

Hälsa- och sjukvård i  
**Västra Götaland**



**Verksamhets-  
analys  
2006**

Regionkansliet  
Hälsa- och sjukvårdsavdelningen  
Maj 2007

Omslagsbild: En trappa som finns i Regionens Hus i Skövde. Huset är byggt år 1892. Trappan är av kalksten och är ingången från S:ta Helenagatan.  
En bild på en trappa i vår vardag.  
Och en bild på Verksamhetsanalys 2006.

Omslagslayout och foto: Marianne Förars

Tryck: Tryckeriet Regionens Hus Vänersborg, maj 2007.

## **Förord**

Verksamhetsanalys 2006 är den tredje 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 kapitlet om patient-skador i vården, vilket markerar regionens fokus på patientsäkerhet. Ett annat nytillkommet avsnitt redovisar den åtgärdbara dödligheten och hur den varierar mellan regionens olika delar.

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.

Den första nationella rapporten med jämförelser mellan landstingen publicerades i juni 2006 av Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. Rapporten ledde till att ett antal problemområden identifierades inom regionen. Dessa områden har analyserats djupare under hösten/vintern och återkoppling har skett till berörda sjukhus. En sammanfattning av resultaten presenteras i denna rapport. Då nästa nationella rapport offentliggörs i oktober 2007 kommer ett likartat arbetssätt att tillämpas.

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

Bengt Kron  
Chef för analysenheten



## Innehållsförteckning

<b>Förord</b> .....	<b>1</b>
<b>Inledning</b> .....	<b>5</b>
Arbetsgrupper.....	5
Rapporten.....	5
<b>Regionens befolkning</b> .....	<b>7</b>
Demografi .....	7
Folkhälsa.....	9
Mönster i dödlighet .....	16
<b>Hälso- och sjukvård ur ett genusperspektiv</b> .....	<b>22</b>
<b>Perspektiv på resurser och resursförbrukning</b> .....	<b>23</b>
Produktivitet i sjukvården .....	24
Beskrivning av regionens resursfördelningsmodell .....	25
Vårdtider inom den somatiska vården.....	27
<b>Konsumtion av hälso- och sjukvård</b> .....	<b>29</b>
Trender för patienter i slutenvård.....	32
<b>Vårdkonsumtion av särskilda planerade operationer</b> .....	<b>34</b>
<b>Läkemedel</b> .....	<b>37</b>
<b>Tandvård</b> .....	<b>41</b>
<b>Kvalitetsuppföljning - medicinska resultat och uppföljning</b> .....	<b>45</b>
Öppna jämförelser .....	45
Nationella kvalitetsregister.....	47
Det Nationella Diabetesregistret .....	49
Hjärtinfarktregistret, Riks-HIA .....	52
Nationella kvalitetsregistret Riks-Stroke.....	54
Nationella kvalitetsregistret Svenskt Bräckregister.....	57
Svenskt NjurRegister (SNR).....	59
<b>Skadeanmälningar till patientförsäkringen</b> .....	<b>66</b>
<b>Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet, RTG och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN</b> .....	<b>68</b>
Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Göteborg.....	68
HSAN.....	68
<b>Patientnämndernas uppföljning</b> .....	<b>70</b>
Patientnämndernas årsredovisning.....	70
<b>Tillgänglighet</b> .....	<b>71</b>
<b>Befolkningens uppfattning och upplevelser av hälso- och sjukvården</b> .....	<b>76</b>
Vårdbarometern - metod .....	76
Förtroendet för hälso- och sjukvården.....	76
Beteende vid sjukdom .....	78
Kontakt med sjukvården .....	78
Besök vid vårdcentral.....	80
Upplevd tillgång till sjukvård.....	81
Kroniskt sjuka .....	83
<b>Ekonomi avseende hälso- och sjukvård - nämndsperspektiv</b> .....	<b>85</b>
<b>Sjukresor</b> .....	<b>90</b>
<b>Hälso- och sjukvårdspersonal</b> .....	<b>91</b>

<b>Basala uppgifter om hälso- och sjukvårdens struktur .....</b>	<b>95</b>
Produktion per sjukhus och sjukhusgrupp.....	95
Produktion primärvård .....	107
Privat vård.....	109
<b>Ordlista .....</b>	<b>110</b>
<b>Arbetsgrupper .....</b>	<b>112</b>

## Inledning

---

Hälso- och sjukvårdsavdelningen i Västra Götalandsregionen publicerar för tredje 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.

Ett område under utveckling är att beskriva hälso- och sjukvården ur ett genusperspektiv. I rapporten redovisas statistiken könsuppdelat där så är möjligt. Där sådan uppdelning saknas i rapporten kan det bero på att sådan uppföljning fortfarande saknas. Det kan också vara så att underlaget ännu är för litet för att redovisas i årets rapport. Data som kan leda till att felaktiga slutsatser dras redovisas inte heller. En överblick av vad som är möjligt eller inte ges i särskilt avsnitt under rubriken könsuppdelad statistik.

Där det är relevant redovisas data uppdelat på hälso- och sjukvårdsnämndernas områden. Data från 2006 har använts där det varit möjligt. Inom området kvalitet och resultat inom hälso- och sjukvård har man såväl inom regionen som nationellt inom regionen startat ett arbete med målsättningen att redovisa fler aspekter på såväl patientupplevd kvalitet som medicinsk kvalitet. I denna rapport presenteras data ur några kvalitetsregister. Föreliggande rapport planeras att successivt utvecklas till en uppföljning med allt större fokus på effektivitet och kvalitet. Rapporteringen om hälso- och sjukvårdsverksamhet kommer i sin helhet att utvecklas såväl vad gäller rapportens innehåll som presentationsform.

### Arbetsgrupper

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

### Rapporten

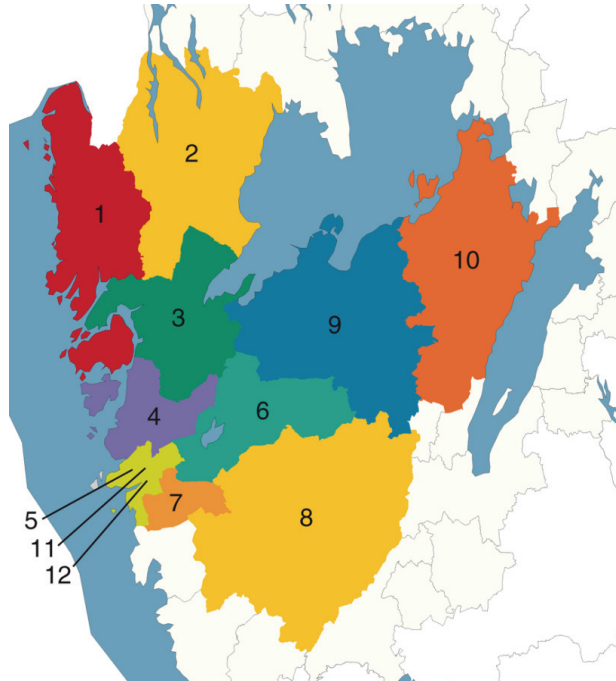
Rapporten innehåller fakta men även analyserande kommentarer som kan vara till hjälp vid tolkningen samt belyser trender och avvikelser.

Rapporten är indelad i två huvudavsnitt. Det första avsnittet innehåller ett urval av sammanställningar och analyserande kommentarer. I denna del återfinns såväl jämförelser av vårdkonsumtion som uppgifter om demografi och kostnadsnivå. Det andra avsnittet innehåller en beskrivning av regionens vårdproduktion med basala uppgifter om utbud.

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

Rapporten finns också publicerad på regionens hemsida [www.vgregion.se](http://www.vgregion.se).

# Hälso- och sjukvårdsnämndområden i Västra Götalandsregionen



© Lantmäteriet Gävle 2006. Medgivande 2006/965

## Hälso- och sjukvårdsnämndområden 2006

Hälso- och sjukvårdsnämnd	Andel av länets befolkning (%)	Antal			Andel i befolkningen		
		Totalt	Kvinnor	Män	65 år+	75 år+	85 år+
1 Norra Bohuslän	5	73 167	36 382	36 785	22	11	3,2
2 Dalsland	3	44 098	21 809	22 289	23	12	3,5
3 Trestad	10	154 196	77 230	76 966	18	9	2,6
4 Mellersta Bohuslän	8	116 072	57 609	58 463	16	7	1,9
5 Göteborg - Centrum Väster	14	217 556	111 337	106 219	15	8	2,8
6 Mittenaälvborg	6	93 712	47 069	46 643	16	8	2,3
7 Södra Bohuslän	8	124 947	62 787	62 160	14	7	1,8
8 Sjuhärad	12	186 577	94 099	92 478	19	10	3,0
9 Västra Skaraborg	8	127 741	63 982	63 759	19	10	3,0
10 Östra Skaraborg	8	128 017	64 012	64 005	19	10	2,9
11 Göteborg - Hisingen	8	129 144	64 393	64 751	15	8	2,1
12 Göteborg - Nordöstra	9	143 057	72 247	70 810	13	7	2,4
<b>Västra Götaland</b>	<b>100</b>	<b>1 538 284</b>	<b>772 956</b>	<b>765 328</b>	<b>17</b>	<b>9</b>	<b>2,6</b>

I Göteborgs kommun finns 1617 personer som ej går att klassa i respektive nämndområde (5, 11, 12). Dessa personer har fördelats procentuellt mellan nämndområdena 5, 11 och 12 baserat på det procentuella förhållandet i folkmängd mellan dessa områden per ettårsklass



## Regionens befolkning

Befolkningens behov av sjukvård bestäms i hög grad av befolkningens sammansättning. Faktorer som spelar in är ålder, kön och sjuklighet. Även stad eller landsbygd påverkar liksom socioekonomiska faktorer. Viktigast är befolkningens ålder.

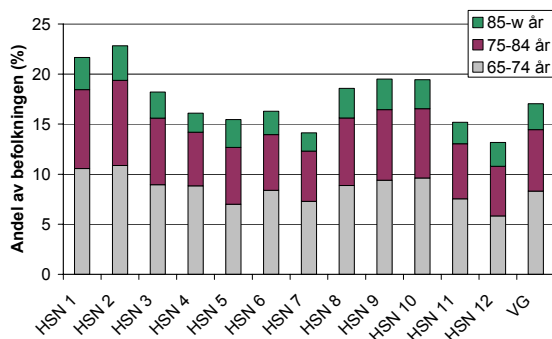
I följande avsnitt beskrivs demografi, folkhälsa, och dödlighet för befolkningen i Västra Götaland.

### Demografi

#### Ålder

Kostnaderna för slutenvård per individ ökar brant från 65 års ålder varför andelen individer 65 år och äldre ofta används som mått på resursbehov för vård.

Andelen individer 65 år och äldre utgör 17% av hela befolkningen, både i Västra Götaland och Sverige. Inom länet finns stora skillnader i ålderssammansättningen i befolkningen (figur A-1). Dalsland (HSN 2) och Norra Bohuslän (HSN 1) har den äldsta befolkningen och Göteborg – nordöstra (HSN 12) har den klart yngsta befolkningen.



Figur A-1. Andelen i befolkningen i åldrarna 65-74 år, 75-84 år respektive 85 år och äldre, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde och kön. Källa: Statistiska centralbyrån och Göteborgs stad

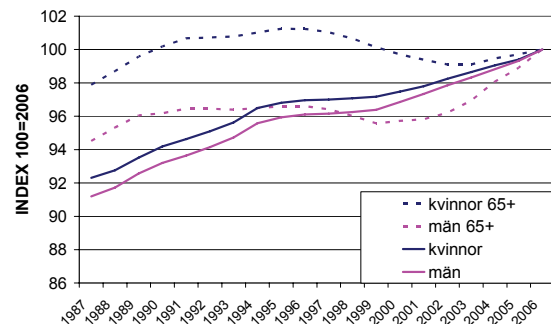
Även könsfördelningen varierar. I åldersgruppen 65 år och äldre är 56% kvinnor. I åldersgruppen 75 år och äldre är 60% kvinnor. Göteborg – nordöstra (HSN 12) och Göteborg – centrum väster (HSN 5) har störst andel kvinnor i de äldsta åldersgrupperna i regionen.

Tabell A-1 visar andel i befolkningen i åldersgruppen 65 år och äldre respektive 75 år och äldre, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndområde och kön. Dalsland (HSN 2) och Norra Bohuslän (HSN 1) har den äldsta befolkningen i länet.

Tabell A-1. Andelen i befolkningen som är äldre än 65 år respektive äldre än 75 år, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde och kön år 2006. Källa: Statistiska centralbyrån och Göteborgs stad

Hälso- och sjukvårdsnämnd	Andel 65+		Andel 75+	
	kvinnor	män	kvinnor	män
HSN 1	23,3	20,0	12,8	9,4
HSN 2	25,1	20,6	14,1	9,9
HSN 3	20,2	16,2	10,8	7,7
HSN 4	17,4	14,8	8,3	6,2
HSN 5	18,0	12,8	10,6	6,2
HSN 6	17,8	14,8	9,3	6,5
HSN 7	15,7	12,6	8,1	5,5
HSN 8	20,9	16,3	11,6	7,7
HSN 9	21,6	17,3	12,0	8,2
HSN 10	21,6	17,3	11,6	8,0
HSN 11	17,2	13,2	9,4	5,9
HSN 12	15,6	10,7	9,5	5,2
VG	19,1	15,0	10,5	7,0
Sverige	19,4	15,2	10,6	6,9

Under de senaste 20 åren har folkmängden i Västra Götaland ökat med cirka 9% (figur A-2). 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 kvinnor.



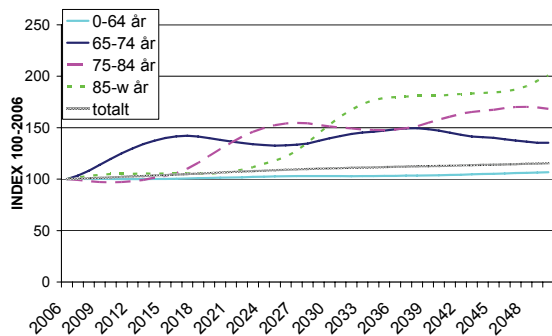
Figur A-2. Procentuell förändring av antalet i befolkningen totalt samt i åldrarna 65 år och äldre över tid, fördelat på kön. År 2006= index 100. Källa: Statistiska centralbyrån

Hur kommer folkmängden att utvecklas framöver? Enligt en befolkningsprognos utförd av SCB med år 2006 som basår, kommer folkmängden att öka, framförallt bland äldre i Sverige. Den andel av Sveriges befolkning som är 65 år eller äldre kommer att öka med närmare 50% fram till år 2030, för att sedan avta något (figur A-3). Anledningen till detta är att 40-talisterna som utgör en stor årskull, närmar sig 65-årsåldern. Männens beräknas stå för den största ökningen (57% för män och 37% för kvinnor) i åldersgruppen 65 år och äldre (figur A-4). Befolkningsutvecklingen i Västra Götaland har

tidigare visats likna den i riket<sup>1</sup>.

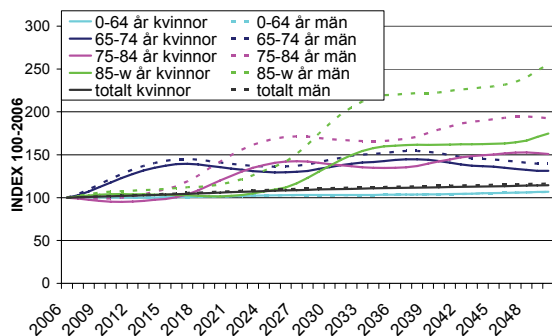
Andelen i befolkningen som är 65 år eller äldre kommer att öka från dagens 17% till 23% år 2030 i Sverige. År 2030 förväntas det fortfarande finnas fler äldre kvinnor än män, men skillnaden i könsfördelningen blir mindre.

Runt 2015 kommer andelen som är 75 år eller äldre att öka, och runt år 2025 kommer andelen som är 85 år och äldre att öka kraftigt (figur A-3). Befolkningen under 65 år kommer att öka med cirka 3% fram till 2030.



Figur A-3. Prognostiserad befolkningstillväxt i Sverige för individer i olika åldersgrupper. År 2006=index 100. Källa Statistiska Centralbyrån.

Figur A-4 visar att befolkningstillväxten bland äldre är större bland män än bland kvinnor.



Figur A-4. Prognostiserad befolkningstillväxt i Sverige för individer i olika åldersgrupper, fördelat på kön. År 2006=index 100. Källa Statistiska Centralbyrån.

Denna befolkningsökning i vårdtunga grupper kommer att påverka resursbehovet för hälso- och sjukvård. Detta har beskrivits i en rapport där utvecklingen i hälso- och sjukvårdsnämnderna även lyfts fram<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Analys av Västra Götalandsregionens långsiktiga vårdbehov, personalförsörjningsbehov och pensionsåtaganden. Regionkansliet, Västra Götalandsregionen 2006. Dnr 254-2006

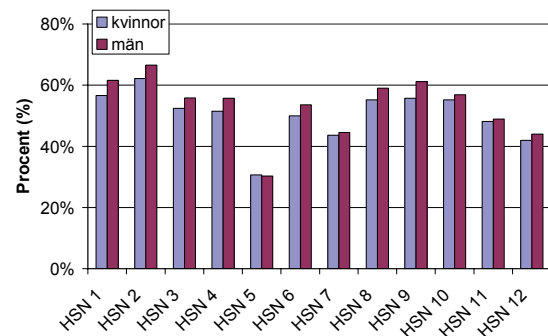
<sup>2</sup> Analys av Västra Götalandsregionens långsiktiga vårdbehov, personalförsörjningsbehov och pensionsåtaganden. Regionkansliet, Västra Götalandsregionen 2006. Dnr 254-2006

## Sociala faktorer

Sociala skillnader i livslängd och hälsa finns i alla samhällen. Forskning visar entydigt att personer med lägre utbildningsnivå löper högre risk att drabbas av sjukdom och förtida död jämfört med personer med högre utbildningsnivå. Det finns flera teorier om utbildningens betydelse för skillnader i dödlighet. En är att en hög utbildningsnivå ger bättre möjlighet att tillgodogöra sig information om de risker och möjligheter som påverkar hälsan. En god utbildning ger bättre möjlighet till arbete och försörjning och därmed finns förutsättningar att bli ekonomiskt oberoende av samhället. Dessa arbeten är sällan fysiskt tunga, arbetsmiljön är sällan smutsig eller bullrig och arbetsuppgifterna är ofta stimulerande.

Utbildningsnivån i befolkningen har höjts; såväl utbildning på gymnasienivå som akademisk utbildning har blivit vanligare och skillnaden mellan generationerna är därför stora. I storstäderna är andelen med längre utbildning högre än i övriga regioner, där istället andelen med kort utbildning är högre.

Detta mönster återfinns även i Västra Götaland. Framförallt Göteborg – centrum väster, men även Södra Bohuslän (HSN 7), Göteborg – nordöstra (HSN 12) och Göteborg - Hisingen (HSN 11) har en mindre andel av befolkningen med kort utbildning jämfört med övriga regionen (figur A-5). Högst andel av befolkningen med kort utbildning finns i Dalsland (HSN 2), Norra Bohuslän (HSN 1), Västra Skaraborg (HSN 9), Sjuhärad (HSN 8) och Östra Skaraborg (HSN 10).



Figur A-5. Andel i befolkningen (16-74 år) med kort utbildning definierat som högst 2 år på gymnasium, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde och kön år 2005. Källa Statistiska Centralbyrån.

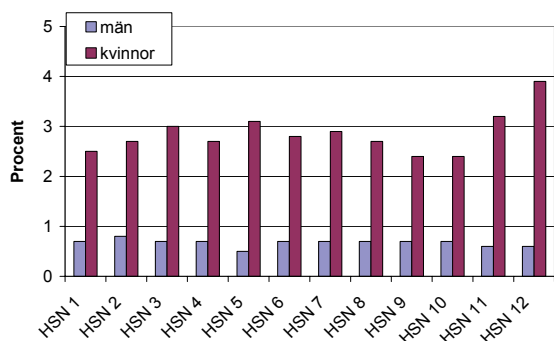
## Familjesituation

Familjesituationen har stor betydelse – både ur ekonomisk synvinkel och social gemenskap och stöd. Giftna eller personer i samboförhållanden har t.ex bättre hälsa än ensamstående. Ensamboende har högre dödlighet än sammanboende. Ensamföräldrar, i synnerhet mödrar, har högre dödlighet och uppger dessutom oftare nedsatt hälsa än samman-

boende. Här finns även en koppling till socioekonomisk situation.

Göteborg – centrum väster (HSN 5) har högst andel ensamstående i Västra Götaland, följt av Göteborg - nordöstra (HSN 12) och Göteborg - Hisingen (HSN 11). Detta kan i stor utsträckning spegla att befolkningen är ung.

Högst andel ensamstående med barn återfinns i Göteborg - nordöstra (HSN 12) och Göteborg - Hisingen (HSN 11) (figur A-6).



Figur A-6. Andel i befolkningen som är ensamstående med barn år 2005. Källa: Faktablad 2006 Epidemiologigruppen, analysenheten, Västra Götalandsregionen baserat på SCB.

## Folkhälsa

### Socialstyrelsens lägesrapport<sup>3</sup>

I Socialstyrelsens lägesrapport om folkhälsan ses flera positiva tendenser i hälsoutvecklingen vad gäller psykiskt välbefinnande och levnadsvanor som övervikt, fetma, alkohol, narkotika, rökning.

Men Socialstyrelsens oro för unga flickor/kvinnor kvarstår. Psykiskt välbefinnande, alkoholkonsumtion, självmordsförsök och rökning är områden som kan förbättras bland unga.

Vidare är de sociala skillnaderna i hälsorisker, ohälsa och död framträdande och har delvis ökat. En viss polarisering av hälsan kan även noteras. Trots en på det hela taget positiv trend kan ofta noteras en motsatt trend för en liten grupp.

Nedan följer en beskrivning av självskattad hälsa, levnadsvanor och psykisk ohälsa i befolkningen i Västra Götaland, baserat på bl. a. folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor.

<sup>3</sup> Lägesrapport 2006 – folkhälsa. Socialstyrelsen 2007

## Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor - Metod

Avsnitten om självskattad hälsa och levnadsvanor i befolkningen är baserade på nationella folkhälsoenkäten.

Under 2006 genomfördes den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" i Sverige. I enkätundersökningen tillfrågades ett urval av befolkningen i åldrarna 16-84 år om bland annat sin hälsa och levnadsvanor.

I Västra Götaland gjordes ett extraurval. 21 060 personer i åldrarna 16-84 år besvarade enkäten, vilket är 59 procent av urvalet. Antal per hälso- och sjukvårdsnämndsområde varierar mellan ca 700 och 2 600 och svarsfrekvensen varierade mellan 52% till 65%. Materialet har kalibrerats i syfte att reducera såväl urvals- som bortfallsfel.

Mer information om metod och resultat finns på regionens hemsida ([www.vgregion.se/nfhe](http://www.vgregion.se/nfhe)) och statens Folkhälsoinstitutets hemsida ([www.fhi.se](http://www.fhi.se)). På regionens hemsida finns rapporten "Hälsa på lika villkor i Västra Götaland 2005?" baserad på resultat från folkhälsoenkäten 2005, samt Teknisk rapport med utförlig beskrivning av metoden. Tabellunderlag till detta avsnitt finns i tabellbilagan.

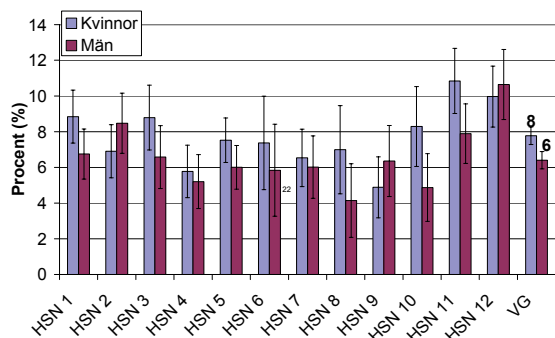
### Självskattad hälsa

#### Allmänt hälsotillstånd

Självskattad hälsa är tydligt relaterad till ökad sjuklighet och kortare återstående livslängd. En av frågorna i folkhälsoenkäten är "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd (femgradig skala)?" Västra Götaland har lika stor andel som riket<sup>4</sup> som uppger att de mår dåligt eller mycket dåligt, 8 procent bland kvinnorna och 6 procent bland männen. Året innan (2005) bedömde 9 procent av kvinnorna och 7 procent av männen sitt hälsotillstånd som dåligt, men fler års uppföljning behövs för att avgöra om det är en förändring över tid.

Andelen som mår dåligt varierar mellan hälso- och sjukvårdsnämndsområdena i Västra Götaland, från 4 till 11 procent. Kvinnorna i Göteborg - Hisingen (HSN 11) och männen i Göteborg - nordöstra (HSN 12) har i högre utsträckning uppgett att de mår dåligt jämfört med länet som helhet (figur A-7). I Västra Skaraborg (HSN 9) och Mellersta Bohuslän (HSN 4) är det färre kvinnor som mår dåligt.

<sup>4</sup> Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor 2006. Statens folkhälsoinstitut 2007. [www.fhi.se](http://www.fhi.se)



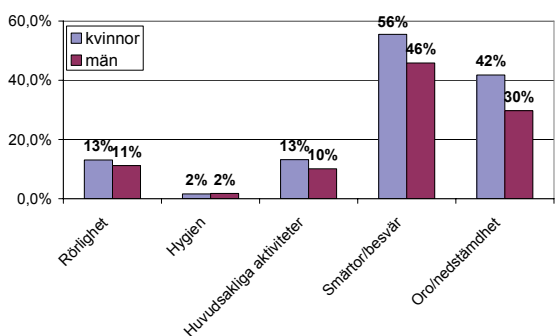
Figur A-7. Andel (%) i Västra Götaland (16-84 år) som uppger att de mår dåligt eller mycket dåligt fördelade på hälso- och sjukvårdsnämnd och kön. 95% konfidensintervall. Källa: Folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" 2006

### Hälsorelaterad livskvalitet – EQ-5D

Självskattad hälsa kan även mätas med instrumentet EQ-5D. Det är ett viktigt instrument i hälso- och sjukvårdsforskning, i olika sjukdomsgrupper. EQ-5D är ett mått som har börjat användas mer och mer och här redovisas ett smakprov på EQ-5D ur ett befolkningsperspektiv.

EQ-5D är baserat på fem enkätfrågor som omfattar rörlighet, möjlighet att klara av den egna hygien, möjlighet att klara av sina huvudsakliga aktiviteter (arbete, studier, hushållssysslor, fritid), smärtor/besvär samt oro/nedstämdhet.

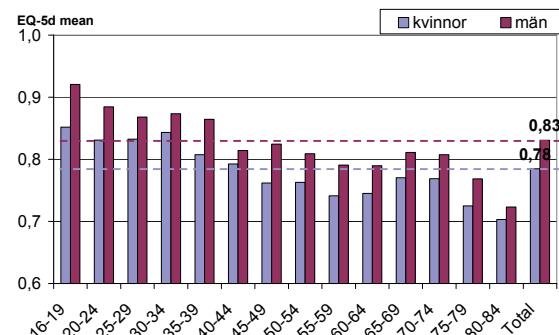
Figur A-8 visar andelen som uppger att de har svåra eller måttliga problem, baserat på de fem enkätfrågorna i EQ-5D indexet.



Figur A-8. Andel (%) i Västra Götaland (16-84 år) som uppger att de har svåra eller måttliga problem på de fem EQ-5D-frågorna, fördelat på kön. Källa: Folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" 2006

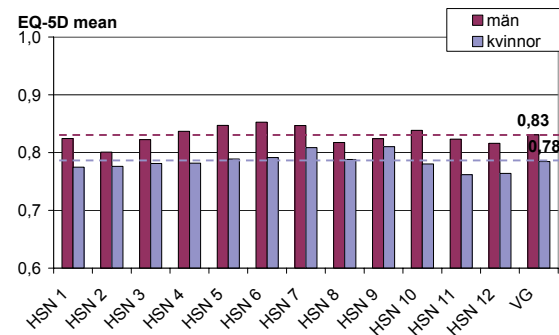
Svaren på frågorna viktas så att de besvär som är mest plågsamma får en högre vikt än de som bedöms vara mindre plågsamma. Om man har svarat "inga problem" på alla fem frågor får man index 1 - full hälsa. Andra svarsalternativ ger avdrag i olika grad.

Kvinnor har något lägre EQ-5D medelvärde än män (0,78 respektive 0,83), dvs. något lägre hälsorelaterad livskvalitet. Åldern har stor betydelse för indexmedelvärdet. Medelvärdet sjunker med stigande ålder (figur A-9). Detta köns- och åldersmönster i befolkningen har även observerats i andra studier.<sup>5</sup>



Figur A-9. Hälsorelaterad livskvalitet EQ-5D (medelvärde), fördelat på åldersgrupper och kön (16-84 år) i Västra Götaland. Källa: Folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" 2006

Det finns en variation mellan nämndområden i Västra Götaland. Men eftersom indexet minskar med åldern, kan vissa låga värden, i t ex Dalsland till stor del förklaras av en äldre befolkning. De låga värdena i Göteborg - nordöstra (HSN 12) och Göteborg - Hisingen (HSN 11) står däremot i kontrast eftersom dessa områden har en relativt ung befolkning.



Figur A-10. Hälsorelaterad livskvalitet EQ-5D (medelvärde), fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde och kön (16-84 år). Källa: Folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" 2006

Det finns ett samband mellan EQ-5D-medelvärde och självskattad hälsa, levnadsvanor och självrapporterade sjukdomar/tillstånd. Ju större besvär av olika sjukdomar/tillstånd desto lägre EQ-5D medelvärde.

<sup>5</sup> Burström K. Hälsorelaterad livskvalitet i Stockholms län 2002 – en befolkningsundersökning med EQ-5D. Rapport 2006:1. Enheten för Socialmedicin och hälsoekonomi, Centrum för folkhälsa. Stockholms läns landsting.

Det finns även ett samband mellan EQ-5D medelvärde och utbildning. Ju lägre utbildningsnivå, desto lägre EQ-5D värde.

### Levnadsvanor

#### Övervikt och fetma

Övervikt och fetma är ett tilltagande folkhälsoproblem. Fetma är en betydande riskfaktor för en lång rad olika hälsoproblem som diabetes, högt blodtryck, ledproblem och för tidig död. Övervikt ökar risken för hjärt-kärlsjukdom och minskad livskvalitet.

#### Övervikt och fetma

BMI (Body Mass Index) är ett kroppsmasseindex som baseras på kroppsvikt och längd (vikt i kg/längd i meter<sup>2</sup>).

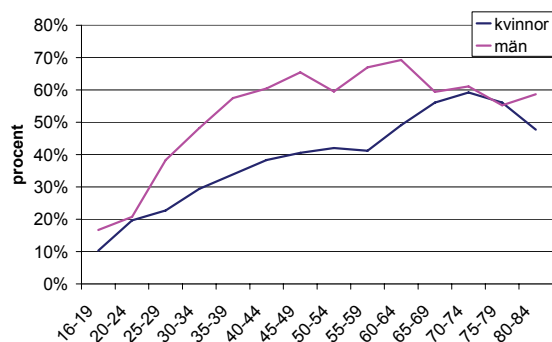
Normalvikt 18,5-24,9

Övervikt 25-29,9

Fetma  $\geq 30$

Övervikt är mycket vanligare bland män än bland kvinnor (53% respektive 38%). Detta kan till viss del bero på att BMI ej tar hänsyn till fördelningen mellan muskelmassa och fettvävnad. Vad gäller fetma finns inga skillnader i förekomst mellan könen (11,5%). Andelen överviktiga och feta var oförändrat jämfört med året innan (2005).

Andelen överviktiga ökar med stigande ålder, fram till 60-70 års ålder (figur A-11).



Figur A-11. Andel (%) i Västra Götaland (16-84 år) med övervikt (BMI $\geq 25$ ), fördelade på femårsåldersgrupper och kön. Källa: Folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" 2006

Ökningen av *övervikt och fetma* i Sverige över tid ser ut att ha stannat av bland vuxna och möjligen också bland barn<sup>6</sup>. Ökningstakten har varit störst bland barn 10 år och äldre och ungdomar 16-24 år. I en ny rapport från Statens folkhälsoinstitut har andelen barn med fetma minskat med en fjärdedel mellan skolåren 2003/04 till 2005/06 baserat på skolhälsovårdens befintliga uppgifter i fyra svenska kommuner<sup>7</sup>. En studie i Göteborg visade att över-

<sup>6</sup> Lägesrapport 2006 – folkhälsa. Socialstyrelsen 2007

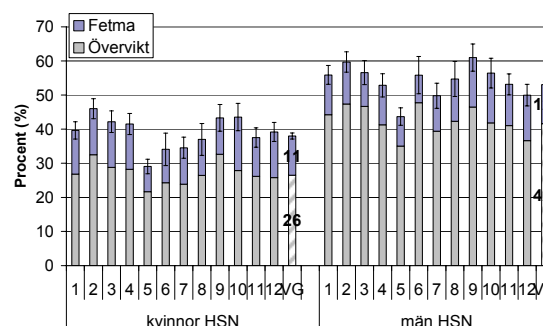
<sup>7</sup> Lager 2007 Övervikt bland barn Staten folkhälsoinstitut

vikt och fetma var betydligt vanligare bland 10-åringar år 2004/05 jämfört med för 20 år sedan. Men mellan åren 2001/02 och 2004/05 fanns ingen fortsatt ökning, tvärtom observerades en liten minskning bland flickorna<sup>8</sup>.

I Västra Götaland varierar andelen i befolkningen (16-84 år) med övervikt mellan nämndområdena. Göteborg - Centrum Väster (HSN 5) har klart lägst andel personer med övervikt och fetma (figur A-12). Detta kan till viss del troligtvis förklaras av att området har en relativt ung befolkning, samt en högre utbildningsnivå. Storstäder har generellt en lägre andel överviktiga. Stockholm har lägst andel personer med fetma i Sverige<sup>9</sup>.

Befolkningen i Dalsland (HSN 2) och männen i Västra Skaraborg (HSN 9) har en högre andel med övervikt än övriga länet. En större andel kvinnor i östra Skaraborg (HSN 10) har fetma jämfört med övriga regionen. Fetma är vanligare bland personer boende på landsbygden och i synnerhet glesbygden och bland personer med kortare utbildning.

Olika åldersstrukturer i nämndområdena förklarar troligtvis också skillnaderna i övervikt. Göteborgsområdet har en relativt ung befolkning och kan förväntas ha en mindre andel överviktiga. Liknande mönster observerades i föregående års folkhälsoenkät 2005<sup>10</sup>.



Figur A-12. Andel (%) i Västra Götaland (16-84 år) med övervikt (BMI $\geq 25$ ) varav andel med fetma (BMI $> 30$ ) fördelade på hälso- och sjukvårdsnämndsområde och kön. 95% konfidensintervall för övervikt. Källa: Folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" 2006

Det finns ingen entydig förklaring till den snabba viktökningen i befolkningen under den senaste tjugofemårsperioden. Faktorer som spelar in är sannolikt att vi rör oss mindre i det vardagliga livet idag jämfört med tidigare och att vi äter mer än vi

<sup>8</sup> Sjöberg A et al. Övervikt och fetma bland 10-åringar i Göteborg. Skiljer trenden mellan pojkar och flickor? Riksstämman 2006. <http://abstrakt.sls.se/pdf/Obesitasforskning.pdf>

<sup>9</sup> Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor 2006. Statens folkhälsoinstitut 2007. [www.fhi.se](http://www.fhi.se)

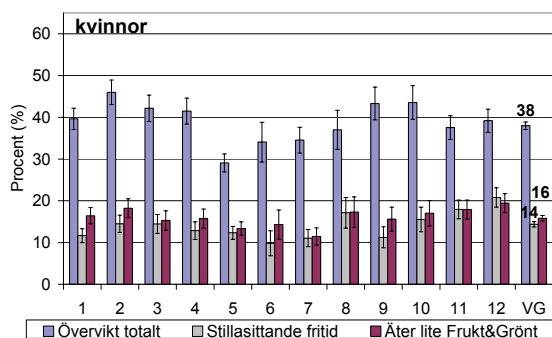
<sup>10</sup> Hälsa på lika villkor i Västra Götaland 2005? Resultat från den nationella folkhälsoenkäten. Västra Götalandsregionen, oktober 2006.



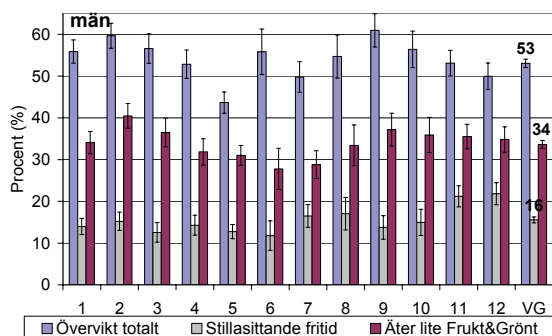
förbränner. Statistik från SCB om barnfamiljernas hushållsutgifter visar att konsumtionen av läsk och snacks minskat mellan 2003 och 2005. Försäljningssiffror från handeln visar också att försäljningen av läsk minskat<sup>11</sup>. Detta torde vara en effekt av det samlade folkhälsoarbetet i Sverige. Dessa faktorer kan delvis förklara att viktökningen ser ut att ha stannat upp.

14 procent av kvinnorna och 16 procent av männen i Västra Götaland har en stillasittande fritid, definierat som ”Du ägnar dig mest åt läsning, TV, bio eller annan stillasittande sysselsättning på fritiden. Du promenerar, cyklar eller rör på dig mindre än 2 timmar i veckan”. Störst andel personer med stillasittande fritid finns i Göteborg - Hisingen och Göteborg - nordöstra (figur A-13 och figur A-14).

Dubbelt så många män som kvinnor (34% respektive 16%) äter lite frukt och grönsaker, definierat som 1,3 gånger per dag eller mindre. Män i Dalsland äter minst frukt och grönsaker.



Figur A-13. Andel kvinnor (%) i Västra Götaland (16-84 år) med övervikt (BMI $\geq$ 25), stillasittande fritid samt låg frukt/grönsakskonsumtion, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämnd. 95% konfidensintervall. Källa: Folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" 2006



Figur A-14. Andel män (%) i Västra Götaland (16-84 år) med övervikt (BMI $\geq$ 25), stillasittande fritid samt låg frukt/grönsakskonsumtion, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämnd. 95% konfidensintervall. Källa: Folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" 2006

<sup>11</sup> Lägesrapport 2006 – folkhälsa. Socialstyrelsen 2007

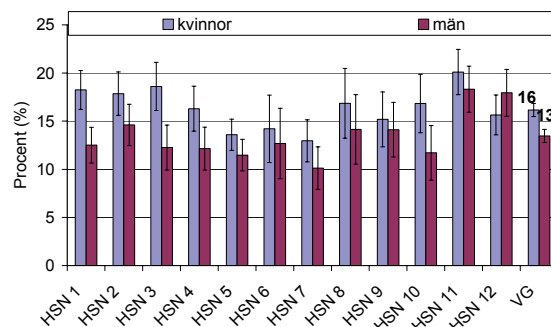
### Tobaksvanor

*Rökning* ökar kraftigt risken att insjukna i ett stort antal sjukdomar eller att befintlig sjukdom förvärras. Tobaksrökning under graviditet innebär dessutom en ökad risk för låg födelsevikt hos barnet och ökar risken för plötslig spädbarnsdöd<sup>12</sup>. Rökningen har under lång tid haft en nedåtgående trend som fortsätter, utom bland medelålders och äldre kvinnor<sup>13</sup>.

De långsiktiga hälsomässiga effekterna av *snus* är ofullständigt utforskade. I dagsläget kan vi inte utesluta risker med snus, men de är små jämfört med vid rökning. Några snusare går över till rökning, men det är betydligt fler som går från rökning till snus.<sup>14</sup>

Det är något vanligare bland kvinnor än män att vara dagligrökare (16% respektive 13% år). Dessa uppgifter skiljer sig inte mot rikets.

Befolkningen i Göteborg – Hisingen (HSN 11) och män i Göteborg - nordöstra (HSN 12) har en högre andel personer som röker dagligen jämfört med övriga länet (figur A-15). Befolkningen i Göteborg – centrum väster (HSN5) och Södra Bohuslän (HSN 7) har en lägre andel dagligrökare än övriga länet.



Figur A-15. Andel (%) i Västra Götaland (16-84 år) år 2006 som röker dagligen, fördelade på hälso- och sjukvårdsnämnd. 95% konfidensintervall. Källa: Folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" 2006

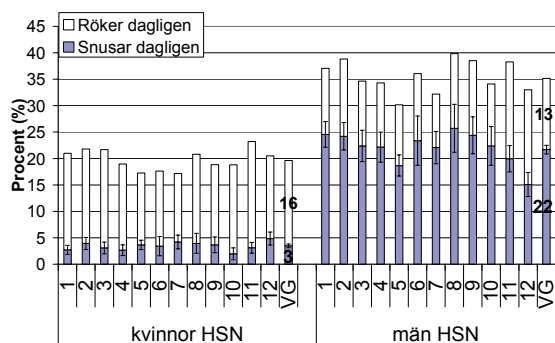
Figur A-16 visar däremot att daglig tobaksanvändning är mycket vanligare bland män än bland kvinnor (33% respektive 19% år 2006). En liten andel både röker och snusar.

Majoriteten av snus användarna är män (22% respektive 3%). Andelen som snusar dagligen är betydligt lägre i Göteborg - nordöstra (HSN 12) och även i Göteborg – centrum väster (HSN 5), möjligen en sociokulturell effekt. Snusning är en specifik svensk företeelse.

<sup>12</sup> Folkhälsorapport 2005. EpC Socialstyrelsen 2005-111-2

<sup>13</sup> Lägesrapport 2006 – folkhälsa. Socialstyrelsen 2007

<sup>14</sup> Folkhälsorapport 2005. EpC Socialstyrelsen 2005-111-2



Figur A-16. Andel (%) i Västra Götaland (16-84 år) år 2006 med daglig tobaksanvändning (snusning respektive rökning), fördelade på hälso- och sjukvårdsnämnd. 95% konfidensintervall för snusning. Källa: Folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" 2006

Andelen dagligrökare och dagligsnusare år 2006 var i det närmaste oförändrat jämfört med året innan.

#### Riskabla alkoholvanor

Risikkonsumtion av *alkohol* kan leda till våld och olycksfall, familjetragedier och sjukdomar med alkoholdiagnos. En fjärdedel av alla dödsfall i ålderna 20-49 år kan relateras till alkohol<sup>15</sup>. Alkoholskador drabbar även normalkonsumenter, men risken är lägre. Berusningsdrickandet är mycket vanligare bland yngre än äldre. Alkoholkonsumtionen ökar inte längre och har minskat bland skolungdomar. Undantaget är unga kvinnor som under senaste decenniet haft en ökande alkoholkonsumtion och numer vårdas fler flickor än pojkar för akut alkoholförgiftning<sup>16</sup>.

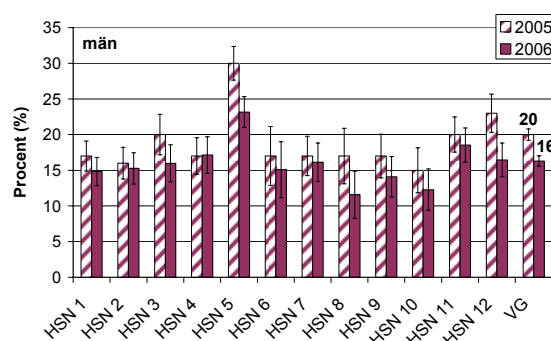
Riskabel alkoholkonsumtion är vanligare bland män än bland kvinnor (16% respektive 10%). Alkoholkonsumtionen är dock oftast kraftigt underskattad i enkätundersökningar. Andelen i Västra Götaland skiljer sig inte mot riket som helhet.

Göteborg - centrum väster (HSN 5) har klart högst andel män och kvinnor med riskabla alkoholvanor, liksom år 2005 (figur A-17 och figur A-18). Detta kan delvis förklaras av att området har en relativt hög andel yngre personer och att yngre personer i högre utsträckning har riskabla alkoholvanor.<sup>17</sup> En annan förklaring kan vara att utbudet av restauranger och pubar är större i Göteborg jämfört med övriga länet. Vidare kan utnyttjandet av "fri införsel" av alkohol från utlandet vara större i Göteborgsområ-

det jämfört med övriga länet<sup>18</sup>. Göteborg - centrum väster är enda området i länet där andelen kvinnor med riskabel alkoholkonsumtion är lika omfattande som andelen kvinnor som röker dagligen.

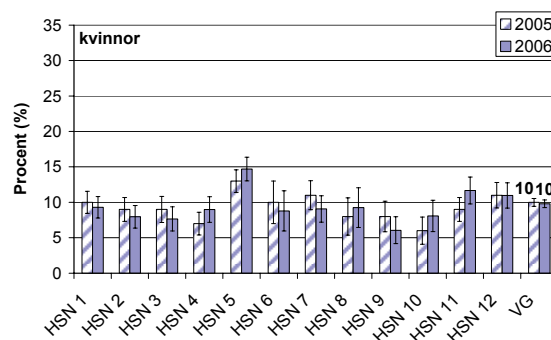
En hög andel med riskabla alkoholvanor ses även i Stockholm och Malmö, men bara bland kvinnor<sup>19</sup>.

Andelen män med riskabel alkoholkonsumtion i Västra Götaland har minskat mellan åren 2005 och 2006, från 20% till 16% (figur A-17). Det är framförallt Göteborgsområdet (HSN 5 och 12) som har en rapporterad minskad riskabel alkoholkonsumtion. Kommande uppföljningar får avgöra om det är en minskning över tid eller en slumpmässig variation.



Figur A-17. Andel män (%) i Västra Götaland (16-84 år) med riskabel alkoholkonsumtion, fördelade på hälso- och sjukvårdsnämnd och år. 95% konfidensintervall. Källa: Folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" 2005, 2006

Andelen kvinnor med riskabel alkoholkonsumtion har inte förändrats mellan åren 2005 och 2006 (figur A-18).



Figur A-18. Andel kvinnor (%) i Västra Götaland (16-84 år) med riskabel alkoholkonsumtion, fördelade på hälso- och sjukvårdsnämnd och år. 95% konfidensintervall. Källa: Folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" 2005, 2006

<sup>15</sup> Folkhälsorapport 2005. EpC Socialstyrelsen 2005-111-2

<sup>16</sup> Lägesrapport 2006 – folkhälsa. Socialstyrelsen 2007

<sup>17</sup> Hälsa på lika villkor i Västra Götaland 2005? Resultat från den nationella folkhälsoenkäten. Västra Götalandsregionen, oktober 2006.

