lantmäteriet Gävle 2009. Medgivande I 2009/0121

Genomsnittligt antal disponibla vårdplatser	
Ofördelad korttidsvård	11
Summa specialiserad somatisk vård	11
Totalt antal platser	11

Produktion för VGR	2008	2009
Specialiserad somatisk slutenvård		
Antal vårdtillfällen	777	693
varav länssjukvård	777	693
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal vård dagar	840	749
varav länssjukvård	840	749
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal DRG-poäng	-	-
varav länssjukvård-	-	-
varav högspecialiserad vård	-	-
Specialiserad somatisk öppenvård		
Antal läkarbesök	64 247	65 197
varav länssjukvård	64 247	65 197
varav högspecialiserad vård		
Antal sjuksköterskebesök	24 281	24 867
Antal sjukgymnastbesök	12 579	11 787
Övriga besök	8 399	10 872

Ekonomi, Mkr	2008	2009
Intäkter från VGR	192	195

Habilitering & Hälsa

Habilitering & Hälsa är en regionövergripande förvaltning som ger specialistinsatser till personer som har medfödda eller varaktiga funktionsnedsättningar. Habilitering & Hälsas verksamhet består av Hörsel- och dövverksamhet, Synverksamhet, Tolkverksamhet och Habiliteringsverksamhet. Habilitering & Hälsa strävar efter ett hälsofrämjande perspektiv i arbetet, dvs att lyfta fram individens resurser och möjligheter.

Produktion	2008	2009
Specialiserad somatisk slutenvård		
Antal vårdtillfällen	150	151
varav länssjukvård	150	151
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal vård dagar	1 082	1 127
varav länssjukvård	1 082	1 127
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal DRG-poäng	-	-
varav länssjukvård-	-	-
varav högspecialiserad vård	-	-
Specialiserad somatisk öppenvård		
Antal läkarbesök	4 054	4 482
varav länssjukvård	4 054	4 482
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal sjuksköterskebesök	1 276	2 917
Antal sjukgymnastbesök	16 583	21 617
Övriga besök	88 822	147 990

Genomsnittligt antal disponibla vårdplatser	
Medicinsk korttidsvård	8
Summa specialiserad somatisk vård	8
Totalt antal platser	8

Ekonomi , Mkr	2008	2009
Intäkter	540	710
varav driftsbidrag	516	536
Kostnader	-538	-717
Resultat	2	-7
Investeringar	2	8

Produktion primärvård

Offentlig vård

Primärvårds- och tandvårdsförvaltningarna omfattar all offentlig primärvård och folktandvård i Västra Götalandsregionen. För redovisade prestationer avseende tandvård hänvisas till textavsnitt tandvård.

Specialiserad vård inom primärvårdsorganisationen ingår

Fyrbodalen	2008	2009
Antal läkarbesök exkl mödra och barnhälsovård	321 114	307 635
Antal läkarbesök som avser mödra- och barnhälsovård	10 119	10 782
Antal sjuksköterskebesök exkl mödra och barnhälsovård.	273 242	269 233
Antal sjuksköterskebesök som avser mödra- och barnhälsovård	107 051	100 115
Antal sjukgymnastbesök	120 451	117 599
Övriga besök	69 251	70 147

Göteborg	2008	2009
Antal läkarbesök exkl mödra och barnhälsovård	404 407	454 794
Antal läkarbesök som avser mödra- och barnhälsovård	37 564	37 955
Antal sjuksköterskebesök exkl mödra och barnhälsovård.	253 597	265 264
Antal sjuksköterskebesök som avser mödra- och barnhälsovård *	255 892	241 738
Antal sjukgymnastbesök	82 148	88 833
Övriga besök	93 853	103 676

Skaraborg	2008	2009
Antal läkarbesök exkl mödra och barnhälsovård	294 698	285 567
Antal läkarbesök som avser mödra- och barnhälsovård	10 007	9 125
Antal sjuksköterskebesök exkl mödra och barnhälsovård.	308 867	280 687
Antal sjuksköterskebesök som avser mödra- och barnhälsovård *	105 928	105 616
Antal sjukgymnastbesök	112 356	114 986
Övriga besök	75 794	76 678

Södra Bohuslän	2008	2009
Antal läkarbesök exkl mödra och barnhälsovård	209 025	243 392
Antal läkarbesök som avser mödra- och barnhälsovård	13 961	13 866
Antal sjuksköterskebesök exkl mödra och barnhälsovård.	159 842	165 849
Antal sjuksköterskebesök som avser mödra- och barnhälsovård *	88 322	89 664
Antal sjukgymnastbesök	39 826	39 409
Övriga besök	37 972	40 322

Södra Älvsborg	2008	2009
Antal läkarbesök exkl mödra och barnhälsovård	320 986	322 432
Antal läkarbesök som avser mödra- och barnhälsovård	17 482	18 131
Antal sjuksköterskebesök exkl mödra och barnhälsovård.	239 424	226 573
Antal sjuksköterskebesök som avser mödra- och barnhälsovård *	112 317	112 231
Antal sjukgymnastbesök	94 046	84 666
Övriga besök	59 275	77 311

* inkl besök hos dietist, kurator, psykolog oh undersköterska

Tandvårdsförvaltningen		
Ekonomi, Mkr	2009	2009
Intäkter	1 844	1 980
varav driftsbidrag	837	870
Kostnader	-1 837	-1 949
Resultat	7	31
Investeringar	22	56