<sup>18</sup> Personlig kommunikation Rustan Ekeröth, folkhälsokommitténs kansli, VGR

<sup>19</sup> Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor 2006. Statens folkhälsoinstitut 2007. www.fhi.se

### Psykisk ohälsa

Ängslan, oro eller ångest, huvudvärk, trötthet och sömnbesvär har minskat i befolkningen de senaste åren, vilket sammantaget pekar på att det psykiska välbefinnandet ökat. Men unga kvinnor i åldrarna 15 till 24 år har fortsatt ogynnsam utveckling av sitt psykiska välbefinnande sedan mitten av 90-talet<sup>20</sup>.

Psykisk ohälsa bland invånarna i Västra Götaland har beskrivits i en rapport med syfte att kartlägga omfattningen i olika grupper av befolkningen<sup>21</sup>. Metodbeskrivning avseende uppgifter i detta avsnitt finns i nämnda rapport samt i en underlagsrapport<sup>22</sup>.

Det finns klara skillnader mellan kvinnor och män vad gäller psykisk ohälsa: Män har i högre utsträckning riskabla alkohol- och spelvanor, missbruksdiagnoser, och högre självmordsfrekvens. Kvinnor har i högre utsträckning "nedsatt psykiskt välbefinnande", självrapporterade sömnsvårigheter, huvudvärk, stress, ängslan/oro/ångest, sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa, depressionsdiagnos vid sjukvårdskontakt, psykofarmakakonsumtion, långa sjukfall med psykisk-ohälsa-diagnos, självmordstankar, självrapporterade självmordsförsök, sjukvårdskontakter för avsiktlig självdestruktiv handling ("självmordsförsök").

#### Psykisk ohälsa bland unga

Unga vuxna i åldrarna 15-24 år i såväl Västra Götaland som Sverige har i större utsträckning slutenvårdats för avsiktlig självdestruktiv handling än övriga åldersgrupper. Unga kvinnor uppger i hög grad "nedsatt psykiskt välbefinnande", ängslan/oro/ångest, självmordstankar och självrapporterade självmordsförsök. Var tredje ung kvinna har "nedsatt psykiskt välbefinnande".

Andelen 16-24 åringar i Sverige som rapporterar lätta eller svåra besvär av ängslan/oro/ångest fortsätter att öka över tid, till skillnad från övriga åldersgrupper<sup>23</sup>. Liknande mönster ses för de som slutenvårdats för avsiktlig självdestruktiv handling (figur A-19). Ytterligare en skillnad jämfört med övriga åldersgrupper är att antalet självmord inte minskar i åldersgruppen 15-24 år. Vidare har försäljningen av psykofarmaka ökat.

Förklaringar till den ogynnsamma utvecklingen bland unga ligger förmodligen i stora strukturella förändringar i arbetslivet med stor arbetslöshet

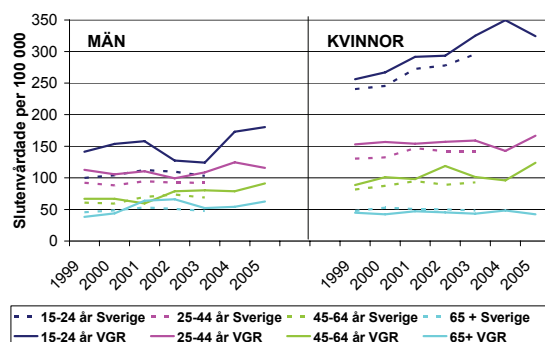
<sup>20</sup> Lägesrapporter 2006 – folkhälsa, EpC, Socialstyrelsen 2007

<sup>21</sup> Psykisk ohälsa – omfattning och utbredning bland invånarna i Västra Götaland. Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Analysenheten, Västra Götalandsregionen, dec 2006

<sup>22</sup> Psykisk ohälsa – omfattning och utbredning bland invånarna i Västra Götaland. Underlagsrapport. Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Analysenheten, Västra Götalandsregionen, dec 2006

<sup>23</sup> ULF-undersökningar, SCB via Lägesrapporter 2006 – folkhälsa, EpC, Socialstyrelsen 2007

bland unga som följd. Vidare ställer en ökad differentiering och individualisering i samhället högre krav på ungdomar att överblicka all information som förekommer och göra kloka val<sup>24</sup>.



Figur A-19. Antalet västragötalänningar och svenskar per 100 000 invånare som slutenvårdats för avsiktlig självdestruktiv handling ("självmordsförsök"), fördelade på åldersgrupper och kön under perioden 1999-2005. Källa: Dödsorsaksregistret, värddatabasen Vega (år 2004-2005).

#### Psykisk ohälsa och sjukvårdsnyttjande

År 2004 hade 110 154 västragötalänningar kontakt med sjukvården i VGR för psykisk ohälsa mätt med registerdata<sup>25</sup>. Bland männen var det 6,0% av befolkningen och bland kvinnorna 8,5%. Knappt 3% av männen och 5% av kvinnorna i befolkningen hade kontakt med primärvården för psykisk ohälsa. Tillkommer gör uppskattningsvis cirka 19 000 personer som hade kontakt med offentligt finansierade privata vårdgivare.

Tabell A-2 visar hur invånarna med psykisk ohälsa fördelade sig på olika vårdformer; primärvård, öppenvård vid sjukhus och slutenvård. En majoritet vände sig till öppenvården.

Tabell A-2 Antal västragötalänningar per 1000 invånare som haft sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa i VGR år 2004, fördelade på vårdformer. Samma person kan förekomma i flera olika vårdformer. Källa: Värddatabasen Vega

	Män		Kvinnor	
	Antal	Per 1000 inv.	Antal	Per 1000 inv.
Primärvård*	20944	27,7	37449	48,9
Öppenvård vid sjukhus	25451	33,7	29982	39,2
Slutenvård	7903	10,5	8083	10,6

\* Inklusive ett mindre antal privat bedrivna öppenvårdsenheter för specialvård med vilka VGR har vårdavtal och från vilka diagnosregistrering föreligger

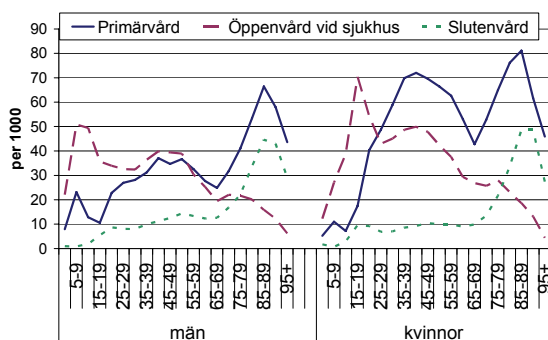
Figur A-19 visar antal västragötalänningar som vårdats för psykisk ohälsa i olika vårdformer per femårsåldersgrupp. Andelen som hade kontakt med

<sup>24</sup> Bremberg Sven, SOU-rapport 2006:77

<sup>25</sup> Värddatabasen Vega

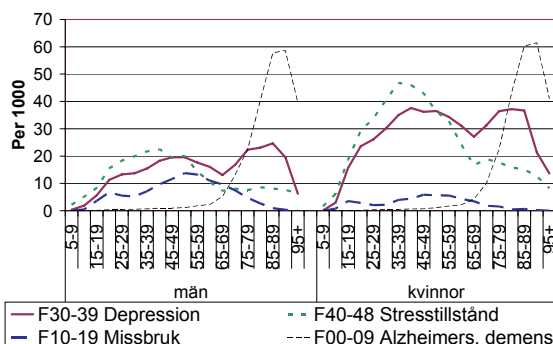


primärvård eller sluten vård för psykisk ohälsa var större bland äldre än bland yngre.



Figur A-19 Antal västragötalänningar per 1000 invånare som haft sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa i VGR år 2004, fördelade på olika vårdformer, 5-årsåldersgrupper och kön. Samma person kan förekomma i flera olika vårdformer. Källa: Vårddatabasen Vega 2004

Av dem som erhöll en psykiatrisk diagnos fick 50% av männen och 70% av kvinnorna diagnosen ”stresstillstånd” eller ”depression”. Åldersfördelningen skiljde sig åt för olika psykiatriska diagnoser (Figur A-20). Bland äldre är depressionsdiagnoser och Alzheimers/demens vanligast förekommande.



Figur A-20 Antal västragötalänningar per 1000 invånare som vid sjukvårdskontakt i VGR år 2004 fått diagnos för depression, stresstillstånd, missbruk eller alzheimers/demens, fördelade på 5-årsåldersgrupper och kön. Källa: Vårddatabasen Vega 2004

Inomregionala jämförelser av sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa försvåras på grund av avsaknaden av uppgifter om diagnoser från privata vårdgivare. När skattade sjukvårdskontakter från privata vårdgivare vägs in, har Göteborgsområdet (HSN 12, 11, 5) och Trestad (HSN 3) högst frekvenser. Östra Skaraborg (HSN 10) har lägst andel som haft sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa.

## Cancer

År 2005 fick 9 988 personer i Västra sjukvårdsregionen (Västra Götaland och norra Halland) en can-

cerdiagnos<sup>26</sup>. Under den senaste tioårsperioden har antalet ökat med drygt 1 300 hos män och 500 för kvinnor. Ökningen beror delvis på att vi blir äldre, men även på en viss ökning av risken att insjukna i cancer. En ytterligare orsak är förbättrade diagnostiska metoder, beslut om införande av screening etc.

Dödligheten minskar däremot och nästan 55% av de män och 60% av de kvinnor som får en cancerdiagnos kommer att vara vid liv 10 år efter diagnosen.

Tabell A-3 visar antalet prognostiserade cancerfall i Västra sjukvårdsregionen år 2007 samt relativ 10-årsöverlevnad för olika cancerformer. Bröstcancer är den klart vanligast förekommande cancerformen bland kvinnor, men har en relativt god 10-årsöverlevnad. Prostatacancer är den klart vanligaste cancerformen bland män.

Tabell A-3 Antal prognostiserade cancerfall år 2007, åldersstandardiserad förändring i antal cancerdiagnoser under perioden 1971-2005, samt relativ 5-årsöverlevnad i Västra sjukvårdsregionen (Västra Götaland och norra Halland), fördelat på diagnos och kön. Källa: Regionalt onkologiskt centrum<sup>27</sup>

DIAGNOS	Beräknat antal nya fall 2007	Förändring 1971-2005, %	Relativ 10-årsöverlevnad
<b>Kvinnor</b>			
Bröst	1 372	+68,9	75,5
Tjocktarm	367	+32,2	58,0
Hud (ej melanom och basaliom)	350	+282,3	87,7
Andningsorgan	297	+303,6	11,7
Livmoderkropp	264	+42,7	81,3
Malignt melanom	258	+179,3	89,1
Urinvägarna	173	-2,3	54,4
Äggstock/ledare	147	-31,6	41,3
Ändtarm	142	+28,3	54,0
Lymfom	135	+116,8	48,7
Leukemi	80	-13,8	27,1
Livmoderhals	74	-59,3	66,1
Magsäck	58	-69,3	17,8
Övrig cancer	896	+18,9	
<b>TOTAL</b>	<b>4 613</b>	<b>+39,7</b>	<b>59,0</b>
<b>Män</b>			
Prostata	2 094	+139,2	65,7
Hud (ej melanom och basaliom)	518	+298,7	84,5
Urinvägarna	413	+48,8	60,9
Andningsorgan	355	+38,6	5,9
Tjocktarm	337	+13,9	50,9
Malignt melanom	246	+417,9	80,1
Ändtarm	222	+37,4	51,2
Lymfom	176	+97,5	47,9
Leukemi	117	+3,9	25,7
Magsäck	106	-58,1	15,9
Övrig cancer	839	+12,0	
<b>TOTAL</b>	<b>5 423</b>	<b>+64,2</b>	<b>53,3</b>

<sup>26</sup> Siffror om cancer i väst. Rapport regionala cancerregistret 2007. Onkologiskt centrum. Västra sjukvårdsregionen. [www.oc.gu.se](http://www.oc.gu.se)

<sup>27</sup> Översyn av cancersjukvården i Västra Götalandsregionen 2007. Västra Götalandsregionen

Sedan början av 1970-talet har förekomsten av livmoderhalscancer halverats och två tredjedelar av magsäckscancerfallen har försvunnit. Cellprovtagningar har minskat utvecklingen av livmoderhalscancerfallen och bl. a ändrade matvanor har minskat nya magsäckscancerfall. Den tidigare kraftiga ökningen i lungcancer bland män har nästan avstannat till följd av en minskad andel rökare.<sup>28</sup>

Bland kvinnor ökar däremot lungcancer. I relativa tal är det den cancerform som ökar mest bland kvinnor, till stor del som följd av rökning. Malignt melanom har trefaldigats sedan början av 1970-talet på grund av solskador. Förekomsten av prostatacancer har fördubblats sedan början av 1990-talet, och detta beror till stor del på en ökad diagnostisering inom sjukvården.

Cancersjukvården bedrivs i hela sjukvården – från onkologiska kliniker till vårdcentraler och kommunal vård. Regionen har gjort en översyn av cancersjukvården. Översynen konstaterar att cancersjukvården i Västra Götalandsregionen överlag fungerar väl, men att det finns behov av förbättringar på några områden. Det gäller den palliativa vården, kompetensförsörjningen, förutsättningar för patientnära klinisk forskning, ledtider till diagnostik och utredning, nivåstrukturen/arbetsfördelningen och tydliggörande av patientansvaret. HSU har beslutat att utredningens förslag skall genomföras och att initiativ skall tas till en utvecklad primärprevention. Läs mer i rapporten ”Översyn av cancersjukvården i Västra Götalandsregionen”.<sup>29</sup>

Mer om cancerförekomsten i Västra Götaland finns på hemsidan för regionalt onkologiskt centrum [www.oc.gu.se](http://www.oc.gu.se).

## Mönster i dödlighet

År 2006 avled 15 307 västragötalänningar. Den vanligaste förekommande dödsorsaken är hjärt-kärlsjukdomar. Nästan hälften av alla dödsfall både bland män och kvinnor orsakas av hjärt-kärlsjukdomar och cirka en fjärdedel beror på tumörsjukdomar och cancer, såväl i Västra Götaland som totalt i Sverige.

## Medellivslängd

Medellivslängden är det genomsnittliga antal år som en person förväntas leva om nuvarande mönster i dödlighet består. Under perioden 2002-2006

<sup>28</sup> Cancerrapport. Onkologiskt centrum Västra sjukvårdsregionen 2007 [www.oc.gu.se](http://www.oc.gu.se)

<sup>29</sup> Översyn av cancersjukvården i Västra Götalandsregionen. Västra Götalandsregionen 2007.

var återstående medellivslängd vid födelsen i Västra Götaland 78,3 år för män och 82,6 år för kvinnor. Dessa siffror skiljer sig ej från Sverige som helhet. Medellivslängden har aldrig varit högre än nu och fortsätter att öka.

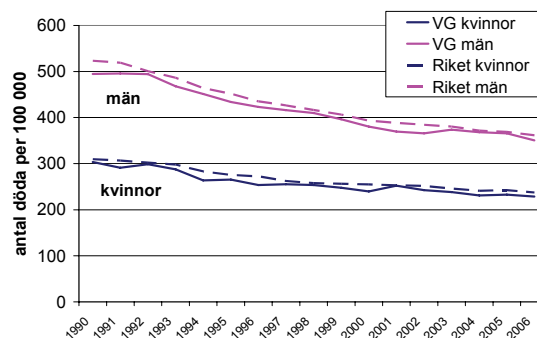
## Förtida död

Dödsfallen före 75 års ålder kan vara viktiga att redovisa särskilt, eftersom de i princip kan vara möjliga att förhindra<sup>30</sup>. Dessa kan även avspegla aspekter av människors livsvillkor som har betydelse för hälsotillståndet i befolkningen. Sambanden mellan för tidig död, människors livsvillkor och hälso- och sjukvårdens och folkhälsoarbetets effektivitet är dock knappast möjliga att klargöra inom ramen för denna redovisning. Redovisningen är snarare ett försök att *beskriva* i vad mån det finns skillnader mellan nämndområdena vad avser död före 75 års ålder och hur stora de skillnaderna är. En *analys* av orsaker bakom för tidig död kräver en särskild utredning.

Dödlighet i äldre åldrar kan också vara möjliga att förhindra, t.ex. via betydande effekter av sen blodtrycksbehandling, men i detta avsnitt fokuseras på den yngre befolkningen. Avgränsningen av förtida dödlighet till före 75 års ålder bygger på en konvention och används av bl.a. Socialstyrelsen, men är ingen självklar gräns.

Dödsfall i åldrarna 1-74 år utgör en tredjedel av samtliga dödsfall för män och en femtedel för kvinnor såväl i Västra Götaland som i riket.

Antalet döda per 100 000 i åldrarna 1-74 år har minskat under perioden 1990-2006 med cirka 30%, både bland män och kvinnor (figur A-21). Den främsta förklaringen är en minskad dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar, men dödligheten på grund av självmord och olycksfall har också minskat.

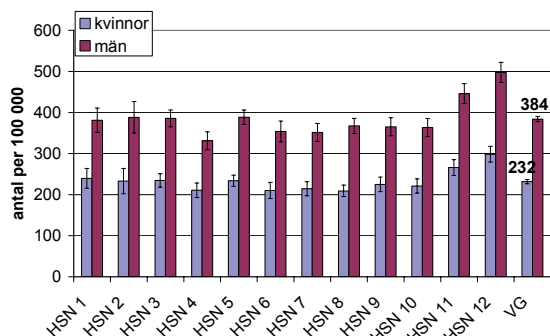


Figur A-21 Antal döda per 100 000 i åldrarna 1-74 år i Västra Götaland, fördelade på kön under perioden 1990-2006. Källa SCB

<sup>30</sup> Se t.ex. kapitel 5 i Folkhälsopolitisk rapport 2005. Statens Folkhälsoinstitut (2005).

Minskningen ses i alla åldersklasser, men i absoluta tal är förändringen störst i åldersgruppen 65-74 år eftersom flest dödsfall förekommer i den äldsta åldersgruppen.

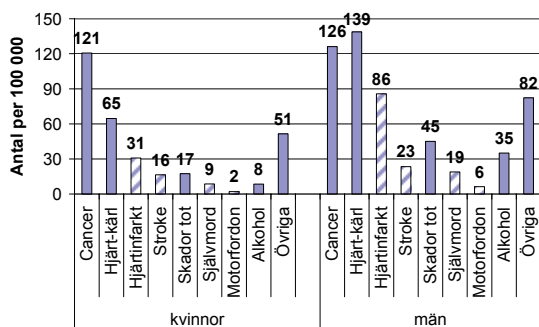
Inom Västra Götaland varierar den förtida dödligheten (figur A-22). Antalet döda per 100 000 i åldrarna 1-74 år är högst i Göteborg - nordöstra (HSN 12) och Göteborg - Hisingen (HSN 11) och lägst i Mellersta Bohuslän (HSN 4).



Figur A-22 Antal döda per 100 000 i åldrarna 1-74 år, fördelade på hälso- och sjukvårdsnämndsområde och kön under perioden 2001-2005. Åldersstandardiserat. 95% konfidensintervall. Källa Statistiska centralbyrån

### Dödsorsaker

Figur A-23 visar några utvalda dödsorsaker i åldersgruppen 1-74 år. Bland kvinnor är cancer den vanligast förekommande dödsorsaken i denna åldersgrupp. Bland män är cancer den näst vanligaste dödsorsaken efter hjärt-kärlsjukdomar.

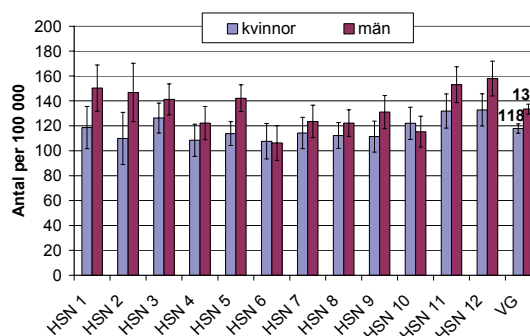


Figur A-23 Antal döda per 100 000 i åldrarna 1-74 år i Västra Götaland, fördelade på dödsorsaker och kön under perioden 1999-2003. Källa dödsorsaksregistret, EpC Socialstyrelsen

Nedan följer fördelningen över antal dödsfall per 100 000 i befolkningen per hälso- och sjukvårdsnämndsområden för olika dödsorsaker. Observera att det är olika skalor på y-axeln i de olika diagrammen.

### Cancer

Cancer orsakar cirka 40% av alla dödsfall i åldrarna 1-74 år. Männen i Göteborg - Hisingen (HSN 11) och Göteborg - nordöstra (HSN 12) har en högre dödlighet i cancer jämfört med länet som helhet. Män i Mittenälvsborg (HSN 6) och Östra Skaraborg (HSN 10) har en lägre cancerdödlighet jämfört med länet som helhet.

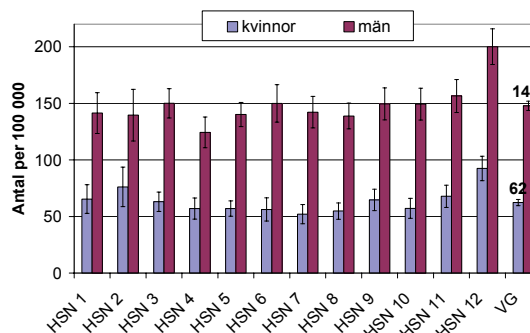


Figur A-24 Antal döda i **cancer** per 100 000 i åldrarna 1-74 år, fördelade på hälso- och sjukvårdsnämndsområde och kön under perioden 1999-2003. Åldersstandardiserat. 95% konfidensintervall. Källa Dödsorsaksregistret, EpC Socialstyrelsen

### Hjärt-kärlsjukdom

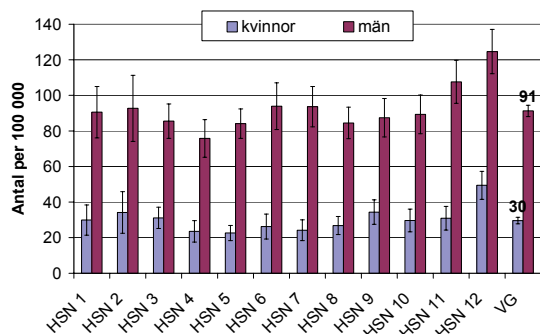
Vart tredje dödsfall i åldersgruppen 1-74 år orsakas av hjärt-kärlsjukdom. Dödligheten minskar mest just i hjärt-kärl diagnoser.

Göteborg - nordöstra (HSN 12) har en högre dödlighet i hjärt-kärlsjukdom jämfört med övriga länet. Männen i Mellersta Bohuslän (HSN 4) har en lägre hjärt-kärl dödlighet jämfört med länet som helhet.



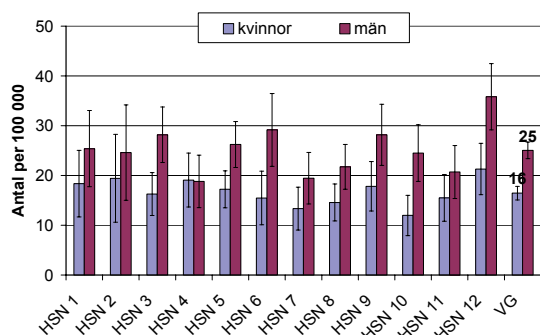
Figur A-25 Antal döda i **hjärt-kärlsjukdom** per 100 000 i åldrarna 1-74 år, fördelade på hälso- och sjukvårdsnämndsområde och kön under perioden 1999-2003. Åldersstandardiserat. 95% konfidensintervall. Källa Dödsorsaksregistret, EpC Socialstyrelsen

Cirka 19% av dödsfallen och drygt hälften av hjärt-kärl dödsfallen orsakas av hjärtinfarkt. Göteborg – nordöstra (HSN 12) och männen på Hisingen (HSN 11) har en högre dödlighet i hjärtinfarkt jämfört med övriga länet. Männen i Mellersta Bohuslän (HSN 4) och kvinnorna i Göteborg – centrum väster (HSN 5) har en lägre dödlighet i hjärtinfarkt jämfört med länet som helhet.



Figur A-26 Antal döda i **hjärtinfarkt** (ischemiska hjärtsjukdomar) per 100 000 i åldrarna 1-74 år, fördelade på hälso- och sjukvårdsnämndsområde och kön under perioden 1999-2003. Åldersstandardiserat. 95% konfidensintervall. Källa Dödsorsaksregistret, EpC Socialstyrelsen

En femtedel av dödsfallen i hjärt-kärlsjukdom i åldrarna 1-74 år orsakas av stroke. Göteborg – nordöstra (HSN 12) har en högre dödlighet i stroke jämfört med länet som helhet. Kvinnorna i Östra Skaraborg hade den lägsta dödligheten i stroke i länet under perioden 1999-2003.

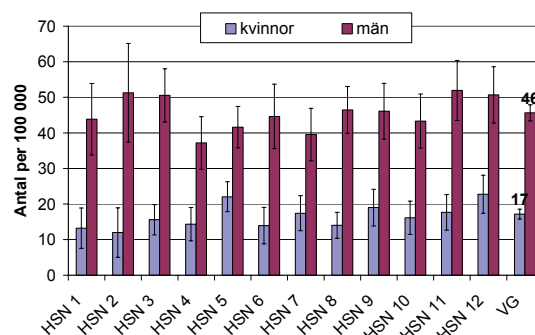


Figur A-27 Antal döda i **stroke** (sjukdomar i hjärnans kärl) per 100 000 i åldrarna 1-74 år, fördelade på hälso- och sjukvårdsnämndsområde och kön under perioden 1999-2003. Åldersstandardiserat. 95% konfidensintervall. Källa Dödsorsaksregistret, EpC Socialstyrelsen

### Skador

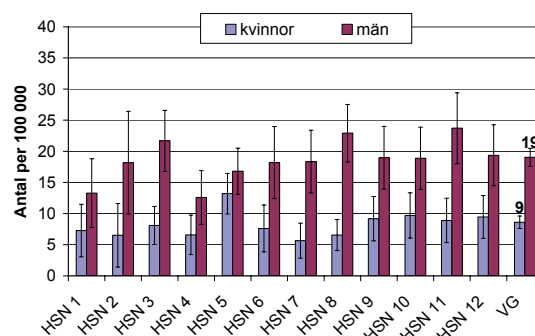
Med skador avses olycksfall (transportolyckor, fallolyckor mm), avsiktlig självdestruktiv handling, övergrepp av annan person, skadehändelser med oklar avsikt, polisingripande och krigshandling, komplikationer vid medicinsk vård och kirurgiska åtgärder, sena effekter av yttre orsaker till sjukdom och död och andra bidragande faktorer. Skador orsakar ca 10 % av alla dödsfall i åldern 1-74 år, men dödligheten har minskat kraftigt sedan 1980-

talets början. Dödlighet orsakad av skador varierar inom länet (figur A-28).



Figur A-28 Antal döda i **skador** per 100 000 i åldrarna 1-74 år, fördelade på hälso- och sjukvårdsnämndsområde och kön under perioden 1999-2003. Åldersstandardiserat. 95% konfidensintervall. Källa Dödsorsaksregistret, EpC Socialstyrelsen

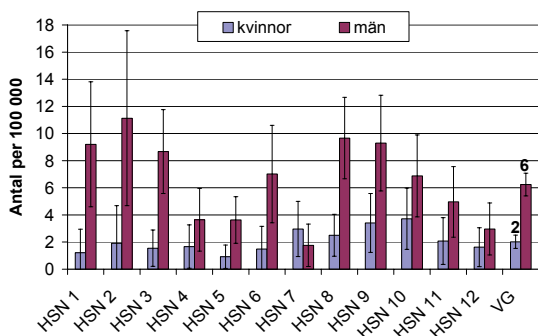
Cirka 4 % av dödsfallen i åldrarna 1-74 år orsakas av självmord. För männens del har Göteborg – Hisingen (HSN 11) och Sjuhärad (HSN 8) högst självmordsfrekvens i länet. För kvinnornas del är det Göteborg –centrum väster (HSN 5). Detta inom-regionala mönster gäller även när självmord i alla åldrar studeras<sup>31</sup>.



Figur A-29 Antal döda i **självmord** per 100 000 i åldrarna 1-74 år, fördelade på hälso- och sjukvårdsnämndsområde och kön under perioden 1999-2003. Åldersstandardiserat. 95% konfidensintervall. Källa Dödsorsaksregistret, EpC Socialstyrelsen

Cirka 1-2% av dödsfallen i åldrarna 1-74 år orsakas av motorfordonsolyckor. Dödligheten i motorfordonsolyckor är lägre i Göteborgsområdet (HSN 4, 5, 7, 12), möjligen till följd av lägre hastigheter i storstadsområden.

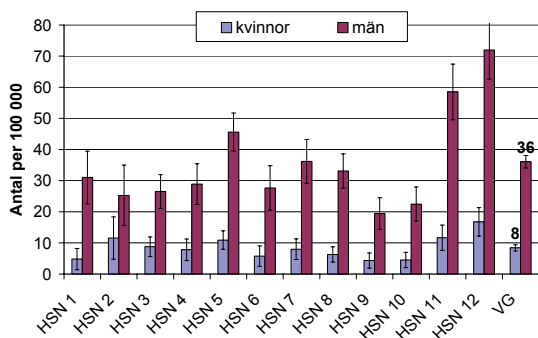
<sup>31</sup> Psykisk ohälsa – omfattning och utbredning bland invånarna i Västra Götaland. Analysenheten, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Västra Götalandsregionen 2006



Figur A-30 Antal döda i **motorfordonsolyckor** per 100 000 i åldrarna 1-74 år, fördelade på hälso- och sjukvårdsnämndsområde och kön under perioden 1999-2003. Åldersstandardiserat. 95% konfidensintervall. Källa Dödsorsaksregistret, EpC Socialstyrelsen

### Alkoholrelaterade dödsorsaker

Alkoholrelaterade dödsorsaker utgör cirka 7% av dödsfallen i åldrarna 1-74 år. Män i Göteborgs kommun (HSN 5, HSN 11, HSN 12) och kvinnorna i Göteborg - nordöstra (HSN 12) har högre alkoholrelaterad dödlighet (1-74 år) jämfört med övriga länet. Skaraborg (HSN 9 och 10) har en lägre alkoholrelaterad dödlighet.



Figur A-31 Antal döda i **alkoholrelaterade** dödsorsaker per 100 000 i åldrarna 1-74 år, fördelade på hälso- och sjukvårdsnämndsområde och kön under perioden 1999-2003. Åldersstandardiserat. 95% konfidensintervall. Källa Dödsorsaksregistret, EpC Socialstyrelsen

### Åtgärdbar dödlighet - Sjukvårdsrelaterade och hälsopolitiskt relaterade dödsorsaker

Det finns många orsaker till förtida död, t.ex. olika exponeringar tidigare i livet, genetiska förutsättningar, olycksfall. Men den kunskap som finns om vissa sjukdomars orsaker och om olika behandlingsmetoders effektivitet ska i vissa fall kunna leda till att sjukdom, handikapp och död förhindras helt eller delvis.

Sedan mitten av 1980-talet har ett arbete bedrivits inom EU med jämförelser inom hälso- och sjukvården med hjälp av åtgärdbar dödlighet. Genom att jämföra och följa dödligheten i "åtgärdbara dödsorsaker" erhålls en grov indikator på hur väl sjukvården fungerar. En jämförelsevis hög andel dödfall i

dessa dödsorsaker kan till viss del antas bero på dålig kvalitet i hälso- och sjukvården. I Sverige har Spri utvärderat metoden på svenska data och funnit den användbar<sup>32</sup>.

Bland de diagnoser som valts ut finns dels sådana som främst bedömts vara möjliga att påverka med olika medicinska insatser som tidig upptäckt och behandling – sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, dels sådana diagnoser som är möjliga att påverka med bredare hälsopolitiska insatser - hälsopolitiskt relaterad åtgärdbar dödlighet. Vi har använt den indelning av diagnoser som Socialstyrelsen använder<sup>33</sup> och förteckningen finns i tabellbilagan.

Exempel på sjukvårdsrelaterade dödsorsaker är blindtarmsinflammation, stroke, gallstenssjukdom, livmoderhalscancer. Stroke utgör den största andelen dödsfall i denna grupp.

Exempel på hälsopolitiskt relaterade dödsorsaker är lungcancer, levercirrhos, motorfordonsolyckor. De anses vara möjliga att påverka med kampanjer för rökavvänjning och förbättrade alkoholvanor.

Men uppdelningen i dödsorsaker kan diskuteras. Flera av de sjukvårdsrelaterade diagnoserna är åtkomliga för preventiva insatser och skulle även kunna kallas hälsopolitiska, t.ex. hypertoni, andningsorganens sjukdomar, tuberkulos.

Under femårsperioden 1999-2003 inträffade i Västra Götaland 2 159 dödsfall som kunde klassas som sjukvårdsrelaterade och 2 297 dödsfall som klassades som hälsopolitiskt relaterade. Dessa "åtgärdbara dödsorsaker" utgör ungefär 20% av alla dödsfall i åldern 1-74 år och motsvarar cirka 900 dödsfall per år.

### Utbildning

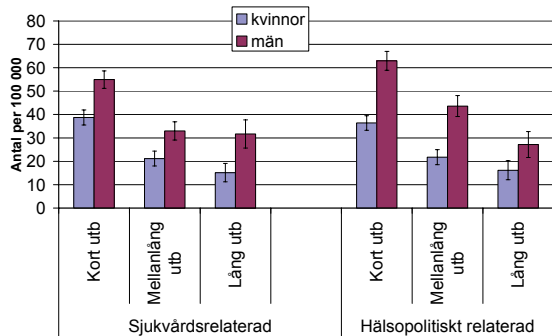
Det finns stora skillnader i förtida dödlighet mellan grupper i befolkningen med olika utbildningsnivå. Utbildningsnivå är starkt kopplat till risken att dö i förtid.

Personer med kort utbildning (högst två år på gymnasium) har högre sjukvårdsrelaterad och hälsopolitiskt relaterad dödlighet än personer med lång utbildning (figur A-32).

<sup>32</sup> Åtgärdbara dödsorsaker – en indikator på hälso- och sjukvårdens resultat och kvalitet (nr 377) Spri 1995

<sup>33</sup> Dödsorsaker 2004, EpC Socialstyrelsen 2007



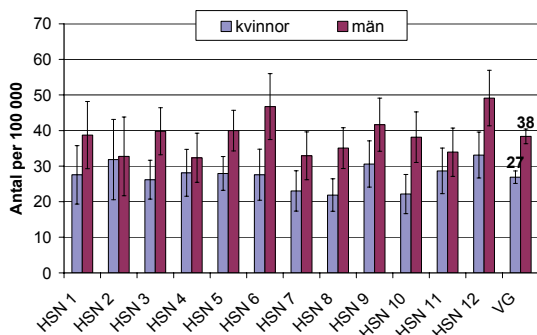


Figur A-32. Åtgärdbar dödlighet – Antal döda per 100 000 invånare i åldern 16-74 år – **sjukvårdsrelaterad** och **hälsopolitiskt relaterad**, fördelat på utbildningsnivå. Åldersstandardiserat. Källa: Dödsorsaksregistret, EpC Socialstyrelsen och utbildningsregistret SCB 1999-2003

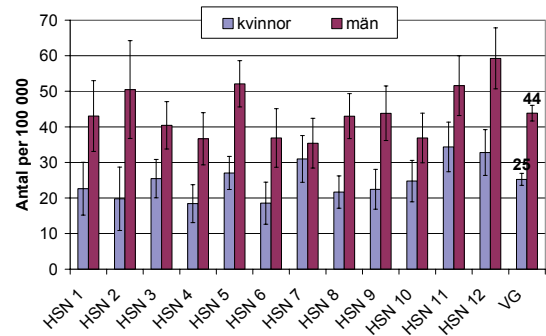
### Regionala jämförelser

Västra Götaland låg på samma nivå som riket för både hälsopolitiskt relaterad respektive sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (Öppna jämförelser, perioden 2000-2003)<sup>34</sup>. Västra Götaland låg visserligen något lägre än riket för hälsopolitiska, men skillnaderna var små.

Inom Västra Götaland finns variationer i åtgärdbar dödlighet (figur A-33 och figur A-34). Göteborg - nordöstra (HSN12) har en högre andel både hälsopolitiskt och sjukvårdsrelaterad dödlighet jämfört med övriga länet.



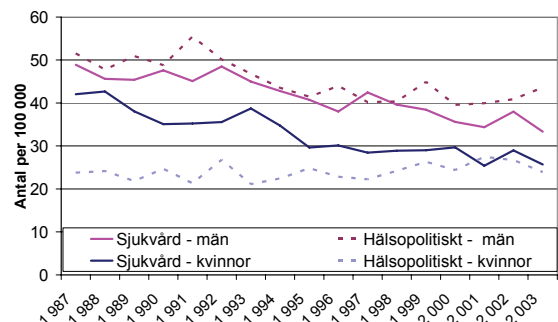
Figur A-33. Åtgärdbar dödlighet – Antal döda per 100 000 invånare i åldern 1-74 år – **sjukvårdsrelaterad**, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde och kön. 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserat. Källa: Dödsorsaksregistret, EpC Socialstyrelsen 1999-2003



Figur A-34. Åtgärdbar dödlighet – Antal döda per 100 000 invånare i åldern 1-74 år – **hälsopolitiskt relaterad**, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde och kön. 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserat. Källa: Dödsorsaksregistret, EpC Socialstyrelsen 1999-2003

### Utveckling över tid

Utvecklingen sedan 1987 i den åtgärdbara dödligheten i Västra Götaland redovisas i figur A-35. Mönstret är likt det i Sverige. Kvinnornas dödstal för sjukvårdsindikatorer har sjunkit mest. Därefter följer sjukvårdsindikatorer för män och hälsopolitiska indikatorer för män. Kvinnornas dödstal för de hälsopolitiska indikatorerna har däremot ökat, liksom i Sverige. Den främsta orsaken är att kvinnornas dödlighet i lungcancer ökar.



Figur A-35. Åtgärdbar dödlighet – Antal döda per 100 000 invånare i åldern 1-74 år – **sjukvårdsrelaterad** och **hälsopolitiskt relaterad**, utvecklingen under perioden 1987-2003. Källa: Dödsorsaksregistret, EpC Socialstyrelsen 1987-2003

Sammanfattningsvis finns genomgående en stor variation i för tidig död mellan nämndområdena. Med några undantag förefaller nämndområdena Göteborg - nordöstra (HSN 12) och Göteborg - Hisingen (HSN 11) samt Dalsland (HSN 2) och Trestad (HSN 3) ha de mest ogynnsamma utfallen medan Mellersta Bohuslän (HSN 4) oftare har mer gynnsamma utfall.

De sociala skillnaderna inom länet förklarar troligtvis en stor del av detta mönster. Arbetare, lågutbildade, ensamstående män, ensamstående kvinnor med barn och utrikesfödda har genomgående sämre

<sup>34</sup> Öppna jämförelser Socialstyrelsen 2006

hälsa än övriga<sup>35</sup>. I Göteborg - nordöstra (HSN 12) och Hisingen (HSN 11) finns en stor andel i befolkningen som är ensamstående, ensamstående med barn, utrikesfödda, biståndstagare jämfört med övriga länet. I Göteborg - nordöstra finns även en större andel låginkomsttagare (<120 tkr per år) och icke förvärvsarbetande jämfört med övriga länet.

Det kan också finnas faktorer i individernas bostadsområden som påverkar risken till för tidig död och bidrar till de systematiska skillnaderna. En tredje förklaring kan vara att värden kan vara ojämlig så att individer med lägre socioekonomisk position missgynnas i hälso- och sjukvården. Under 1980-talet fanns det inte några betydande skillnader i vårdnyttjande mellan olika socioekonomiska grupper. Men under 1990-talets början rapporterades att lågutbildade tenderade att minska sitt utnyttjande av öppenvård medan högutbildade snarare ökade sitt vårdnyttjande. Mot slutet av 1990-talet föreföll skillnaderna åter att minska även om mönstret inte är entydigt<sup>36</sup>.

Rimligen betingas de systematiska skillnaderna mellan nämnderna av ett flertal faktorer i en komplex väv av samband. Det finns skäl att utreda detta ytterligare eftersom sådana skillnader har konsekvenser för i vilken utsträckning Västra Götalandsregionen kan uppnå visionen om ”Det goda livet”.

### *Kort om regionens befolkning*

#### *Demografi*

Befolkningens behov av hälso- och sjukvård bestäms i hög grad av befolkningens ålder; behovet/kostnaderna ökar brant från 65 års ålder. Andelen i befolkningen över 65 år förväntas öka med närmare 50% fram till år 2030.

Befolkningens ålderssammansättning i VG liknar den i riket, det finns fler äldre kvinnor än män.

Ålderssammansättningen skiljer sig mellan hälso- och sjukvårdsnämndområdena; Göteborg - nordöstra (HSN 12) har den yngsta befolkningen och Dalsland (HSN 2) har den äldsta befolkningen.

#### *Folkhälsa*

Göteborg - Centrum Väster (HSN 5) har klart lägst andel personer med övervikt och fetma. Befolkningen i Dalsland (HSN 2) och männen i Västra Skaraborg (HSN 9) har en högre andel med övervikt än övriga länet.

En större andel kvinnor än män röker, men om snusning inkluderas är tobaksbruket nästan dubbelt så vanligt bland män som bland kvinnor. En högre andel i Göteborg – Hisingen (HSN 11) och Göteborg - nordöstra (HSN 12 endast män) röker dagligen jämfört med övriga länet.

Andelen med riskabel alkoholkonsumtion är fortsatt högre i Göteborgsområdet jämfört med övriga länet. Men en nedgång observerades mellan år 2005-2006.

Ängslan, oro eller ångest, huvudvärk, trötthet och sömnbesvär har minskat i befolkningen de senaste åren vilket sammantaget pekar på att det psykiska välbefinnandet har ökat. Men unga kvinnor i åldrarna 15 till 24 år har fortsatt ogynnsam utveckling av sitt psykiska välbefinnande sedan mitten av 90-talet

Cirka 6 % av befolkningen hade en vårdkontakt som utmynnade i en psykisk ohälsa diagnos år 2004. Stresstillstånd och depression utgjorde över hälften av diagnoserna. Majoriteten av vårdkontakterna skedde i öppenvård.

#### *Mönster i dödlighet*

Den främsta dödsorsaken i VG och Sverige är hjärt-kärlsjukdomar. I åldersgruppen 1-74 år, är cancer den vanligaste dödsorsaken, följt av hjärt-kärlsjukdomar.

Dödligheten i åldersgruppen 1-74 år – förtida död - är mycket större för män än för kvinnor

Befolkningen i Göteborg – nordöstra (HSN 12) och i viss mån även Göteborg – Hisingen (HSN 11) har en högre förtida dödlighet i alkoholrelaterade skador, cancer, och hjärt-kärlsjukdomar jämfört med övriga länet

Åtgärdbar dödlighet är ett grovt mått som speglar specifika hälsoutfall vars förekomst i relativt hög utsträckning anses kunna bero av verksamheten i hälso- och sjukvården. Det delas in i hälsopolitiskt relaterad och sjukvårdsrelaterad dödlighet. Åtgärdbar dödlighet är vanligare i grupper av befolkningen med kort utbildning jämfört med längre utbildning

Göteborg - nordöstra (HSN12) har en högre andel både hälsopolitiskt och sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet jämfört med övriga länet.

<sup>35</sup> Lägesrapport 2006 – folkhälsa. Socialstyrelsen 2007

<sup>36</sup> Folkhälsorapport 2001. EpC Socialstyrelsen 2001.

## Hälsa- och sjukvård ur ett genusperspektiv

Jämfört med föregående års verksamhetsanalys har fler områden redovisats med könsuppdelade data. Rapporten baseras dock till största delen på data från redan befintliga källor som ofta inte har könsuppdelad statistik. Det gäller t.ex. ofta årsrapporter från nationella kvalitetsregister. Där data beställts särskilt från kvalitetsregistren finns möjligheten till redovisning per kön vilket gjorts för höftregistret och Svenskt Njurregister. Nedan redovisas omfattningen av könsuppdelad statistik per avsnitt i denna rapport.

Tabell B-1 Könsuppdelad statistik per avsnitt i denna rapport

Område i VA 2006	Redovisas Könsuppdelat	Kommentar
Befolkningsuppgifter	Ja	SCB, VGR
Självskattad hälsa	Ja	Folkhälsoenkäten
Levnadsvanor	Ja	Folkhälsoenkäten
Psykisk ohälsa	Ja	VEGA
Cancer	Ja	OC, Cancerregistret
Mönster i dödlighet	Ja	SCB
Medellivslängd	Ja	SCB
Åtgärdbar dödlighet	Ja	Dödsorsaksregistret
Kostnader per invånare	Nej	Underlag SKL rapport
Produktivitet	Nej	Kostnad per prestation (DRG)
Vårdtunga grupper	Ja	I underlag nationella register
Vårdtider vissa diagnos grupper	Ja	SKL
Vårdtider DRG-grupper	Ja	VEGA
Tillgänglighet	Nej	SKL Väntetider i vården
Befolkningens uppfattning o upplevelser av hälso- o sjukvård	Ja	Vårdbarometern
Konsumtion av hälso- o sjukvård kontaktgrad	Ja	VEGA
Slutenvårdskonsumtion	Nej	SKL rapport, VEGA
Trender i slutenvård	Nej	VEGA SoS
Vårdkonsumtion RR	Nej	VEGA HSA
Kvalitetsuppföljning		
Öppna jämförelser	Ja, delvis	SKL
NDR-Nationella Diabetesregister	Nej	NDR HSA
Riks-HIA	Nej	Riks-HIA HSA
Riks-Stroke	Nej	Riks-Stroke HSA
Svenskt Bräckregister	Nej	Svenskt Bräckregister
Svenskt Njurregister	Ja	SNR HSA
Rikshöft	Ja, delvis	Rikshöft HSA
Skadeanmälningar LÖF	Nej	LÖF
Socialstyrelsens Regionala Tillsynsenhet i Göteborg	Nej	RTG årsredovisning delvis
HSAN	Nej	HSAN årsredovisning (finns)
Patientnämnderna	Ja	ÅR, nyckeltal
Läkemedel	Ja, delvis	Xplain
Tandvård	Nej	Uppföljning vissa åldersgrupper
Ekonomi	Ja	Fullt möjligt endast där KPP finns
Personal	Nej	Redovisas i Personalfokus
Basala uppgifter	Nej	Beskriver produktion och utbud

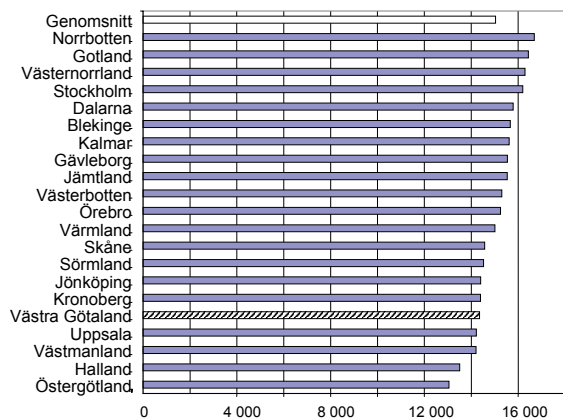


## Perspektiv på resurser och resursförbrukning

Jämförande statistik över resursförbrukning för hälso- och sjukvård tas fram av SKL. De uppgifter som rapporteras in till SKL tas fram enligt ett särskilt regelverk. SKL:s sammanställning redovisas först på hösten året efter varför endast 2005 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/ekonomiska ersättning för hälso- och sjukvård inklusive högspecialiserad vård på nämndnivå.

Kostnaden 2005 för hälso- och sjukvård per invånare var 17 293 kronor i VGR. Kostnaden för hälso- och sjukvård 2005 var lägre än genomsnittet i Sverige (18 282 kronor). Kostnaden för VGR var 5,6% lägre än för riket vilket är en större differens än 2004 (3,9%).

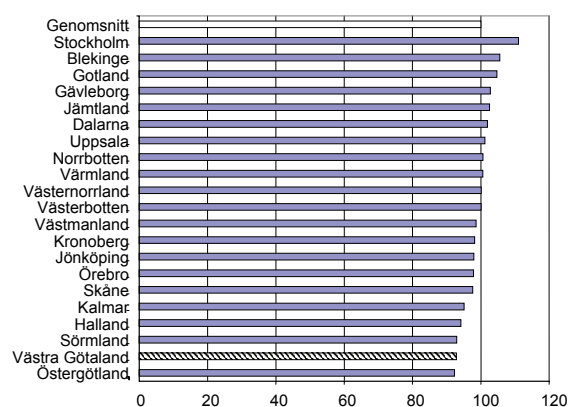
Med kostnader menas landstingens nettokostnader som finansieras med skatter och statsbidrag. Befolkningens egna utgifter för hälso- och sjukvård ingår inte i jämförelsen. I figur C-1 visas landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvård (exklusive tandvård) per invånare 2005.



Figur C-1. Landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvård (exklusive tandvård) per invånare 2005. 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 utjämningsmetoden mellan landstinget.

Att värdera landstingens kostnader i ljuset av dessa behovstal är ett annat sätt att jämföra landstingens kostnader för vård. Landstingsförbundet har jämfört kostnaden i respektive landsting med förväntade kostnader utifrån utjämningsystemets beräkningsgrunder vilket redovisas i figuren nedan.<sup>37</sup> Analyserat på detta sätt har VGR, tillsammans med Östergötland, de lägsta hälso- och sjukvårdskostnaderna i Sverige.



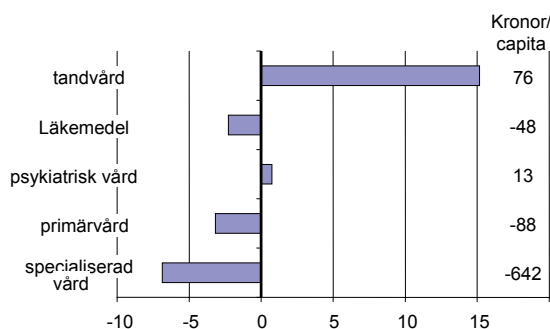
Figur C-2. Relationen mellan faktisk sjukvårdskostnad per invånare och kostnad enligt utjämningsystemet 2005 (genomsnitt = 100). Källa SKL.

Stockholms läns landsting skall enligt utjämningsystemets modell ha en kostnad per invånare som ligger på 97% av riksgenomsnittet. Den faktiska kostnaden är emellertid 107% av genomsnittet. Stockholm har därför ett indextal på 111 ( $1,07/0,97 \times 100$ ). Justerat för de förväntade skillnaderna är således sjukvårdskostnaden högst i Stockholm och lägst i Östergötland. VGR förväntas enligt utjämningsystemet ha en kostnad som ligger på 101% av riksgenomsnittet. Den faktiska kostnaden är emellertid endast 95% av riksgenomsnittet. VGR har därför ett indextal på 95 vilket kan tolkas som att kostnaderna för vård är låga i ett nationellt perspektiv.

Om VGR skulle ha förbrukat lika mycket resurser per invånare för hälso- och sjukvård som genomsnittet i Sverige skulle kostnaderna varit drygt en miljard högre 2004. Om hänsyn tas till behovsindex skulle VGR's kostnader varit 1,6 miljarder högre. Om kostnaderna per invånare varit samma som i Stockholms läns landsting, som har ett större skatteuttag, skulle kostnaderna ha varit 3,6 miljarder högre och ytterligare drygt en miljard högre om hänsyn tas till utjämningsystemets metod för behovsbedömning.

<sup>37</sup> Jämförelser mellan landsting och regioner ur olika perspektiv, Sveriges kommuner och landsting 2005

Utöver vad som redovisas här innehåller SKL:s rapportering en jämförelse av kostnader uppdelat på typ av vård som återges i figuren nedan



Figur C-3. 2005. Procent avvikelser av kostnader för hälso- och sjukvård per invånare i VGR från genomsnittet i Sverige 2005 samt avvikelser i kronor. Med läkemedel avses läkemedel inom läkemedelsförmånen. Källa SKL

Här framgår att de låga kostnaderna i VGR beror på den specialiserade vården, dels procentuellt men framförallt i absoluta tal. Kostnaden för tandvård är hög. Drygt 60% högre än i Stockholm och 30% högre än i Skåne. Denna markanta skillnad har analyserats i tidigare regionala utredningar<sup>38</sup>.

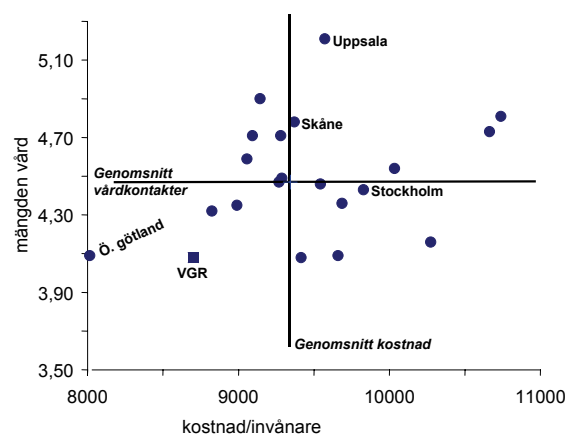
### Produktivitet i sjukvården

Det är nödvändigt att använda tillgängliga resurser på ett effektivt sätt för att kunna tillgodose de samlade vårdbehoven. Det är svårt att på ett övergripande sätt fånga uppgifter 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 produktivitet jämförelser är att prestationer inte alltid låter sig mätas på ett jämförbart sätt. Ett utvecklingsarbete pågår dock på nationell nivå av Sveriges kommuner och landsting.

Figuren nedan visar sammanvägda vårdkontakter inom specialiserad somatisk vård i förhållande till kostnad

<sup>38</sup> Förslag till ökad produktivitet i specialisttandvården (2006-2008). VGR 2005.

Kartläggning av det faktiska behovet av folktandvårdsspecifika ersättningar i folktandvården i VGR. VGR 2006.



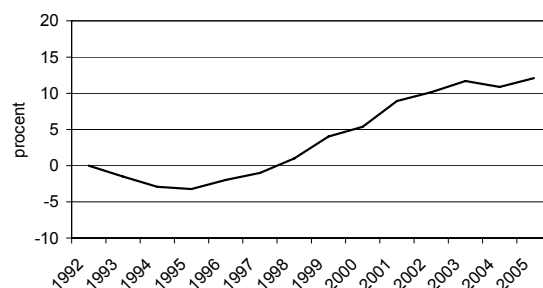
Figur C-4. Förhållandet mellan kostnader och vårdkontakter inom specialiserad vård 2005. Vårdkontakterna sammanvägda och några landsting namngivna. Källa SKL.

Bilden ger ett enkelt mått på produktivitet baserat på data insamlade till SKL. VGR:s resultat karakteriseras av mindre mängd vård men kostnaden är samtidigt lägre vilket gör att produktiviteten är nära genomsnittlig i ett svenskt perspektiv. Jämfört med Stockholm, Skåne och Uppsala som är namngivna i figuren så har de mycket större produktion av specialiserad öppen vård vilket är den huvudsakliga anledningen till att de hamnar till höger i diagrammet. Den specialiserade öppna vården för dessa landsting är ca 50% större än i VGR.

Mätningen av produktivitet på landstingsnivå är ett pågående projekt under utveckling. Jämförande data har publicerats för 2004 över kostnad per konsumerad DRG-poäng per landsting<sup>39</sup>.

### Sjukhusens produktivitet

I VGR har analyser gjorts sedan 1992 av kostnadsutvecklingen för sjukhusen. Det finns således snart 15 till 10 års uppföljning av sjukhusens kostnadsutveckling på ett jämförbart sätt.



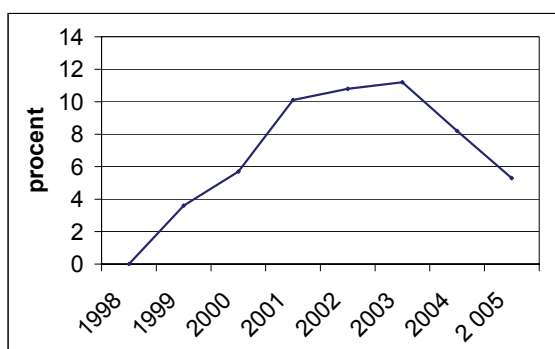
Figur C-5. Sjukhusens ackumulerade procentuella förändring av kostnaden. Produktivitet sjukhusen, rapport VGR.

Bilden visar en resursåtgång för sjukhusen som liknar följer utvecklingen i samhällsekonomin.

<sup>39</sup> produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvården. SKL 2006

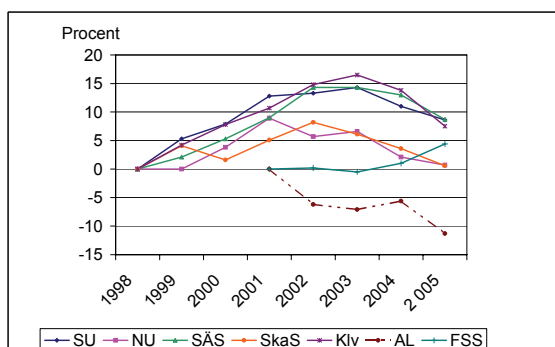
Mellan 2003 och 2004 har kostnaderna minskat följt av en ökande uppgång där kostnadsökningen var som störst 2000-2001. Därefter har kostnadsökningen stannat av.

Sedan 1998 har prestationerna granskats på motsvarande sätt och har ställts mot kostnadsutveckling som produktivitetmått. I figuren visas ökningen av kostnader per prestation för sjukhusen i VGR.



Figur C-6. Ackumulerad procentuell förändring av kostnad i fast pris per prestation 1998-2005 (totalt). Produktivitet sjukhusen, rapport VGR.

Uppdelat per enhet har sjukhusen en likartad utveckling.



Figur C-7. Ackumulerad procentuell förändring av kostnad per prestation 1998-2005 (fast pris). Prestationerna är ett sammanvägt prestationsmått där öppen och slutenvård ingår. Produktivitet sjukhusen, rapport VGR.

Den genomsnittliga kostnaden per prestation ökar från 1998 men det finns en avstannande tendens efter 2001. Mätningarna ger en bild av förändringen över tid och det finns tydliga perioder med olika utveckling. Sett över ett längre perspektiv finns det komponenter som denna typ av mätningar inte fångar. Det gäller t.ex. effekter av nya och oftast dyrare tekniker.

### Produktivitet i primärvård

I förra årets verksamhetsanalys redovisades en analys av produktivitetsskillnader mellan regionens vårdcentraler. En ny sådan undersökning är planerad att genomföras under 2007.

### Beskrivning av regionens resursfördelningsmodell

Modellen bygger på att det är möjligt att beskriva vårdbehovet för olika grupper i befolkningen: Befolkningen delas in i grupper som anses relevanta för att beskriva skillnader i vårdbehov. För varje grupp/delgrupp beräknas en genomsnittlig kostnad som baseras på ett kostnadsunderlag från region Skåne. Detta underlag bygger på uppgifter från år 2000 och uppdateras inte varje år.

Modellen består av två separata s.k. matrismodeller och vårdbehovet beräknas genom att:

- identifiera antalet individer som kan hänföras till så kallade vårdtunga grupper
- identifiera olika förhållanden hos övriga individer som påverkar vårdbehovet

### Vårdtung grupp.

Ca 5 % av befolkningen och 40 – 45 % av sjukvårdskostnaderna kan hänföras till individer som vårdats på sjukhus under diagnoser inom åtta s.k. vårdtunga grupper. Grupperna är:

1. Elakartad tumör
2. Cerebrovaskulär sjukdom
3. Inflammatorisk ledsjukdom
4. Artros
5. Ischemisk hjärtsjukdom, hjärtsvikt
6. Höftfraktur
7. Schizofreni
8. Övriga psykoser

Dessutom delas dessa åtta grupper in efter kön samt i sex åldersgrupper, sammanlagt 96 grupper. För varje grupp beräknas sedan en genomsnittlig kostnad baserat på underlag från region Skåne.

Uppgifter om de vårdtunga grupperna hämtas baserat på socialstyrelsens patientregister där information om respektive landsting finns.

För patienter med HIV, som är en särskild vårdtunga grupp görs en schablonmässig kostnadsberäkning.

### Ej vårdtung grupp

Den ej vårdtunga gruppen omfattar ca 95 % av befolkningen och ca 55 – 60 % av kostnaden. Den delas in efter ett antal sociodemografiska variabler. Indelningen syftar till att beskriva hur vårdbehovet/kostnaderna varierar inom denna del av befolkningen.

Följande indelning används:

- Kön
- Ålder
- Civilstånd

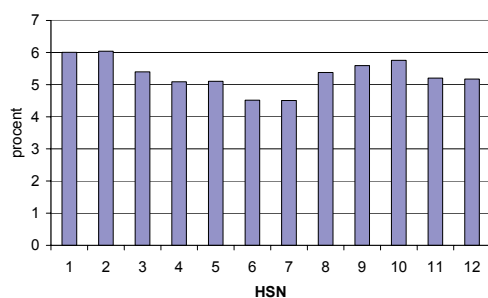
- Sysselsättning
- Inkomst
- Boendetyper

Denna modell omfattar ca 800 teoretiskt möjliga delgrupper. För varje grupp beräknas en genomsnittlig vårdkostnad baserad på kostnadsdata från region Skåne.

### Tillämpning i Västra Götalandsregionen

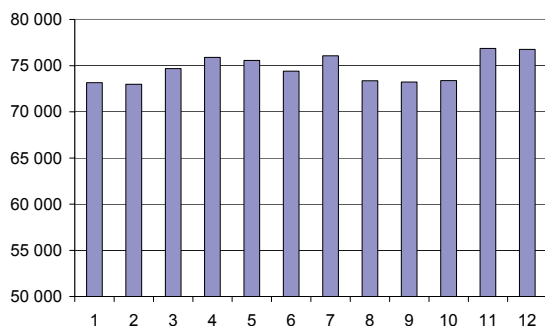
*Beräkning av det relativa behovet per hälso- och sjukvårdsnämnd.*

Information om ovannämnda delgrupper finns tillgänglig per församling i regionen. Därför kan denna summeras och visas per hälso- och sjukvårdsnämnd. Kostnaderna per delgrupp och nämnd beräknas sedan enligt kostnadsunderlag från Skåne. Beräkningarna kompletteras sedan med en glesbygdskfaktor. Från detta kan man beräkna hur stor relativ andel respektive nämnd borde ha. Nedanstående bild visar andelen av invånarna per respektive HSN som kan hänföras till någon vårdtunga grupp.



Figur C-8. Andelen av befolkningen i respektive hälso- och sjukvårdsnämnd som kan hänföras till någon vårdtunga grupp.

Det är dock inte bara andelen vårdtunga som är viktig eftersom resursbehovet är olika för de åtta vårdtunga grupperna. Figur C-9 illustrerar hur den relativa kostnaden beräknas för grupperna i varje HSN.

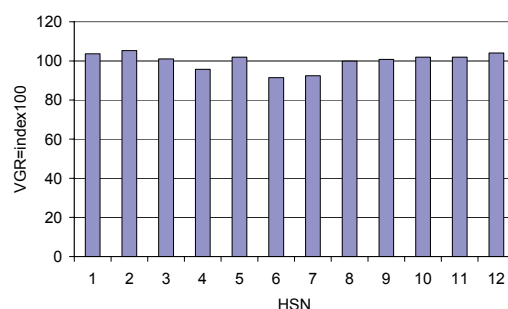


Figur C-9: Kostnad per individ i vårdtunga grupper.

Bilden visar att kostnaden per vårdtunga individ är högst i HSN 11 och det finns också en variation i kostnaden per icke vårdtunga individ mellan hälso-

och sjukvårdsnämnderna där Göteborgsnämnderna ligger högst och HSN 4, 6 och 7 ligger lägst.

Den samlade effekten visas i nedanstående bild



Figur C-10. Kostnad per individ enligt SCBs resursfördelningsmodell. VGR=index 100

Bilden visar att HSN 2 ges högst kostnader per individ. Det beror på många individer med hög ålder. HSN 12 som har de yngsta individerna i regionen har ändå höga kostnader enligt modellen eftersom kostnaden per vårdtunga individ är hög och för att kostnaden per icke vårdtunga individ är hög av andra skäl än hög ålder.

Resursfördelningsmodellen justeras därefter för sådana kostnader. Beräkningen av faktiskt ekonomiskt utrymme görs med ytterligare korrigeringar för sådana kostnader som inte ingår i SCBs underlag (ca 20%). Dit hör bland annat tandvård, sjukresor, ambulansverksamhet och receptläkemedel. Fördelningen av resurser för receptläkemedel sker också efter en behovsbaserad modell. Sammantaget innebär detta att ca 93% av budgeten fördelas efter behovsbaserade modeller.

## Vårdtider inom den somatiska vården

Vårdtider används ofta som ett mått på produktivitet i sjukvården. Det gäller genomsnittliga tider för hur många dagar ett sjukhus använder för ett vårdtillfälle för hela sjukhuset eller för utvalda diagnosgrupper eller verksamhetsområden SKL redovisar återkommande vårdtider för specifika diagnoser och dessa återges i tabell C-1.

Tabell C-1. Medelvårdtid för vissa diagnosgrupper 2005 inom VGR. Genomsnitt för riket inom parentes. Källa: SKL

	Vårdtid VGR (riket)	
	Män	Kvinnor
Kranskärlsoperation	9,1 (9,2)	7,8 (9,6)
Ballongvidgning (PCI)	4,5 (3,1)	6,3 (3,8)
Total höftledsplastik	9,7 (7,9)	10,6 (8,4)
Akut hjärtinfarkt	6,5 (4,8)	7,6 (5,9)
Astma KOL	5,5 (5)	6,7 (5,9)
Stroke (Slaganfall)	13,7 (11,7)	
Infektionssjukdomar	6,0 (5,7)	
Bröstcancer	4,7 (4,8)	
Depressioner	21,5 (18,8)	
Lunginflammation	6,8 (6,2)	

Tabellen visar att vårdtiderna i VGR är långa för detta urval av diagnoser jämfört med riket. Att jämföra vårdtider inom mellan sjukhus och riket är komplicerat. Exempel på felkällor är:

- Vården är olika organiserad. Förflyttningar av patienter inom en vårdkedja kan ge uppdelning

i flera vårdtillfällen som felaktigt kan tolkas som kort vårdtid.

- Till den nationella statistiken har SU hittills levererat sammanslagna vårdtillfällen, till så kallade sjukhusvårdtillfällen, vilket ger en längre vårdtid än andra sjukhus av redovisningstekniska skäl.
- Sjukhus med färre specialiteter skickar ofta vidare komplicerade fall efter en kort inledande vårdtid
- Sjukhusen och även medicinska specialiteter har olika vårdinnehåll
- Tekniska fel i rapporteringen av vårddata

De data som ges i tabellen ovan talar dock för att vårdtiderna vid regionens sjukhus skulle kunna vara längre än genomsnittet i Sverige. Skillnaden är dock sannolikt liten eftersom VGR har ungefär lika många vårdplatser per invånare som riket.

Jämfört med data för 2004 har vårdtiderna minskat markant för kranskärlsoperation men långa vårdtider kvarstår för t.ex. PCI, höftledsplastik och hjärtinfarkt.

I förra årets verksamhetsanalys beskrevs hur vårdtiderna utvecklats vid regionens sjukhus med en förtgående förkortning av vårdtiderna.

Vi har tagit fram data hur vårdtiderna är vid regionens sjukhus för de mest vårdplatskrävande diagnoserna tabell C-2.

Tabell C-2. Vårdtider för de DRG-grupper som svarar för flest vård dagar i VGR 2006. Sammanlagt svarar dessa grupper för ca en tredjedel av alla somatiska slutenvårdsdagar i regionen. Källa VEGA

DRG, nr och förkortad beskrivning	ALS	KS	NU	SkaS	SU	SÅS	VGR	Summa dagar	VGR
14A+B stroke	10,0	10,7	14,7	10,9	17,7	19,7	15,3	81 652	
209A - Primära höft och knäproteser	8,0	7,5	9,8	8,1	14,6	9,7	10,0	38 798	
372-375 Förlossningar			3,2	2,4	2,4	2,7	2,6	37 545	
127 - Hjärtsvikt och chock	7,3	6,5	6,7	8,0	9,3	7,0	7,9	37 323	
210+211 - Höft och lårbensfrakturer m.m.	8,4	10,8	12,2	10,2	17,1	10,3	13,0	33 569	
89 - Lunginflammation, vuxen, komplicerat	7,5	7,6	8,1	8,2	9,9	7,4	8,5	21 843	
82 - Tumörer i andningsorganen	9,5	11,6	13,3	10,8	12,9	11,9	12,4	19 342	
462 - Rehabilitering	15,0	13,7	41,0	34,3	10,9		25,7	17 656	
88 - KOL	6,9	6,4	7,4	7,4	7,4	5,7	7,1	17 380	
183 - Bukobservation vuxen	3,0	3,0	2,9	2,4	2,6	3,0	2,7	15 715	
416 - Sepsis, vuxen	6,9	7,7	9,4	9,4	11,2	10,4	9,9	15 228	
182 - Bukobservation vuxen, komplicera	4,8	4,8	5,4	5,1	4,9	5,3	5,1	15 204	
243 - Medicinska ryggsjukdomar	5,0	4,7	6,4	6,6	8,0	8,1	7,0	13 974	
121 - hjärtinfarkt, med kardiovaskulär komplikation	10,4	6,1	8,8	8,7	13,3	8,1	10,1	13 724	
148 - Större tarmoperation, komplicerat	17,0	17,9	17,1	17,9	25,6	18,3	20,6	13 190	

Tabellen visar att det finns en betydande skillnader mellan sjukhusen som kan vara underlag för effektiviseringsarbete. Vårdtiderna för stroke är nära hälften så långa vid Alingsås, Kungälv och Skaraborgs sjukhus som vid SU och SÅS. För höft- och knäledproteser är vårdtiden särskilt lång vid SU. Det finns också betydande skillnader inom hjärtsjukvård för hjärtsvikt och chock samt hjärtinfarkt. Här störs dock tolkningen av den betydande förflyttning som görs inom infarktsjukvården.

Tabellen nedan visar vårdtiderna vid regionens sjukhus 2005 och 2006.

Tabell C-3. Vårdtider för västragötalänningar inom den somatiska vården vid regionens sjukhus 2005 och 2006. Källa VEGA.

	2005	2006	skillnad, %
Alingsås	5,3	5,2	-1,1
Kungälv sjukhus	5,4	5,3	-1,3
NU-sjukv.	5,6	5,6	-0,6
SkaS	5,4	5,3	-1,6
SU	5,6	5,6	-0,7
SÅS	5,7	5,7	0,2
<b>VGR</b>	<b>5,6</b>	<b>5,5</b>	<b>-0,7</b>

Tidigare har vi kunnat konstatera kontinuerligt kortare vårdtider, en utveckling som fortsatt även detta år för de flesta sjukhus.

Vårdtiden vid sjukhusen påverkas av vilken typ av vård som utförs. Ett annat sätt är att beräkna vårdtiden från ett befolkningsperspektiv. I tabellen nedan ges vårdtiden för invånarna i de största kommunerna i regionen, oberoende av var vården givits. Den ger framförallt ett mått på det sjukhus där merparten av vården ges - det närmaste sjukhuset.

Tabell C-4. Genomsnittlig vårdtid för somatisk vård 2006 för invånare i de största kommunerna. Källa Vega.

Kommun	vårdtid
Göteborg	6,0
Möndal	5,5
Trollhättan	5,7
Borås	5,5
Uddevalla	5,5
Vänersborg	5,4
Skövde	5,0
Kungälv	4,8
Alingsås	4,7

Av tabellen framgår t.ex. att en Göteborgare vårdas på sjukhus 26% längre tid än en Skövdebo. De särskilt korta vårdtiderna för Kungälv- och Alingsåsbor kan i viss mån påverkas av att patienter flyttas till andra sjukhus och vårdepisoderna delas upp.

I tabellen nedan redovisas vårdtider för invånarna i större geografiska områden. Här har kommunerna runt sjukhusen grupperats i sex områden. För Alingsåsområdet gäller det t.ex. Alingsås, Lerum, Vårgårda och Herrljunga kommuner..

Tabell C-5. Genomsnittlig vårdtid för somatisk vård 2006 för invånare i områdena runt sjukhusen. Källa Vega.

Sjukhus	
Alingsåsområdet	4,7
Kungälv området	4,7
NU-sjukvårdsområdet	5,6
Skaraborg	5,2
Södra Älvsb.	5,6
Storgöteborg	5,9
VGR	5,5

Av tabellen framgår att vårdtiderna är längst för Göteborgare svarande mot längre vårdtider inom SU. Skaraborgare har korta vårdtider svarande mot korta vårdtider inom SkaS. För Alingsås och Kungälvsområdena ses korta vårdtider vilket dock påverkas av sjukhusens karaktär.

#### 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 men kostnader för tandvård avviker då de är väsentligt högre än riksgenomsnittet.
- Vårdtiderna blir allt kortare. Men för flera stora diagnosgrupper har VGR längre vårdtider än riket. Det finns betydande skillnader i vårdtider mellan regionens sjukhus. Fortsatt analys kan användas för produktivetsförbättrande arbete.



## Konsumtion av hälso- och sjukvård

Under ett år har ca 70% av befolkningen haft kontakt med läkare (kontaktgrad) inom hälso- och sjukvården i VGR. 56% har varit i kontakt med primärvården, 42 % med öppenvård som inte är primärvård och 10% med slutenvård. Summan är större än 70% eftersom patienter kan ha varit i kontakt med flera vårdformer.

Kontaktgrad för kvinnor och män i olika åldrar ges i tabellerna nedan.

Tabell D-1. Kontaktgrad för kvinnor i olika åldrar i VGR

	0-19 år	20-64år	65-79år	80+	totalt
Primärvård	49	59	78	85	61
Öppenvård	36	47	59	57	47
Slutenvård	5	10	19	31	12
Totalt = Kontaktgrad	67	75	89	96	75

De kursiverade data är från 2005 och total kontaktgrad är 2006.

Tabell D-2. Kontaktgrad för män i olika åldrar i VGR

	0-19 år	20-64år	65-79år	80+	totalt
Primärvård	46	47	72	86	51
Öppenvård	38	31	55	62	37
Slutenvård	5	6	20	36	9
Totalt = Kontaktgrad	65	67	86	99	65

De kursiverade data är från 2005 och total kontaktgrad är 2006.

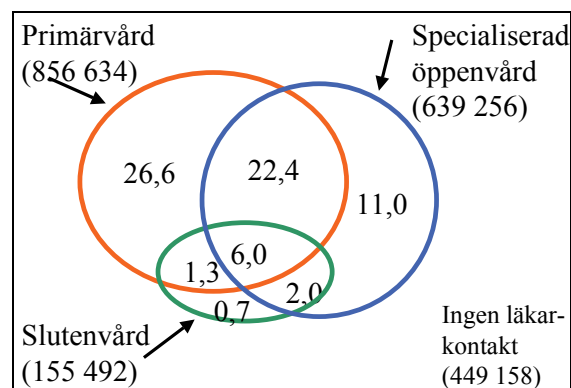
Kontaktgrad för öppenvård skiljer sig från data i föregående rapport på grund av att specialiserad öppenvård kunnat separeras bättre från primärvård

Tabell D-3. Kontaktgrad för olika vårdformer per hälso- och sjukvårdsnämndsområde 2006.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	VGR
Primärvård	62	66	62	63	55	57	59	60	58	56	59	55	58
Öppenvård	41	38	41	43	47	40	47	39	39	39	48	48	43
Slutenvård	11	11	11	10	9	9	9	10	11	11	10	10	10
Totalt = Kontaktgrad	71	73	72	73	71	68	73	70	69	67	74	72	70

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

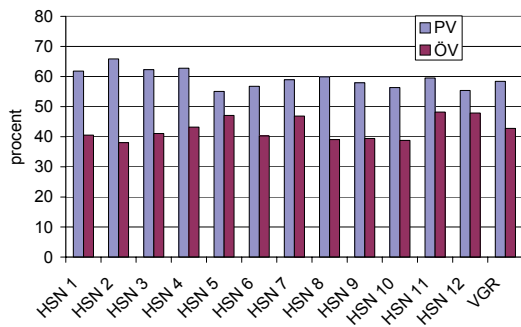
Summan av andelen som varit i kontakt med olika vårdformer är större än den totala kontaktgraden. Det beror på att en individ kan ha varit i kontakt med olika vårdformer under ett år. Detta komplicerade samspel mellan vårdformer visas i figuren nedan.



Figur D-1. Antal (utanför cirklarna och procent (inne i cirklarna) som haft kontakt med läkare i olika vårdformer i VGR 2005. Källa: VEGA Svallhage

Figuren visar till exempel 6% av befolkningen varit i kontakt med slutenvård, specialiserad öppenvård och primärvård.

Det finns skillnader i konsumtionsmönster mellan nämndområdena både för kontaktgrad och för fördelning mellan vårdformer vilket framgår av tabellen nedan.

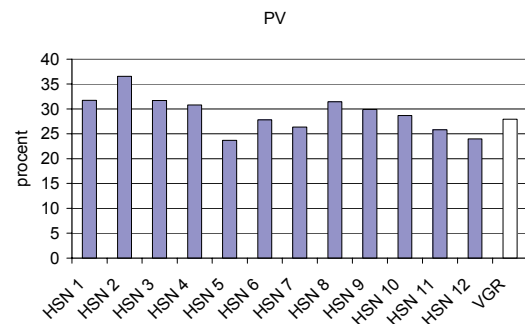


FigurD-2. Kontaktgrad för primärvård och specialiserad öppenvård för invånarna i hälso- och sjukvårdsnämndområdena.

För Göteborgsnämnderna är kontakten med den specialiserade öppenvården nästan lika stor som för primärvården.

Ett annat sätt att spegla konsumtionen är kontakt med sjukvården enbart inom primärvård. Det vill säga andelen individer som under ett år enbart varit

i kontakt med primärvården. Det kan vara ett mått på primärvårdens förmåga att tillgodose sjukvårdsbehovet. Det mättet visas i figuren nedan.

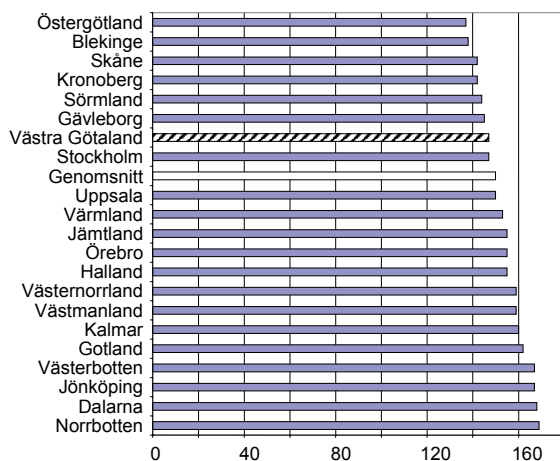


Figur D-3. Kontaktgrad för exklusivt primärvård 2006 för invånarna i hälso- och sjukvårdsnämndområdena.

### Slutenvårdskonsumtion

Konsumtionen av vårdtillfällen för västra götalaningar inom all vård, inom och utom regionen 2006 var 146,7 per 1000 individer. Det är 0,5% högre än 2005.

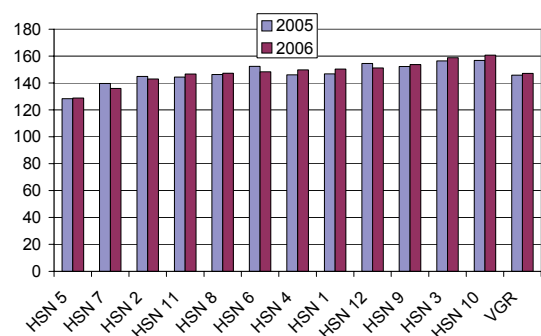
Slutenvårdskonsumtionen är något lägre än genomsnittet för riket.



Figur D-4. Konsumtion av somatiska vårdtillfällen i Sverige per 1000 individer 2005. Åldersstandardiserade data. Källa: SKL

Den viktigaste förklaringen till skillnader i vårdkonsumtion är befolkningens ålder. En skillnad mellan landstingen är i vilken utsträckning vårdepisoder delas i flera vårdtillfällen. VGR får något lägre konsumtion genom att SU redovisar sina

vårdtillfällen som sjukhusvårdtillfällen. Stockholm som har ett stort inslag av geriatrisk vård får genom delning av vårdepisoder skebart högre konsumtion. I figuren nedan visas de somatiska vårdtillfällen som konsumeras inom regionen i form av åldersstandardiserade data per 1000 individer. Figuren visar att det finns variationer i antal vårdtillfällen mellan nämnder som inte kan förklaras av skillnader i åldersfördelning. Konsumtionen är lägst i HSN 5 (Göteborg – centrum, väster) och 7 (Södra Bohuslän) och högst i HSN 3 (Trestad) och 10 (Östra Skaraborg).



Figur D-5. Konsumtion av somatiska vårdtillfällen inom regionen per 1000 individer 2005 och 2006. Åldersstandardiserade data. Staplarna sorterade efter konsumtion 2006. Källa: VEGA.

Figuren visar att konsumtionen är mycket lika den för föregående år. Konsumtionen för de HSN där den varit högst (HSN 3 och 10) har ökat ytterligare. Konsumtionen i HSN 3 har tidigare varit föremål för en särskild analys där nivån bedömdes vara reell



och baserad på skillnader i medicinsk praxis snarare än skillnader i sjuklighet.

### Öppenvårdskonsumtion

Konsumtionen av läkarbesök i specialiserad vård 2005 var 12% lägre än riksgenomsnittet. Skillnaden förklaras genom den *mycket* höga konsumtionen i Stockholm/Uppsala och i viss mån Skåne som starkt påverkar riksgenomsnittet. Konsumtionen av läkarbesök i primärvård var detsamma som i riket. Jämförelsen mot Stockholm och Skåne visas i tabellen nedan.

Tabell D-4. Läkarbesök per invånare 2005. Källa: SKL.

	specialiserad vård	Primärvård
VGR	1,15	1,4
Stockholm	1,7	1,59
Skåne	1,51	1,43
<b>Riket</b>	<b>1,3</b>	<b>1,39</b>

Skillnaderna är större mellan nämndområden för öppenvårdskonsumtion än för slutenvårdskonsumtion.

Tabell D-5. Konsumtion av läkarbesök i specialiserad vård (somatisk+psykiatrisk) och allmänläkarvård (exkl. MVC, BVC) inom och utom regionen per 1000 invånare och per nämnd 2006. Källa: VEGA

	Specialiserad vård		Allmänläkarbesök	
	2005	2006	2005	2006
HSN 1	948	954	1 514	1 483
HSN 2	828	829	1 709	1 714
HSN 3	983	983	1 447	1 467
HSN 4	1 079	1 081	1 584	1 518
HSN 5	1 422	1 398	1 301	1 334
HSN 6	955	956	1 181	1 199
HSN 7	1 309	1 291	1 372	1 341
HSN 8	958	949	1 376	1 351
HSN 9	923	956	1 287	1 309
HSN 10	911	927	1 287	1 300
HSN 11	1 405	1 401	1 398	1 445
HSN 12	1 380	1 366	1 275	1 312
<b>VGR</b>	<b>1 129</b>	<b>1 126</b>	<b>1 370</b>	<b>1 376</b>

Som tidigare påpekats har de nämndområden som har högst slutenvårdskonsumtion ofta en låg öppenvårdskonsumtion och vice versa. Göteborgsnämnderna 5, 11, 12 och Södra Bohuslän (HSN 7) ligger högst med avseende på öppenvårdskonsumtion (tabell D-5) liksom år 2005 trots att de har den yngsta befolkningen i regionen. Men konsumtionen

i Göteborgs centrum är ändå mycket lägre än i Stockholm. Data för öppenvård är inte åldersstandardiserade men det kan inte förklara de skillnader som finns. Dessa skulle snarare förstärkas genom åldersstandardisering. Det skulle kunna vara så att en högre öppenvårdskonsumtion, främst av specialiserad vård, förebygger slutenvårdsbehov. En annan förklaring skulle kunna vara att hälsomedvetenhetsgraden är högre i storstadsregioner och att tillgängligheten till öppen specialiserad vård är högre i storstadsregioner.

Konsumtionen av besök hos andra vårdgivare än läkare (tabell D-6) följer väl konsumtionen av läkarbesök. Särskilt gäller det specialiserad vård där de nämnder som har hög konsumtion av läkarbesök också har det för övriga besök.

Tabell D-6. Konsumtion av besök hos andra vårdgivare än läkare inom regionen per 1000 invånare och per nämnd 2006. Källa: VEGA. Specialiserad vård både somatisk och psykiatrisk vård. Primärvård är exklusive BVC och MVC.

	Specialiserad vård		primärvård		summa besök	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
HSN 1	662	731	2 265	2 369	2 927	3 100
HSN 2	717	738	1 920	2 103	2 637	2 841
HSN 3	856	906	1 713	1 833	2 569	2 739
HSN 4	696	814	1 936	1 880	2 632	2 694
HSN 5	1 113	1 203	1 243	1 242	2 356	2 445
HSN 6	653	828	1 348	1 512	2 001	2 340
HSN 7	1 083	1 198	1 565	1 538	2 648	2 736
HSN 8	948	1 091	1 842	1 894	2 790	2 985
HSN 9	703	751	2 049	2 039	2 752	2 790
HSN10	762	814	2 214	2 244	2 976	3 058
HSN11	1 131	1 184	1 479	1 388	2 610	2 572
HSN12	1 071	1 144	1 361	1 302	2 432	2 446
<b>VGR</b>	<b>906</b>	<b>994</b>	<b>1 695</b>	<b>1 715</b>	<b>2 601</b>	<b>2 709</b>

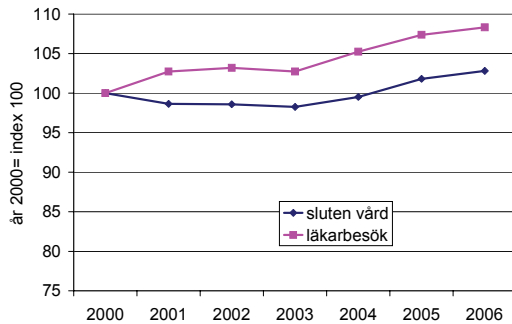
Tabellen ger intrycket att det skett en ökning av antalet besök hos övriga vårdgivare inom specialiserad vård. Det är dock osäkert om det skett en sådan förändring. Data har sannolikt påverkats av införandet av klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) som skett framförallt under 2006. Jämförelse fordrar en särskild analys. En sådan kommer att göras inom ramen för jämförelse av sjukhusens produktivitetsutveckling.

## Trender för patienter i slutenvård.

Socialstyrelsen har publicerat en rapport över förändringar i sjukdomspanoramata för vilka patienter som vårdas i slutenvård 1987-2005<sup>40</sup>. I rapporten redovisas en rad förändringar. Den kraftigaste minskningen av slutenvård ses för ögonsjukdomar. Ökning ses bland annat för kronisk njursvikt. Här presenteras här några data ur ett VGR-perspektiv under en kortare tidsperiod.

År 2000 gjorde 994 000 individer i VGR läkarbesök och 151 000 individer vårdades i slutenvård. År 2006 var motsvarande tal 1,08 miljoner och 155 000.

Hur dessa tal förändrats visas i figur D-6.



Figur D-6. Antal individer i VGR som fått slutenvård eller läkarbesök 2000-2006. Källa: den regionala vårddatabasen.

De senaste åren har det skett en viss ökning av slutenvårdskonsumtionen men det säger inget om hur olika diagnosgrupper förändras över tid.

I tabell D-7 nedan har ställts samman individer som vårdats i slutenvård för en sjukdomsdiagnos. Beroende på vilken diagnos som har varit förstadiagnos har patienterna delats in efter diagnoskapitel. I tabellen redovisas individer och har inte tagits med skador, förgiftningar och förlossningar och vissa andra åtgärder. Observera att en individ kan förekomma i flera kapitel om han/hon vårdats för olika diagnoser.

Det totala antalet minskar men det betyder inte att slutenvården totalt minskat. Framförallt beror det på förlossningar, som ökat med 35% under perioden, inte är med

<sup>40</sup> Sjukdomar i slutenvård 1987-2005. Socialstyrelsen febr 2007.

Tabell D-7. antalet individer som vårdats i slutenvård år 2000 och förändring till 2006. källa Vega.

	Individer 2000	förändring till 2006
13. Muskuloskeletala systemet	9 154	553
5 Psykiska sjukdomar	8 803	411
3. Blod och blodbildande organ	1 362	258
1 infektionssjukdomar	5 751	160
4 Endokrina sjukdomar,	3 559	149
16 Vissa perinatale tillstånd	1 809	60
12 Hud	1 429	45
14 Sjukdomar i urin- och könsorganen	9 697	31
8 Sjukdomar i örat	1 291	-54
17 Missbildningar	1 395	-60
6 Sjukdomar i nervsystemet	6 198	-125
7 Sjukdomar i ögat	1 610	-147
10 Andningsorganens sjukdomar	12 340	-227
2 Tumörer	12 725	-666
11 Matsmältningsorganen	15 172	-931
18 Symtom,	20 517	-1 253
9 Cirkulationsorganens sjukdomar	26 345	-1 364
Summa	139 157	-3 160

Tabellen visar att det finns relativt stora förändringar över perioden. Den största minskningen ses för cirkulationsorganens sjukdomar. Detta är en observation som tidigare gjorts i VGRs produktivitetsstudier. Det rör sig om minskning av vård för kärlkramp, hjärtsvikt och hjärtinfarkt. En betydande minskning ses för kapitel 18, symtom. Det rör sig om ofullständigt preciserade fall.

Detta visar att det skett relativt stora förskjutningar under kort tid. Den förändring som kan förutses ifrån den demografiska utvecklingen har skattats till ca 0,6% per år under denna tid men de förändringar vi noterar för diagnoskapitel är väl så stora.

Svängningar i sjukdomsmönster har särskilt analyserats för HSN 8 som under ett år (2004-2005) hade en ökning i konsumtionen av DRG-poäng med 5,6% och antalet vårdade individer ökade med 4,6%. En närmare analys visade att de huvuddiagnosgrupper som ökade mest var cirkulationsorganens sjukdomar, sjukdomar i kvinnliga könsorganen och sjukdomar i muskuloskeletala systemet.

Inom cirkulationsorganens sjukdomar domineras ökningen av PCI och DRG som innehåller coronarangiografi. Ökningen inom sjukdomar i kvinnliga könsorganen var främst prolaps- och inkontinensoperationer och ökningen inom ortopedi var framförallt knä- och höftproteser. Den kraftiga förändringen berodde således på förändringar i medicinsk praxis och satsningar.

*Kort om sjukvårdskonsumtion*

- Slutenvårdskonsumtionen är något under genomsnittet för Sverige och har ökat marginellt med 0,5% mellan 2005 till 2006.
- Konsumtionen av specialistläkarbesök var lägre än riket 2005 vilket beror på lägre konsumtion än de andra storstadsregionerna. Även Göteborg centrum hade väsentligt lägre konsumtion än invånare i Stockholm. Primärvårdskonsumtionen var samma som i riket.
- Totalt sett är slutenvårdskonsumtionen oförändrad men de HSN-områden med högst slutenvårdskonsumtion har ytterligare ökat.
- Det finns betydande förändringar i sjukdomspanoramata i slutenvård de senaste åren.

## Vårdkonsumtion av särskilda planerade operationer

Hälso- och sjukvårdsavdelningen ställer samman data över produktionen av ett urval av de vanligaste planerade operationerna i regionen. Sammanställningen görs för att spegla produktionen. Men även konsumtionen på nämndnivå analyseras. Dessa operationer är ingrepp som ofta uppmärksammas på

grund av köproblematik. Det är till en del ingrepp där efterfrågan ökat på grund av att det sker en utveckling där allt fler kommer ifråga för operation. Men de svarar trots allt för en relativt liten del, sannolikt drygt 5%, av den totala vårdproduktionen.

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

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	00/01	01/02	02/03	03/04	04/05	05/06	06/07
Framfallsop	791	846	919	1 018	1 339	1 179	950	796	513	706	735	423	226
Gallstensop	1 384	1 454	1 380	1 385	1 546	1 488	950	796	513	706	735	519	385
Hysterektomi, benign	855	760	824	914	893	824	325	250	310	386	240	182	171
Höftplastiker, primära	1 553	1 584	1 498	1 503	1 949	1 910	1393	1113	839	738	894	876	642
Inkontinensop, kv	255	323	313	385	618	693	263	248	224	252	299	282	111
Kataraktop	10 859	11 333	11 028	10 548	13 808	11 858	7078	6146	5621	5494	5811	2877	2111
Knäplastiker, primära	762	1 134	1 171	1 141	1 527	1 476	1289	1327	1163	1095	1203	1132	954
Ljumskbräckop	2 396	2 576	2 856	2 796	2 950	2 649	1284	1143	1533	1337	1204	753	748
Prostataop, benign	1 166	1 185	1 152	1 011	1 075	1 050	1002	758	669	467	425	433	276
Ryggop	602	603	695	694	873	762	319	359	355	274	359	319	i u
Tonsillektomi	1 336	1 390	1 504	1 404	1 573	1 536	616	622	658	633	586	439	338
Hörselop	318	311	330	390	370	389						252	193
Kranskärlop	1 215	1 205	1 174	1 177	1 010	906							
PCI, planerade	792	742	772	704	888	756							
PCI, samtliga	1 535	1 497	1 681	1 883	2 559	2 709							
Septumplastik	293	269	427	347	377	377						204	167
Varicer	746	857	900	1166	1 318	1 318							477

Tabellen ovan är ett kondensat av en mycket detaljerad beskrivning av produktionen inom 17 områden. Materialet medger än mängd analyser kring ett urval av planerade ingrepp.