Primärvårdsförvaltningen i Södra Bohuslän		
Ekonomi, Mkr	2008	2009
Intäkter	693	716
varav driftsbidrag	607	605
Kostnader	-695	-731
Resultat	-2	-15
Investeringar	5	4

Primärvårdsförvaltningen i Fyrbodal		
Ekonomi, Mkr	2008	2009
Intäkter	1 028	1 057
varav driftsbidrag	924	900
Kostnader	-1 014	-1 034
Resultat	15	23
Investeringar	2	2

Primärvårdsförvaltningen i Södra Älvsborg		
Ekonomi, Mkr	2008	2009
Intäkter	1 115	1 172
varav driftsbidrag	1 026	1 055
Kostnader	-1 110	-1 169
Resultat	5	3
Investeringar	1	1

Primärvårdsförvaltningen i Göteborg		
Ekonomi, Mkr	2008	2009
Intäkter	1 513	1 669
varav driftsbidrag	1 316	1 352
Kostnader	-1 506	-1 696
Resultat	6	-27
Investeringar	4	8

Primärvårdsförvaltningen i Skaraborg		
Ekonomi, Mkr	2008	2009
Intäkter	1 119	1 130
varav driftsbidrag	1 030	1 000
Kostnader	-1 118	-1 125
Resultat	1	5
Investeringar	5	6

Privat vård

Privat vård innefattar specialistvård och primärvård utförd i privat regi och finansierad av regionen. Den privata vården redovisas enligt geografisk indelning. Capio Lundby sjukhus redovisas även separat, se tidigare avsnitt.

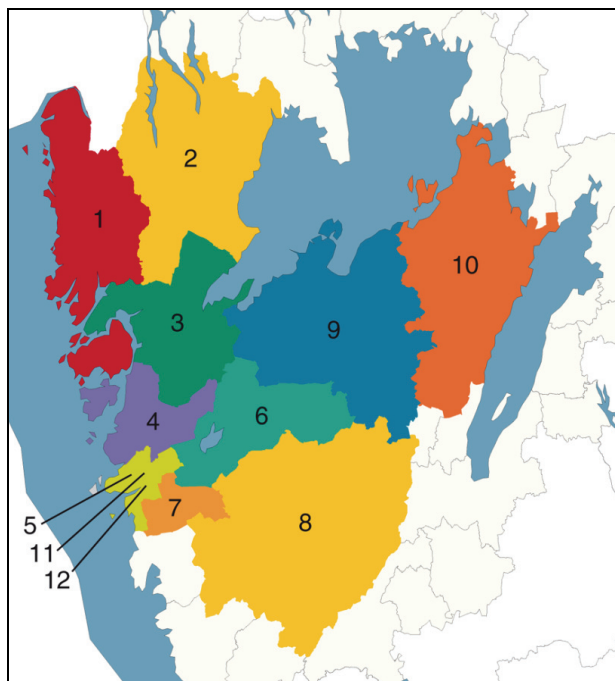
Boråsområdet	2008	2009
Antal vårdtillfällen		
Antal vård dagar		
Antal läkarbesök	89 954	87 056
Antal sjuksköterskebesök	32 412	29 225
Antal sjukgymnastbesök	87 646	83 271
Övriga besök	20 107	19 428

Göteborgsområdet	2008	2009
Antal vårdtillfällen	1 606	1 283
Antal vård dagar	6 204	6 197
Antal läkarbesök	779 900	814 276
Antal sjuksköterskebesök	158 589	184 389
Antal sjukgymnastbesök	450 010	448 876
Övriga besök	37 542	45 010

Mariestadsområdet	2008	2009
Antal vårdtillfällen	20	24
Antal vård dagar	520	610
Antal läkarbesök	65 934	72 464
Antal sjuksköterskebesök	20 189	25 788
Antal sjukgymnastbesök	77 984	78 489
Övriga besök	3 262	2 695

Uddevalla-området	2008	2009
Antal vårdtillfällen	36	66
Antal vård dagar	4 032	1 812
Antal läkarbesök	119 372	129 929
Antal sjuksköterskebesök	80 895	85 354
Antal sjukgymnastbesök	86 688	81 298
Övriga besök	28 835	25 748

Västra Götalandsregionen



©Lantmäteriet Gävle 2010 Medgivande 2009/0121

<i>Hälso- och sjukvårds- nämndsområde</i>		<i>Folkmängd 2009 (antal)</i>		
		Totalt	Kvinnor	Män
1	Norra Bohuslän	73 144	36 249	36 895
2	Dalsland	42 956	21 216	21 740
3	Trestad	156 035	78 090	77 945
4	Mellersta Bohuslän	119 357	59 308	60 049
5	Göteborg, centrum väster	222 324	113 433	108 891
6	Mittenaälvborg	96 131	48 267	47 864
7	Södra Bohuslän	128 770	64 636	64 134
8	Sjuhärad	189 198	95 203	93 995
9	Västra Skaraborg	128 278	64 051	64 227
10	Östra Skaraborg	128 259	64 079	64 180
11	Göteborg, Hisingen	136 226	67 820	68 406
12	Göteborg, nordöstra	147 499	74 275	73 224
Västra Götaland		1 569 456	786 985	782 471

Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Regionens Hus
541 80 Skövde