### Konsumtionsmönster:

I föregående års verksamhetsanalys exemplifierades den regionala variationen av operationer med inkontinensoperationer hos kvinnor. Där är skillnaden mycket stor mellan den delen av regionen med flest (HSN 9) och minst (HSN 2) antal operationer. En särskild analys visade att förklaringar till skillnad var<sup>41</sup>:

- Skillnader i indikationer för kirurgi och icke-kirurgisk behandling
- Kunskap hos allmänhet och inremitterande om möjlighet till behandling

- Felregistrering (en mindre del)

Inkontinensoperationer valdes på grund av att skillnaden mellan högst och lägst var femfaldig. Den skillnaden har minskat för 2006 men inte på grund av ett minskat antal operationer inom SkaS utan på grund av fler operationer inom NU-sjukvården. En önskad effekt.

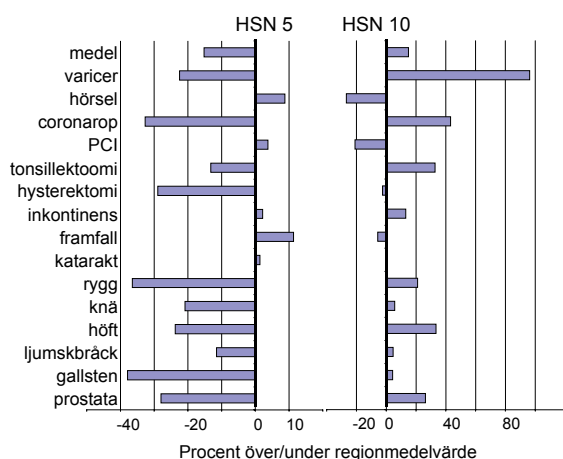
I nedanstående tabell har sammanställts den variation som finns för de flesta operationerna i antal ingrepp som utförts i förhållande till befolkningsantalet i respektive HSN. För jämförbarhet har talen indexerats. Som exempel kan ges att i HSN 12 utfördes 2006 bara 55% av det genomsnittliga antalet prostataoperationer per 100 000 män 65 år och äldre.

<sup>41</sup> Inomregionala skillnader i antalet inkontinensoperationer. Analysenheten, VGR 2006

Tabell E-2. Antalet operationer per invånare. Uttryckt som index där VGR=100.

	1	2	3	4	5	11	12	7	6	8	9	10
Prostataop, benign	119	93	119	114	72	64	55	63	140	101	126	126
Gallstensop	137	82	118	114	62	85	100	96	116	108	108	104
Ljumskräckop	140	105	95	107	88	88	71	83	117	114	118	105
Höftplastiker, primära	107	93	112	101	76	80	72	72	121	94	136	133
Knäplastiker, primära	90	100	89	116	79	91	85	69	121	99	158	106
Ryggop	106	102	83	150	64	91	70	105	108	114	129	121
Kataraktop	111	100	103	99	101	93	99	92	109	103	90	100
Framfallsop	55	67	87	99	111	103	113	92	83	126	114	94
Inkontinensop, kv	71	40	60	93	102	115	130	96	96	104	139	113
Hysterektomi, benign	96	97	104	126	71	95	79	95	121	111	138	98
Tonsillektomi	95	115	119	86	87	78	78	102	128	112	92	133
PCI, samtliga	93	132	100	99	104	123	95	93	100	117	75	79
Kranskärlop	87	104	86	71	67	114	95	69	116	126	123	143
Hörselop	74	77	101	57	109	156	129	64	113	106	96	73
Varicer	141	121	94	91	78	100	59	62	93	46	187	196
medel	101	95	98	101	85	98	89	84	112	105	122	115

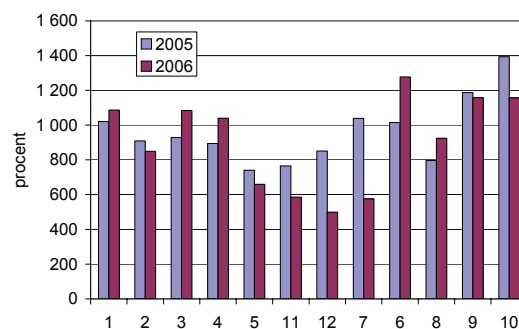
Tabellen visar att det är HSN 5 och 7 som oftast avviker nedåt med färre operationer och HSN 9 och 10 som avviker uppåt med fler operationer i förhållande till befolkningstal. Det viktigt att påpeka att det dock gäller just det urval av operationer som presenteras här. Data är ej ålderstandardiserat vilket kan påverka resultatet men effekten av olika ålder på befolkningen har liten effekt eftersom konsumtionen ofta beräknas på befolkning i ett visst åldersintervall. För t.ex. prostataoperationer är antalet operationer beräknat i förhållande till män 65 år och äldre. Figuren nedan visar som ett exempel en profil för avvikelser från regiongenomsnittet för utförda operationer 2006 för HSN 5 och 10.



Figur E-1. Procentuell avvikelser i antal operationer i förhållande till befolkningstal för två hälso- och sjukvårdsnämndområden.

Störst variation ses för varicer och operationer för godartad prostataförstoring.

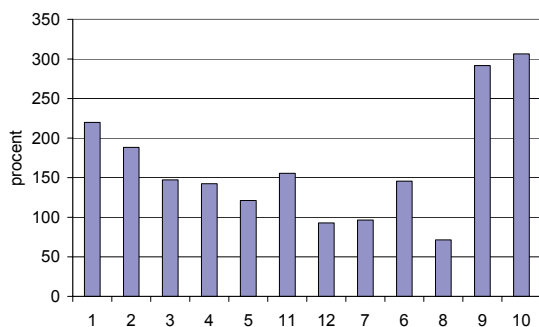
Prostataingrepp beskrevs förra året som ett område med stor variation. Sedan dess har variationen ökat ytterligare.



Figur E-2. Antal operationer för godartad prostataförstoring per 100 000 män, 65 år och äldre 2005 och 2006

Göteborgsområdet med redan tidigare lågt antal operationer har minskat ytterligare. Trots den oförändrade/lätt minskande produktionen i regionen har antalet väntande minskat något. Som tidigare framhållits kan tolkningen vara komplicerad och de skillnader som finns kan inte enbart peka på olikheter i tillgång till vård. En skillnad i praxis kan vara betydelsefull. För prostataoperation gäller att de till en del kan ersättas eller senareläggas med relativt nyintroducerad medicinering. Medicineringen är också resurskrävande genom sin kontinuerliga kostnad. De skillnader som ses kan också påverkas av tillfälliga kökörtningssatsningar

I 2006 års sammanställning har för första gången inkluderats operation för varicer. Det gjordes ca 1300 operationer 2006 vilket är nära en fördubbling jämfört med 2001 (746 operationer).

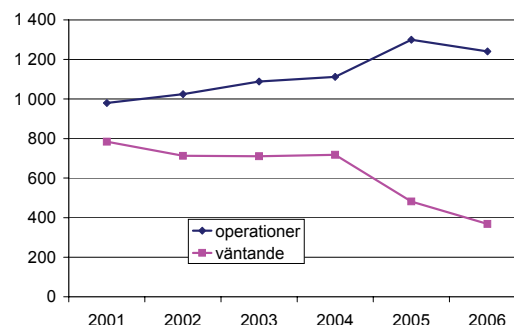


Figur E-3. Antal operationer åderbräck per 100 000 invånare 30-74 år gamla, 2006. Källa VEGA.

Den inomregionala variationen är mycket stor. Det är oklart i vilken utsträckning talen påverkas av tillfälliga satsningar. Paradoxalt nog så fanns flest väntande vid utgången av 2006 vid NU-sjukvården och SkaS som hade den högsta produktionen.

#### Produktion/väntande

I föregående års verksamhetsanalys visades hur produktionen ökat under flera år inom de flesta områden. För 2006 är förhållandet det omvända med en minskning av operationer inom de flesta områden. Paradoxalt nog ses ändå ett mindre antal väntande vilket visas i figuren nedan.



Figur E-4. Genomsnittligt antal operationer per år från tabell E-2 (geometriskt medelvärde) och antal väntande vid slutet samma år. Källa VEGA.

Även i förra årets verksamhetsanalys noterades detta fenomen - en kökortning som inte kunde förklaras av ökad produktion. Ett sådant fenomen kan bero på flera faktorer, t.ex.

- Översyn av köer och korrektion av felaktigheter
- Prioritering som innebär att patienter inte accepteras för operation.
- Prioritering som innebär att ytterligare omhändertagande eller utredning föreslås hos den inremitterande enheten.

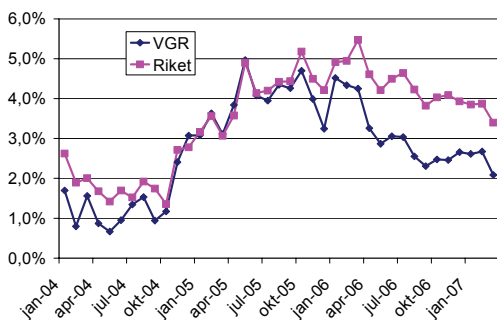
#### Kort om väntetidsåtgärder

- Produktion och konsumtion av vissa väntetidsåtgärder redovisas detaljerat i tabellbilagan.
- Den inomregionala variationen är i vissa fall betydande.
- Samspelet mellan väntande och produktionen är komplicerat och påverkas av många faktorer bland annat prioriteringar och praxis.

## Läkemedel

### Totala läkemedelskostnaden

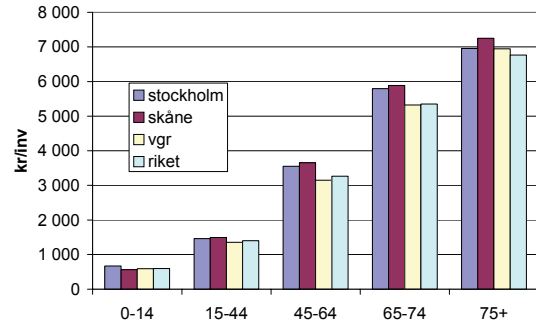
Västra Götalandregionens läkemedelskostnader uppgick under 2006 till 4 147 mkr vilket per invånare är något lägre än riket. Det är en ökning med 2,7 procent jämfört med 2005. Denna kostnadsökning är dock 1,2 procentenheter lägre än ökningen för riket som helhet. Skillnaden mot riket förklaras både av en pris- och en volymkomponent. Av regionens totala ökning står receptläkemedel för en minskning med 0,7 procent och rekvisitionsläkemedel för en ökning med 16,7 procent.



Figur F-1. Procentuell förändring av Västra Götalandsregionens kostnader för läkemedel (rullande 12 månaders, recept och rekvisition) Källa: Xplain.

Läkemedelskostnaderna påverkas både av kostnadsdämpande och kostnadsdrivande faktorer.

Jämfört med riket har VGR något lägre läkemedelskostnad. Men jämfört med de andra storstadsregionerna har VGR väsentligt lägre läkemedelskostnader.



Figur F-2. Läkemedelskostnad per invånare 2006. Källa Socialstyrelsen statistik 2007:1.

Ett antal faktorer har hållit nere kostnaderna. Patentutgångar, med medföljande prissänkningar, där framför allt patentutgångarna på Zolofit och Seloken Zoc har haft störst påverkan. Utbyte till billigaste preparat inom utbytbara läkemedelsgrupper har också bidragit. Det fortlöpande arbetet med det decentraliserade kostnadsansvaret inom flertalet verksamheter som finansieras av regionen har också haft en kostnadsdämpande effekt. Ändrade rutiner för smittskyddsläkemedel har medfört att HIV-läkemedel, läkemedel mot Hepatit B och C samt läkemedel mot TBC, från i år definieras som smittskyddsläkemedel. Dessa ligger därmed inte med i förmånen.

På motsvarande sätt finns det att antal faktorer som bidragit till en ökad kostnad. Apoteket höjde vid årsskiftet läkemedelspriserna med 150 mkr på årsbasis och ca 25 mkr av dem kom att belasta regionen. Introduktionen av nya läkemedel och en ökad användning av dyra specialistläkemedel är också något som bidrar till ökade kostnader. Detta gäller främst rekvisitionsläkemedel. Västra Götalandsregionen har dessutom en ökad förskrivning av antalet dygnsdoser som har ökat med 2,3 %.

Det är inte omedelbart enkelt att tolka kostnadsnivå. Det kan vara så att höga kostnader kan bero på felaktig förskrivning med dyra preparat men det kan också vara så att en låg kostnad kan bero på att personer med behov inte nås av rekommenderad behandling enligt riktlinjer vilket diskuterats under andra avsnitt.



### Läkemedelskostnad och definierad dygnsdos per invånare

Tabell F-1 visar att det finns en tydlig variation i läkemedelskostnad mellan de olika nämndområdena. Tabellen toppas av HSN 1 och 2 och lägst ligger

HSN 6. Detta kan inte definieras som bra eller dåligt enligt resonemang i föregående stycke. Egenavgiften för läkemedel inom förmånen uppgår till 1 800 kronor.

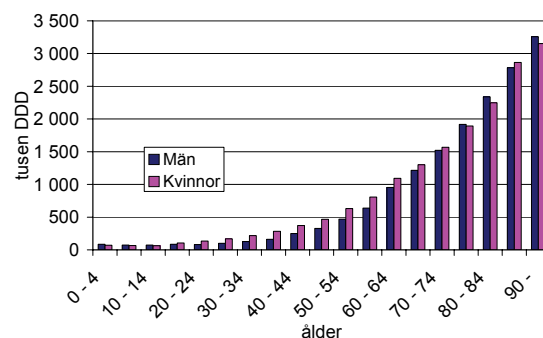
Tabell F-1. Västra Götalandsregionens kostnad och invånarnas egenavgift är sammantaget den totala kostnaden för läkemedel 2006. DDD är definierad dygnsdos per invånare i varje nämnd. Index visar hur varje nämnd ligger jämfört mot VGR som helhet. Ålder- och könsstandardiserat mot regionen. Källa: Xplain.

	VGR:s kostnad		Invånarnas egenavgift Per invånare	DDD Per invånare	Index, DDD VGR=100	Differens 2005-2006 %
	Per invånare	Differens 05-06 %				
VGR	2 744	0,33	703	600	100	2,15
HSN 01	2 855	1,04	696	593	99	4,29
HSN 02	2 565	-1,14	710	606	101	3,68
HSN 03	2 794	1,82	719	611	102	3,71
HSN 04	2 704	0,02	687	597	99	2,75
HSN 05	2 913	0,47	735	596	99	1,45
HSN 06	2 527	0,71	677	547	91	-1,00
HSN 07	2 839	-2,06	721	624	104	0,42
HSN 08	2 667	0,52	675	605	101	2,72
HSN 09	2 463	1,40	662	555	93	1,15
HSN 10	2 712	-0,10	672	581	97	0,94
HSN 11	2 911	-0,66	736	625	104	2,19
HSN 12	2 982	1,95	751	641	107	3,45

Antalet dygnsdoser för receptläkemedel har ökat med 2,3 % och uppgår nu till 1,6 dygns doser. Kvinnor konsumerar drygt 1,9 dygns doser per invånare och dag och män knappt 1,4 dygns doser per invånare och dag. Antalet dygnsdoser ökar med stigande ålder.

Förmånskostnaden per dygnsdos är högst för åldersgruppen 10-19 år. Förmånskostnaden per dygns dos sjunker sedan med stigande ålder. Äldre får alltså fler läkemedel men dessa har ett lägre pris per DDD än för övriga befolkningen. Kostnaden för männens dygnsdos (3,84 kr) är högre än för kvinnornas (3,13kr), inom samtliga åldersgrupper.

Den totala förmånskostnaden är som högst i de åldersgrupper som har den största volymen i antal dygns doser. Vilket innebär att förmånskostnaden stiger från åldersgruppen 35 år och fram till 89 år för att sedan avta. Figur F-3 nedan visar dock konsumtion per capita.



Figur F-3. Antalet definierade dygnsdoser per invånare inom Västra Götalandsregionen, 0- >90år, 2006. Källa: Xplain

### Receptläkemedel, ett urval av läkemedelsgrupper

Det förekommer viss variation av receptläkemedel mellan Västra Götalandsregionens olika hälso- och sjukvårdsnämnder, tabell F-2. Ett exempel är det blodfettsänkande medlet där HSN 8 förskriver 37,1 DDD/inv jämfört med HSN 9 24,3 DDD/inv. Viktigt att påpeka är att tabellen endast är ett urval av preparat vilket gör att den ej ger en helhetsbild av förskrivningen inom olika sjukdomsområdena eller den totala läkemedelsanvändningen. Vidare visar tabellen att blodfettsänkandemedel samt antidepressiva medel är vanligt förekommande läkemedel inom samtliga nämnder.

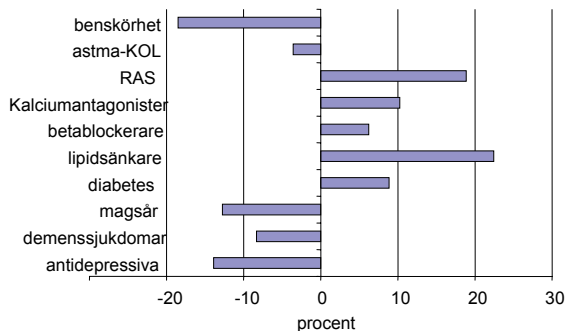


Tabell F-2: DDD per invånare. Jämförelse av försålda receptläkemedel år 2006 för utvalda läkemedelgrupper redovisat för Västra Götalandsregionen och per Hälso- och sjukvårdsnämnd. Ålder- och könsstandardiserat mot regionen. Läkemedelsgrupperna utgör ATC-koderna: N06A, N06D, A02B, A10, C10, C07, C08, C09, R03 och M05B. Källa: Xplain.

Läkemedelsgrupp	VGR	HSN1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Antidepressiva	28,8	26,8	29,5	32,5	32	30,3	28,3	31,2	24,8	25,9	24,7	30,7	30,3
Demenssjukdomar	1,2	1,1	1,1	1,0	1,4	1,2	1,1	1,1	1,1	1,4	1,3	1,5	1,0
Magsår	14,1	16,2	15,7	16,7	14	13,4	12,3	13,4	12,3	14,5	14,0	14,6	14,8
Diabetes	15,8	14,6	16,0	16,6	16,8	12,8	15,6	13,7	17,2	16,1	17,0	16,4	18,1
Blodfetsänkande	30,3	28,6	28,1	26,9	29,4	30,9	27,5	30,0	37,1	24,3	26,1	34,7	36,0
Beta-receptorblockerande	20,9	21,2	21,8	21,2	24,4	18,7	17,6	20,6	22,2	19,7	20,9	21,9	21,4
Kalciumantagonister	16,6	14,9	18,2	16,3	20	15,3	13,3	17,2	18,3	14,2	16,2	18,1	17,8
Renin-angiotensinsystemet	35,5	35,9	32	32,1	37,3	31,1	32,3	34,2	42,2	36,2	37,1	37,2	36,3
Astma och KOL	16,8	16,8	19,6	18,8	16,6	15,9	15,6	16,1	16,2	15,8	16,7	17	18,4
Benskörhet	2,7	2,2	1,7	1,8	3,0	3,5	2,4	3,5	2,2	2,2	3,2	3,1	3,0

Tabellen ovan visar en betydande regional variation av många läkemedelsgrupper. Störst variation ses för användning av blodfetsänkare där konsumtionen är 50% högre i det område som använder mest (HSN8) jämfört med det område som använder minst blodfetsänkare (HSN 9). Detta mönster redovisas också under kvalitetsavsnittet för behandling av typ 2diabetes.

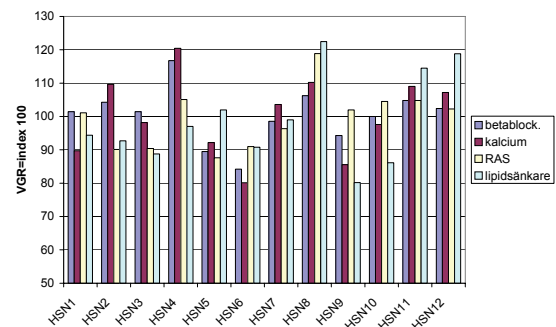
Som exempel på variationen visas nedanstående diagram över HSN 8.



Figur F-4. Exempel på läkemedels profil för HSN 8. Procent högre eller lägre förbrukning i DDD för vissa utvalda preparatgrupper. RAS=medel som blockerar renin-angiotensinsystemet. Källa: Xplain.

Det är inte rimligt att anta att skillnaderna i förbrukning beror på skillnader i sjuklighet. Intressant i sammanhanget är att den kardiologiska verksamheten i Borås rankas högt i Riks-HIAs jämförelse av hjärtinfarktvård vilket inbegriper hög användning av blodfetsänkare och andra hjärt- kärlpreparat vid hjärtkärlsjukdom.

Figur F-5 visar konsumtionen av tre grupper av hjärt- kärl läkemedel.



Figur F-5. Förbrukning av tre typer av hjärt- kärl läkemedel i DDD per invånare per HSN. Baserat på åldersstandardiserade data. VGR=index 100. Källa: Xplain.

### Specialistläkemedel, ett urval.

Cancer är det mest expansiva terapiområdet för utveckling av nya läkemedel. Bakgrunden är att den genetiska forskningen öppnat möjligheter för cancerbehandling. I Västra Götalandsregionen har kostnaderna för cancerläkemedlen ökat med 25 % under åren 2005 till 2006. Cancerfonden har i sin rapport 2006 pekat ut som de tio cancerläkemedlen som har högst omsättning i Sverige. Regionens andel av landets kostnader för dessa läkemedel ökande från 13,8% till 13,9% under 2005 till 2006. Informationen ska ställas mot att Västra Götalandsregionen utgör 16,9% av landets befolkning. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap analys av nya, dyra läkemedel 2006 visar en något försiktigare användning av nya läkemedel i Västra Götalandsregionen och Östergötland jämfört med Skåne och Stockholm.

### Läkemedel och äldre

Västra Götalandsregionen har en hög andel äldre med samtidig behandling med tre eller fler psyko-farmaka. Behandling med många psykofarmaka innebär inte bara en ökad risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner, utan kan också vara ett tecken på brister i behandling av psykiatriska till-

stånd. Projektet "Öppna jämförelser" visade att andelen med tre eller fler psykofarmaka hos personer 75 år och äldre inom VGR var 5,2% 2005 jämfört med jämfört med genomsnittet för riket 4,1%. Uppföljning av den totala förskrivningen visar att Västra Götalandsregionen har en högre förskrivning doser per invånare än riket inom grupperna neuroleptika, lugnande medel och psykoanaleptika till gruppen 75 år och äldre. Detta förskrivningsmönster har uppmärksamats tidigare och är föremål för arbete i den regionala terapigruppen för läkemedel till äldre. Vidare utarbetas en strategi för läkemedel och äldre under ledning av läkemedelsenheten.

Västra Götalandsregionen har även en hög andel äldre med läkemedelsinteraktioner, klass D. En interaktion är kombinationer av läkemedel som kan påverka varandras effekter. D-interaktioner kan leda till allvarliga kliniska konsekvenser i form av svåra biverkningar, utebliven effekt eller är i övrigt svår att bemästra med individuell dosering. Andelen för genomsnittet av riket är 5,0 % jämfört med Västra Götalandsregionen 5,4%.

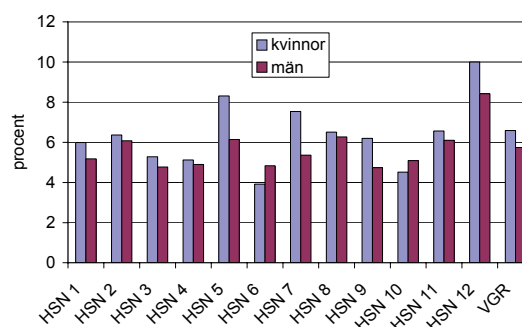
Det finns ingen enkel förklaring till skillnaderna i läkemedelsanvändning till äldre och sannolikt är det en rad olika faktorer som förklarar bilden. Västra Götalandsregionen har landets högsta användning av dosexpedition, cirka 40 000 patienter ingår i dossystemet. Det har i olika sammanhang uppmärksamats att det är alltför lätt att göra en "slen-trian-mässig" förlängning av ordinationerna som ingår i dossystemet.

En andra orsak kan vara att Västra Götalandsregionen har en terapitradition med hög förskrivning av läkemedel inom dessa läkemedelsgrupper. Vidare har Västra Götalandsregionen en något högre för-

skrivning totalt sett av läkemedel än riket som helhet.

Läkemedelsenheten har som målsättning att ta fram ovanstående uppgifter på Kommunivå inom VGR under 2007. Ett sådant arbete möjliggör en djupare analys av orsakssamband.

### Läkemedelsanvändning



Figur F-6. Andelen som avstått från att köpa medicin på recept de tre senaste månaderna, efter nämndområde inom Västra Götaland, 16-84 år, 2006. Källa; Nationell folkhälsoenkät.

Kvinnor avstår i större grad än män från att köpa sin medicin på recept. Andelen som avstått från att köpa sin medicin på recept är störst inom Göteborg Nordost. Vanligaste angivna orsaken till att inte köpa medicin på recept var att man "inte hade råd", tätt följd av orsaken att man "hade medicin så det räckte". Därefter var de vanligaste orsakerna att man "blev frisk" och att man "trodde inte att medicinen skulle hjälpa".

#### Kort om läkemedel

- Läkemedelskonsumtionen i regionen är något lägre i VGR än i riket både som kostnad och i antalet dygnsdoser
- Det finns betydande skillnader i förskrivningsmönster mellan olika regionområden
- En strategi för läkemedel och äldre kommer att tas fram

## Tandvård

Västra Götalandsregionen bedriver tandvård vid 170 kliniker. Folk tandvården arbetar med förebyggande verksamhet som grund och omfattar allmän tandvård, sjukhustandvård och specialisttandvård.

### Barn- och ungdomstandvård

Hälso- och sjukvårdsnämnderna ersätter såväl folk tandvård som privattandvård med en s.k. barntandvårdspeng för barn och ungdomar. Barn och ungdomar går utan avgift till tandläkaren t o m det år de fyller 19 år. Ett mått på omhändertagandet av barn inom tandvården är antalet behandlade barn och täckningsgrad. Med täckningsgrad menas hur många barn som har kallats till tandvården under året i förhållande till antalet barn i området. Med detta beräkningssätt har i genomsnitt 65 % (intervall 55 -74 %, se tabell G-1) av barnen fått en fullständig behandling. Jämfört med 2005 är det en minskning med tre procentenheter. Täckningsgraden kan inte bli 100 % eftersom intervallen mellan gångerna barnen kallas för en fullständig behandling är mer än ett år. Ur tabellen framgår att HSN 1 har lägst täckningsgrad och HSN 6 högst täckningsgrad. Vilken täckningsgrad som är den optimala ur vård och ekonomisk synpunkt är svårbedömt men att den varierar mellan 55 och 74 procent är ändå något uppseendeväckande

Tabell G-1. Antal barn som behandlats 2006 samt täckningsgrad.

Barn- och ungdoms-tandvård	Antal barn 3 - 19 år	Antal beh inom Ftv	Antal beh inom Pt	Summa	Täckningsgrad
HSN 1	14 546	7 031	962	7 993	55
HSN 2	8 958	6 126	403	6 529	73
HSN 3	33 052	19 365	1 726	21 091	64
HSN 4	26 711	18 596	543	19 139	72
HSN 5	34 008	19 271	1 820	21 091	62
HSN 6	21 980	14 746	1 589	16 335	74
HSN 7	29 521	18 108	1 234	19 342	66
HSN 8	39 671	24 767	3 206	27 973	71
HSN 9	27 333	17 869	618	18 487	68
HSN 10	26 376	16 815	436	17 251	65
HSN 11	24 772	13 492	649	14 141	57
HSN 12	27 427	15 543	946	16 489	60
ALLA	314 355	191 728	14 132	205 860	65

### Uppsökande verksamhet

Tandvården har uppdraget att bedriva uppsökande verksamhet hos definierade personer med ett omfattande och varaktigt omsorgsbehov. Med ”omfattande” menas i detta sammanhang tillsyn större delen av dygnet. De personer som är berättigade till att bli uppsökta definieras till största delen av kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterskor eller, på delegation, deras medarbetare. Verksamheten upphandlades inför 2006 i HSN 4-12 medan HSN 1-3 valde att låta folk tandvården ta hand om verksamheten utan upphandling. Upphandlingen gav resultatet att nästan all verksamhet i HSN 4-8 och 11-12 nu sköts av ett privat företag (Oral care) medan HSN 9-10 delat verksamheten mellan Oral care och folk tandvården

Tabell G-2 Uppsökande verksamhet

Nämnd	Antal uppsökta	Antal intygs-patienter	Täckningsgrad
HSN 1	1 024	1 711	60%
HSN 2	1 052	1 177	89%
HSN 3	1 546	2 889	54%
HSN 4	828	1 358	61%
HSN 5	2 022	3 244	62%
HSN 6	799	1 595	50%
HSN 7	1 035	2 261	46%
HSN 8	1 875	3 660	51%
HSN 9	1 744	2 675	65%
HSN 10	1 607	2 673	60%
HSN 11	911	1 860	49%
HSN 12	1 240	1 803	69%
Alla	15 682	26 907	58%

Täckningsgraden sjönk med en procentenhet jämfört med 2005 (tabell G-2)men den är fortfarande en av landets bästa. Att täckningsgraden aldrig kan bli 100 procent beror framför allt på att 10-20 procent av de berättigade ej önskar bli uppsökta. En annan förklaring är att, framför allt folk tandvården, byggt upp tandvårdskliniker på många särskilda boenden. Här sköts den uppsökande verksamheten på kliniken utan att den räknas in i statistiken. En tredje faktor av betydelse är svårigheten med att söka upp personer som har egna boenden. Dessa har inte sällan en psykiatrisk diagnos vilket kan förklara problemet med att få full täckning för denna patientgrupp.

### Patienter med särskilda behov

Patienter med särskilda behov kan indelas i två huvudgrupper. En grupp utgörs av de patienter som har rätt att bli uppsökta utan kostnad. Denna grupp har rätt till Nödvändig tandvård. Den andra gruppen utgörs av patienter som får Tandvård som led i en sjukdomsbehandling. Båda grupperna har rätt till tandvård enligt den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftsregler. Siffrorna i tabell G-3 anger resultat av en sammanslagning av de båda grupperna.

Antalet behandlade patienter har minskat från 22 015 till 21 656 jämfört med 2005. I tabell G-3 anges dels antalet patienter nämnd för nämnd och dels kostnaden för verksamheterna vilken också minskat från i genomsnitt 3 825 kronor per behandlad till 3 748 kronor eller från 55 kronor per invånare till 53 kronor. Antalet patienter som fått nödvändig tandvård är nästan detsamma som under 2005. Antalet patienter som fått tandvård som led i en sjukdomsbehandling har minskat (knappt 400). Kostnaden för gruppen har ökat med ca 1,8 Mkr till 22,9 Mkr. Nivån för både kostnader och patientantal för hela gruppen patienter med särskilda behov

har stabiliserats till ett intervall på 80 till 85 Mkr i årligt utfall resp. ett patientintervall på 21 000 till 22 000.

Tabell G-3 Patienter med särskilda behov 2006.

Patienter med särskilda behov	Antal behandl	Kostnad (Tkr)	Kostnad per behandlad	Kostnad per invånare
HSN 1	1 071	3 105	2 898	42
HSN 2	625	2 057	3 292	47
HSN 3	2 126	6 983	3 285	45
HSN 4	1 506	5 864	3 894	51
HSN 5	3 317	13 622	4 106	63
HSN 6	1 377	4 616	3 352	49
HSN 7	1 853	7 131	3 848	57
HSN 8	2 958	11 460	3 874	61
HSN 9	1 615	5 884	3 644	46
HSN 10	1 569	5 480	3 492	43
HSN 11	1 593	6 166	3 870	48
HSN 12	2 045	8 801	4 304	62
ALLA	21 656	81 169	3 748	53

### Specialisttandvård

Specialisttandvård omfattar åtta formella specialiteter: tandreglering, oral protetik, käkkirurgi, bettfysiologi, endodonti (rotbehandling), pedodonti (särskild barntandvård), oral röntgendiagnostik och parodontologi (tandlossning). I Västra Götaland är dessutom sjukhustandvård en informell specialitet. För att få specialisttandvård krävs att patienten remitterats från allmäntandvården eller sjukvården.

Den inrapportering som görs från behandlande specialisttandvårdsenheter är idag inte av sådan kvalitet att slutsatser kan dras om verksamheten. Tandvårdsenhetens granskning av statistiken visar på orimligheter i underlaget. Statistik från specialisttandvården kan därför inte följas upp. Inrapporteringen måste ses över inför kommande redovisningar

### Kvalitetsmått

Tabell G-4 ger en bild av tandstatus hos ett urval av olika åldersgrupper. De flesta 3-åringar är kariesfria. Mellan 2005 och 2006 har antalet kariesfria 3-åringar ökat med en procentenhet. Noterbart är att nämndområdet med störst täckningsgrad också har högsta antal kariesfria 3-åringar (HSN 6). HSN 12 har lägst andel kariesfria bland 3-åringar och 6-åringar. Jämfört med riket har VGR något lägre andel kariesfria treåringar och lägre andel kariesfria sexåringar.

Andelen snusare och rökare är tämligen konstant hos regionens ungdomar. En viss ökning jämfört med 2005 med ett par procentenheter kan dock konstateras.

Tabell G-4 Kariesfrihet, skadade tänder, andel rök- och snusfria år 2006. Källa: Tandvårdens datasystem T4.

	% kariesfria		Antal skadade tänder		% behandlade 3 - 19 åringar	% som ej röker och snusar	
	3 åringar	6 åringar	12 åringar	19 åringar		13-16 år	17-19 år
HSN 1	94	67	0,78	2,34	55	94	81
HSN 2	94	63	0,94	3,05	73	95	73
HSN 3	92	67	0,77	2,76	64	95	78
HSN 4	96	73	0,56	2,18	72	96	80
HSN 5	96	73	0,89	3,19	62	96	81
HSN 6	97	71	0,74	2,65	74	95	79
HSN 7	96	74	0,62	2,28	66	97	84
HSN 8	94	71	0,75	2,27	71	97	81
HSN 9	90	65	0,85	3,14	68	96	79
HSN 10	92	63	0,70	2,31	65	95	80
HSN 11	91	63	0,92	3,38	57	96	79
HSN 12	89	50	1,40	3,85	60	96	79
Total	93	67	0,82	2,76	65	96	80

### Nationell utveckling

Socialstyrelsen har sedan 1985 följt utvecklingen av tandhälsan hos barn och ungdomar genom sammanställningar av uppgifter från tandvårdshuvudmännen. Rapporten *Tandhälsan hos barna och ungdomar 1985-2005* innehåller utöver uppgifter för år 2005 också uppgifter från åren 1985, 1990, 1995 och 2000.<sup>42</sup> Följande slutsatser dras i rapporten:

- Någon försämring av tandhälsan på riksnivå föreligger inte. Statistik från de senaste åren antyder dock att det finns en tendens till avmatning vad avser tandhälsoförbättringar. Detta överensstämmer med olika rapporter från fältet.
- Fler kariesfria 19-åringar men försämring av tandhälsan i gruppen 12-åringar med sämsta tandhälsan. Tandvården har således inte lyckats minska kariesskadorna för den del av populationen som har mest karies.

- Sverige har ännu inte uppnått målet om 80 procent kariesfria 6-åringar, vilket är WHO-målet för Europa till år 2020.
- Inga större skillnader finns i tandhälsa mellan flickor och pojkar.

### Kort om tandvård

Det finns anledning att med ledning av uppgifterna i den nationella uppföljningen göra en särskild uppföljning av utvecklingen inom regionen av tandhälsan hos den del av populationen som har mest karies.

Det finns också anmärkningsvärda skillnader redovisade i regionens egen uppföljning mellan HSN-områdena. Inom område HSN 12 har registrerats karies hos så många som varannan sexåring som uppsökt tandvården.

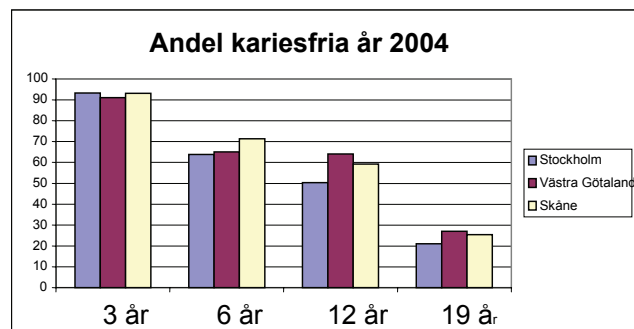
Rapporteringen från specialisttandvården bör ses över.

<sup>42</sup> Socialstyrelsen. *Tandhälsan hos barn och ungdomar 1985-2005*

**Jämförelse mellan redovisade resultat i VGR, Stockholms läns landsting och Region Skåne**

Uppföljande data finns tillgängliga från år 2004 för de tre stora sjukvårdsregionerna. Västra Götaland har högre andel kariesfria 12- och 19- åringar än vad Stockholms Läns Landsting och Region Skåne redovisar.

Var tionde treåring har karies och två av fem sexåringar. I åldersgruppen 19 år redovisar VGR att drygt var fjärde är kariesfri.



Figur G-1 Andel kariesfria år 2004. Källa: SKL/SLL

## Kvalitetsuppföljning - medicinska resultat och uppföljning

Kvalitetsuppföljning tar en ökande plats i den regionala uppföljningen av hälso- och sjukvård. Under året förbereds ett regionalt ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet samt utveckling av indikatorer för uppföljning. På nationell nivå pågår aktiviteter för fokusering på patientsäkerhet och projektet "öppna jämförelser" kommer att utvecklas ytterligare. I detta avsnitt utvecklas kortfattat redovisning av kvalitetsmått från olika källor som i de flesta fall är öppet tillgängliga. Framställningen har utvecklats något från föregående år och ambitionen är att på sikt öka detta avsnitt.

### Öppna jämförelser

Det finns ett växande intresse både i Sverige och internationellt för indikatorbaserade jämförelser vilket lett till ett samarbetsprojekt mellan Socialstyrelsen och SKL för indikatorbaserad jämförelse mellan landstingen. Som led i detta publicerades för första gången "Öppna jämförelser" mellan landstingen under 2006. Publikationen kan ses som en följd av Socialstyrelsens uppdrag och SKL:s drivkraft baserat på landstingens vilja till jämförelser.

En grundprincip har varit att de indikatorer som används skall kunna hämtas från redan existerande källor.

Resultaten har presenterats på flera sätt. Ett av dem är en "landstingskarta" där alla indikatorer som rankas i den övre eller nedre tredjedelen märks grönt eller rött.

VGR hade förhållandevis få indikatorer som avviker positivt eller negativt från medelvärdet. Det är en naturlig följd av regionens storlek i förhållande till många andra landsting eftersom varje resultat är ett medelvärde av många utförare. Det är viktigt att notera att för flera variabler är den statistiska osäkerheten stor vilket innebär att även ett "dåligt" värde inte säkert avviker från genomsnittet för riket.

De indikatorer där VGR avviker från riksgenomsnittet listas i följande tabell.

Tabell H-1. De medicinska resultat i "Öppna jämförelser" som avviker från riksgenomsnittet. Beteckningarna är förkortningar. För definitioner hänvisas till "Öppna jämförelser". Där könsuppdelad statistik finns återges bara mest avvikande värdet.

	vgr	% skillnad/rikt
Tjocktarmscancer, 5-årsöverlevnad, kvinnor	62,7	3,3
ändtarmscancer, 5-årsöverlevnad, män	52,9	-7,0
andelen äldre med >2 psykofarmaka	5,2	21,2
andelen äldre med läkemedelsinteraktion	5,4	7,4
neonatal dödlighet	2,06	-10,7
andel sena aborter	1,35	7,4
diabetes, andel måluppfyllda, HbA1c primärvård	58,2	5,7
diabetes, andel ögonbottenkontroll medicinklinik	83,5	-10,2
andel patienter vid strokeenhet, kvinnor	83,5	7,7
clopidogrel, infarkt, kvinnor	35	-51,4
omoperation höftfraktur	1,1	-27,3
höftfraktur, åter till ursprungsboende	48	-10,4
höftfraktur, väntetid operation	1,3	7,7
ljumskbräck, återfall	4,2	21,4
botande behandling prostatacancer	75,9	-8,2

Flera indikatorer med värden under riksgenomsnittet har granskats i en särskild analys. Det har skett genom att data från enskilda utförare hämtats in.

De variabler som granskats är:

Femårsöverlevnad vid ändtarmscancer

- Andel som får botande behandling vid prostatacancer hos män <65 år gamla
- Andel som får återfall i ljumskbräck fem år efter operation
- Väntetid till operation av höftfraktur efter ankomst till sjukhus
- Andel diabetiker som gör ögonbottenkontroll enligt mål
- Andel patienter som behandlas med clopidogrel efter hjärtinfarkt



Analysen publicerades som en särskild rapport<sup>43</sup>. Resonemang från den rapporten återfinns under respektive avsnitt av kvalitetsregisterredovisningarna.

#### **Fortsatt arbete, öppna jämförelser**

Det fortsatta arbetet innebär att förvalta förra rapporten, men även utveckla den. Jämförelser mellan landsting kommer fortsatt att vara det huvudsakliga syftet men det finns en ambition att redovisa med högre detaljeringsgrad med redovisning på sjukhus- och klinikinivå. Det planeras fördjupning kring vissa teman och frågor varav en är vårdkonsumtion i väntetidsbehandlingar för landstingen. Indelningen av indikatorer blir som tidigare:

- Medicinska resultat
- Patienterfarenheter
- Tillgänglighet
- Kostnader-produktivitet

Patientsäkerhet planeras vara undertema medicinska resultat

---

<sup>43</sup> Uppföljning av resultat från "Öppna Jämförelser" Analysenheten, VGR, februari 2007

## Nationella kvalitetsregister

Det finns femtiofem nationella kvalitetsregister år 2007 i drift med gemensamt ekonomiskt stöd från sjukvårdshuvudmännen och staten. Det finns också tre kompetenscentra till stöd för start, drift och användning av nationella kvalitetsregister.

De nationella kvalitetsregistren innehåller personbundna uppgifter om problem, diagnos, behandling, och resultat. Det är möjligt att följa upp vad enskilda landsting, sjukhus eller kliniker åstadkommer.

Sveriges Kommuner och Landsting samverkar med Socialstyrelsen på nationell nivå och stöder ekonomiskt och på andra sätt registerutvecklingen. Ansvar för kvalitetsregistren flyttade vid årsskiftet 2006/2007 från Socialstyrelsen till Sveriges Kommuner och Landsting. Registren utvecklas och drivs av representanter för de yrkesgrupper som själva använder dem.

Utvecklingen speglar behovet av moderna uppföljningssystem inom hälso- och sjukvården. Förutom på verksamhetsnivå används registren idag i ökande omfattning i det övergripande planerings- och ledningsarbetet. Användningsmöjligheterna ökar ytterligare när allt fler register utöver medicinska data inkluderar patientupplevd kvalitet och livskvalitet. Registren kommer de närmaste åren att ha en allt viktigare roll när hälso- och sjukvården förväntas redovisa resultat allt mer öppet

Det har tillskapats tre s.k. kompetenscentra för kvalitetsregister.

Tanken är att flera register tillsammans skulle kunna bära kostnader för personal och system som ett enskilt register inte klarade.

Det finns i dag tre kompetenscentra:

- UCR – Uppsala Clinical Research and Registry Center
- NKO – Nationellt Kompetenscentrum för Ortopedi
- Eye-Net Sweden

Dessa kompetenscentra stödjer tillkomsten av nya register, sammanställer, analyserar och redovisar registerdata så att de blir användbara för olika typer av användare och för olika ändamål. De förväntas

att samarbeta vid nationella uppföljningar av vårdens kvalitet och resultat och vid till exempel framtagning av nationella riktlinjer.

### Beslutsgrupp

Samverkan sker i den så kallade beslutsgruppen för de nationella kvalitetsregistren, där även representanter för Svenska Läkaresällskapet och Svensk sjuksköterskeförening medverkar. Ärenden bereds gemensamt, och gruppen fattar beslut om medelstilleddning. Gruppen har tagit initiativ till årligen återkommande kvalitetsregisterkonferens i början av oktober. Syftet är dels att möjliggöra för registerhållarna att byta erfarenheter, dels att öka kännedomen om registren i sjukvården bland verksamhetsansvariga och politiker.

### VGR som huvudman

Följande nationella register med huvudman Västra Götalandsregionen erhåller ekonomiskt stöd år 2007 beslutade av beslutsgruppen:

- Nationella diabetesregistret
- Nationellt register för hjärtstopp utanför sjukhus
- Webrehab (Neurorehabregistret) – Kvalitetsregister inom rehabiliteringsmedicin
- SCAAR – Svenska coronarangiografi och angioplastikregistret
- Svenska Cornearegistret
- Svenska höftprotesregistret
- SWEDIABKIDS – Nationellt kvalitetsregister för barn och ungdomsdiabetes

SRAU - Nationellt register för aktiv uremivård övergår från Västra Götalandsregionen till annan huvudman under 2007 för att gå samman med andra register vid njursjukdom.

### Val av redovisade register

De följande register som redovisas ur ett regionperspektiv utgör dels register vilka Västra Götalandsregionen är huvudman för, dels register som representerar en större patientgrupp i Västra Götalandsregionen. Det kommer successivt att ingå fler register i den regionala uppföljningen. Data har i första hand inhämtats från registrens årsrapporter.

Tabell H-2. Beslut om fördelning av Beslut om fördelning av 2007 års medel för Nationella Kvalitetsregister

Namn	Beslut 2007		
01 BORIS (Barnobesitasregister i Sverige)	500 000	56 Scandinavian register for thyroid- and parathyroid surgery	350 000
02 Riksvikt (Nationellt Hjärtsviktregister)	800 000	57 CP-uppföljningsprogrammet i Sverige (CPUP)	400 000
03 Nationella Prostatacancerregistret	250 000	60 Nationellt register för esofagus och ventrikels-cancer	250 000
09 Nationella Diabetesregistret (NDR)	2 500 000	62 Webrehab Kvalitetsregister inom rehabiliteringsmedicin (neurorehabregistret)	200 000
10 Nationellt register för barn- och ungdomsdiabetes, 0-18 år (SWEDIABKIDS)	400 000	75 Svenska Demensregistret (SveDem)	600 000
12 RIKSÅT - Nationellt kvalitetsregister för specialiserad åstörningsbehandling	200 000	76 Scand. Obesity Surg Reg	400 000
15 Svenska Multipel Skleros Registret (SMS-registret)	750 000	77 InfCare HIV	350 000
16 Nationella Kataraktregistret	1 000 000	78 Sekundärpreventionsregistret, SEPHIA	400 000
17 Svenska Cornearegistret	300 000	79 PNQn - Perinatalt kvalitetsregister (neonatalvård)	250 000
18 SCAAR, Svenska Coronar Angiografi och Angioplastik Registret	600 000	80 Nationellt register för kateterablation	250 000
19 Svenska Hjärtkirurgiregistret	550 000	81 Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi (GallRiks)	700 000
20 RIKS-HIA	2 500 000	82 Terapeutisk Apheres	200 000
21 Nationellt register för hjärtstopp utanför sjukhus	150 000	83 Makularegistret	500 000
23 Riks-Stroke	2 000 000	85 Nat kvalitetsreg för cancer recti-kirurgi	350 000
24 Swedvasc, Svenska Kärregistret	630 000	87 Karies och Parodonti	200 000
25 GUCH - register för vuxna med medfött hjärtfel	350000 + 1) 250000	90 Svenska palliativregistret	1 200 000
26 Andningssviktregistret	300 000	93 Svenska korsbandsregistret	200 000
27 Nationellt kvalitetsregister för öron-, näs- och halssjukvård	800 000	97 Nationellt kvalitetsregister för barn och ungdomar som misstänkts/konstaterats ha blivit utsatta för sexuella övergrepp	200 000
28 Svenskt Bräckregister	1 000 000	108 Nationellt register för Atrialt flimmer och Antikoagulation (AuriculA)	2)
29 RIKSHÖFT	1 500 000	111 Kvalitetsregistret för Gynekologisk Onkologi	130 000
30 Svenska Höftprotesregistret	2 200 000	116 Nationellt kvalitetsregister för koloncancerkirurgi	350 000
31 Nationella knäplastikregistret	1 500 000	117 Registret för Svenska Bukväggsbräck	200 000
32 Nationellt kvalitets-Register över Smärtrehabilitering	1) 200000	118 Senior Alert	400 000
33 Svenska Reumatoid Artrit-registret	1 200 000	119 Svenska Armbågs Artroplastik Registret	1) Se nr: 55
34 Uppföljning av ryggkirurgi	600 000	120 Svenskt NjurRegister (SNR)	700 000
35 Nationellt kvalitetsregister för gynekologisk kirurgi (Gynop-registret)	1300000+ 1) 300000	121 Kvalitetsregister för akut omhändertagande	100 000
40 Svenskt intensivvårdsregister (SIR)	700 000		
47 PsoReg	400 000		
48 Nationellt bröstcancerregister	400 000		
55 Svenska Axel Artroplastik Registret	1) 500000		

1) Registret har förbehåll på beslutssumman.

2) Registret finansieras innevarande år från annan källa.

## Det Nationella Diabetesregistret

I Sverige beräknas ca 36 000 personer ha typ 1 diabetes, som vanligen debuterar i ungdomen, och ca 330 000 typ 2 diabetes, som vanligen debuterar sent i livet. Ungefär hälften av personer med typ 2 diabetes är äldre än 65 år. Diabetessjukdomen har betydande ekonomiska konsekvenser för landstingens hälso- och sjukvård. 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. Dessa sekundära kostnader är kopplade till komplikationer vilka är starkt påverkbara av kvalitén i behandlingen.

För närvarande pågår ett arbete med uppdatering av de nationella riktlinjerna för diabetesbehandling vilka förväntas bli färdiga 2009. Svensk förening för diabetologi har dock utarbetat behandlingsriktlinjer 2007 som stöd för diabetesvården i väntan på riktlinjerna från Socialstyrelsen<sup>44</sup>.

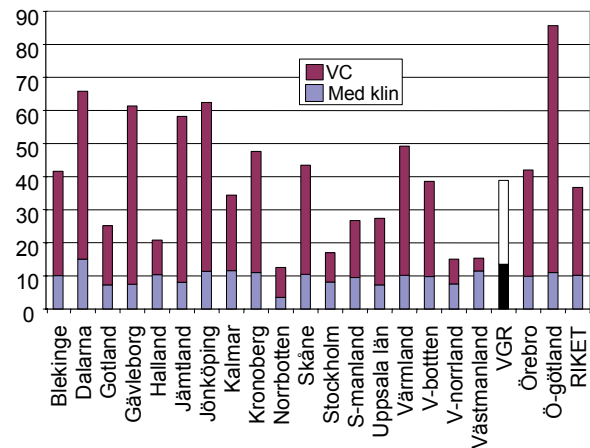
Det Nationella Diabetesregistret (NDR) innehåller data från behandlande enheter om patienter som har diabetes. NDR registrerar ett flertal mätetal av uppmätta värden på varje patient som kan sammanställas som mått på kvalitet och grad av måluppfyllelse i förhållande till riktlinjer. Registret redovisar 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 som har konsekvenser för vården inom ett stort antal specialiteter.

### Täckningsgrad:

De landsting med bäst registrering (>40%) har deltagit i en nationell jämförelse i form av kvalitetspoäng per landsting. VGR med 39 % anslutning kvalificerade sig inte för den jämförelsen. Antalet patienter i registret fortsätter att öka snabbt nationellt och var 2006 - 154 000 personer vilket bedöms motsvara 43 % av landets diabetiker. Täckningsgraden framgår av figur H-1

<sup>44</sup> www.diabetolognytt.se



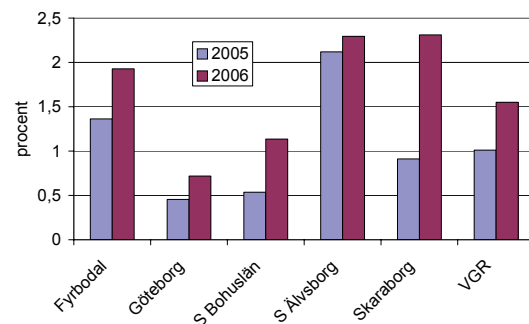
Figur H-1. Andel av alla patienter med diabetes som registrerats i NDR 2005. Det totala antalet diabetiker har skattats till 4% av befolkningen. Den övre delen av stapeln primärvård, den nedre medicinkliniker.

Figuren ovan visar andel av beräknat förväntat antal patienter med diabetes som är registrerade i NDR. Observera att figuren är från 2005 som är den senaste landstingsjämförelsen. VGR har ökat täckningsgraden till 52% för 2006. Den nedre delen av stapeln är medicinkliniker och den övre delen primärvård. Av bilden framgår att mellan 80-90% av landets diabetiker kontrolleras inom primärvård. Bilden talar för att anslutningsgraden vid medicinkliniker i VGR är mycket god för medicinkliniker. Där är rapporteringen bland de bästa i Sverige.

Det finns däremot generellt brister i registreringen av personer som har typ 2 diabetes med Östergötland som ett undantag.

Det är ett uttalat politiskt mål att uppnå en hundra procentig anslutning till NDR i VGR. Det beslutades av dåvarande hälso- och sjukvårdsstyrelsen 2001 i anslutning till inrättande av ett diabetesråd som bland annat har som uppgift att bevaka kvalitetsfrågor inom diabetesvården.

Ovanstående figur H-2 anger anslutningen 2005. En särskild analys visar att anslutningen av primärvården förbättrats kraftigt till 2006.



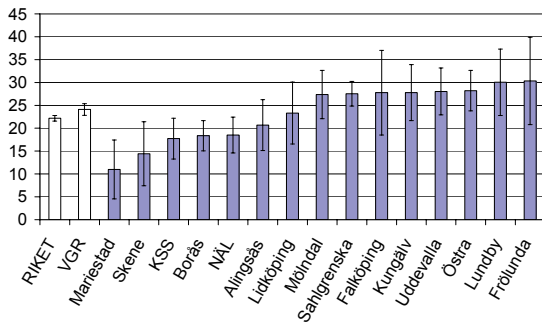
Figur H-2. Antalet registrerade personer i NDR som procent av befolkningen i området 2005 och 2006.

Anslutningsgraden har ökat från 39 till 52 % för hela VGR om man antar att 4% av befolkningen har diabetes, mellan 2005 till 2006. Störst förbättringar inom primärvården ses för Skaraborg och Fyrbodal. Störst brister i registreringen finns sannolikt i Göteborg och Södra Bohuslän.

## Resultat

Den goda anslutningen för medicinkliniker talar för att registret medger jämförelser mellan dessa. Det gäller framförallt typ 1 diabetes (individer med sjukdomsdebut före trettio års ålder). För typ 2 diabetes vid medicinklinik (med debut efter 30 års ålder) blir jämförelsen inte lika exakt eftersom det kan finnas skillnader i hur komplicerad diabetes-sjukdomen är för dessa mellan olika medicinkliniker. För primärvården är jämförelser på landstingsnivå inte säkra eftersom sannolikt mindre än en tredjedel av patienterna registreras. I det följande ges i första hand resultat för diabetespatienter med debut före trettio års ålder.

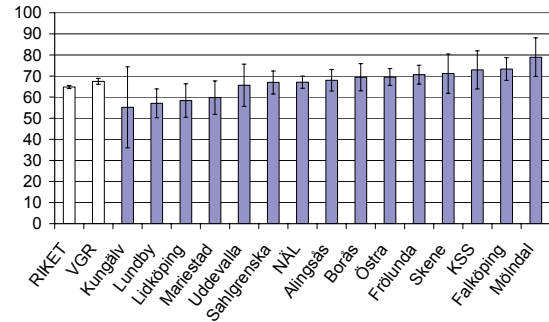
Ett av de värden som registreras i NDR är HbA1c. Det är ett blodprov som visar hur väl blodsockret är kontrollerat över en längre tid. God blodsockerkontroll minskar risken för komplikationer såsom hjärtinfarkt, njursjukdom och död. Som indikator har NDR redovisat andel patienter med HbA1c under 6,0%. I figur H-3 anges hur väl behandlingsmålet har uppnåtts vid de invärtesmedicinska klinikerna i VGR.



Figur H-3. Andel av patienter med typ 1 diabetes som uppnått behandlingsmålet HbA1c <6,0%, 2006. (patienter med debut <30 år).

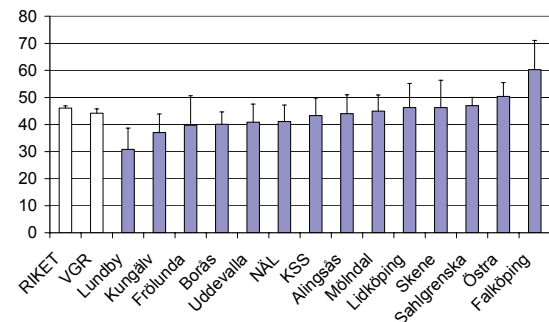
Figuren visar att det är fler patienter som uppnår behandlingsmålet, HbA1c<6%, i VGR än i riket.

God blodtrycksbehandling är mycket viktigt för att förhindra utvecklingen av hjärtkärlsjukdom och njursjukdom vid diabetes.



Figur H-4. Andel av patienter med typ 1 diabetes som uppnått behandlingsmålet blodtryck  $\leq 130/80$  mm Hg, 2006. (patienter med debut <30 år)

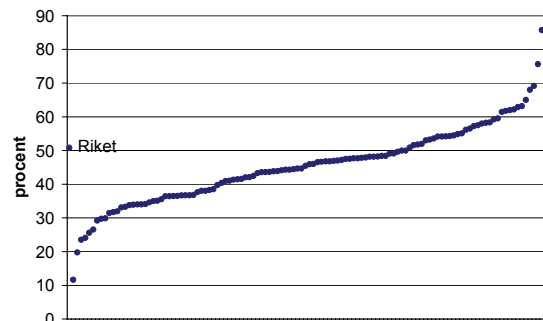
Figuren visar att det är fler patienter som uppnår behandlingsmålet i VGR än i riket.



Figur E-5. Andel av patienter med typ 1 diabetes som uppnått behandlingsmålet kolesterol <4,5 mmol/l, 2006. (patienter med debut <30 år).

Kolesterolnivåer påverkar utvecklingen av hjärtkärlsjukdom. Det är färre patienter som uppnår behandlingsmålet i VGR än i riket Sahlgrenska, Östra och Falköping är de sjukhus som överträffar riksgenomsnittet i att uppnå behandlingsmålet.

Den stora variationen inom primärvården framgår av figuren nedan.

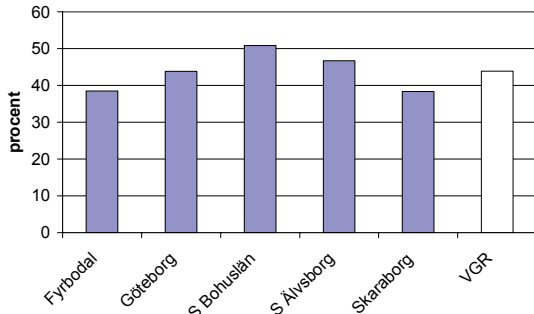


FigurH-6. Andel patienter anmälda till NDR med debutålder >30 år som står på lipidsänkande behandling vid enskilda vårdcentraler 2006.

Användningen av lipidsänkare varierar från 12 till 86% med ett medelvärde på 44%. Det är lägre än riket (51%). För enskilda vårdcentraler påverkas

utfallet av slumpen eftersom många enheter har förhållandevis få patienter

Det finns dock vissa skillnader mellan primärvårdsområdena.



Figur H-7. Andel patienter anmälda till NDR med debutålder >30 år som står på lipidsänkande behandling inom primärvårdsområdena 2006.

Minst andel behandlade ses i Fyrbodal och Skaraborg. Denna observation överensstämmer med den regionala konsumtionen av blodfetsänkare som redovisas under avsnittet läkemedel.

I figuren nedan har ställts samman hur VGR förhåller sig till riket för dessa tre variabler och patientgrupperna:

- Diabetes, debut < 30 års ålder. Medicinklinik
- Diabetes, debut > 30 års ålder. Medicinklinik
- Medicinklinik > 30 års ålder. Primärvård.

Kvaliteten i jämförelsen är som nämnts bäst för diabetes med tidig debut som kontrolleras vid medicinklinik.

#### Mål för HbA1c

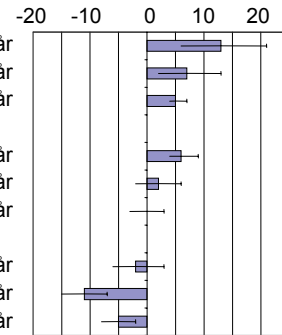
- Med klin debut <30år
- Med klin debut >30 år
- PV debut >30 år

#### Blodtrycksmål

- Med klin debut <30år
- Med klin debut >30 år
- PV debut >30 år

#### Mål för kolesterol

- Med klin debut <30år
- Med klin debut >30 år
- PV debut >30 år



Figur H-8. Relativ andel som uppnår behandlingsmål för VGR jämfört med riket. Dessa data är från 2005.

VGR hävdar sig således väl i ett nationellt perspektiv i den del som ger säkrast jämförelser nämligen diabetes vid debut före 30 års ålder.

Mycket stor betydelse för regionens samlade resultat för diabetes med tidig debut har SU/Sahlgrenska som ensamt har 24% av regionens registrerade patienter.

#### Övriga resultat

Registret utvecklas mot att allt fler resultat redovisas öppet än tidigare år. Det innehåller t.ex. data på landstingsnivå över andel med njursjukdom, amputationer. Här är resultatet gynnsamt för VGR. Det finns också processmått som hur ofta görs ögonbottenkontroller och kontroll av fötter. Här finns det dock registreringsproblem som beskrivs på annan plats.

#### Kort om NDR

- Det nationella diabetesregistret är ett viktigt instrument för kvalitetsutveckling av diabetesvården.
- VGR har bättre resultat än genomsnittet i Sverige för blodsockerkontroll och blodtryckskontroll - de viktigaste variablerna av betydelse för utveckling av komplikationer.
- Diabetespatienternas kolesterolvärden är högre än genomsnittet i Sverige. Det kan jämföras med Riks-HIA och Riks-Stroke som anger en förhållandevis låg användning av lipidsänkande behandling i VGR.
- Ca 80-90% av landets diabetiker kontrolleras inom primärvården. Många komplikationer som sedan belastar slutenvård kan förebyggas genom hög kvalitet i omhändertagandet.
- Kvaliteten i omhändertagandet i primärvård har endast i begränsad utsträckning kunnat följas upp men registreringen av patienter i primärvården har ökat kraftigt mellan 2005 och 2006.
- Täckningsgraden börjar bli sådan att mer detaljerade jämförelser kan göras mellan vårdcentraller/primärvårdsområden.

## Hjärtinfarktregistret, Riks-HIA

Riks-HIA utvecklades till ett nationellt kvalitetsregister 1995 för patienter som vårdas på hjärtintensivvårdsavdelningar. Det har dock skett en utveckling mot att registrera alla patienter med hjärtinfarkt oberoende av var på sjukhuset de vårdats.

Hjärtinfarkt vården har varit under snabb förändring och Riks-HIA har varit ett viktigt verktyg för kvalitetsarbete.

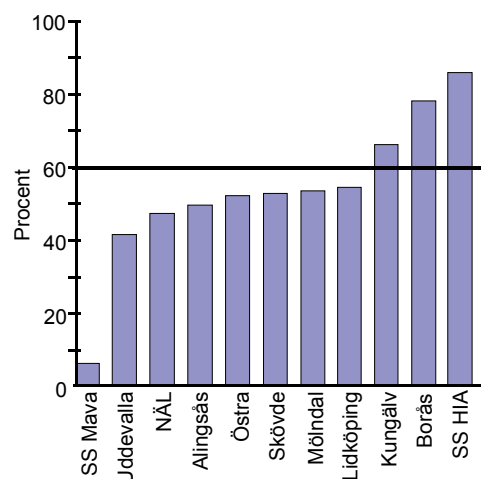
### Täckningsgrad

Riks-HIA har mycket god täckningsgrad för landets sjukhus då 72 av 75 sjukhus som 2005 tog emot akuta hjärtsjukdomar, var anslutna. Ett observandum vid bedömning av täckningsgraden är att hjärtinfarkt vården är olika organiserad och en varierande andel av hjärtinfarkt vården sker utanför intensivvårdsavdelningar och därmed ofta inte registreras i Riks-HIA eftersom det utvecklats för i första hand hjärtintensivvård. År 2004 fanns det 19.500 infarkter registrerade i Riks-HIA. Samma år innehöll socialstyrelsens slutenvårdsregister ca 32 000 sjukhusvårdade fall av akut hjärtinfarkt vilket motsvarar en täckningsgrad för Riks-HIA på drygt 60% av landets hjärtinfarkter. Riks-HIA har ambitionen att från och med 2006 registrera alla patienter med hjärtinfarkt även utanför HIA.

I förra årets verksamhetsanalys beskrevs att antalet infarkter registrerade i Riks-HIA kunde skilja sig väsentligt från antalet vårdtillfällen för hjärtinfarkt vid respektive sjukhus i VGR. Det ledde till en fördjupad studie som visade att anslutningsgraden är komplicerad att bedöma för enskilda sjukhus. Från tidigare ha vårdats vid alla invärtesmedicinska och kardiologiska enheter så sker vården av hjärtinfarkt i stor utsträckning genom samarbete mellan kliniker med olika kompetens. De som fått diagnosen hjärtinfarkt transporteras ofta till en enhet som har möjlighet till kranskärlsröntgen eller PCI för att sedan flytta åter till den första enheten. Det medför att samma hjärtinfarkt kan ge upphov till flera vårdtillfällen samtidigt som den ger upphov till endast en registrering i Riks-HIA. En samlad bedömning gav att anslutningsgraden generellt var god för sjukhusen i VGR. VGR bidrar med flest registrerade patienter i Riks-HIA av alla landsting.

### Resultat

Riks-HIA redovisar öppet en mycket stor mängd data. Bland dessa har vi valt att visa behandling som syftar till att öppna det tilltäppta blodkärlet vid hjärtinfarkt, s.k. reperfusion. I figuren nedan återges i vilken utsträckning den andel av patienterna som har så kallad ST-höjningsinfarkt behandlas med reperfusion.



Figur H-9. Andel behandlade enligt riktlinje för reperfusion ST-höjningsinfarkt, 2005, med medianvärdet för landets sjukhus markerat.

Bilden visar ett utfall som är nära medianvärdet för Svenska sjukhus. Den stora skillnaden mellan enheterna inom SU/Sahlgrenska representerar en selektion av patienter på respektive enhet.

Reperfusion är bara en del av hela den behandlingsarsenal som används för att behandla och förebygga komplikationer och återfall efter akut hjärtinfarkt. De anslutna sjukhusen följa upp sin verksamhet för var och en av dessa behandlingsmetoder men det är komplicerat att som extern betraktare få en bild av verksamheten.

Riks-HIA har för första gången i sin rapport 2006 presenterat ett index som avses avspejla följsamheten mot nationella riktlinjer. Måttet skall således ge en samlad bild av sjukhusets resultat för de viktigaste måtten.

Sjukhusen får för varje åtgärd en poäng om en hög andel av patienterna behandlas enligt riktlinjer. Maximalt utdelas 9 poäng. Medianvärdet för svenska sjukhus var 3 poäng. Hur sjukhusen placerar sig framgår av tabell H-3.

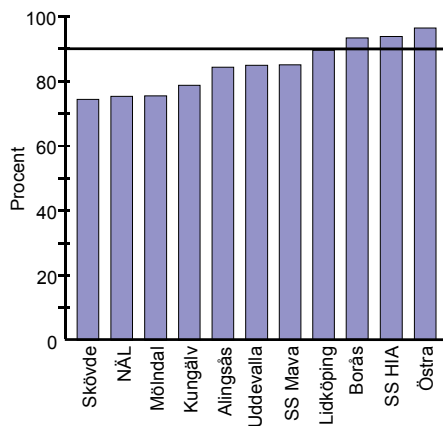
Tabell H-3. Kvalitetsindex riks-HIA 2005 (antal åtgärder över målvärdet).

Sjukhus	Kvalitetsindex 2005
Borås	8
SU/Sahlgrenska HIA	7
Kungälv	5
SU/Östra	4
Uddevalla	2
NÄL	1
Skövde	1
SU/Mölndal	1
SU/Sahlgrenska Mava	1
Alingsås	1
Lidköping	0



Tabellen visar att Borås och SU/Sahlgrenska HIA uppvisar höga värden i ett nationellt perspektiv. En majoritet av sjukhusen ligger sämre än medianvärdet för svenska sjukhus. Lidköpings sjukhus har som enda sjukhus i Sverige noll poäng.

Frågan är i vilken utsträckning detta kvalitetsindex kan tjäna som jämförelse mellan sjukhusen. Ett problem är att gränsen för att få kvalitetspoäng inte är ett absolut tal som anses rimligt från medicinskt professionell synpunkt utan representerar den nivå som endast en fjärdedel av sjukhusen uppnått. Det innebär att om samtliga sjukhus skulle uppnå ett måltal enligt riktlinjer så delas ändå poäng ut bara till en fjärdedel av sjukhusen. En konsekvens av den valda metoden är också att ett sjukhus kan vara bättre än flertalet sjukhus för samtliga variabler men ändå få noll poäng. Figuren nedan visar användning av blodfetsänkare efter hjärtinfarkt och det måltal som ger kvalitetspoäng.



Figur H-10. Andel behandlade enligt riktlinje för lipidsänkare, 2005, med målvärdet för kvalitetsindexpoäng markerat.

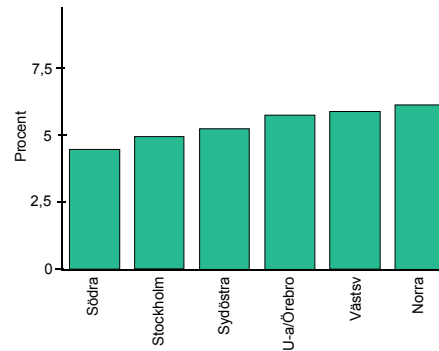
Lidköpings sjukhus som har en högre användning av lipidsänkare än riksgenomsnittet (86%), når trots detta inte upp till en kvalitetspoäng för indikator.

Figur H-7 och H-8 visar att Lidköpings sjukhus placerar sig väl både för reperfusion och behandling med lipidsänkare.

Idén med kvalitetsindex är intressant men den bedömning vi gör är att metodiken behöver utvecklas eftersom detta index är otillräckligt för jämförelser mellan de flesta sjukhus. Sjukhus kan endast få hög poäng om de har en hög grad av måluppfyllelse som för Borås och SU/Sahlgrenska men för övriga

sjukhus så missgynnas särskilt små sjukhus på grund av att slumpmässiga avvikelser får stor betydelse.

En viktig variabel är dödlighet i hjärtinfarkt som presenteras såväl per region som per sjukhus. I denna jämförelse så har Västsverige (VGR och Halland) högre dödlighet än Stockholm och region Skåne.



Figur H-11. Regional fördelning av 30-dagarmortalitet vid hjärtinfarkt <80 år 2004-2005.

Denna bild avviker dock från den statistik som socialstyrelsen har i sin statistikdatabas. I den har VGR en åldersstandardiserad 28-dagarsletalitet vid sjukhusvårdad hjärtinfarkt för individer <80 år gamla på 10,2%, region Skåne 10,4%, Stockholm 11,8% och riket 10,3%. Dessa till synes oförenliga resultat beror sannolikt på att täckningsgraden är högre i VGR än i de båda andra landstingen.

Förutom kvaliteten i omhändertagande kan flera andra faktorer påverka dödligheten i infarkt. Hit hör t.ex. tillförlitlighet i diagnostik, slumpmässiga avvikelser och skillnader i bakgrundsvariabler. Vidare kan förekomma olikheter i benägenhet att söka vård och avstånd till sjukhus. Skillnaden mellan socialstyrelsens och Riks-HIAs uppgifter kan bero på effekt av olika täckningsgrad för riks-HIA.

För dödlighet i infarkt på sjukhusnivå så är den statistiska osäkerheten mycket stor varför meningsfulla jämförelser ej går att göra mellan sjukhusen i VGR eller deras förhållande till andra sjukhus.

Registerdata kan nås i sin helhet via [www.riks-hia.se](http://www.riks-hia.se).

#### Kort om Riks-HIA

- Riks-HIA är ett register som omfattar nästan alla enheter för hjärtinfarktvård. Anslutningen i VGR är god.
- Riks-HIA viktigaste uppgift är för verksamhetens egenkontroll men det kan även genom öppenhet för insyn ge en inblick i verksamhetens resultat
- Borås, HIA - SU/Sahlgrenska och Kungälv är över genomsnittet i en nationell jämförelse av ett kvalitetsindex

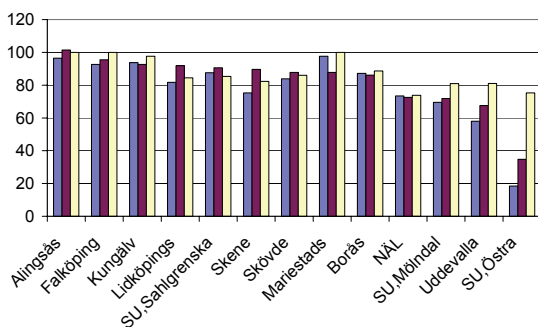
## Nationella kvalitetsregistret Riks-Stroke

Vid regionens sjukhus vårdades år 2005 ca 5000 patienter med stroke. Det är ett av de mest kostnadskrävande diagnosområdena i svensk sjukvård. År 2006 publicerade Socialstyrelsen nationella riktlinjer för strokesjukvård. I VGR arbetar stroke-rådet med regional anpassning av dessa riktlinjer. Där ingår att ge förslag till metoder, mått och måttal för uppföljning och utvärdering av strokevården.

I Riks-Stroke registreras information om patienter med stroke som vårdats på sjukhus. Det innebär att de som hanteras polikliniskt eller inom kommunernas särskilda boenden inte ingår. Det innehåller även data som insamlats efter vårdepisoden om t.ex. funktionsgrad och boende. Alla sjukhus i regionen deltar i Riks-Stroke.

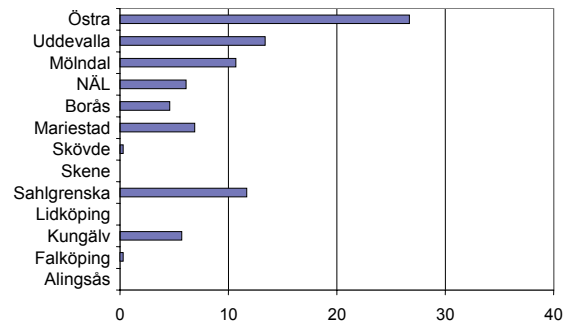
### Täckningsgrad

Tidigare har bristande täckningsgrad försvårat jämförelser mellan sjukhus och landsting. Antalet registrerade strokevårdtillfällen har dock fortsatt att öka och registerhållaren skattar täckningsgraden till 93% av sjukhusvårdad stroke i Sverige. I figur H-12 nedan ges en beräkning av täckningsgrad av sjukhus i VGR. Den baseras på antalet registrerade patienter i Riks-Stroke i förhållande till vårdtillfällen med stroke som förstadiagnos i den regionala vårddatabasen för 2003-2005.



Figur H-12. Andel av patienter som vårdats för stroke som registrerats i Riks-Stroke 2003-2005. Källa Vega

En sådan analys av täckningsgrad blir bara ungefärlig eftersom kvaliteten i stroke som förstadiagnos i databasen är oklar och på grund av olikheter i registreringsregler mellan Riks-Stroke och vårddatabasen. I en särskild journalstudie hade t.ex. Borås 98% täckningsgrad. Metoden ger dock en uppskattning av täckningsgrad med rimlig precision. För de sämst registrerande sjukhusen har det skett en påtaglig förbättring av registreringen till 2005. Men det är inte bara täckningsgraden som är viktig utan datakvalitén. Ca 14% av alla registrerade vårdtillfällen saknar uppföljningsdata. Andelen visas i figur H-13.



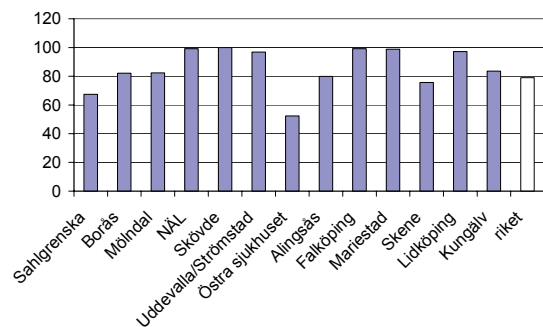
Figur H-13. Andel av registrerade patienter med stroke där uppföljningsdata saknas i Riks-Stroke 2005. Källa Riks-Stroke. Falköping korrigerad för felaktiga data i årsrapporten.

Denna brist 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. 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?

Vi har valt att ändå redovisa ett antal resultat från Riks-Stroke 2005.

### Resultat

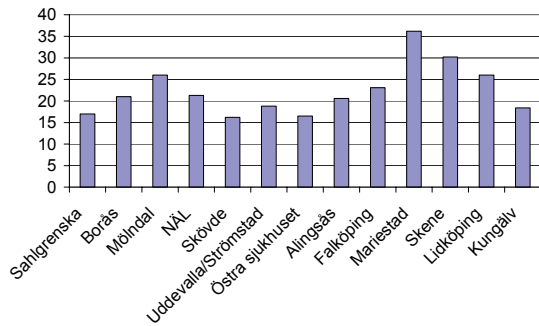
Vård på särskild strokeenhet har visat sig minska dödlighet och ge bättre rehabilitering. I Sverige vårdas knappt 80% av patienterna på strokeenhet. Det kan dock vara en överskattning eftersom det är sannolikt att patienter som vårdas på strokeenhet i högre grad rapporteras till Riks-Stroke.



Figur H-14. Andel av patienter med stroke som vårdats på strokeenhet 2005. Källa Riks-Stroke.

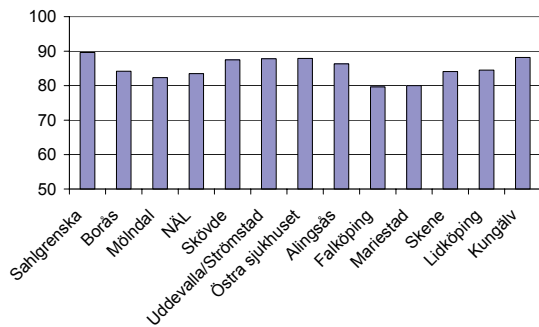
Det finns betydande skillnader i regionen där sjukhusen inom SkaS och NU-sjukvården har nästan samtliga patienter på strokeenhet medan störst förbättringspotential finns inom områdena SU/Sahlgrenska och Östra.

Registret innehåller olika mått på hur rehabilitering lyckats. Dit hör hur många som återvänder till eget boende och behov av hemtjänst.



Figur H-15. Andelen av patienter med stroke som blivit ADL-beroende 3 månader efter stroke. Källa Riks-Stroke.

Högst värden ses för Mariestad och Skene. Det är små enheter där resultatet kan ha påverkats av att en särskild kategori av patienter vårdats där med särskilda behov. Tolkning av data är inte möjligt utan en närmare beskrivning av patienturvalet för dessa sjukhus.

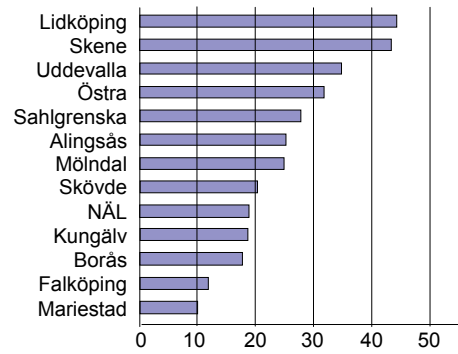


Figur H-16. Andel patienter som återgått till eget boende 3 månader efter insjuknandet av dem som bodde hemma utan kommunalt hemtjänst före insjuknandet. Källa Riks-Stroke.

Det finns en överensstämmelse mellan dessa data i mening att enheter med högt ADL-beroende samtidigt har en lägre andel patienter som återgår till boende i hemmet.

Det förekommer olika typer av farmakologisk behandling i samband med stroke. Viktigt och aktuellt är trombolysbehandling. Ca 3 % av patienter med stroke fick denna behandling 2005 men här redovisas inte användning per sjukhus eller landsting.

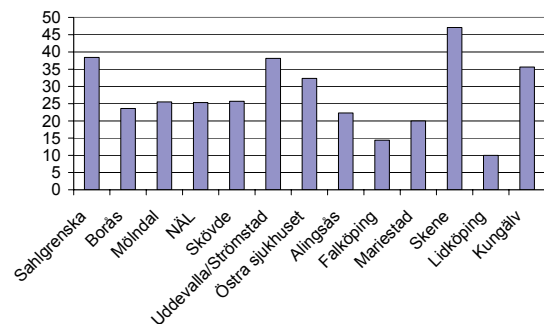
En annan etablerad behandling är antikoagulantia-behandling (blodförtunnande) till de patienter som haft hjärninfarkt och har förmaksflimmer. Sådan behandling förebygger nya hjärninfarkter.



Figur H-17. Andel patienter med hjärninfarkt och förmaksflimmer som efter insjuknandet behandlades med antikoagulantia i tablettform. Riksgenomsnitt = 30%. Källa Riks-Stroke.

Även om antikoagulationsbehandling har bevisad effekt är det svårt att jämföra kvaliteten mellan enheterna i figuren ovan. Det kan finnas olika strategier för behandling i de allra äldsta åldersgrupperna och registret saknar möjlighet att jämföra olika åldersgrupper.

Även för annan medicinering är skillnaderna stora. Kolesterol-sänkande behandling med statiner har visat sig kunna förebygga återfall särskilt hos högriskpatienter och användningen visas i figuren nedan. Men behandlingen är under debatt framförallt vilken strategi som skall tillämpas i olika åldersgrupper.

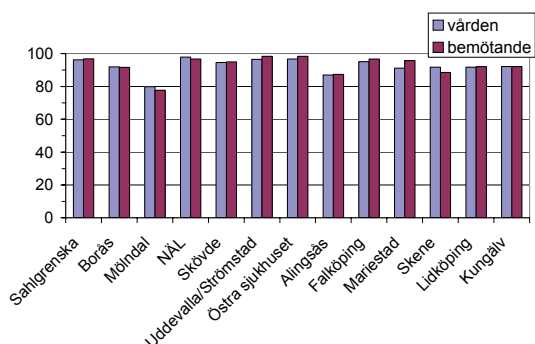


Figur H-18. Andel patienter som vid utskrivningen behandlades med lipidsänkare. Källa Riks-Stroke.

Skillnaden i användning mellan den lägsta och högsta användningen är nära femfaldig.

En av de viktigaste behandlingarna för att förhindra stroke är blodtrycksbehandling. Riks-Stroke redovisar inte sådana data. Däremot redovisar man användning av olika typer av blodtrycksbehandling och det är tydligt att det finns mycket olika strategier när det gäller olika preparat.

Riks-Stroke redovisar flera mått på patientnöjdhet. I figur H-19 ges exempel på detta.



Figur H-19. Andel av patienter med stroke som är nöjda/mycket nöjda med vård och bemötande under vården 2005. Värden för riket är 93 respektive 94%. Källa Riks-Stroke.

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. Det gör det återigen svårt att dra slutsatser om skillnader från denna bild.

[www.riks-stroke.org.se](http://www.riks-stroke.org.se)

#### 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 under uppbyggnad med förändringar av variabler. Detta tillsammans med brister i täckningsgraden och framförallt fullständigheten i rapporteringen begränsar användningen för jämförelser mellan sjukhus och över tid.
- Registreringen i Riks-Stroke är resurskrävande för verksamheterna. Trots det är det svårt att enbart från registerdata bilda sig uppfattning om kvalitén för enskilda enheter.
- Data är i fortfarande i första hand lämpade för verksamheter i deras eget uppföljningsarbete.
- Även om data för enskilda enheter inte kan jämföras utan särskild riktad analys de lämpar de sig väl för underlag för beställar/utförardialog kring utfall.
- Registret är öppet för flera viktiga indikatorer men flera är fortfarande inte tillgängliga.

## Nationella kvalitetsregistret Svenskt Bräckregister

Det är vanligt med ljumskbräck. Varje år utförs ca 20 000 operationer i Sverige. Bland vuxna män är detta det vanligaste kirurgiska ingreppet i Sverige. Ungefär var fjärde man i Sverige har eller har haft ljumskbräck. I de allra flesta fall är operation den bästa behandlingen. Återfallsbräck drabbade tidigare upp emot 20% av de opererade opererade patienter. Dagens operationsmetoder har medfört en stark minskning av frekvensen återfallsbräck och 1992 skapades det nationella kvalitetsregistret.

Svenskt Bräckregister innehåller uppgifter om ljumskbräcksoperationer hos personer som är 15 år och äldre. Idag deltar över 90 kliniker i registret vilket motsvarar cirka 95 % av landets ljumskbräckskirurgi. En databas med detaljerade uppgifter på mer än 100 000 bräckoperationer har byggts upp.

Registret administreras av kirurgkliniken, Östersunds sjukhus.

Varje opererat bräck som är noterat i bräckregistret följs, från tiden för bräckoperationen framåt i tiden, tills en ny bräckoperation (en omoperation) i den opererade ljumskan eventuellt utförs. Med dessa data som grund kan risken att åter opereras för ett bräck i samma ljumskan beräknas i förhållande till tiden efter den första bräckoperationen, den kumulativa omoperationsincidensen. Orsaker till omoperation är framförallt nytt bräck 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 bräck men det man av praktiska skäl jämför är hur många som verkligen opereras för sitt återfall.

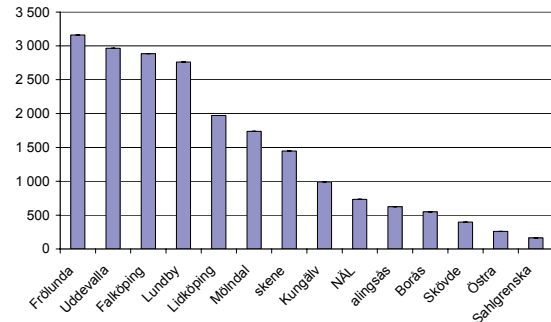
För patienter opererade 1992-2005 var risken för omoperation 3,3% i Sverige medan den var 4,2 i VGR. Risken för återfall har således varit en procentenhet högre vid operation i VGR. Jämfört med de allra bästa landstingen är risken för att behöva en ny operation väsentligt högre vid operation i VGR.

Registret är öppet och alla deltagande sjukhus redovisar sina resultat som kan nås via bräckregistrets hemsida [www.svensktbrackregister.se](http://www.svensktbrackregister.se).

### Resultat

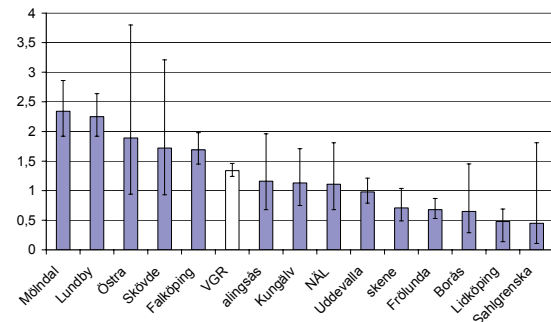
Antalet registrerade operationer varierar mellan sjukhusen. Det beror dels på att de utfört olika många operationer, dels hur länge de deltagit i

registret. Bilden nedan visar antalet registrerade operationer.



Figur H-20. Antal registrerade bräckoperationer i Svenskt Bräckregister under perioden 1992-2005.

Figur H-21 nedan visar relativ risk för ny operation. Det innebär risk genomfört med ett genomsnittligt svenskt resultat.



Figur H-21. Relativ risk för omoperation av ljumskbräck inom fem år med konfidensintervall (95%). Risk för riket = 1,0.

En risk på två innebär dubbelt så stor risk att behöva ny operation som vid ett genomsnittligt svenskt sjukhus. Risk för omoperation efter operation i t.ex. Lidköping är hälften av den genomsnittliga i Sverige = 1,6%.

Resultaten har förbättrats med tiden vilket i viss utsträckning kan påverka redovisningen. Sjukhus som startat registreringen sent redovisar inte tidigare, eventuellt sämre resultat. Det tar också lång tid att få genomslag på förbättring av indikatorn fem-årsresultat. Den statistiska analysen i bräckregistret är dock kvalificerad. Jämförelsedata jämförs för ålder, kön, andel akuta operationer och när operationen gjordes för det sjukhus för vilket risken bedöms. Även om registret ger väsentliga kvalitetsdata för de flesta opererande kliniker i Sverige så påverkas resultatet av om det finns skillnader i tillgänglighet mellan kliniker och områden. Man bör också beakta att det kan vara olämpligt att jämföra resultatet mellan t.ex. SU/Sahlgrenska där operationerna i 75% av fallen är akuta med resultatet från SU/Mölndal där endast ca 5% är akuta.

Omoperation av ljumskbråck är en av indikatorerna i projektet "Öppna jämförelser" och resultaten som redovisas här har sammanställts tidigare<sup>45</sup>.

<sup>45</sup> Uppföljning av resultat från "Öppna Jämförelser", VGR 2007.

#### *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.

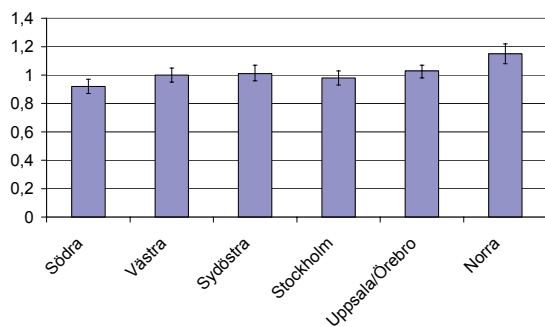
## Svenskt NjurRegister (SNR)

Dialysvård är en livsuppehållande behandling för patienter med otillräcklig njurfunktion. Det rör sig om, ca 3 400 i Sverige varav ca 590, i VGR. Av dessa har ca 460 (78%) s.k. bloddialys som ges med en dialysmaskin, vanligen på en dialysavdelning. De resterande 22% av patienterna behandlas med så kallad peritonealdialys där patienten behandlar sig själv i hemmet. Även om det är relativt få patienter så är kostnaderna per patient mycket höga. Det finns ingen kostnadsberäkning för denna behandling i VGR men totalt kan kostnaden för vården av bloddialyspatienter i VGR skattas till nära 300 miljoner kronor per år. Till dessa kostnader kommer kostnader för s.k. peritonealdialys.

Antalet patienter i dialysbehandling har fördubblats sedan 1992. Antalet nya patienter i dialys är dock 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.

Dialysvården har en lång tradition av att använda nationella kvalitetsregister. Svenskt register för aktiv uremivård (SRAU) var ett register över patienter i dialys och deras behandlingsform. Senare har tillkommit svensk dialysdatabas (SDDDB), som innehåller kvalitetsdata för dialysbehandlingarna. Från och med 2007 har båda register lagts samman till ett samlat register - Svenskt NjurRegister. Det nationella diabetesregistret är också av betydelse för njursjukvården eftersom kvaliteten i diabetesbehandlingen har betydelse för uppkomsten av njursvikt.

Njurregistreren har endast redovisat vissa data öppet per sjukvårdsregion. För första gången publicerade njurregistreren dödlighet uppdelat per region 2006. Inga data redovisas dock per landsting eller mindre områden såsom sjukhus.



Figur H-22. Relativ risk för död i dialys per region, 1991-2005. Med 95% konfidensintervall. Riket=1,0

Risken för död i dialys är densamma i Västra sjukvårdsregionen (VGR+Halland) som i Sverige som helhet, medan risken är 8% lägre för den södra sjukvårdsregionen. Dessa data speglar inte aktuell situation utan det samlade resultatet sedan 1991. Som exempel på den höga dödligheten i dialys kan nämnas att sannolikheten för överlevnad i fem år för en 70-årig kvinna som startade dialys 2001 var 23%.

Registret ger också data på prognos efter njurtransplantation. Där är risken för död i VGR är 14% lägre än riksgenomsnittet

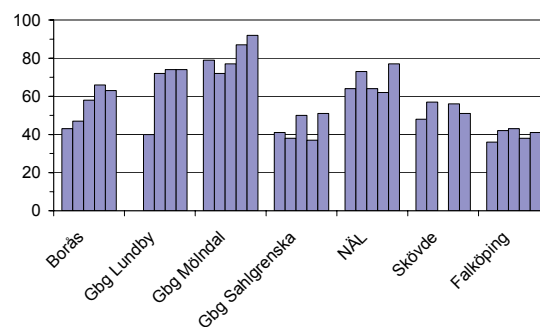
I registret finns ett flertal data om kvalitet i dialysbehandling. Vissa variabler är korrelerade till prognos för patienten och risk för komplikationer. Vid jämförelse av enheter är det viktigt att beakta patientsammansättningen. De sjukhusanknutna enheterna tar oftast hand om patienter som startar 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.

## Täckningsgrad

Täckningsgraden är sannolikt mycket god. Registreringen gäller de patienter som är i behandling just vid insamlingstidpunkten som är en gång per år.

Tabell H-4. Antal registrerade hemodialyspatienter i kvalitetsdatabas

år	2002	2003	2004	2005	2006
antal	311	369	364	420	454

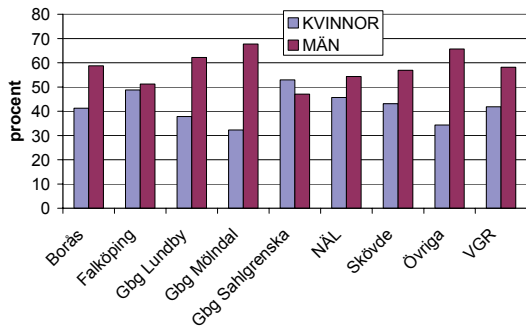


Figur H-24. Antal registrerade hemodialyspatienter per enhet registrerade i kvalitetsdatabas. Staplarna är år 2002-2006

Den största enheten är SU/Mölndal. Skene dialysenhet redovisar tillsammans med Borås.

Det är vanligare med män i hemodialys.



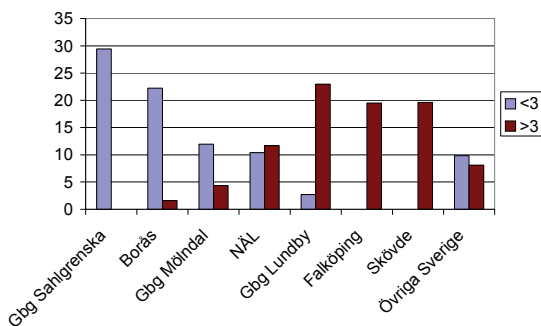


Figur H-24. Andelen kvinnor respektive män i hemodialys per enhet.

Skillnaden mellan könen är mindre i VGR än i övriga Sverige.

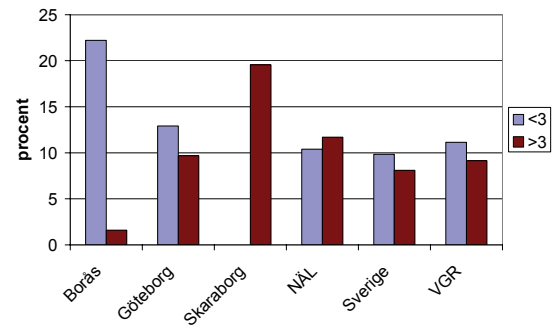
### Registerdata

Registret innehåller ett flertal mått som kan stämmas av mot nationella värden och vedertagna riktlinjer och här ges några exempel. Ett mått är antalet behandlingar per vecka. Normalt rekommenderas tre behandlingar eller fler per vecka men för patienter med kvarvarande njurfunktion tillämpas ibland två behandlingar. Långa resvägar kan också göra att patienten istället föredrar två längre behandlingar. Men fler behandlingar har ett medicinskt värde i sig utöver den sammanlagda tiden per vecka.



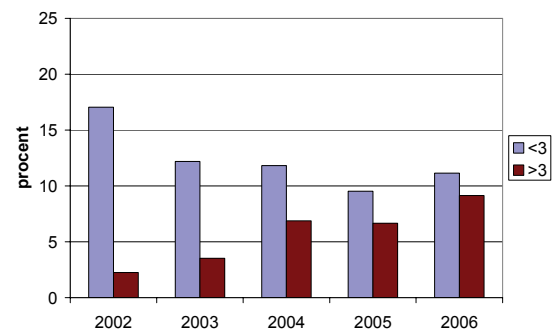
Figur H-25. Andelen (%) av patienterna som får färre eller fler än tre dialyser per vecka 2006.

Bilden visar en betydande regional variation. För en jämförelse har enheterna i varje region redovisats samlat i bilden nedan.



Figur H-26. Andelen (%) av patienterna som får färre eller fler än tre dialyser per vecka 2006.

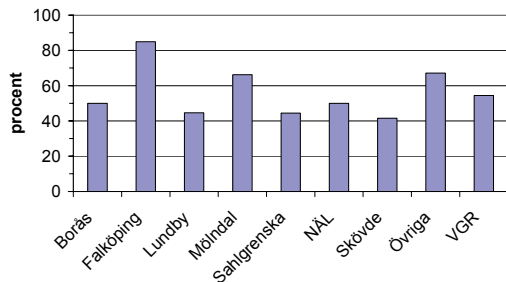
I Skaraborg får inga patienter färre än tre dialyser per vecka. I Borås är benägenheten att ge färre än tre dialyser per vecka störst. För både VGR och riket har setts en utveckling mot att andel som får färre än tre dialyser per vecka minskar. Om norrlandslänen, med långa resavstånd, exkluderas i data för övriga Sverige i figuren ovan så får ca 7% färre än tre dialyser per vecka. Motsvarande tal för VGR är 11%.



Figur H-27. Andelen (%) av patienterna i VGR som får färre eller fler än tre dialyser per vecka 2006.

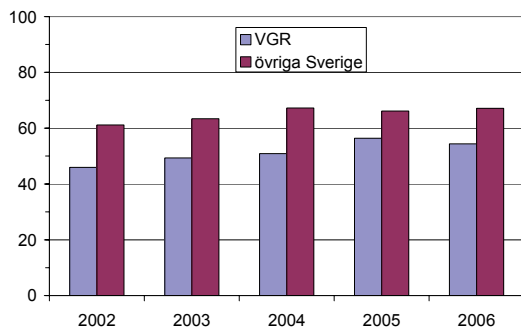
Figuren ovan visar den minskande tendensen för färre dialyser och en trend mot fler dialyser per vecka.

Mängden dialys skall anpassas efter patientens behov. Behovet kan bero på om det finns viss njurfunktion kvar och på patientens vikt. En stor man behöver mycket mer än en liten kvinna. Mängden dialys kan bl.a. anpassas genom antal dialyser per vecka, pumphastighet och tid per dialyspass. Ett mått för hur mycket behandling man ger en patient är hur mycket urinämnet i blod sjunker per behandling. I nya nationella riktlinjer fastställda av Svensk Njurmedicinsk Förening i år anges som måttal att urinämne i blod skall minska med >70% vid varje dialys. Det finns en rad faktorer som påverkar om man når måttalet. Här ingår även patientens önskan om behandlingstidens längd.



Figur H-28. Andel av hemodialyspatienter med tre dialyser per vecka som uppnår behandlingsmålet ureasänkning >70%. Övriga= Sverige exkl. VGR.

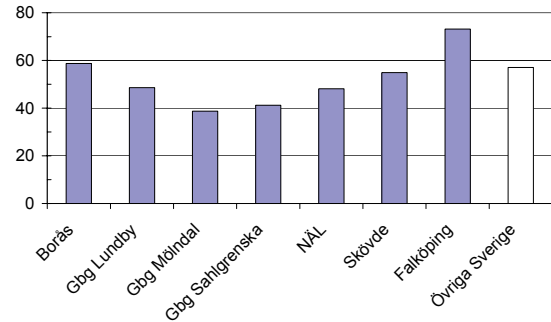
VGR har här sämre grad av målpuffyllelse än riket. Det är endast enheterna i Mölndal och Falköping som överträffar riksgenomsnittet. Riktlinjerna är nya varför verksamheterna inte kunnat anpassa sig till dessa men de ger ändå en uppfattning om hur enheterna förhåller sig till varandra och till riket i levererad dialysmängd. Skillnaderna skulle se liknande ut om det gamla måltalet, 65%, använts.



Figur H-29. Andel av hemodialyspatienter med tre dialyser per vecka som uppnår behandlingsmålet ureasänkning >70%. Övriga= Sverige exkl. VGR.

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 varje gång. Det ger färre komplikationer och patienten behöver inte besväras av kvarliggande katetrar. Dessa 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.

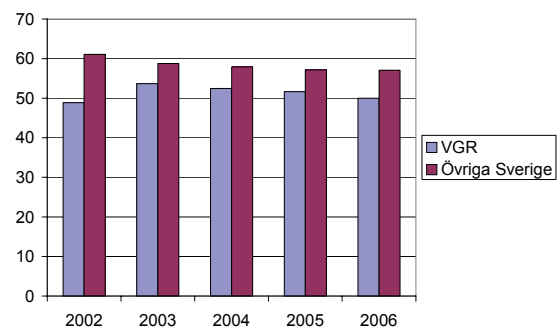
I vilken utsträckning patienter har en sådan beror bland annat av operationskapacitet, hur ofta operationen lyckas och hur handhavandet sedan är.



Figur H-30. Andel av blodialyspatienter som får sin behandling via en s.k. AV-fistel 2005.

Falköping och Borås har värden högre än riksgenomsnittet och det sammantagna värdet för Skaraborgsenheterna är högst i regionen.

Skillnaden mot Sverige visas i figur H-31.



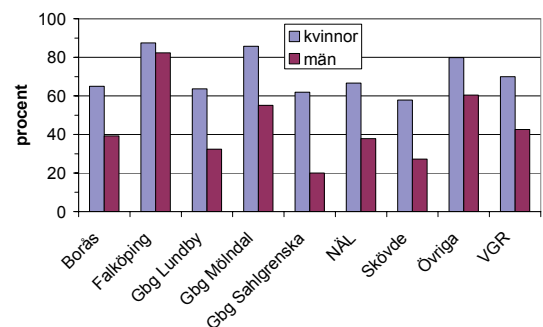
Figur H-31. Andel av blodialyspatienter som får sin behandling via en s.k. AV-fistel 2005.

VGR som helhet ligger under riksgenomsnittet.

Här har endast visats några basala uppgifter. Registret redovisar i övrigt en stor mängd data såsom t.ex. behandlingsmål blodvärde, kalk-fosforbalans.

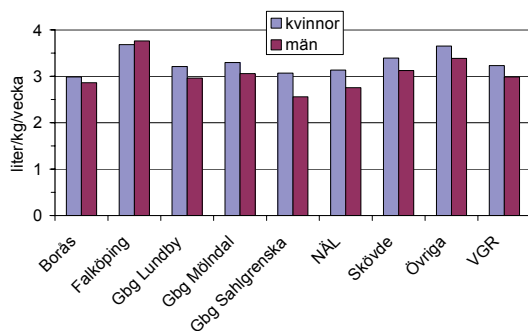
### Könsskillnader i behandlingseffektivitet

Data har inhämtats över hur väl behandlingsmål för dialyseffektivitet har uppnåtts för män och kvinnor.



Figur H-32. Andel av blodialyspatienter som uppnår behandlingsmålet ureasänkning vid dialys mer än 70%. Endast patienter med tre dialyser per vecka 2006.

Figuren visar att kvinnor i högre grad än män uppnår behandlingsmålet för dialyseffektivitet. Det är endast Falköpingsenheten som överträffar genomsnittet i övriga Sverige. Varför det är sådan skillnad mellan könen är oklart. En förklaring kan vara att män har större kroppsvikt och därmed ett större dialysbehov som kan vara svårt att tillgodose. Men även med statistisk beaktande av kroppsvikt så kvarstår skillnaden att män mer sällan uppnår behandlingsmålet. Andelen med bra tillgång till blodbanan i form av fistel skulle kunna påverka men skillnaden mellan könen är liten. Av kvinnorna har 47% dialys via fistel och 52% av männen. Skillnaden kan noteras redan i ordination av dialys där männen ordinerar mindre dialys i förhållande till sin kroppsstorlek.



Figur H-33. ordinerad behandlad blodvolym, liter/kg kroppsvikt/vecka. 2006.

Denna skillnad mellan könen skiljer inte mellan VGR och riket. Minst könsskillnad noteras för Falköpingsenheten som kan vara ett tecken på god individualisering av behandlingen.

### Öppenhet

Såväl SRAU som SDDB redovisar data per sjukvårdsregion men data för enskilda kliniker offentliggörs inte. VGR redovisas som en del av den västsvenska sjukvårdsregionen som också innehåller Halland. Sektorsrådet för njursjukvård redovisar liksom föregående år sina data per klinik i denna rapport.

#### Kort om hemodialys

- De nationella kvalitetsregister som finns för njursjukvården i regionen har en god täckning av patienterna. Registren är av stort värde för enskilda kliniker men också för planering av dialysvårdens resursbehov framöver.
- Det är vanligare i VGR än riket med färre än tre dialyser per vecka. Levererad dialysmängd per behandling är oftast mindre än i Sverige och de flesta enheter ligger under riksgenomsnittet i dialyseffektivitet. Dessa skillnader kvarstår väsentligen oförändrade från förra årets rapport
- Tillgång till blodbanan för dialys med så kallad AV-fistel är ett viktigt kvalitetsmått. Här kvarstår de problem som påvisades i förra årets rapport
- Män uppnår nya behandlingsmål för dialyseffektivitet i mindre utsträckning än kvinnor.

## Rikshöft

Höftfraktur drabbar i övervägande grad äldre personer på grund av ökande benskörhet och falltendens. En höftfraktur under 50 års ålder är ovanligt. Frakturerna hos de yngre beror vanligen på större våld såsom trafikolyckor och fall från höjder, medan hos de äldre fall på golvet vid uppresning från stol eller vid gående över golvet är det vanligaste. I föreliggande analys har därför enbart patienter från och med 50 års ålder inkluderats.

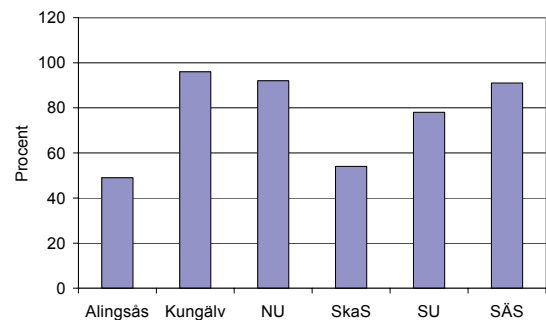
Osteoporos (benskörhet) är vanligt förekommande hos patienter med höftfraktur. Osteoporos och frakturer hos äldre är ett ökande problem. Varannan svensk kvinna vid 50 års ålder prognostiseras få någon fraktur under sitt återstående liv. Problemet med osteoporos och benskörhetsfrakturer får sin största konsekvens i samband med höftfraktur. Vid 50 års ålder är risken 23% för kvinnor och 11% för män att framöver ådraga sig en höftfraktur. Höftfraktur tillhör de mest vårdkrävande grupperna inom sjukvården. Alla dessa patienter behöver operation och sjukhusvård. De konsumerar 25% av samtliga ortopediska vård dagar. Trots minskade vårdtider de senaste decennierna åstadkommer den ökande mängden höftfrakturer att detta inte ändrats. Höftfrakturer inklusive rehabilitering kostar 1,5 miljarder kronor årligen.

### Täckningsgrad

Med början under år 2005 och fortsatt under 2006 har Rikshöft övergått till ett nytt web-baserat registreringssystem. Detta har inneburit att 2005 års data har fått ställas samman från flera registreringssystem. I denna första omgång med öppna jämförelser på sjukhusnivå måste värdena bedömas med försiktighet då möjlighet alltid finns för att inkompleta data bearbetas med tanke på att de inför denna rapport förts samman från tre olika registreringssystem. Samtidigt är tabellen avsedd att medvetandegöra klinikerna och befrämja kompletteringar.

Under den gångna perioden har det gjorts ökade insatser från Rikshöft för att öka antalet deltagare och majoriteten av landets sjukhus deltar nu. Flertalet resterande sjukhus startade registrering i den nya web-applikationen för Rikshöft när den blev tillgänglig under 2005. Rikshöft omfattar registrering av hela vårdkedjan under de första fyra månaderna efter frakturen. Dessa data finns inte tillgängliga i några andra registreringssystem inom sjukvården. Att samla in fyramånadersresultaten kräver extra arbetsinsats för de deltagande enheterna. Vissa enheter deltar ännu inte i denna del på grund av personalbrist. Registreringen ökar dock successivt.

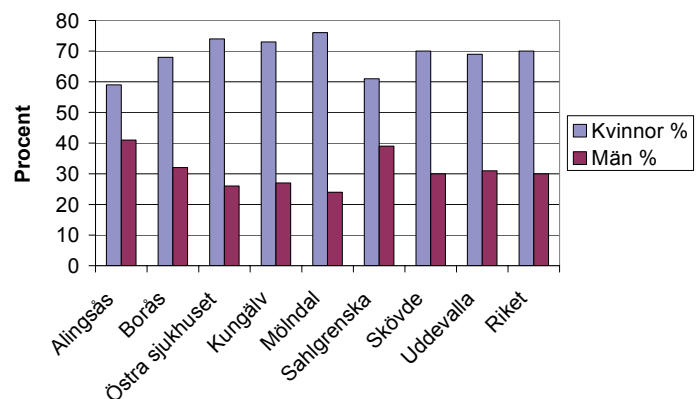
Västra Götalandsregionen uppvisar en varierande andel registrerade patienter med höftfraktur i Rikshöft av totalt registrerade patienter med höftfraktur i regionens vårddatabas Vega. De opererande enheterna motsvarar inte alltid utskrivande enhet. Täckningsgraden visar därför förvaltningsnivå i figur H-34 Alingsås och SkaS uppvisar den lägsta täckningsgraden på 49% respektive 54%. Kungälv har en täckningsgrad på 96%. Samtliga förvaltningar deltar men det återstår att utveckla täckningsgraden. Patienter med höftfraktur som får totalprotes registreras i Rikshöft men också i Svenska höftprotesregistret.



Figur H-34. Andelen vårdtillfällen som är registrerade i Rikshöft 2005 av antalet vårdtillfällen i Vega

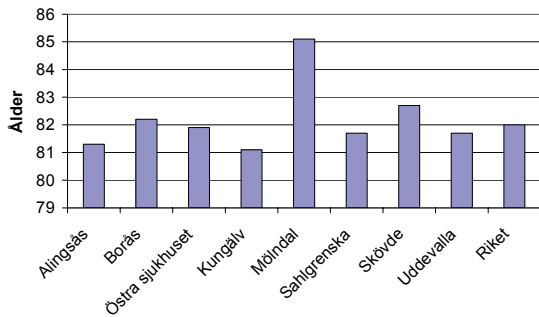
### Resultat

Analysen utgörs av 2005 års registerdata. Patienterna utgörs till 70% av kvinnor och 30% av män i riket. Västra Götalandsregionen fördelar sig följande där skillnaden är lägst mellan kvinnor och män på Alingsås lasarett med 41% kvinnor och 59% män.



Figur H-35. Andelen kvinnor respektive män

Medelåldern uppgår nu till 82 år i riket vilket gäller även för Västra Götalandsregionen med undantag för något högre medelålder på SU-Mölndal, där patienterna har något högre medelålder, 85,1 år.

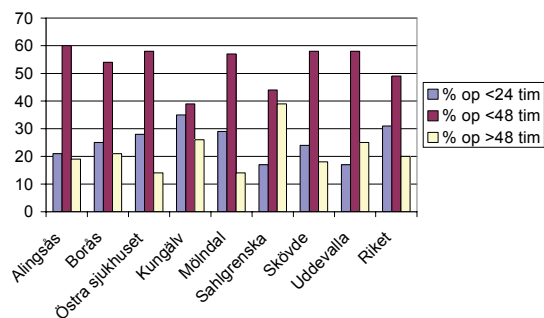


Figur H-36. Medelålder

Hälften (48%) av patienterna är ensamboende i riket. Det föreligger en lätt tendens till minskat ensamboende under de senaste åren. Regionen ligger något lägre på samtliga sjukhus med undantag för SU-Sahlgrenska och Skövde som följer riket.

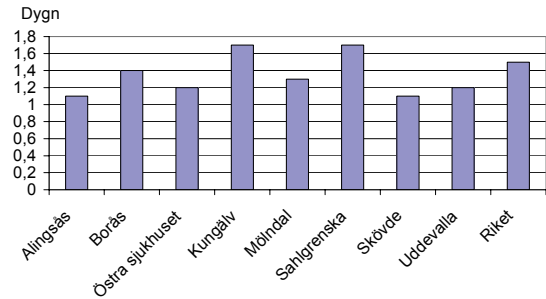
God smärtlindring och förkortad tid från ankomst till utförandet av operationen motverkar komplikationer som trycksår och befrämjar rehabiliteringen. Det är viktigt att dessa äldre inte passiviseras och förlorar sin tidigare funktionsnivå. Direkt efter operation får patienten börja belasta benet och gångträna.

Statistik över väntetid till operation är något osäker då den endast registrerats som hela dygn. Från 2006 finns möjlighet att registrera väntetid i timmar. Västra Götalandsregionen fördelar sig följande. Minst antal opererande inom 24 timmar och totalt inom 48 timmar uppvisar SU-Sahlgrenska. Regionens samtliga sjukhus bör sträva efter att korta ned väntetiden för operation.

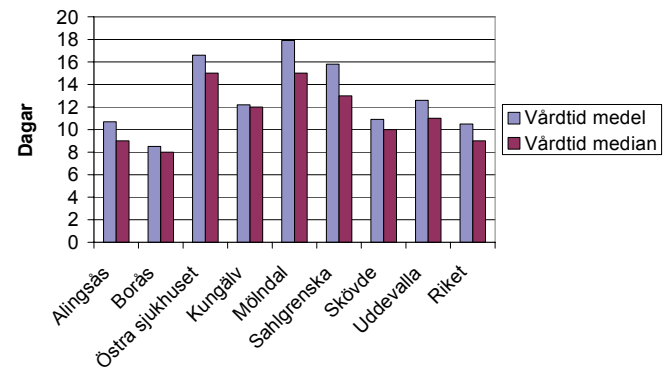


Figur H-37. Andelen patienter som opereras &lt;24 tim, &lt;48 tim respektive &gt;48 tim

Väntetiden från ankomst till sjukhuset till operation har ökat senaste åren och ligger år 2005 på medelvärde 1,5 dag i riket. SU-Sahlgrenska och Kungälv ligger över riket och övriga under.



Figur H-38. Medelväntetid till operation för höftfraktur. Indikatoren ingår i Öppna jämförelser.

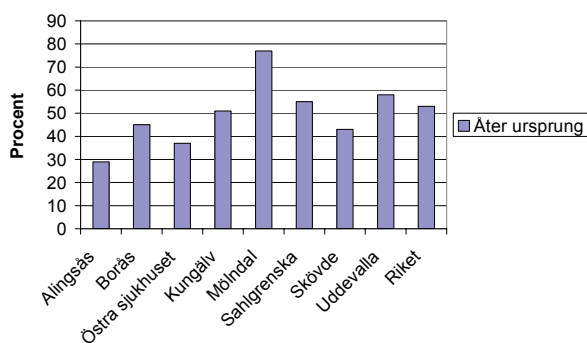


Figur H-39. Medel och medianvårdtid

Medelvårdtiderna på de opererande klinikerna har successivt sjunkit under flera decennier.

Medelvårdtiden 2005 var 10,5 dagar och medianvårdtiden 9 dagar i riket. Medelvårdtiderna var högst på SU-Mölndal (17,9 dagar) följt av SU-Östra och Sahlgrenska i region medan de var lägst i Borås (8,5 dagar) i Rikshöfts registrering. Medianvårdtiderna följer medelvårdtidernas variation men är lägre då de inte påverkas av enstaka patienter med extra lång vårdtid, utan anger mittpunkten i vård dagsspektrat med hälften av patienterna på vardera sidan.

Vården har successivt förbättrats med nya operationsmetoder och direkt belastning efter operation. En stor andel av patienterna kan återgå till sin tidigare boendeform och målet är att de skall återfå den funktionsnivå och hälsorelaterade livskvalitet som de hade före frakturen. Från Alingsås lasarett var procentandelen utskriven till ursprung lägst (29%) medan den var högst på SU-Mölndal (77%). Det finns bland regionerna tendens till ett samband där kortare medelvårdtider leder till lägre procentandel utskriven till sitt ursprung och omvänt.



Figur H-40. Andel åter till ursprungligt boende

### Utveckling

På begäran av många enheter som haft utvecklingsprojekt kring infektioner har nu även djup och yttlig sårinfektion lagts till som parametrar i webbregistreringen. För att mäta patienttillfredsställelse och hälsorelaterad livskvalitet har även livskvalitetsinstrumentet EQ-5D börjat användas. I det nya webbaserade registreringssystemet för Rikshöft finns det möjlighet att registrera EQ-5D, både avseende tillståndet före frakturen och vid fyramånadersuppföljningen. På detta sätt kan det av patienten självskattade behandlingsresultatet jämföras med livskvalitetsnivån före höftfrakturen.

#### Kort om rikshöft

- Rikshöft är ett viktigt instrument för kvalitetsutveckling av höftfrakturvården. Det finns brister i täckningsgraden.
- VGR har generellt längre vårdtider än riket. Men kortare medelvårdtider leder till lägre procentandel utskrivna till ursprungligt boende: Vårdtiderna vid SU är dubbelt så långa som i Borås.
- VGR har längre väntetid till operation än riket (indikator Öppna jämförelser). Det beror på de långa väntetiderna vid SU/Sahlgrenska medan flertalet av VGRs övriga sjukhus har bättre resultat än riket

## Skadeanmälningar till patientförsäkringen

### Om landstingens patientförsäkring 2006

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.

Men det är bara 43 % av de patienter som anmäler skada till försäkringen, som faktiskt får ersättning. Patientskadelagen säger nämligen 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. Det är också viktigt att notera att statistiken från LÖF inte är en sammanställning av felaktiga behandlingar. Även oväntade och allvarliga komplikationer kan ersättas. Skillnader mellan vårdgivare kan bero på skillnader i komplikationsfrekvens men också på ett aktivt förhållningssätt där man informerar patienten om möjligheter till ersättning, vilket kan ge en högre skadefrekvens.

År 2006 anmäldes totalt 9 560 skador till landstingens patientförsäkring. Detta är en treprocentig ökning från 2005. De senaste fem åren har antalet anmälningar legat stadigt på en nivå runt 9 000 per år. 2005 och 2006 har dock kurvan börjat peka svagt uppåt.

Tabell H-5. Anmälningar i genomsnitt per år 2001-2005\*

Specialitet	Antal per år	Antal %	Kostnad %
Ortopedi	1 700	19	23
Kirurgi	1 100	12	12
Kvinnokliniker	650	7	26
Primärvård	900	10	7
Tandvård	1060	12	2

Vanliga skador som anmäls till försäkringen är infektioner, skador på skelett och leder inklusive proteser, skador på kärl och nerver, smärtillstånd, blödningar och tryckskador. Skador inom ortopedi, kirurgi och verksamheter med stora operationsvolymer anmäls mest.

Under 2006 betalades det totalt ut ca 320 miljoner kronor i ersättningar till patienter. De vanligaste ersättningsbeloppen ligger under 20 000 kronor.

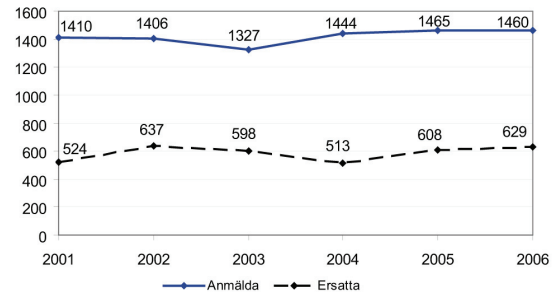
LÖF:s statistik är unik. Den bygger på patienternas egna rapporter om vad som har hänt. Den är oberoende av vårdpersonalens rapportering. Dess volym av anmälda och utredda skador är större än något annat system i Sverige.

Materialet ger den bästa överblicken av inträffade skador inom svensk sjukvård. Fler analyser av materialet leder till större lärande inom sjukvården. Rutiner och system kan ändras så att samma sak inte inträffar igen.

### Västra Götalandsregionens anmälningar

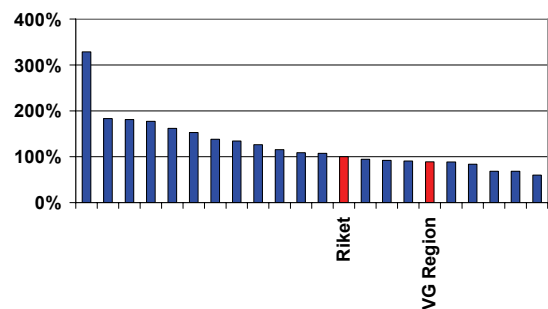
Det totala antalet anmälningar var 1 460 för 2005. Det är ca 15% av anmälningarna i landet. Det innebär att antalet anmälningar är ca 10% mindre än genomsnitt för riket.

Figur H-41. Antal anmälda och ersatta skador hos patientförsäkringen 2001-2006



Antalet anmälda skador är det faktiska antal anmälningar som inkom respektive år. Ersatta skador är det antal ersättningsbeslut som PSR Personskadereglering har tagit det året.

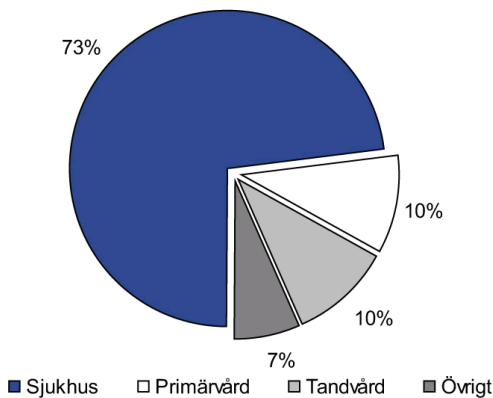
Antalet anmälda och ersatta fall varierar mellan landstingen. VGR har något lägre tal än riksgenomsnittet. Förhållandet mellan VGR och övriga landsting för primärvård visas i nedanstående bild.



Figur H-42. Kvoten av landstingens andel av det totala antalet ersatta skador inom primärvård (00-06) och dess befolkningsandel: Västra Götaland



### Anmälningar 2001-2006 uppdelade efter verksamhetsområde



Figur H-43. Andelen anmälningar som ersatts och avböjts 2001-2006

Sjukhusen svarar för den största delen av anmälningarna till patientskadeförsäkringen.

En liten del av de anmälda skadorna leder till bestående men. Tabellen nedan visar dessa för VGR. Det är viktigt att notera att detta inte innebär statistik över felaktig behandling. Ett viktigt kriterium är att skadan varit undvikbar. Det vill säga om till exem-

pel operationen eller medicineringen gjorts på ett annat sätt.

Tabell H-6. Undvikbara dödsfall och invaliditeter. Beslut fattade av PSR 2002-2006

2002-2006	Bestående men	Invaliditet	Grav invaliditet	Dödsfall
Sjukhus	962	70	54	44
Primärvård	98	13	5	12
Tandvård	119	0	0	0
Övrigt	44	2	2	3
<b>VG Totalt</b>	<b>1 223</b>	<b>85</b>	<b>61</b>	<b>59</b>

Statistiken från patientskadeförsäkringen är ett viktigt underlag för patientsäkerhetsarbetet. Uppgifter återkopplas rutinmässigt till verksamhetschefer och chefläkare. Data planeras ingå i projektet Öppna jämförelser.

Arbete kring patientsäkerhet bedrivs framförallt lokalt i respektive förvaltning, nära där vården sker. Under 2006-2007 har frågan om regional samordning av patientsäkerhet aktualiserats. Ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet är under utarbetande. Ett arbete har startats med utformande av indikatorer i vilka ingår patientsäkerhet.

Tabell H-7. Antal anmälda skador på urval av verksamheter 2001-2006

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Alingsås lasarett	21	30	27	23	23	23
NU-sjukvården*	158	167	166	148	155	155
Kungälv's sjukhus	20	31	28	38	29	41
Sahlgrenska universitetssjukhuset	513	492	444	468	503	500
Skaraborgs sjukhus**	150	169	140	204	155	152
SÄ***	151	139	140	117	114	140
Primärvård	146	135	156	135	148	137
Tandvård	119	119	126	172	178	165
Övrigt****	96	79	60	107	122	96

\* = Strömstads sjukhus, Lysekils sjukhus, Dalslands sjukhus, Norra Älvsborgs länssjukhus och Uddevalla sjukhus.

\*\* = Kärnssjukhuset Skövde, sjukhuset i Falköping, sjukhuset i Lidköping och sjukhuset i Mariestad.

\*\*\* = Borås lasarett och Skene lasarett.

\*\*\*\* = I övrigt ingår bl.a. privata vårdgivare med avtal med landstinget och vissa sjukhem.

#### Notering till statistiken

Ungefär 3 % av anmälningarna för 2006 har ännu inte registrerats i statistiken i denna sammanställning. Denna eftersläpning är en effekt av PSR Per-

sonskadereglerings bokföring av anmälningar runt årsskiftet. Siffrorna för 2006 borde alltså räknas upp med 3% för att bli jämförbara med tidigare år. Det slutliga värdet för år 2006 redovisas istället i januari 2008.

## Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet, RTG och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSN

### Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Göteborg

Socialstyrelsens regionala enhet i Göteborg har Västra Götalandsregionen och Halland som arbetsområde. Enheten för löpande statistik över inkomna ärenden och gör en årlig samlad bedömning över de iakttagelser som gjorts i tillsynsarbetet av hälso- och sjukvården<sup>46</sup>. Socialstyrelsen redovisar ingen större förändring av antalet inkommande ärenden för 2006.

Tabell H-8. Inkomna ärenden till Socialstyrelsens regionala enhet. Källa: Socialstyrelsen.

Typ av ärende	2002	2003	2004	2005	2006
Lex Maria *	138	141	102	152	198
Klagomål verksamhet	109	107	153	137	143
Klagomål individ	65	68	45	64	64

\* Antalet Lex Maria anmälningar kan inte användas som ett kvalitetsmått för jämförelser mellan enheter eller landsting eftersom benägenheten att anmäla varierar

Det är fortfarande ett problem med underrapportering av Lex Mariahändelser. Den ökning som ses för Lex Maria ärenden är en följd av den utvidgade anmälningsskyldigheten för självmord. Antalet rena tillsynsärenden har under samma period ökat med 7% (från 658 till 706).

Socialstyrelsen redovisar ett antal problemområden i tillsynsarbetet:

- för de patientgrupper (äldre personer och personer med fysiska och psykiska funktionshinder) som har behov av flera vårdorganisationer (sjukhus, primärvård, kommunal vård och hemtjänst) föreligger brister i vårdplanering och samordning
- det finns fortfarande brister i läkarmedverkan inom kommunernas hälso- och sjukvård, speciellt avseende vårdplanering samt insatser under jourtid. Särskilt inom primärvården i Göteborg.
- Tillgång på läkare och sjuksköterskor har förbättrats men det finns fortfarande vakanser framförallt inom de psykiatriska verksamheterna
- Det föreligger långa väntetider framförallt inom ortopedin
- Systemen för avvikelshantering visar brister, framför allt vad gäller återrapportering till personalen. Bristerna är mest påtagliga inom primärvården

<sup>46</sup> Verksamhetsberättelse 2006. Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Göteborg

- Det systematiska kvalitetsarbetet har utvecklats på många enheter men visar fortfarande brister
- Arbete med systematisk händelse och riskanalys har påbörjats och en utveckling sker vid samtliga akutsjukhus
- Många journalförstöringsärenden rör försäkringsfrågor
- Användningen av medicintekniska produkter utgör ett riskområde som kräver tillsynsinsatser
- Insatser behövs för att förbättra tandhälsan för eftersatta gruppers problem

I ett antal enskilda anmälningar och skrivelser från personal till Socialstyrelsen i Göteborg beskrivs efter omstruktureringen av ortopedin stora brister i tillgänglighet och omhändertagande av ortopediska patienter. Socialstyrelsen har därför öppnat ett tillsynsärende för att följa situationen.

Socialstyrelsen uppmärksammar också att det fortfarande är ovanligt att medicinska utredningar görs på personer med inkontinensproblem inom särskilda boenden. De få utredningar som genomfördes vände sig i första hand till män med problem med prostata. Fortfarande var den vanligaste behandlingen blöjor. Det regionala vårdprogrammet var okänt för flertalet av de granskade enheterna.

Under året har 13 individer anmälts till HSN av Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet. Ingen anmälan har gjorts till åtal.

### HSN

HSN konstaterar i sin årsredovisning för 2006<sup>47</sup> att en mycket hög andel av anmälningarna från Socialstyrelsen regelmässigt leder till bifall medan huvuddelen av anmälningarna från patienter/anhöriga inte leder till någon åtgärd. HSN har under året återkallat 41 legitimationer, varav två enligt yrkande från regionala tillsynsenheten i Göteborg. Nationellt har skett en ökning av återkallelse av legitimationer för sjuksköterskor/barnmorskor. Av de anmälda personalkategorierna var 66% läkare, 12% sjuksköterskor och barnmorskor samt 4% tandläkare.

<sup>47</sup> HSN Årsredovisning 2006

Antalet avgjorda ärenden för 2006 var 4 041 varav 26% överklagades. Under 2006 avgjordes 744 domar i länsrätt och kammarrätt, av dessa återförvisades eller ändrades 57 st eller 8%. Det innebär att i 9 av 10 fall så fastställdes beslutet från HSAN.

Andelen anmälningar till HSAN är i förhållande till den totala volymen av vårdkontakter försvinnande få. Fler kvinnor än män anmäler. I tabell nedan redovisas antal anmälningar och påföljder per miljon invånare i VGR och i riket för åren 2002 – 2006.

Tabell H-9. Antal anmälningar och antalet som lett till disciplinär påföljd (per miljon invånare) i VGR och riket 2002 - 2006. Källa HSAN

Ärenden antal	2002	2003	2004	2005	2006
VGR	330	327	363	311	376
Riket	339	364	407	349	443

Påföljder antal	2002	2003	2004	2005	2006
VGR	34	26	21	24	21
Riket	33	33	40	34	40

Jämfört med riket är antalet anmälningar som lett till disciplinär påföljd lägre i VGR.

## Patientnämndernas uppföljning

### Patientnämndernas årsredovisning

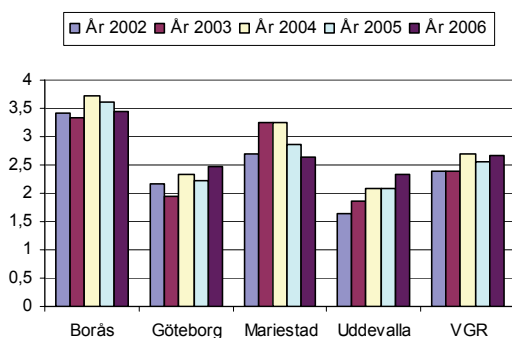
Till de fyra patientnämnderna kan patienterna vända sig om de har klagomål på hälso- och sjukvården, tandvården eller den kommunala vården. Antalet ärenden till nämnderna ökade något 2006.<sup>48</sup>

Ärenden inom sjukhusvården dominerar. Primärvården har ca hälften så många som inom sjukhusvården. Ärenden inom tandvården svarar för ca 10% av alla ärenden. Ärendemängden inom den kommunala vården är låg och oförändrad över tid.

Nyckeltal för jämställdhet följs av nämnderna. Fler kvinnor (60%) än män (40%) kontaktar patientnämnderna.

Patientärenden klassificeras i fyra grupper, Vård- och behandlingsfrågor, bemötande/kommunikation/information, organisation/regler/resurser samt övrigt. Vård- och behandlingsfrågor samt organisation/regler/resurser dominerar ärendena och ökar, medan bemötandefrågorna är betydligt färre.

Antal ärenden per 1000 invånare skiljer sig åt mellan områdena. Boråsområdet har högre andel ärenden än övriga områden. Lägst antal ärenden har patientnämnden i Uddevalla.



Figur H-44. Antal ärenden till patientnämnderna per 1000 invånare i VGR. Källa: Årsredovisning 2006.

Några skillnader noterar patientnämnderna mellan områdena:

- I Boråsområdet är andelen primärvårdsärenden väsentligt lägre jämfört med hela verksamheten
- För Göteborg varierar ärendemängden kraftigt över åren för sjukhusvården. En förklaring som patientnämnden ger till den kraftiga ökningen

av sjukhusärenden under 2006 kan vara den förändring av patientombudsverksamheten som genomförts. Ärendemängden inom privatvården är avsevärt högre än inom andra områden.

- Mariestadsområden har i stort sett samma fördelning av ärenden jämfört med hela verksamheten
- Uddevalla har en väsentligt lägre andel sjukhusärenden än övriga områden. En förklaring menar patientnämnden kan vara den patientkonsulentverksamhet som finns inom NU-sjukvården.

### Exempel på brister

Patientnämnderna ger i sin årsredovisning exempel på olika brister som kan äventyra patientsäkerheten och som bör uppmärksammas i vårdens kvalitetsarbete. Många frågor under året har gällt vårdgaranti/valfrihet. Regelverket är svårt att tolka och förstå för den enskilde. Okunnighet råder om innehållet i vårdgarantin och många gånger har patienten själv fått leta reda på vilken enhet som har den kortaste väntetiden. Enligt de synpunkter som lämnats till patientnämnderna så är det många som upplevt det svårt att kunna byta vårdcentral och läkare.

Tillgänglighet är ett annat problemområde. Patienterna redovisar svårigheter att komma fram på telefon och när de väl kommer fram så är tiderna slut för akuta läkarbesök, de blir hänvisade till akutmotagningar.

Konkreta exempel återges i patientnämndernas årsredovisning. Likaså finns en redovisning över resultat av nämndernas handläggning t.ex. i form av nya rutiner hos vårdgivarna.

<sup>48</sup> Patientnämndernas årsredovisning 2006

## Tillgänglighet

I takt med att sjukvården har utvecklats och kunnat erbjuda allt fler behandling och lindring så har efterfrågan ökat. Trots en ökad produktivitet så är tillgängligheten till vården ett område som måste prioriteras och utvecklas. Sjukvården i Västra Götalandsregionen har under 2006 gjort särskilda satsningar för att förbättra tillgängligheten, tilläggsbeställningar gjordes av såväl regionens egna sjukhus som externa vårdgivare. En omfattande uppföljning görs med särskilt fokus på av regionen prioriterade behovsområden. Nedan redovisas tillgänglighet vid telefonkontakt, till besök och behandling samt antal väntande för ett urval av områden. Befolkningens *upplevelser* av tillgängligheten till vården redovisas i avsnittet ”Befolkningens uppfattning och upplevelser av hälso- och sjukvården”.

### Fakta vårdgaranti

Sedan 1 november 2005 gäller nationellt en vårdgaranti som har ett tydligt mål för tillgänglighet. Målet brukar uttryckas med sifferserien 0-7-90-90, vilket anger de gällande tidsgränser i antal dagar för olika steg i tillgängligheten.

0	Telefontillgänglighet, dvs. primärvården ska erbjuda kontakt i telefon eller på plats samma dag.
7	Besökstillgänglighet, dvs. primärvården ska erbjuda ett läkarbesök – om det behövs – inom högst sju dagar
90	Besöksgaranti, dvs. ett besök inom den specialiserade vården ska kunna erbjudas inom högst 90 dagar efter beslutsdatum
90	Behandlingsgaranti, dvs. den specialiserade vården ska erbjuda beslutad behandling inom ytterligare högst 90 dagar efter beslutsdatum

### Fakta valfrihetsvård

En patient har också rätt att fritt välja vårdgivare, i eller utanför Västra Götalandsregionen – så kallad valfrihetsvård eller fritt vårdval. Rätten till valfrihetsvård gäller primärvård och länssjukvård och under förutsättning att vårdgivaren har avtal med ett landsting. Om behandlingen kostar mer än 20 000 kronor behövs en betalningsförbindelse från Västra Götalandsregionen.

Det är svårt att med hjälp av regionens vårddata- och ekonomisystem få en heltäckande bild av garanti- och valfrihetsvården under 2006 och därför redovisas inte några konsumtionsuppgifter om denna vård. Vårdgarantin följs upp med olika metoder i regionen. Metoderna och resultaten beskrivs nedan.

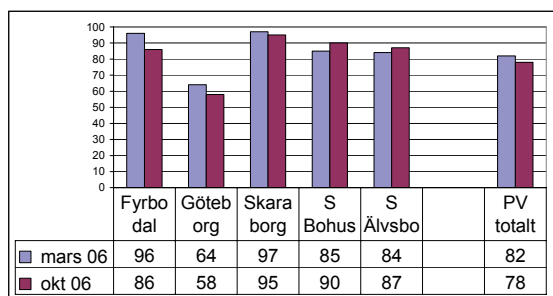
Metoderna för uppföljning och registrering av tillgänglighet redovisas i del 3 Tabellbilaga.

### Telefontillgänglighet

Telefontillgänglighet till vårdcentralerna mäts genom SKL:s försorg två gånger per år från och med 2006. Eftersom uppföljningen infördes 2006 och jämförande statistik för åren innan saknas så bör data tolkas med försiktighet. Revideringar har gjorts efter tryckning av ”Årsredovisning 2006” å grund av nya tillkommande uppgifter.

Mätningen i oktober 2006 visar telefontillgängligheten hos de enheter i den offentliga primärvården som har TeleQ/ motsvarande. Samtliga privata och ett antal regionala vårdcentraler saknar TeleQ (beskrivs i tabellbilaga) och ingår därför inte i denna uppföljning.

TeleQ eller motsvarande system är ett återupprinningssystem där patienten lämnar sitt telefonnummer till en telefonsvarsfunktion och blir därefter uppringd vid tidpunkt som anges av telefonsvararen. Patienten registreras då som ”behandlad” /”besvarad”. Är alla återupprinningstider slut, så får patienten beskedet att återkomma nästa dag, vilket då registreras som ”icke-behandlad”/”icke-besvarad”.



Figur I-1 Andel besvarade/behandlade samtal oktober 2006 jämfört med mars 2006 Källa: SKL

Telefontillgängligheten är klart lägre i Göteborg än inom övriga delar av regionen (figur I-1). Totalt för Primärvården inom VGR uppmättes andel besvarade/behandlade samtal till 78% i oktober jämfört med 82% i mars.

### Besökstillgänglighet

Sveriges kommuner och landsting mäter besökstillgängligheten till vårdcentral. Fram till och med 2005 gjordes mätningen en dag på våren och en dag på hösten. Alla patienter som fick tid hos läkare på vårdcentralen, oavsett om det gällde akuta besök, kontroller eller utfärdande av hälsointyg, inrapporterades med angivande av kön och ålder.

Från och med 2006 har uppföljningsperioden utsträckt till att omfatta en hel vecka, fortfarande två gånger per år, dock med den skillnaden att *endast de "akuta"* patienterna inrapporterades. Definitionen av "akut" har också förändrats till att gälla: ett tidigare obekant hälsoproblem eller en oväntad eller kraftig försämring av ett tidigare känt hälsoproblem. Patienter som själva valt en tid "längre fram än 7 dagar" exkluderas ur uppföljningen.

Uppföljningen görs områdesvis för såväl offentliga som privata vårdcentraler. I tabell I-1 nedan redovisas andel som fått läkartid per område. Observera skillnaden i mätmetod mellan 2005 och 2006.

Tabell I-1 Andel som fått tid inom 7 dagar. Källa: SKL.  
\*\* SKL:s "gamla" endagsmätning enligt förklaring i text.

	Fyrbo dal	Göteborg	Ska ra borg	S:a Bo hus	S:a Älvs borg	VGR	Riket
2004**	82	76	82	82	79	80	81
2005**	82	80	79	85	84	80	83
mars 2006	86	79	88	88	88	85	87
okt 2006	91	80	87	88	84	86	87
kvinnor	90	79	87	87	84	85	Ej tillgängligt
män	91	81	87	89	83	86	

Någon säker jämförelse kan inte göras mellan 2005 och 2006 på grund av ändringar i metod. De förändringar som ses är små. Liksom 2004 och 2005 är tillgängligheten mätt som besök inom sju dagar lägst i Göteborg. Högst tillgänglighet uppmättes inom Fyrbodalen i oktober 2006. Det fanns inga större könsskillnader i besökstillgänglighet.

### Väntande till mottagningsbesök

#### Totalt antal väntande

Totalt antal väntande var drygt 39 000 patienter per 2006-12-31. Antalet väntande är flest inom områdena ortopedi, kirurgi, öron-, näs- och halssjukvård och ögonsjukvård. Dessa områden svarar för mer än 60% av totala antalet väntande. Var fjärde patient väntar på tid till ortopedmottagning.

Mellan år 2005 och 2006 redovisade några mottagningar minskat antal väntande och några ökat antal väntande. Minskat antal väntande redovisades till mottagning för barn- och ungdomspsykiatri, ortopedi och allmänpsykiatri. Ökat antal väntande redovisades till mottagningar för hudsjukvård och reumatologi med omkring 25%. Sammantaget för VGR är antalet väntande i stort oförändrat.

Tabell I-2. Antal väntande 20061231 jämfört med 20051231. Källa: Regionens väntetidsuppföljning

Mottagning	Antal väntande		Förändring
	20051231	20061231	%
Barn- och ungdomsmedicin	1 371	1 476	8
Gynekologi	2 310	2 457	6
Hudsjukdomar	2 520	3 183	26
Kardiologi	1 597	1 515	-5
Kirurgi, inkl kärl & plastikkirurgi	5 492	4 927	-10
Neurologi	1 168	1 255	7
Ortopedi	11 808	10 448	-12
Reumatologi	471	590	25
Urologi	2 143	2 274	6
Ögon	4 488	4 700	5
Öron-, näs- och halssjukdomar	5 171	4 761	-8
Allmänpsykiatri	1 321	1 177	-11
BUP	541	446	-18
Summa	40 401	39 209	-3

Således är antalet väntande relativt oförändrat mellan 2005 och 2006. Mellan 2004 och 2005 däremot sågs tydliga minskningar framförallt för väntande inom ortopedi och hudsjukdomar.



### Antal väntande mer än 90 dagar

En fjärdedel av alla väntande till mottagning vid slutet av år 2006 hade väntat mer än 90 dagar (drygt 10 000). Under året minskade antalet väntande till samtliga här redovisade mottagningar. Största minskningen redovisade områdena hudsjukdomar, allmän psykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. Minskningen inom ortopedin på 21% är betydande i förhållande till volymen väntande. Mottagning för reumatologi och neurologi redovisar under året en ökning av patienter som väntat mer än 90 dagar.

Tabell I-3 Antal väntande mer än 90 dagar 2006 jämfört med 2005. Källa: Regionens väntetidsuppföljning.

Mottagning	Antal väntande mer än 90 dgr		Förändr %
	2005	2006	
Barn- och ungdomsmedicin	433	375	-13
Gynekologi	284	164	-42
Hudsjukdomar	625	205	-67
Kardiologi	757	434	-43
Kirurgi, inkl kärl & plastik	1 933	1 056	-45
Neurologi	360	377	+5
Ortopedi	6 468	5 118	-21
Reumatologi	45	92	+104
Urologi	354	299	-16
Ögon	1 244	1 068	-14
Öron-, näs- och halssjukdomar	1 010	808	-20
Allmänpsykiatri	332	139	-58
BUP	84	40	-52
Summa	13 929	10 175	-27

### Antal utförda nybesök (planerade)

Mellan 2005 och 2006 minskade produktionen av antalet nybesök för samtliga valda mottagningar nedan utom för kirurgi, reumatologi och öron-, näs- och halssjukdomar. Ökningen inom kirurgin innebär att 3 400 fler patienter gjort nybesök på mottagning jämfört med året innan. De största procentuella minskningarna av antalet nybesök redovisas till mottagningar för hudsjukdomar, ortopedi och ögonsjukdomar, vilka samtliga är mottagningar med stora patientvolymen.

Tabell I-4 Antal utförda planerade nybesök 2006 jämfört med 2005. Källa: Regionens väntetidsuppföljning

Mottagning	Utförda planerade nybesök		Förändr %
	2005	2006	
Barn- & ungdomsmedicin	8 688	8 494	-2
Gynekologi	21 858	21 300	-3
Hudsjukdomar	26 108	23 345	-11
Kardiologi	4 186	3 979	-5
Kirurgi	25 176	28 578	14
Neurologi	4 684	4 463	-5
Ortopedi	25 768	23 094	-10
Reumatologi	3 292	3 380	3
Urologi	10 463	9 860	-6
Ögon	23 060	21 292	-8
Öron-, näs- och halssjukdomar	23 917	25 360	6
Allmän psykiatri	6 848	6 668	-3
BUP	5 831	5 620	-4
Summa	189 879	185 433	-2

Antalet som väntat lång tid har således minskat kraftigt trots att produktionen är relativt oförändrad. Det finns således inget tydligt samband mellan antal nybesök och antalet patienter som väntat under lång tid. Det kan t.ex. ses för ortopedin där antalet nybesök minskade med tio procent samtidigt som antalet väntande minskade. En förklaring kan vara köp av insatser hos externa vårdgivare samt till det fria vårdvalet som under 2006 gett det stora antalet väntande till ortopedin inom VGR möjlighet att få sin vård hos andra producenter. Samspelet mellan produktion och kö är dock inte tydligt, detta diskuteras också i avsnittet vårdkonsumtion av särskilda planerade operationer.

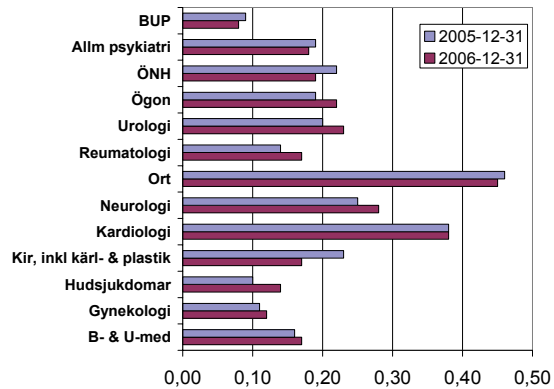
### Köproduktionskvot

Kökvoten är det totala antalet väntande i relation till årsproduktionen. En kvot på 0,25, dvs. 25% eller mindre visar att kapacitet finns för att eliminera kön under en tremånadersperiod om inga andra förändringar sker.

Jämfört med 31 december 2005 hade köproduktionskvoten 31 december 2006 förbättrats, det vill säga sjunkit, inom kirurgin, ortopedin, öron- näs- och halssjukdomar, allmänpsykiatrin och barn- och ungdomspsykiatrin. 31 december 2006 hade ortopedin kardiologin och neurologin en köproduktionskvot över 25%.

Inom områdena kardiologi, neurologi och ortopedi är kökvoten alltför hög för att antalet väntande snabbt ska kunna minskas.





Figur I-2 Kökvot per redovisad mottagning 2006 jämfört med 2005. Källa: Regionens väntetidsuppföljning

### Väntande till behandling

Väntetider till behandling följs dels totalt dels utgående från vårdgarantin att behandling ska ges inom 90 dagar. Viss förändring har gjorts av prioriterade gruppen mellan 2005 och 2006. Vissa behandlingar har strukits, andra har omdefinierats och ytterligare andra har tillkommit. Till exempel så har åtgärds-koderna för "höftledsplastik, primär" ändrats under 2006, varför väntande till denna behandling inte är jämförbart mellan mätpunkterna. Förteckning över behandlingar finns i tabellbilaga.

### Totalt antal väntande

Det totala antalet väntande patienter minskade för samtliga av de redovisade behandlingarna mellan 31 december 2005 och 31 december 2006. Största minskningen redovisas för operation av kvinnlig urininkontinens där antalet väntande minskat med 61 procent.

Tabell I-5. Totalt antal väntande 20061231 jämfört med 20051231. Källa: Regionens väntetidsuppföljning

Behandling	Totalt antal väntande Förändr		
	20051231	20061231	%
Artroskopi knäled	1091	709	-35
Gallstensoperation	519	385	-26
Korsbandsoperation	277	191	-31
Kranskärlsoperation	0	57	
Operation vid prostataförstoring	433	276	-36
Operation vid urininkontinens hos kvinnor	282	111	-61
Gråstarrsoperation	2 877	2 111	-27
Hörapparatutprovning	3 959	2 959	-25
Summa	9 438	6 799	-28

### Antal väntande mer än 90 dagar

Antalet patienter som väntat mer än 90 dagar minskade till samtliga behandlingar utom till kranskärlsoperation. Störst minskningar redovisas för operation av kvinnlig urininkontinens (-89 procent), gråstarrsoperation (-76 procent) och gallstensoperation (-60 procent). Antalet väntande är fortfarande störst för hörapparatutprovning.

Tabell I-6 Antal väntande mer än 90 dgr. 2006 jämfört med 2005. Källa: Regionens väntetidsuppföljning

Behandling	Antal väntande mer än 90 dgr Förändr		
	20051231	20061231	%
Artroskopi knäled	536	227	-58
Gallstensoperation	215	87	-60
Korsbandsoperation	152	86	-43
Kranskärlsoperation	0	5	
Operation vid prostataförstoring	169	111	-34
Operation vid urininkontinens hos kvinnor	94	10	-89
Gråstarrsoperation	643	155	-76
Hörapparatutprovning	1 820	1 126	-38
Summa	3 629	1 807	-50

### Antal utförda behandlingar

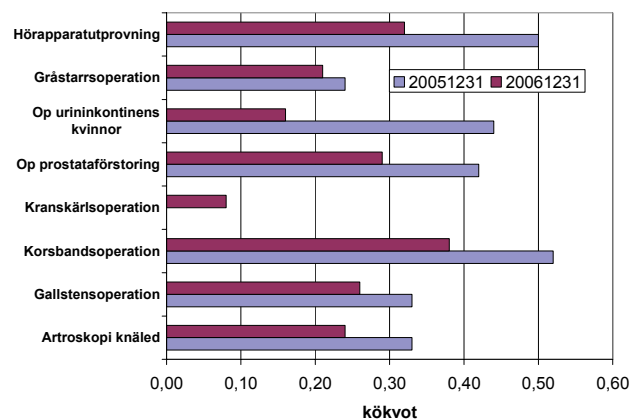
Fler utprovningar av hörapparater, fler operationer av kranskärl och kvinnlig urininkontinens redovisades 2006 jämfört med 2005. För övriga behandlingar som redovisas nedan minskade det utförda antalet mellan 2005 och 2006. Den största procentuella minskningen redovisas för gråstarrsoperation där antalet operationer minskade med 1 681 operationer eller 14 procent. En mer omfattande beskrivning av produktion av väntetidsåtgärder finns under avsnittet vårdkonsumtion av särskilda planerade operationer.

Tabell I-7 Antal utförda behandlingar. Källa: VEGA

Behandling	Antal utförda behandlingar Förändr		
	2005	2006	%
Artroskopi knäled	3265	2938	-10
Gallstensoperation	1 553	1 498	-4
Korsbandsoperation	530	498	-6
Kranskärlsoperation	657	747	14
Operation vid prostataförstoring	1 031	963	-7
Operation vid urininkontinens hos kvinnor	645	708	10
Gråstarrsoperation	11 843	10 162	-14
Hörapparatutprovning	7 855	9 109	16
Summa	27 379	26 623	-3

### Köproduktionskvot

Under perioden 31 december 2005 - 31 december 2006 minskade, det vill säga förbättrades, köproduktionskvoten för samtliga valda behandlingar nedan utom för kranskärlsoperation. 31 december 2006 var köproduktionskvoten högre än 0,25 eller 25 procent för gallstensoperation, korsbandsoperation, operation vid prostataförstoring samt hörapparatutprovning.



Figur I-3 Kökvot per redovisad behandling 2006 jfrt med 2005. Källa: Regionens väntetidsuppföljning

### Kort om tillgänglighet

- Telefon – och besökstillgängligheten är lägre i Göteborg än inom regionens övriga delar. Detta förhållande har även påvisats tidigare år.
- Antalet väntande till vissa specialiserade mottagningsbesök är relativt oförändrade medan antalet väntande mer än 90 dagar har minskat kraftigt. Antalet nybesök inom dessa områden är relativt oförändrat
- Det finns inget tydligt samband mellan minskningen av antalet väntande, särskilt de som väntat lång tid, och produktionen, mätt som nybesök och utförda behandlingar
- Antalet väntande till vissa planerade operationer har minskat påtagligt liksom antalet väntande mer än 90 dagar.
- Särskilt många väntande i förhållande till produktionen ses inom kardiologi (mottagning), neurologi (mottagning), ortopedi (mottagning och behandlingar) och för hörapparatsutprovning.

Fler uppgifter om tillgänglighet redovisas i tabellbilaga.

## Befolkningens uppfattning och upplevelser av hälso- och sjukvården

I detta avsnitt presenteras resultat ur vårdbarometern avseende förtroende för hälso- och sjukvården, beteende vid sjukdom, kontakt med sjukvården per telefon eller internet, besök vid vårdcentral, upplevelser av tillgång till vård samt ett urval av resultat för personer med vissa kroniska sjukdomar.

### Vårdbarometern - metod

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 (hälso- och sjukvårdsnämnd 4 fr.o.m. kvartal 3, år 2005).

Under femårsperioden 2002-2006 intervjuades 43 298 personer i Västra Götaland (9 700 personer år 2006). Svarefrekvensen är cirka 60%. Datainsamlingen är indelad i fyra perioder varje år och materialet blir tillgängligt för varje kvartal.

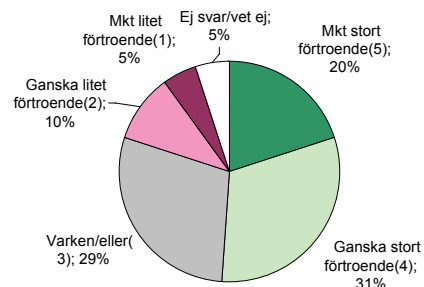
Frågorna avser utöver olika bakgrundsvariabler (kön, ålder, inkomst etc.) faktorer som beteende vid behov av sjukvårdskontakt, erfarenheter av senaste besök/kontakt, värdering av väntetider/tillgänglighet, förtroende för vården mm. Fr.o.m. 3:e kvartalet 2005, finns även en fråga om man besökt vården för vissa uppräknade sjukdomar.

Resultat från undersökningen presenteras kontinuerligt för hälso- och sjukvårdsnämnderna. Rapporter finns framtagna vid respektive hälso- och sjukvårdskansli. Resultatet från regionen och övriga landsting och metodbeskrivning finns på hemsidan [www.vardbarometern.nu](http://www.vardbarometern.nu). Resultat redovisas även i andra sammanhang, t.ex. i öppna jämförelser.

### Förtroendet för hälso- och sjukvården

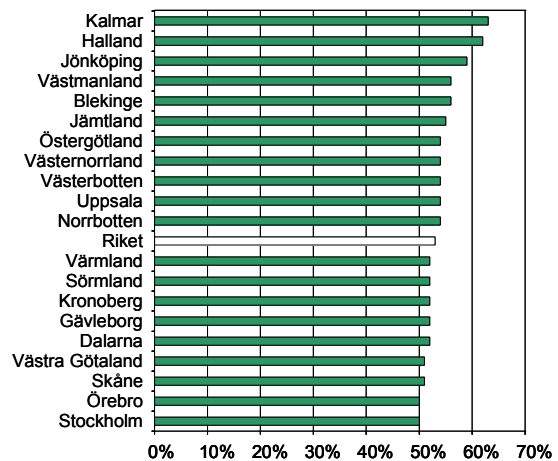
Alla tillfrågas om förtroendet för vården oavsett om man besökt en vårdinrättning eller inte.

Varannan västragötalänning (51 procent) uppger att de har ett stort förtroende för vård och behandling vid vårdcentral eller motsvarande (figur J-1). 15 procent uppger ett litet förtroende för vårdcentral. Det fanns inga skillnader mellan könen.



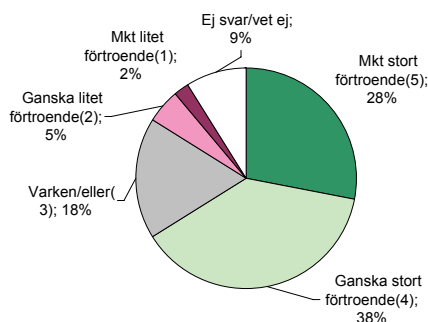
Figur J-1 Fördelningen av storleken på förtroendet för vård och behandling vid **vårdcentral** eller motsvarande i Västra Götaland. Källa: Vårdbarometern 2005-2006

Andelen med stort förtroende för vårdcentral varierar mellan länen från 50% till 63%. Västra Götaland ligger bland de län som har lägst andel (figur J-2). I riket är motsvarande andel 53%. Värt att notera är att Halland och Stockholm som har störst primärvårdskonsumtion i landet räknat i besök per invånare, ligger högst respektive lägst med avseende på förtroende i befolkningen. Detta mått speglar alltså inte utbyggnaden av primärvården.



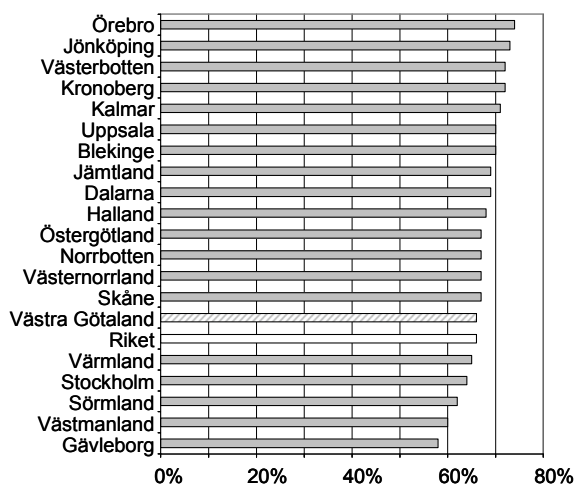
Figur J-2 Andelen med mycket eller ganska stort förtroende för vård och behandling vid **vårdcentral** eller motsvarande fördelat på län. Källa: Vårdbarometern 2005-2006

Förtroendet är större för vård och behandling vid sjukhus än vid vårdcentral; 66 procent uppger att de har stort förtroende för sjukhus (figur J-3). 7 procent uppger att förtroendet för vård och behandling vid sjukhus är litet. Det fanns inga större skillnader mellan könen eller i jämförelse med riket.



Figur J-3 Fördelningen av storleken på förtroendet för vård och behandling vid sjukhus i Västra Götaland. Källa: Vårdbarometern 2005-2006

Andelen med stort förtroende för vård och behandling vid sjukhus varierar mellan länen från 58% till 74%. Västra Götaland ligger på samma nivå som riket (66%).



Figur J-4 Andelen med mycket eller ganska stort förtroende för vård och behandling vid sjukhus fördelat på län. Källa: Vårdbarometern 2005-2006

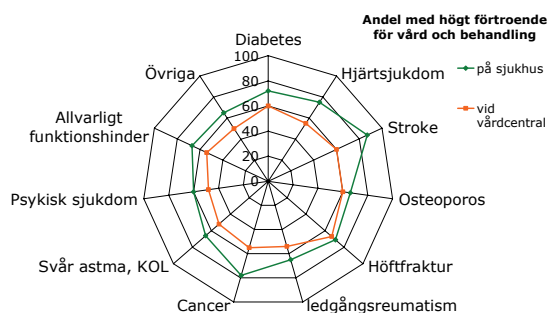
45 procent uppger att de har stort förtroende för privata specialistläkare, medan 38 % svarat "vet ej" eller ej svarat. Anledningen till att så många svarat "vet ej" beror på att alla inte har erfarenhet av privata specialistläkare. I Göteborgsområdet är förekomsten av privata specialistläkare klart högst. Detta gör måttet svårtolkat på länsnivå. Men om man utesluter svarsalternativet "vet ej", så har befolkningen större förtroende för vård och behandling både vid sjukhus och hos privata specialistläkare än vid vårdcentral.

### Kroniskt sjuka

Bland de personer som uppgett att de har sökt vård för ett urval av "kroniska sjukdomar"<sup>49</sup> är förtroendet något högre jämfört med dem som uppgett att

<sup>49</sup> Bland de som deltagit i undersökningen uppger 22% att de under senaste året behandlats för någon av följande sjukdomar: hjärtsjukdom, höftfraktur, cancer, diabetes, stroke, ledgångsreumatism, svår astma, KOL, osteoporos, psykisk sjukdom eller allvarligt funktionshinder.

de inte har någon sådan sjukdom (cirka fem procentenheters skillnad). Men det skiljer sig mellan sjukdomsgrupperna (figur J-5). Underlaget är litet för flera av grupperna och dessa resultat bör tolkas med försiktighet och bör ses som en indikation på att det kan finnas skillnader. Materialet är för litet för att studera könsskillnader.



Figur J-5 Andelen med mycket eller ganska stort förtroende för vård och behandling vid vårdcentral respektive sjukhus fördelat på behovsgrupp. Källa: Vårdbarometern 2005-2006

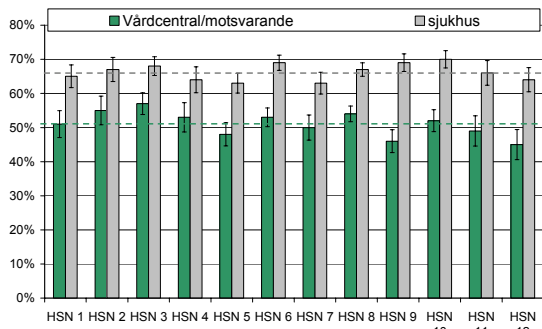
### Bakgrundsfaktorer

De grupper som uppger att de har ett litet förtroende för vården (vårdcentral, sjukhus) är personer med födelseort i övriga Europa eller världen, samt långtidssjukskrivna, förtidspensionärer och sjukpensionärer, och i viss mån även ensamstående med barn.

Störst förtroende för vårdcentral/liknande har personer över 70 år (framförallt över 80 år) och ålderspensionärer och i viss utsträckning personer med kort utbildning. Personer över 80 år samt föräldralediga uppger störst förtroende för sjukhus.

### Inomregionala skillnader

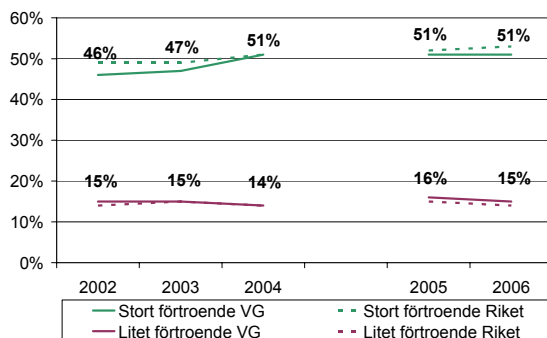
Trestad (HSN 3) har en högre andel som har stort förtroende för vårdcentral jämfört med övriga regionen (57%). Västra Skaraborg (HSN 9) och Göteborg - nordöstra (HSN 12) har en lägre andel med stort förtroende för vårdcentral jämfört med övriga regionen (46% respektive 45%). Östra Skaraborg (HSN 10) har en högre andel med stort förtroende för vård vid sjukhus (70%). Det fanns inga större skillnader mellan könen.



Figur J-6 Andelen (samt 95% konfidensintervall) med mycket eller ganska stort förtroende för **vårdcentral/motsvarande** respektive **sjukhus** fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde. Värderna för Västra Götaland är markerade som en streckad linje för vårdcentral respektive sjukhus. Källa: Vårdbarometern 2005-2006

### Utveckling över tid

Frågan som berör förtroende förändrades år 2005. Under perioden 2002-2004 efterfrågades förtroende för husläkare/distriktsläkare och från år 2005 efterfrågades vårdcentral/motsvarande. Detta gör tidstrenden svårtolkad (figur J-7).



Figur J-7 Andelen med mycket eller ganska stort förtroende för husläkare/distriktsläkare (2002-2004) och **vårdcentral/motsvarande** (2005-2006). Källa: Vårdbarometern 2002-2006

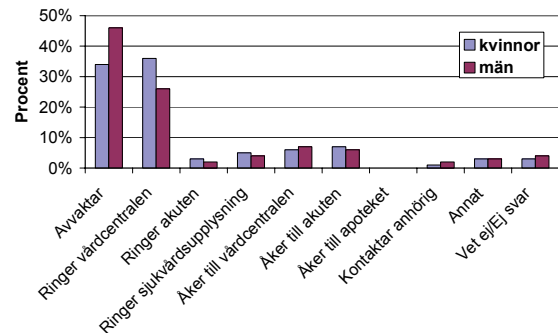
Andelen som har stort förtroende för vård vid sjukhus var oförändrad mellan år 2005 och 2006 (66%). Jämförbart material för perioden 2002-2004 finns ej.

Andelen som har stort förtroende för vård hos privata specialläkare har ej förändrats över tid.

### Beteende vid sjukdom

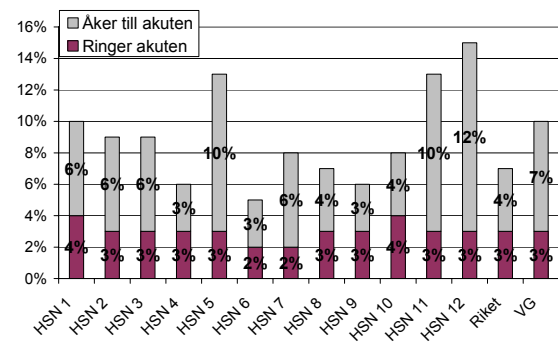
En fråga i vårdbarometern lyder: "Antag att du varit förkyld en tid och du har haft hög feber ett par dagar och misstänker halsfluss. Vad gör du? Klockan är 15 på eftermiddagen en vanlig vardag." Figur J-8 visar att majoriteten avvaktar eller ringer vårdcentral/liknande. Men beteendet skiljer sig mellan

könen. Män avvaktar i högre utsträckning och kvinnor ringer vårdcentral i högre utsträckning.



Figur J-8 Beteende en vanlig vardag klockan 15 vid misstänkt halsfluss med hög feber. Källa: Vårdbarometern 2002-2006

En högre andel i Göteborgsområdet än övriga regionen ringer eller åker till akuten vid sjukhus vid misstänkt halsfluss (figur J-9). Detta förhållande gäller även år 2006.



Figur J-9 Andel personer som ringer alternativt åker till akuten (sjukhus) en vanlig vardag klockan 15 vid misstänkt halsfluss med hög feber, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde. Källa: Vårdbarometern 2002-2006

Andelen som svarar att de ringer eller åker till akuten på denna fråga har legat konstant över tid (2002-2006) både i Västra Götaland och i riket. I Trestad ses däremot en halvering i andelen som ringer eller åker till akuten från år 2002 till 2006, från 13% till 6%. År 2006 flyttades jourcentralerna i Trollhättan och Uddevalla ut till primärvården, och detta skulle kunna ha påverkat minskningen i Trestad, men minskningen har inte bara skett senaste året utan successivt över tid.

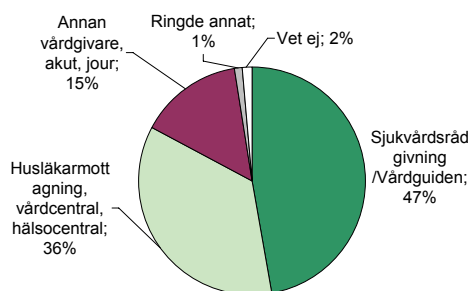
### Kontakt med sjukvården

#### Telefon

33% av samtliga tillfrågade uppger att de under de senaste 12 månaderna har ringt till sjukvården för att få information, råd eller hjälp om någon sjukdom direkt på telefon år 2006. Kvinnor ringde i

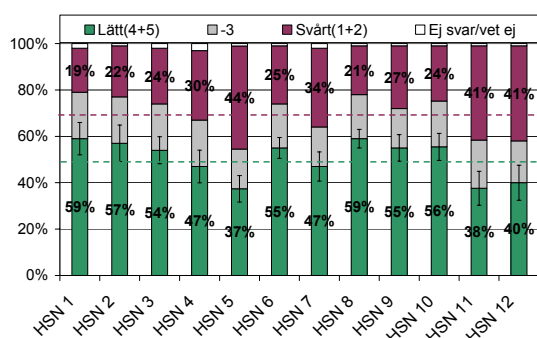
högre utsträckning än män (40% respektive 26%). Inga skillnader finns mot riket. Andelen som ringt sjukvården har minskat med några procentenheter under perioden 2002-2006.

81% uppgav att de ringde vårdcentral/liknande eller sjukvårdsrådgivning när de kontaktade vården per telefon (figur J-10). Det fanns inga skillnader mellan könen vart man ringde.



Figur J-10 Fördelning över var man ringde senaste gången bland dem som uppgett att de under de senaste månaderna ringt till sjukvården för att få information, råd eller hjälp om någon sjukdom direkt på telefon. Källa: Vårdbarometern 2002-2006

Det finns en stor variation mellan nämnderna var man ringde senaste gången. Detta kan i stor utsträckning bero på att man har olika direktiv i olika områden om var man i första hand ska vända sig. Skaraborg har inte sjukvårdsrådgivning dygnet runt utan dagtid svarar vårdcentralerna för rådgivning. I övriga nämndområden uppmanas befolkningen i första hand ringa sjukvårdsrådgivningen alternativt sin vårdcentral.



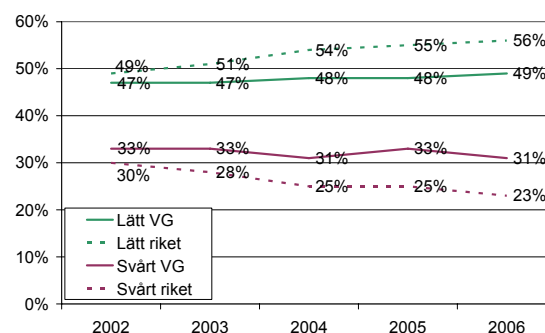
Figur J-11 Andel som tyckte att det var lätt eller mycket lätt, svårt eller mycket svårt respektive varken eller att komma fram på telefon bland dem som uppgett att de under de senaste 12 månaderna ringt till sjukvården för att få information, råd eller hjälp om någon sjukdom direkt på telefon, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde. Vården för Västra Götaland är markerade som en streckad linje. 95% konfidensintervall angivet för "lätt". Källa: Vårdbarometern 2006

Det finns även en stor variation i hur lätt eller svårt man ansåg att det var att komma fram på telefon bland dem som ringt. 47% av männen och 50% av kvinnorna tyckte att det var lätt att komma fram på telefon år 2006. Invånarna i Göteborg ansåg i mycket mindre utsträckning att det var lätt att komma fram på telefon än övriga nämndområden (figur J-11). Förhållandet är detsamma för hela perioden 2002-2006.

### Utveckling över tid

En större andel ringer sjukvårdsupplysning år 2006 jämfört med år 2002 (47% år 2006 respektive 33% år 2002). En något mindre andel ringer vårdcentral/liknande. Det fanns inga könsskillnader.

Andelen personer som anser att det är lätt respektive svårt att komma fram på telefon bland dem som "de senaste 12 månaderna ringt till sjukvården för att få information, råd eller hjälp om någon sjukdom direkt på telefon" är närmast oförändrad över tid i Västra Götaland. I Sverige däremot har andelen som tycker att det är lätt att komma fram på telefon ökat under perioden 2002-2006 (figur J-12). Och andelen som tycker att det är svårt att komma fram har minskat under samma period. Detta tyder på att Västra Götaland har större problem med telefontillgänglighet än övriga riket.



Figur J-12 Andel som tyckte att det var lätt eller mycket lätt respektive svårt eller mycket svårt att komma fram på telefon bland dem som uppgett att de under de senaste månaderna ringt till sjukvården för att få information, råd eller hjälp om någon sjukdom direkt på telefon, fördelat på år och region. Källa: Vårdbarometern 2002-2006

När man studerar materialet könsuppdelat så har andelen kvinnor i Västra Götaland som ansåg att det var lätt att komma fram på telefon ökat något över tid, men bland männen ses snarare en minskning (tabell J-1).

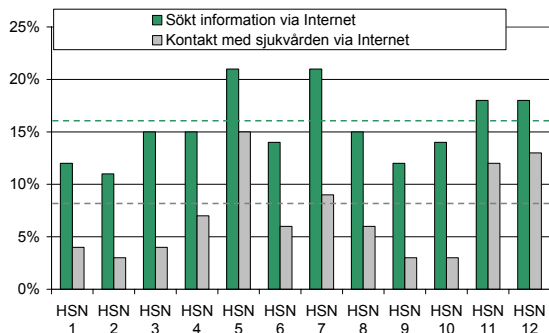


Tabell J-1 Andel i Västra Götaland som tyckte att det var lätt eller mycket lätt respektive svårt eller mycket svårt att komma fram på telefon bland dem som uppgett att de under de senaste månaderna ringt till sjukvården för att få information, råd eller hjälp om någon sjukdom direkt på telefon, fördelat på år och kön. Källa: Vårdbarometern 2002-2006

	Lätt (%)		Svårt (%)	
	kvinnor	män	kvinnor	män
2002	45	50	34	30
2003	45	50	35	30
2004	48	48	31	31
2005	48	46	32	33
2006	50	47	31	30

### Internet

Bland samtliga tillfrågade uppgav 16% att de använt Internet när de sökt information om hälso- och sjukvård. 8% använde Internet för kontakt med sjukvården. I riket var motsvarande siffror 17% respektive 8%. Andelen som använde Internet varierade inom länet. Invånarna i Göteborgstrakten använde Internet i högst utsträckning (figur J-13).

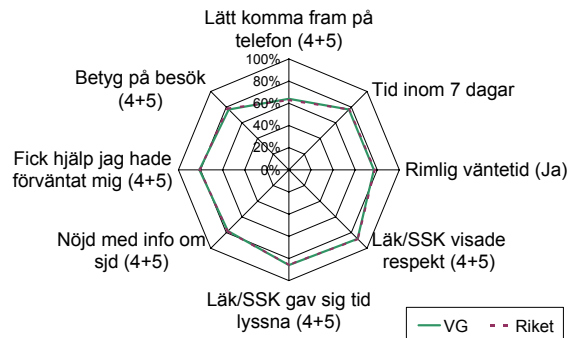


Figur J-13 Andel som sökt information om vård via internet respektive haft kontakt med sjukvården via internet fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndområden. Värden för Västra Götaland är markerade som en streckad linje. Källa: Vårdbarometern 2004-2006

### Besök vid vårdcentral

Följande avsnitt beskriver upplevelser av senaste besöket vid vårdcentral bland dem som uppger att de vid det senaste besöket inom vården besökt vårdcentral, hälsocentral, husläkarmottagning, husläkarakut, jourcentral, eller närakut.

80-85% gav besöket betyg 4 eller 5 på en femgradig skala, fick den hjälp de förväntat sig vid besöket, var nöjd med informationen om sjukdomen, ansåg att läkaren gav sig tid och visade respekt, fick tid för besöket inom 7 dagar och ansåg att väntetiden var rimlig. Detta redovisas i figur J-14. Men endast 64% tyckte att det var mycket lätt eller lätt att komma fram på telefon till vårdcentralen eller motsvarande. Det finns inga skillnader i dessa upplevelser av besöket mellan Västra Götaland och riket.

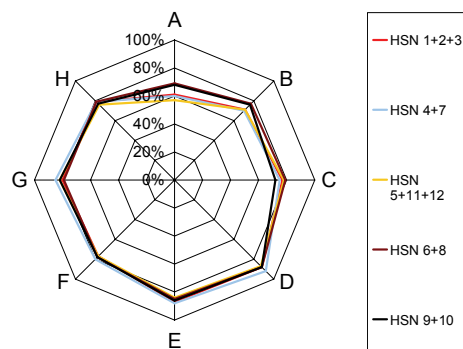


Figur J-14 Upplevelser bland de som besökt vårdcentral eller motsvarande, fördelat på Västra Götaland och riket. Källa: Vårdbarometern 2006

61% av männen och 66% av kvinnorna tyckte att det var lätt att komma fram på telefon. 79% av männen och 75% av kvinnorna fick en tid på vårdcentral inom 7 dagar. Lika stor andel män som kvinnor ansåg att väntetiden var rimlig. Det fanns inga större könsskillnader för övriga variabler.

### Inomregionala skillnader

Den största skillnaden i upplevelser vid vårdcentralbesök mellan driftområden är inom telefonföretagligheten. Driftområde Södra Älvsborg (HSN 6+8) och Skaraborg (HSN 9+10) har en något högre andel i befolkningen som anser att det var lätt att komma fram på telefon till vårdcentralen, och som fick tid inom 7 dagar jämfört med övriga regionen (figur J-15).



Figur J-15 Upplevelser bland de som besökt vårdcentral eller motsvarande, fördelat på driftområde. Källa: Vårdbarometern 2005-2006

- A=Lätt komma fram på telefon (4+5)  
 B= Tid inom 7 dagar (Ja)  
 C= Rimlig väntetid (Ja)  
 D= Läk/SSK visade respekt (4+5)  
 E= Läk/SSK gav sig tid lyssna (4+5)  
 F=Nöjd med info om sjuk (4+5)  
 G= Fick hjälp jag hade förväntat mig (4+5)  
 H= Betyg på besök (4+5)

### Driftområde

Fyrbodalen	HSN 1+2+3
S. Bohuslän	HSN 4+7
Göteborg	HSN 5+11+12
S. Älvsborg	HSN 6+8
Skaraborg	HSN 9+10



I alla driftområden utom Södra Bohuslän och Södra Älvsborg ansåg kvinnorna i högre utsträckning att det är lätt att komma fram på telefon än männen.

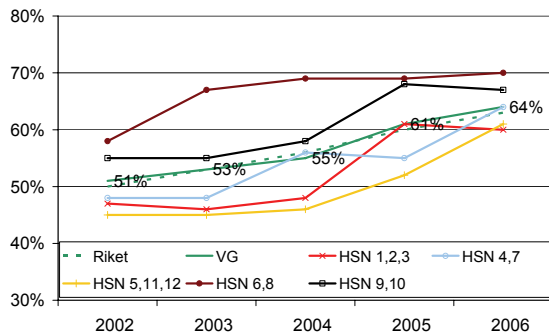
### Kroniskt sjuka

Bland de personer som uppgett att de har sökt vård för vissa ”kroniska sjukdomar”<sup>50</sup> skiljer sig inte upplevelserna vid besök vid vårdcentral nämnvärt jämfört med övriga. Kroniskt sjuka uppger i något lägre utsträckning att de fick vård inom 7 dagar jämfört med övriga (72% respektive 77%). Materialet är för litet för att studera könsskillnader.

### Utveckling över tid

En större andel personer upplever att det är lättare att komma fram på telefon till vårdcentralen år 2006 jämfört med år 2002 (figur J-16). Ökningen var något större bland kvinnor än män. En ökning har skett i alla driftområden. Ökningen i VG är jämförbar med ökningen i riket.

Denna ökning av telefontillgänglighet till vårdcentral inför besök står i kontrast till den oförändrade telefontillgängligheten till sjukvården för att få information, råd eller hjälp om någon sjukdom direkt på telefon (figur J-12). En möjlig tolkning skulle kunna vara att telefontillgängligheten är högre till vårdcentralerna än till sjukvårdsupplysningen/motsvarande.

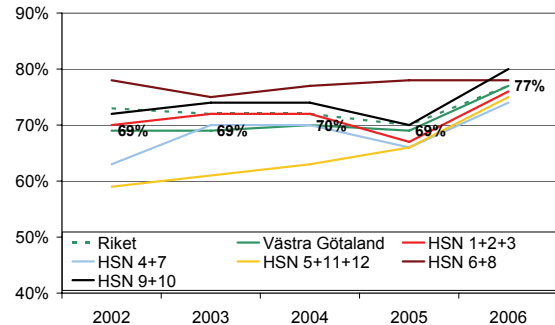


Figur J-16 Andelen som upplevde att det var mycket lätt eller lätt (4+5) att komma fram på telefon till vårdcentralen innan besöket på vårdcentralen, utveckling över tid fördelat på driftområden, VG och riket, Källa: Vårdbarometern 2002-2006

Andelen personer som fick tid för besök på vårdcentral inom 7 dagar efter att de ringt till vårdcentralen har legat relativt konstant över åren 2002 till 2005. En liten ökning sågs bland kvinnor (figur J-17).

Men i slutet av år 2005 infördes vårdgarantin, vilket innebär att alla har rätt att få besökstid på vårdcen-

tral inom 7 dagar. År 2006 uppgav 77% i Västra Götaland att de fått tid inom 7 dagar, vilket är en ökning med 8 procentenheter från föregående år. Ökningen observeras i alla driftområden utom Södra Älvsborg (HSN 6+8), som redan låg på en högre nivå än övriga regionen (figur J-17).

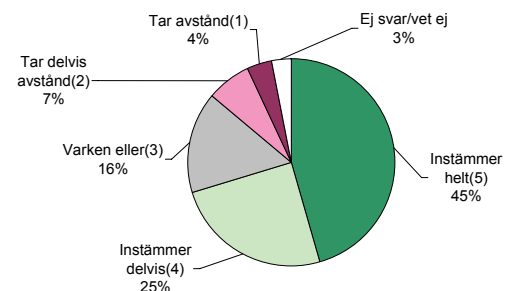


Figur J-17 Andelen som uppgav att de fick tid på vårdcentral inom 7 dagar efter att de ringt, utveckling över tid fördelat på driftområden, VG och riket. Källa: Vårdbarometern 2002-2006

### Upplevd tillgång till sjukvård

I vårdbarometern finns en fråga formulerad som ett påstående ”Jag har tillgång till den sjukvård jag behöver” med fem svarsalternativ (instämmer helt till tar helt avstånd). Frågan besvaras oavsett om man besökt vården eller ej.

71% i Västra Götaland upplever år 2006 att de har tillgång till den sjukvård de behöver. Motsvarande siffra för riket är 74%. Det finns inga större skillnader mellan könen i Västra Götaland (män: 72%; kvinnor: 70%).



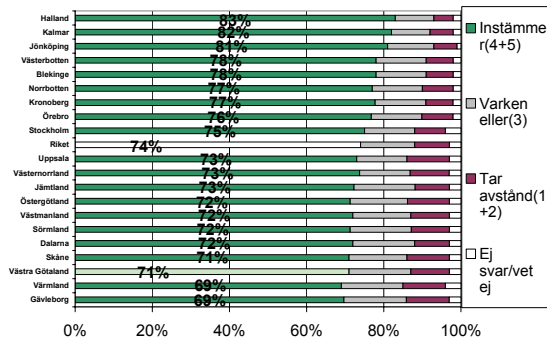
Figur J-18 Andelen i Västra Götaland år 2006 som upplever att de har tillgång till den sjukvård de behöver. Källa: Vårdbarometern 2006.

### Variationer mellan län

Andelen personer som upplever att de har tillgång till den sjukvård de behöver varierar mellan länen från 69% till 83%. Befolkningen i Halland och Kalmar län har högst andel, och Gävleborg lägst

<sup>50</sup> Bland de som deltagit i undersökningen uppger 22% att de under senaste året behandlats för någon av följande sjukdomar: hjärtsjukdom, höftfraktur, cancer, diabetes, stroke, ledgångsreumatism, svår astma, KOL, osteoporos, psykisk sjukdom eller allvarligt funktionshinder.

precis som föregående år. Västra Götaland ligger bland de län med lägst andel, liksom föregående år (figur J-19).

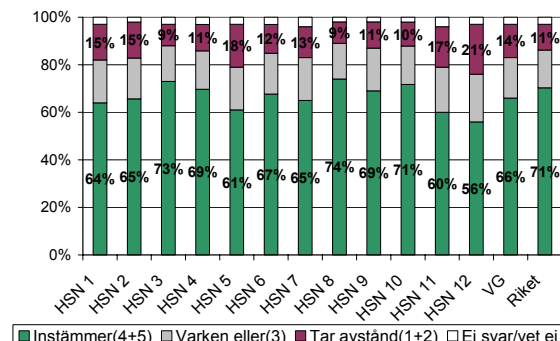


Figur J-19 Andel år 2006 som upplever att de har tillgång till den sjukvård de behöver, fördelat på län. Källa: Vårdbarometern 2006.

### Inomregionala variationer

Vid jämförelse mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna studeras femårsperioden 2002-2006 för att få ett större statistiskt underlag.

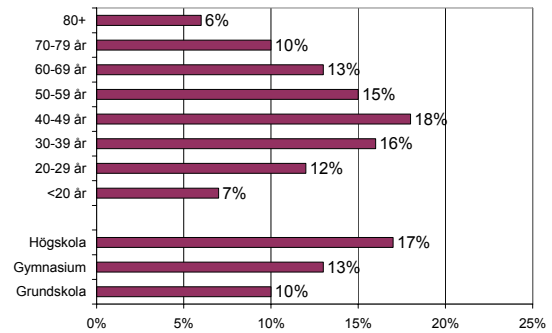
Andelen som upplever att de har tillgång till den vård de behöver är lägst i Göteborg (HSN 12, 11 och 5) och högst i Trestad (HSN 3) och Sjuhärad (HSN 8).



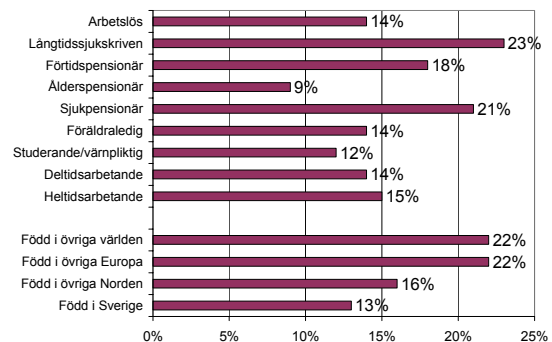
Figur J-20 Andel år 2002-2006 som upplever att de har tillgång till den sjukvård de behöver, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde. Källa: Vårdbarometern 2002-2006.

### Bakgrundsfaktorer

Under perioden 2002-2006 uppger 14% i Västra Götaland att de inte har tillgång till den vård de behöver. Personer i 40-49 års ålder är i högre utsträckning missnöjda med tillgången på hälso- och sjukvård, samt personer med längre utbildning, långtidssjukskrivna, sjukpensionärer, förtidspensionärer och personer födda i övriga Europa eller världen (figur J-21).



Figur J-21 Andel i Västra Götaland som *inte* instämmer att de har tillgång till den sjukvård de behöver (1+2) fördelat på utbildningsnivå respektive åldersklasser. Källa: Vårdbarometern 2002-2006.



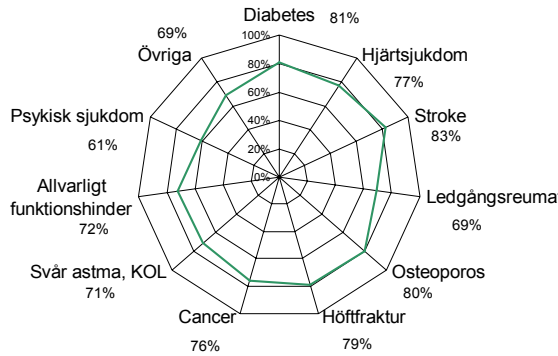
Figur J-23 Andel i Västra Götaland som *inte* instämmer att de har tillgång till den sjukvård de behöver (1+2) fördelat på sysselsättning respektive födelse land. Källa: Vårdbarometern 2002-2006.

På följdfrågan ”Vad är det du saknar?” svarar hälften att de vill ha bättre tillgänglighet i form av ”kortare väntetider och köer”, ”bättre tillgänglighet till vården” samt ”mindre krångel och bättre möjligheter att få kontakt med vården”. Övriga önskemål är bland annat fler/längre öppettider, närhet/personlig vård, mer personal, specialistläkare, valfrihet av läkare, samma läkare, fler/lättare att nå vårdcentral, sjukhus, akutmottagning.

### Kroniskt sjuka

Bland de personer som uppgett att de har sökt vård för vissa ”kroniska sjukdomar”<sup>51</sup> svarar 74% att de har tillgång till den vård de behöver. Bland övriga är andelen 69%. Inom behovsgruppen varierar andelen som anser sig ha tillgång till vård (figur J-24). Materialet är för litet för att studera könsskillnader.

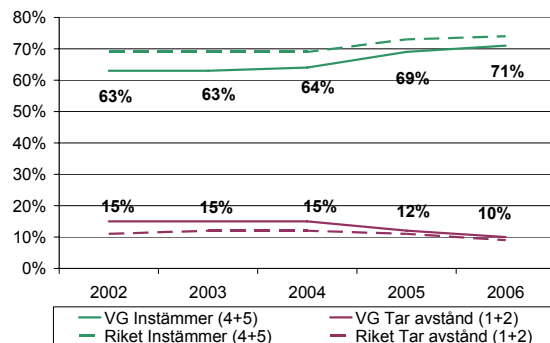
<sup>51</sup> Bland de som deltagit i undersökningen uppger 22% att de under senaste året behandlats för någon av följande sjukdomar: hjärtsjukdom, höftfraktur, cancer, diabetes, stroke, ledgångsreumatism, svår astma, KOL, osteoporos, psykisk sjukdom eller allvarligt funktionshinder.



Figur J-24 Andel i Västra Götaland som upplever att de har tillgång till den sjukvård de behöver, fördelat på **behovsgrupper** och övriga. Källa: Vårdbarometern 2005-2006.

### Utveckling över tid

En högre andel personer instämmer att de har tillgång till den vård de behöver år 2006 jämfört med år 2002. År 2005 infördes ett nytt frågeformulär. Då förflyttades frågan om tillgång till sjukvård i formuläret. Detta kan ha påverkat skillnaden i utfall mellan år 2004 och 2005, men den positiva trenden har fortsatt mellan 2005 och 2006.



Figur J-25 Andel i Västra Götaland och riket som upplever att de har tillgång till den sjukvård de behöver, **utvecklingen över tid**. Källa: Vårdbarometern 2002-2006.

Andelen som instämmer att de har tillgång till vård har ökat både bland kvinnor och bland män. Men männen ligger konsekvent ett par procentenheter högre än kvinnorna.

### Kroniskt sjuka

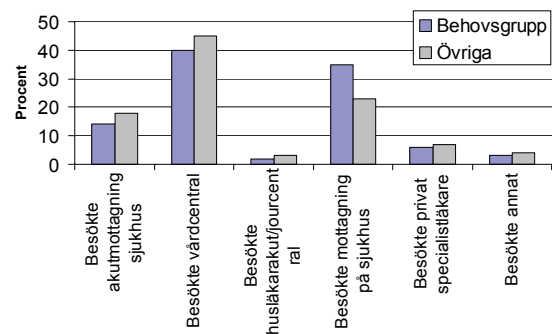
Bland de som deltagit i undersökningen uppger 22% att de under senaste året behandlats för någon av följande sjukdomar: hjärtsjukdom, höftfraktur, cancer, diabetes, stroke, ledgångsreumatism, svår astma, KOL, osteoporos, psykisk sjukdom eller allvarligt funktionshinder. Denna fråga finns i Västra Götalandsmaterialet sedan mitten av 2005, men

ej i riket. Denna grupp refereras i denna rapport till "kroniskt sjuka".

Kroniskt sjuka har i större utsträckning haft kontakt med vården än övriga. 31% har ansett sig vara i behov av sjukvård en eller flera gånger under de senaste 12 månaderna utan att söka vård. Motsvarande andel bland övriga är 21%.

På följdfrågan om främsta orsaken till att man inte sökte vård tyckte kroniskt sjuka i högre utsträckning än övriga att de "ville vänta ett tag/avvakta sjukdomsförlopp". Gruppen övriga hade i högre utsträckning "inte tid".

Bland de som de senaste 12 månaderna besökt sjukvården skiljde sig kroniskt sjuka något från övriga (figur J-26). Kroniskt sjuka hade i högre utsträckning besökt mottagning vid sjukhus (35% respektive 23%) jämfört med övriga som i något högre utsträckning besökt vårdcentral (45% respektive 40%) eller akutmottagning vid sjukhus (18% respektive 14%).



Figur J-26 Senaste besöket i sjukvården inom 12 månader, fördelat på värdkälla. Källa: Vårdbarometern 2002-2006

### *Kort om befolkningens uppfattning och upplevelser av hälso- och sjukvården*

Hälften av befolkningen uppger att de har förtroende för vård vid vårdcentral och två tredjedelar för vård vid sjukhus. Andelen var oförändrad mellan år 2005 och 2006.

Invånarna i Västra Götaland uppger att de har lägre förtroende för vården vid vårdcentral jämfört med invånarna i de flesta andra län.

Fler kvinnor än män ringde sjukvården under det senaste året för att få information, råd eller hjälp direkt på telefon (40% kvinnor respektive 26% män). Fyra av fem ringde vårdcentral eller sjukvårdsrådgivning. Andelen som tyckte att det var lätt att komma fram på telefon har varit i stort sett oförändrad under de senaste fem åren, men i Sverige har telefontillgängligheten förbättrats under denna period.

Telefontillgängligheten inför besök på vårdcentral har däremot ökat över tid. Telefontillgängligheten upplevdes som högre i driftområdena Södra Älvsborg och Skaraborg jämfört med övriga länet.

Andel som uppgav att de fått tid på vårdcentral inom 7 dagar ökade med 8 procentenheter mellan åren 2005 och 2006, vilket troligtvis är en följd av införandet av vårdgarantin.

Invånarna i Västra Götaland anser i mindre utsträckning än de flesta övriga län ha tillgång till den sjukvård de behöver. Göteborgsområdet har minst andel som anser sig ha tillgång till vård i länet.

Hälften av dem som bedömer att de inte har tillgång till den vård de behöver vill ha bättre tillgänglighet i form av ”kortare väntetider och köer”, ”bättre tillgänglighet till vården” samt ”mindre krångel och bättre möjligheter att få kontakt med vården”.

22% av personerna i undersökningen uppger att de behandlats för ett urval av kroniska sjukdomar. Denna grupp har i högre utsträckning haft kontakt med vården och även ansett sig vara i behov av vård men ej sökt, har något högre förtroende för vård vid vårdcentral och sjukhus, fick inte vård vid vårdcentral inom 7 dagar i lika stor utsträckning, samt anser sig ha tillgång till den sjukvård de behöver i högre utsträckning jämfört med övriga

## Ekonomi avseende hälso- och sjukvård - nämndsperspektiv

### Hälso- och sjukvårdsnämnderna

Under ekonomiavsnittet redovisas Hälso- och sjukvårdsnämndernas kostnader för befolkningens konsumtion av hälso- och sjukvård. Samtliga nämnder redovisar år 2006 ett positivt resultat i likhet med sjukvården som helhet. Det totala regionbidraget till nämnderna uppgick år 2006 till 25 654 mkr och resultatet blev 439 mkr. Den totala kostnaden för hälso- och sjukvårdsnämnderna år 2006 var 25 215 mkr.

Tabell K-1 Resultat (mkr) per hälso- och sjukvårdsnämnd år 2005 och 2006, samt förändring mkr mellan åren.

HSN		Resultat 2005	Resultat 2006	Förändring mkr
HSN 1	Norra Bohuslän	9,4	9,2	-0,2
HSN 2	Dalsland	6,7	15,0	8,3
HSN 3	Trestad	4,4	13,3	8,9
HSN 4	Mellersta Bohuslän och Ale	22,8	44,0	21,2
HSN 5	Göteborg C/V	26,5	118,5	92,0
HSN 11	Göteborg Hisingen	14,4	42,9	28,5
HSN 12	Göteborg Nordost	26,9	58,7	31,7
HSN 7	Södra Bohuslän	21,1	32,1	11,0
HSN 6	MittenÄlvsborg	19,1	25,3	6,1
HSN 8	Sjuhärad	42,0	31,7	-10,2
HSN 9	Västra Skaraborg	27,9	28,2	0,3
HSN 10	Östra Skaraborg	20,0	19,9	-0,1
<b>Totalt</b>		<b>241,3</b>	<b>438,8</b>	<b>197,5</b>

### Kostnad per invånare

De sammantagna kostnaderna per invånare för hälso- och sjukvårdsnämnderna varierar, vilket ses i tabellen nedan, med som lägst 14 695 kronor per invånare i Mellersta Bohuslän (HSN 4) och som högst 18 715 kronor per invånare i Norra Bohuslän (HSN 1). Under "Övrigt" återfinns bland annat kostnader för medicinsk service (privatläkare i Göteborg) samt kostnader för hjälpmedel (HSN 5,11,12). Strukturella skillnader i utbud och tillgång till vårdformer kan utläsas i tabellen. Det finns variation i hur man organiserat vården och vilket

Hälso- och sjukvårdsnämnderna tillfördes, utöver indexuppräknings, 85 mkr för nationell vård och behandlingsgaranti. Resurser för den högspecialiserade vården överfördes till nämnderna från HSU via regionbidraget fr.o.m. år 2006.

Utöver nämndernas kostnader för hälso- och sjukvården gick via HSU 100 mkr för att klara den nationella vårdgarantin och regionfullmäktige tog beslut om ett resurstillskott om högst 225 mkr för att öka tillgängligheten i vården, också dessa medel gick via HSU. Av dessa totalt 325 mkr för den nationella vårdgarantin har 95 % eller 308 mkr utnyttjats under året, 60 % via de offentliga sjukhusen och 40 % via externa vårdgivare. Dessa 325 mkr ingår ej i redovisningen.

### Befolkningsansvaret hos nämnderna

Nämnderna har befolkningsansvaret för invånarna i respektive geografiska områden. Vården har utförts av såväl offentliga som privata vårdgivare. Redovisningen omfattar även vård utanför Västra Götaland vilken nyttjats av regionens invånare och för vilken nämnderna är betalningsansvariga.

Kostnader för hälso- och sjukvården per invånare och nämnd redovisas nedan. Jämförande uppgifter för år 2005 kan hämtas i bilagorna, del 3. Andra ekonomiska sjukvårdsdata för regionens offentliga vårdgivare kan ses under avsnittet basala uppgifter, dessutom återfinns hälso- och sjukvårdens samlade resultat i regionens årsredovisning.

sökmönster som återspeglas. Göteborgsnämnderna har högre kostnader per invånare avseende den högspecialiserade vården, då närheten till den spelar roll. För Göteborg kan också konstateras att primärvården står för en lägre kostnadsandel. I Norra Bohuslän (HSN 1) och Dalsland (HSN 2) är primärvården i förhållande till övriga nämnder ett vårdområde med höga kostnader. Det finns också faktiska skillnader mellan vårdgivarna avseende kostnaderna där hyror, personalkostnader m.m. varierar vilket ger olika prisbilder.

Tabell K-2 Kostnader år 2006 för hälso- och sjukvård (kronor) per invånare i nämndområdena uppdelat på typ av vård.

	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
Högspecialiserad vård	1 051	832	887	1 113	1 422	1 573	1 578	1 349	1 183	957	845	849	1 165
Länssjukvård	11 572	10 971	11 465	8 625	9 674	9 649	10 223	8 930	9 254	10 803	10 763	11 088	10 210
<b>Summa specialiserad vård</b>	<b>12 623</b>	<b>11 803</b>	<b>12 351</b>	<b>9 738</b>	<b>11 095</b>	<b>11 222</b>	<b>11 802</b>	<b>10 280</b>	<b>10 437</b>	<b>11 760</b>	<b>11 608</b>	<b>11 938</b>	<b>11 375</b>
Primärvård	4 439	4 358	3 413	3 527	2 727	2 996	3 041	3 137	3 603	3 840	3 936	4 204	3 481
Tandvård	595	621	572	495	406	434	436	495	517	498	517	528	494
Handikappverksamhet	377	386	357	258	248	237	233	261	402	421	371	370	319
Övrigt	681	936	714	677	1 008	925	823	754	450	550	567	496	722
<b>Kostnad per invånare</b>	<b>18 715</b>	<b>18 105</b>	<b>17 407</b>	<b>14 695</b>	<b>15 484</b>	<b>15 814</b>	<b>16 334</b>	<b>14 927</b>	<b>15 409</b>	<b>17 069</b>	<b>17 000</b>	<b>17 536</b>	<b>16 392</b>

Tabell K-3 Fördelning (andel) av kostnad per invånare och nämnd efter vårdområde och övrigt

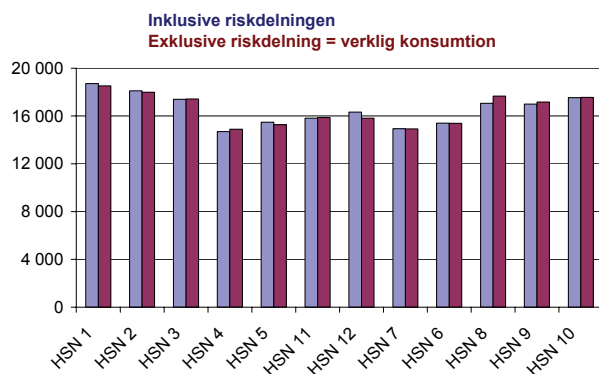
HSN	Specialiserad vård	Primärvård	Tandvård	Handikapp verksamhet	Övrigt
HSN 1 Norra Bohuslän	67,4	23,7	3,2	2,0	3,6
HSN 2 Dalsland	65,2	24,1	3,4	2,1	5,2
HSN 3 Trestad	71,0	19,6	3,3	2,1	4,1
HSN 4 Mellersta Bohuslän och Ale	66,3	24,0	3,4	1,8	4,6
HSN 5 Göteborg Centrum Väster	71,7	17,6	2,6	1,6	6,5
HSN 11 Göteborg Hisingen	71,0	18,9	2,7	1,5	5,8
HSN 12 Göteborg Nordost	72,2	18,6	2,7	1,4	5,0
HSN 7 Södra Bohuslän	68,9	21,0	3,3	1,7	5,1
HSN 6 Mittens-Älvsborg	67,7	23,4	3,4	2,6	2,9
HSN 8 Sjuhärad	68,9	22,5	2,9	2,5	3,2
HSN 9 Västra Skaraborg	68,3	23,2	3,0	2,2	3,3
HSN 10 Östra Skaraborg	68,1	24,0	3,0	2,1	2,8
<b>VGR</b>	<b>69,4</b>	<b>21,2</b>	<b>3,0</b>	<b>1,9</b>	<b>4,4</b>

Tabellen ovan visar nämndernas fördelning av kostnader per invånare mellan vårdområden och övrigt (bland annat kostnader för medicinsk service och hjälpmedel). Högst andel specialiserad vård har nämnderna i Göteborg som kompletterar bilden med lägsta andel primärvård. Högst andel primärvård redovisar Dalsland, Mellersta Bohuslän och Östra Skaraborg.

#### Delat ekonomiskt ansvar mellan nämnder

Den verkliga kostnaden nämnderna har för invånarna i respektive nämndsområde, kan skilja sig något från den vårdkonsumtion som respektive nämnd faktiskt betalar för. Nämnderna har enligt Regionfullmäktiges budget sinsemellan en modell med solidariskt ansvar (riskdelning) gällande över- eller underskott för *sjukhusvård*, vilket innebär att man delar på ”vinst eller förlust” under en följd av år. Detta medför att det verkliga utnyttjandet av läns-sjukvården, konsumtionen, ses innan denna riskdelning utförts. Detta illustreras i figuren nedan.

Figur K-1. Kostnad (kr) 2006 hälso- och sjukvård per invånare i nämndområdena, inklusive och exklusive riskdelning.



Detta får till följd att en del nämnder ersätter andra nämnder för vård utöver resurstilldelad budget. HSN 8 Sjuhärad är den nämnd som får mest resurser via modellen och HSN 12 Göteborg Nordost är den som bidrar mest. I verksamhetsanalysens ekonomiavsnitt redovisas uppgifter efter riskdelning.

#### Förändring i kostnad mellan åren

Förändringen i kostnad per invånare för nämnderna mellan år 2005 och år 2006 i löpande priser ses i tabell K-4.

Tabell K-4 Kostnad (kr) per invånare och nämnd år 2005 och 2006 exklusive tillgänglighetssatsningarna år 2006 på 308 mkr från HSU.

	2005	2006	Förändring %
HSN 1	18 282	18 715	2,37
HSN 2	17 466	18 105	3,66
HSN 3	17 210	17 407	1,14
HSN 4	14 215	14 695	3,37
HSN 5	15 145	15 484	2,23
HSN 11	15 565	15 814	1,60
HSN 12	16 170	16 334	1,01
HSN 7	14 710	14 927	1,47
HSN 6	15 237	15 409	1,13
HSN 8	16 818	17 069	1,50
HSN 9	16 523	17 000	2,88
HSN 10	17 103	17 536	2,53

Störst förändring mellan åren visar HSN 2, Dalslandsnämnden som ökat sin kostnad per invånare med 3,7 % och lägst procentuell förändring kan ses hos HSN 12, Göteborg, Nordost, som ökat med ca 1 %. Den viktigaste förklaringen till skillnaderna är olikheter i befolkningens sjukvårdsbehov där framförallt ålder och kön påverkar.



### Vård inom och utom regionen

Nedan följer nyckeltal utifrån kostnad per invånare och nämnd. Den utomregionala värden visar att det geografiska läget är en betydelsefull faktor. HSN2 Dalsland har relativt hög kostnad utomregional specialiserad somatisk vård liksom primärvård.

Samma mönster ses för HSN 8 Sjuhärad samt Nämnderna 7 och 5 Södra Bohuslän och Göteborg Centrum Väster. Sammantaget utgör dock andelen utomregional vård en mindre del av den totala vården och varierar mellan 0,4 – 1,4 procent mellan nämnderna.

Tabell K-5. Nyckeltal för år 2006, Inom- och utomregional vård avseende specialiserad vård och primärvård, kostnad (kr) per invånare för respektive Hälso- och sjukvårdsnämnd. Uppgifter inklusive samordningsförbund.

Kostnad per invånare (kr)	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
<b>INOMREGIONAL VÅRD</b>													
Specialiserad somatisk vård	11 209	10 129	10 580	8 336	9 237	9 449	9 761	8 570	9 192	10 090	10 132	10 451	9 711
Specialiserad psykiatrisk vård	1 265	1 269	1 651	1 243	1 632	1 603	1 876	1 489	1 117	1 427	1 383	1 352	1 485
Primärvård	4 423	4 311	3 398	3 506	2 688	2 975	3 016	3 091	3 586	3 804	3 920	4 182	3 454
<b>UTOMREGIONAL VÅRD (UV)</b>													
Specialiserad somatisk vård	148	389	98	156	208	162	155	207	122	238	97	142	172
Specialiserad psykiatrisk vård	1	3	22	7	17	6	8	9	5	9	3	3	9
Primärvård	17	62	14	18	40	24	27	50	17	33	10	11	25
Andel, (UV) %	1,0	1,4	0,4	0,6	1,0	0,7	0,7	0,9	0,5	0,9	0,4	0,5	0,7

### Offentlig och privat vård

Fördelning mellan offentlig och privat vård ger en bild av den vårdstruktur som finns i regionen med ett utbud som varierar. Detta syns bland annat för Göteborgsnämnderna och då framförallt Göteborg, Hisingen (HSN 11) vilka har ett stort utbud av

specialiserad somatisk vård som utförs av privata vårdgivare. Bilden blir än mer tydlig då man samtidigt ser på kostnaden avseende den offentligt specialiserade somatiska vården, där samma nämnd HSN 11, Göteborg – redovisar en låg kostnad per individ.

Tabell K-6. Nyckeltal för år 2006, offentlig och privat vård, kostnad (kr) per invånare för respektive Hälso- och sjukvårdsnämnd

Kostnad per invånare (kr)	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
<b>OFFENTLIG VÅRD</b>													
Specialiserad somatisk vård	10 962	10 039	10 470	8 101	8 866	8 738	9 317	8 288	9 052	9 957	9 857	10 309	9 433
Specialiserad psykiatrisk vård	1 259	1 266	1 646	1 235	1 576	1 555	1 834	1 472	1 106	1 424	1 363	1 335	1 462
Primärvård exkl samordningsförbund	3 327	4 016	2 638	1 787	1 885	2 294	2 437	2 235	3 408	3 332	3 574	3 959	2 778
<b>PRIVAT VÅRD 1)</b>													
Specialiserad somatisk vård	306	180	242	350	602	1 024	633	480	195	224	339	188	422
Specialiserad psykiatrisk vård	7	6	13	12	91	69	60	30	15	4	24	24	35
Primärvård exkl samordningsförbund	1 008	460	990	948	1 107	846	792	976	314	539	472	316	762
Andel privat vård%	7,8	4,0	7,8	10,5	12,7	13,3	9,9	11,0	3,7	5,0	5,3	3,3	8,2

1) Schablonfördelning av nämndernas läkemedelskostnader



### Nationell jämförelse

I en nationell jämförelse har VGR en något låg andel privat vård, vilket kan ses i följande tabell. VGR ligger för alla områden klart under Stockholm och Skåne, förutom specialiserad somatisk vård där man ligger lika med Region Skåne.

Den nationella jämförelsen påverkas dock av Stockholms storlek där inslaget av privat vård är stor.

Tabell K-7 Landstingens köp av privat vård. Procentuell andel av nettokostnad, exkl. läkemedel inom läkemedelsförmånen år 2005. Källa SKL

	Stockholm	Skåne	VGR	Riket
Primärvård	39	24	19	21
Spec, somatisk vård	20	6	6	7
Spec, psykiatrisk vård	10	10	2	6
Totalt	22	10	8	10

### Köns- och åldersuppdelade data

De kostnader som regionen har för hälso- och sjukvård varierar med ålder men också med kön. Man vet idag att kvinnor och män söker vård i olika omfattning. Det är vanligare att kvinnor besöker läkare eller sjuksköterska än att män gör det. Män vårdas oftare än kvinnor i slutenvård undantaget den tid i livet som kvinnor föder barn. Kostnaden för kvinnor och män i olika åldersgrupper har beräknats, för de *individer* som sökt vården. Det finns konsekventa skillnader i kostnaderna. För den slutna vården kan utläsas att männen har en högre kostnad per individ än vad kvinnorna har. I underlaget finns förlossningsvården redovisat som är en styrande faktor och sänker kostnaderna för kvinnorna. Det är också i gruppen 20 – 64 år som skillnaderna är störst. Vid en analys av vårdområden så vet man att det finns stora skillnader, bland annat brukar vården kosta mer för män än för kvinnor inom psykiatrin där också sjukdomspanoramat skiljer sig åt t.ex. inom missbruksvården. Inom hjärtsjukvården får männen oftare dyrare insatser när de väl ligger inne. Det ses också en betydande variation mellan nämnderna. Kostnaden per individ avseende slutna vård för regionen ligger på 58 609 kr för kvinnorna och på 72 759 kr för männen.

Tabell K-8 Kostnad (kr) per kön, åldersgrupp och vårdad individ år 2006 för all slutna vård

Hälso- och sjukvårdsnämnd	Ålder						Samtliga åldrar		
	0-19 år		20-64 år		65- år		Kvinna	Man	Differens %
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man			
1 Norra Bohuslän	57 808	42 482	51 213	69 628	72 466	81 215	61 186	71 991	18
2 Dalsland	63 022	49 685	47 233	66 009	67 238	79 839	58 051	70 824	22
3 Trestad	49 171	43 876	51 747	70 227	71 550	81 552	58 974	70 319	19
4 M. Bohuslän och Ale	43 059	48 037	49 880	75 746	67 972	77 222	55 087	71 910	31
5 Göteborg - Centrum Väster	62 467	51 295	50 733	78 589	73 749	78 206	60 109	74 446	24
11 Göteborg - Hisingen	61 985	49 237	51 796	77 546	75 050	86 158	60 692	76 553	26
12 Göteborg - Nordöstra	55 279	71 229	47 805	80 254	76 556	83 535	57 882	79 939	38
7 Södra Bohuslän	50 094	45 857	53 068	69 449	76 053	79 919	60 101	68 850	15
6 Mittre-Älvsborg	64 392	44 701	44 684	72 953	68 255	76 058	55 626	69 139	24
8 Sjuhärad	49 291	50 070	49 045	71 232	68 805	78 190	57 186	70 790	24
9 Västra Skaraborg	57 072	50 508	51 780	72 639	67 866	82 994	59 103	74 501	26
10 Östra Skaraborg	55 876	43 736	48 926	69 002	67 139	78 540	57 343	69 538	21
Medel Västra Götalänningar	54 922	49 680	50 191	73 810	71 208	80 337	58 609	72 759	24

Det är viktigt att notera att dessa data ger *en* bild av kostnaderna eftersom de representerar hälso- och sjukvårdsnämndernas kostnad enligt regionens ersättningssystem (fakturerad ersättning till vårdgivarna) och inte utförarnas verkliga kostnad för den givna vården. Kostnaden beror på hur ofta patienter vårdas i slutenvård och den beror också på vilken typ av vård som ges. Den fångar inte om till exempel vård för hjärtinfarkt är dyrare för något kön. Den fångar däremot om kostnaden är högre för ett kön på grund av särskilt dyra fall.

Kostnad beskriven på detta sätt beskriver alltså i första hand slutenvårdskonsumtionen för respektive kön. För att ge en tydligare och mer detaljerad bild av kostnad per ålder och kön fordras andra analyser vilket blir möjligt när KPP-data (verktyg/system för att ta fram specifik kostnad per patient) snart finns tillgängliga för alla sjukhus. En särskild analys inom SU har tidigare visat att kostnaderna för stroke, vilket är den diagnos som svarar för användningen av flest vårdplatser, var densamma för båda könen.

### *Kort om ekonomi ur ett nämndsperspektiv*

De sammantagna kostnaderna per invånare och nämnd varierar inom regionen. Samma variation sågs år 2005.

Det finns en skillnad i fördelning (procentuell andel) av kostnaden per invånare efter vårdområden, vilket beror på strukturella skillnader i utbud och tillgång till olika vårdformer.

Skillnader redovisas avseende nämndernas kostnadsökningstakt per invånare år 2006 med mellan 1 – 4 %.

Västra Götalandsregionen har låg kostnadsandel utomregional vård.

Västra Götalandsregionen har liten kostnadsandel privat vård där andelen privat och offentlig vård varierar mellan nämnderna.

Kostnaderna varierar med ålder men också med kön. Med hjälp av kostnadsdata per patient (KPP-data) kan på sikt bättre analyser av kostnadsskillnaderna tas fram.

### **Nyckeltalsutveckling i regionerna**

Västra Götalandsregionen deltar i det nationella arbetet med öppna jämförelser för ökad insyn i vårdens resultat. Ett samarbete pågår också mellan de tre stora sjukvårdsregionerna Västra Götalandsregionen, Region Skåne samt Stockholms Läns Landsting. Nyckeltal för att jämföra områdenas respektive utveckling över tid tas fram.

I tabell K-9 ges exempel ur uppföljningen genom nyckeltal. I tabellbilaga redovisas metod och underlag. För omräkning till produktionsmix-/konsumtionsmixpoäng har Region Skånes modell ”Formel för beräkning av produktionsmixpoäng” använts av alla tre regionerna.

Att följa utvecklingen med hjälp av nyckeltal är ett sett att relativt enkelt följa förändringar. Underlaget är dock inte rensat för förändringar i verksamheterna på det sätt som görs i produktivetsstudierna. Nyckeltalen kan därför inte användas för att följa produktivetsutveckling.

Tabell K-9: Nyckeltal VGR, Skåne och Stockholm, procentuell förändring jan-dec 06/05. Källa: Respektive region gm HSA/Anna Karlsson

Förändring 06/05 i %	VGR	Skåne	SLL
Produktionsmix	0,5	4,0	2,6
Konsumtionsmix	0,5	1,7	1,8
Bruttokostnadsutveckling	3,5	5,7	2,3
Läkemedelskostnadsutveckling	2,7	4,4	3,7
Lönekostnadsutveckling	4,2	6,5	3,3
Antal årsarbetare	1,1	3,8	6,3

För år 2006 redovisar VGR en lägre produktions- och konsumtionsökning än såväl Skåne som SLL. Kostnadsutvecklingen för läkemedel var lägst i VGR.

## Sjukresor

Antal sjukresor under 2006 uppgick till 1 036 916 och kostnaden i Tkr till 201 440. Budgeten för sjukresor är fördelad per hälso- och sjukvårdsnämnd.

Antalet sjukresor fortsätter att öka och en viss kostnadsökning kan ses mellan 2003 och 2006.

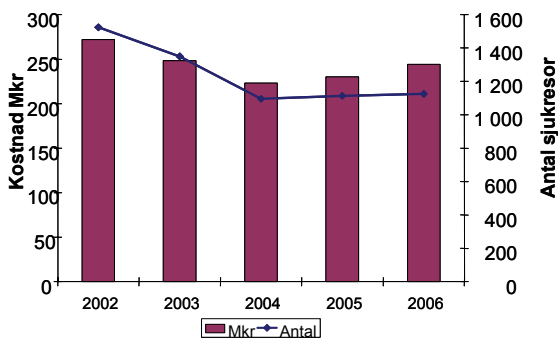
Tabell L-1 Antal sjukresor för åren 2004 – 2006 fördelade per färdstätt. Källa: Årsredovisning 2006/Britt Wallin

Färdstätt	2004	2005	2006
Taxi	770 932	765 211	779 584
Egen bil	222 460	238 570	229 311
Kollektiv trafik	22 136	21 861	26 184
Sjukreselinjer	79 381	87 931	90 618
Drift/adm BC			
Summa	1 094 909	1 113 573	1 125 697

Tabell L-2 Kostnad för sjukresor Mkr för åren 2004 – 2006. Källa Årsredovisning 2006/Britt Wallin

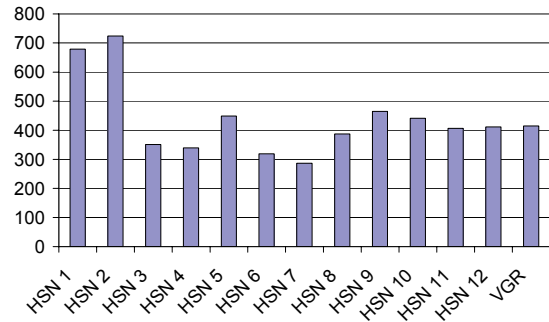
Färdstätt	2004	2005	2006
Taxi	169	175	186
Egen bil	10	10	11
Kollektiv trafik	2	2	3
Sjukreselinjer	20	21	22
Drift/adm BC	22	22	22
Summa	223	230	244

I figur L-1 ses utvecklingen 2002 – 2006. Kostnadsökningen 2006 beror mer av ökade resekostnader än av ökat antal resor.



Figur L-1 Utvecklingen 2002 till 2006 antal sjukresor i tusental och kostnader i Mkr. Källa: Årsredovisning

Antal sjukresor per invånare och nämnd skiljer sig åt. Det högsta utnyttjandet är i HSN 1 och HSN 2. Det beror främst på högre antal resor för individer över 65 år. I figur nedan redovisas antal resor per 1000 invånare och HSN för personer över 65 år. Sjukresor för personer över 65 år utgör 61,5% av samtliga resor och 62,4% av kostnaden.



Figur L-2. Antal resor per 1000 individer och HSN för personer över 65 år. Källa: Årsredovisning.

Fler uppgifter om sjukresor finns i tabellbilagan.

## Hälso- och sjukvårdspersonal

Inom hälso- och sjukvården återfinns ca 91 procent av Västra Götalandsregionens anställda vilket motsvarar 45 660. Det är en ökning med lite drygt 200 jämfört med 2005 och antal årsarbetare ökade med

nästan 300 och det är ett tecken på ökad sysselsättningsgrad då ökningen är högre än antal anställda och största delen av ökningen finns inom gruppen månadsavlönade.

Tabell M-1. Antal anställda och årsarbetare per den 31 dec 2006 och 2005 samt förändringstal. Avser både månads- och timavlönade. Källa: Årsredovisningar

Område	Anställda			Förändring		Årsarbetare			Förändring	
	2006	2005	Procent	Antal	Procent	2006	2005	Procent	Antal	Procent
Sjukhus	35 677	35 511	78%	166	0,5%	32 164	31 925	78%	239	0,7%
Primärvård	6 049	5 929	13%	120	2,0%	5 203	5 093	13%	110	2,2%
Tandvård	3 054	3 123	7%	-69	-2,2%	2 809	2 866	7%	-57	-2,0%
Handikappförvaltning	882	880	2%	2	0,2%	806	803	2%	3	0,4%
Totalt Hälso- och sjukvård	45 662	45 443	100%	219	0,5%	40 982	40 687	100%	295	0,7%

Antalet anställda inom hälso- och sjukvården ökade med ca 220 mellan december 2005 och december 2006. Ökningen har skett på sjukhusen och inom primärvården medan tandvården minskat och Handikappförvaltningens antal är oförändrat. De personalgrupper som ökade mest var sjuksköterskor, paramedicinsk personal, läkare tandvårdspersonal och teknisk personal, medan undersköterskor och

administrativ personal minskade. De flesta anställda återfinns i personalkategorierna sjuksköterskor och undersköterskor, se tabell M-2. Ökningen av hälso- och sjukvårdspersonal beror främst på de extra satsningar som gjorts för att öka tillgängligheten. En del av ökningen beror på ökat antal vikarier då föräldraledighet ökade och fler utnyttjade friårsformen

Tabell M-2

Antal anställda den 31 dec 2006 och jämförelse med 31 dec 2005. Avser månads- och timavlönade. Källa: Årsredovisningar.

Personalkategorigrupp	Sjukhus		Primärvård		Tandvård		Handikappförvaltning		Totalt	
	2006	Differens jfrt 2005	2006	Differens jfrt 2005	2006	Differens jfrt 2005	2006	Differens jfrt t 2005	2006	Differens jfrt 2005
Sjuksköterskor m.fl.	13 015	252	2 245	98	1	0	140	7	15 401	357
Undersköterskor m.fl.	9 121	-209	622	16	0	0	29	-6	9 772	-199
Paramedicinsk personal	2 325	59	901	33	14	0	422	5	3 662	97
Läkare	3 757	93	1 047	29	0	-1	13	4	4 817	125
Tandvårdspersonal	38	0	1	0	2 814	34	0	0	2 853	34
Administrativ personal	2 226	-34	292	-12	136	-91	119	1	2 773	-136
Läkarsekreterare	2 367	-7	673	-20	30	-2	45	2	3 115	-27
Teknisk personal	673	22	2	0	4	0	8	-1	687	21
Utbildning/fritidspersonal	117	5	19	3	0	0	83	-4	219	4
Omsorg/social personal	197	-13	0	0	0	0	19	-3	216	-16
Ekonomi/transport personal	1 841	-2	247	-27	55	-9	4	-3	2 147	-41
Totalt	35 677	166	6 049	120	3 054	-69	882	2	45 662	219

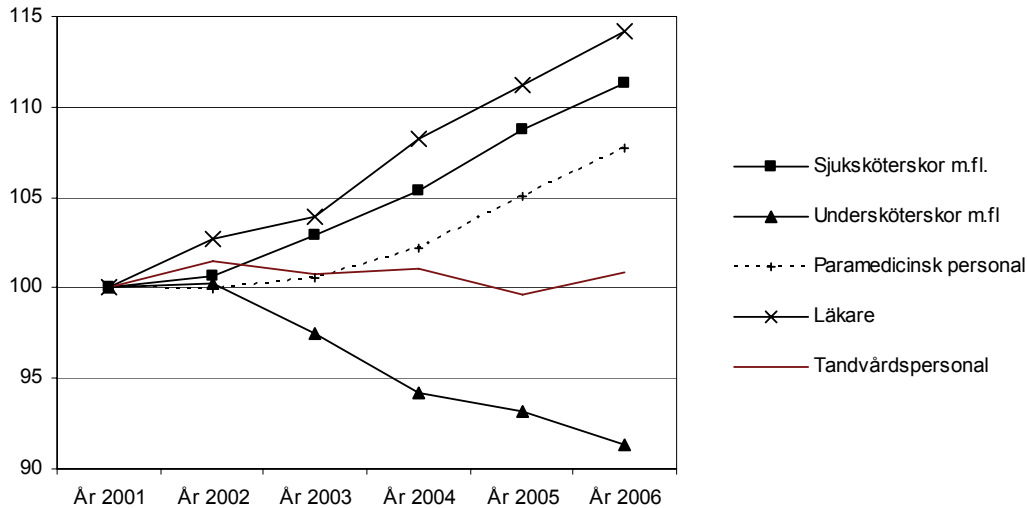
Rekryteringsmöjligheterna till vården har varit goda men det finns fortfarande brist på personalgrupper inom barn- och vuxenspsykiatri, framförallt läkare och specialistutbildade sjuksköterskor. Svårrekryterade är även läkare i allmänmedicin inom primärvården och allmäntandläkare. Satsningar inom regionen för att förbättra läget inom bristyrken är

t.ex. stöd till medarbetare som utbildar sig inom bristområden, fördubblat antal PTP-platser, praktisk tjänstgöring för psykologlegitimation, och samverkan med utbildningsanordnare.

Kompetensförskjutningen mellan sjuksköterskor och undersköterskor fortsätter enligt samma mönster som tidigare år och orsaken till det är inte enty-

dig. En faktor är den medicinska och teknologiska utvecklingen, en annan är att vården blivit mer specialiserad vilket ökat kompetensbehovet och en

tredje faktor är olika tillgänglighetsåtgärder, t.ex. fler sjuksköterskor i primärvården till telefonrådgivning,



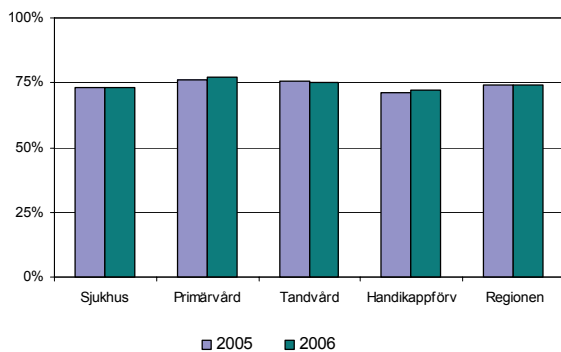
Figur M-1. Procentuell utveckling av antal anställda inom området hälso- och sjukvårdspersonal. Index 2001=100. Källa: Årsredovisningar.

Ett mått på hur mycket resurser vi får ut av de anställda är nyckeltalet som visar andel utförda timmar i relation till totala antalet timmar. Hög procent innebär att andelen arbetad tid varit hög jämfört med frånvarotid (exklusive timmar som saknar ekonomiskt värde). Primärvården och Handikappförvaltningen ökade sina andelar utförd tid med tandvården minskade något. Sett till volymen timmar har alla ökat mängden och i snitt får man ut 1 280 h utförd tid per anställd (utförd tid ackumulerat under året jämfört med antal anställda per den 31 dec).

Personalomsättningen ökade under 2006 efter att ha legat på en ganska låg nivå. Pensionsavgångar fortsätter utgöra ca 1/4 av totala antalet avgångar

Tabell M-3. Personalomsättning, antal externa avgångar i förhållande till antal tillsvidareanställda. Källa: Årsredovisningar

Personalomsättning	2004	2005	2006
Sjukhus	4,2	4,2	5,1
Primärvård	5,0	4,7	6,0
Tandvård	4,4	4,5	4,6
Handikappförvaltning	4,5	3,9	5,8



Figur M-2 Andel utförda timmar i relation till totala antalet timmar. Helår 2005 och 2006. Källa: Årsredovisning.

Fler uppgifter återfinns i tabellbilaga.

För ytterligare statistik om hälso- och sjukvårdspersonal hänvisas till Personalfokus 2006 och rapporten Personalstatistik.

# Del 2 Basala uppgifter

Hälsa- och sjukvård i  
**Västra Götaland**







## 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 2006 per sjukhus eller sjukhusgrupp. Redovisningen har dels hämtats från den nationella statistiken som redovisats till "Sveriges kommuner och landsting" och dels från den regionala vårddatabasen. Ett antal strukturdata kompletterar bilden och mer detaljerad information ges i bilagorna. De prestationer som redovisats överensstämmer inte alltid exakt med rapporter under året och regionens årsredovisning. I den rapporteringen sker en koppling till beställda volymer det vill säga en tydlig koppling mellan prestationer och ekonomi. Tidpunkter för uttag av data kan också påverka jämförbarhet

### Alingsås lasarett

Alingsås lasarett är närsjukhus för invånarna i Mittentälvsborg. 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.



© Lantmäteriverket Gävle 2007. Medgivande I 2007/163

### Genomsnittligt antal disponibla vårdplatser

Medicinsk korttidsvård	53
Kirurgisk korttidsvård	42
<b>Summa specialiserad somatisk vård</b>	<b>95</b>
Allmän psykiatri	0
Barn och ungdomspsykiatri	0
Rättpsykiatri	0
<b>Summa specialiserad psykiatrisk vård</b>	<b>0</b>
Tekniska platser	
<b>Totalt antal platser</b>	<b>95</b>

Produktion	2005	2006
<b>Specialiserad somatisk slutenvård</b>		
Antal vårdtillfällen	6 294	6 435
varav länssjukvård	6 294	6 435
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal vård dagar	33 864	34 119
varav länssjukvård	33 864	34 119
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal DRG-poäng	6 801	6 847
varav länssjukvård	6 801	6 847
varav högspecialiserad vård	-	-
<b>Specialiserad somatisk öppenvård</b>		
Antal läkarbesök	33 754	37 745
varav länssjukvård	33 754	37 745
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal sjuksköterskebesök	7 747	10 719
Antal sjukgymnastbesök *		
Övriga besök *	3 238	7 048

### Dygnsjour inom specialiteter

Kirurgi  
Medicin  
Anestesi

Ekonomi	2005	2006
<b>Mkr</b>		
Intäkter	364	380
varav driftbidrag	330	344
Kostnader	-360	-377
Resultat	4	3
Investeringar	9	10

\*Sjukgymnastik och arbetsterapi har övergått till primärvård 2005.

## Kungälv's sjukhus

Kungälv's sjukhus erbjuder specialistvård inom akut och planerad vård i samverkan med kommuner och primärvård i närområdet.



© Lantmäteriverket Gävle 2007. Medgivande I 2007/163

<b>Genomsnittligt antal disponibla vårdplatser</b>	
Medicinsk korttidsvård	50
Kirurgisk korttidsvård	61
Ofördelad korttidsvård	45
<b>Summa specialiserad somatisk vård</b>	<b>156</b>
Allmän psykiatri	40
Barn och ungdomspsykiatri	0
Rättspsykiatri	0
<b>Summa specialiserad psykiatrisk vård</b>	<b>40</b>
Tekniska platser	11
<b>Totalt antal platser</b>	<b>207</b>

<b>Produktion</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
<b>Specialiserad somatisk slutenvård</b>		
Antal vårdtillfälle	9 253	9 834
varav läns sjukvård	9 253	9 834
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal vård dagar	47 946	52 079
varav läns sjukvård	47 946	52 079
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal DRG-poäng	9 906	10 144
varav läns sjukvård	9 906	10 144
varav högspecialiserad vård	-	-
<b>Specialiserad somatisk öppenvård</b>		
Antal läkarbesök	39 955	39 482
varav läns sjukvård	39 955	39 482
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal sjuksköterskebesök	5 237	6 065
Antal sjukgymnastbesök	1 665	1 716
Övriga besök	3 813	2 991
<b>Specialiserad psykiatrisk slutenvård</b>		
Antal vårdtillfällen	814	827
Antal vård dagar	12 788	13 775
<b>Specialiserad psykiatrisk öppenvård</b>		
Antal läkarbesök	3 406	5 684
Antal sjuksköterskebesök	6 091	6 511
Antal sjukgymnastbesök	1 804	2 067
Övriga besök	9 758	12 599

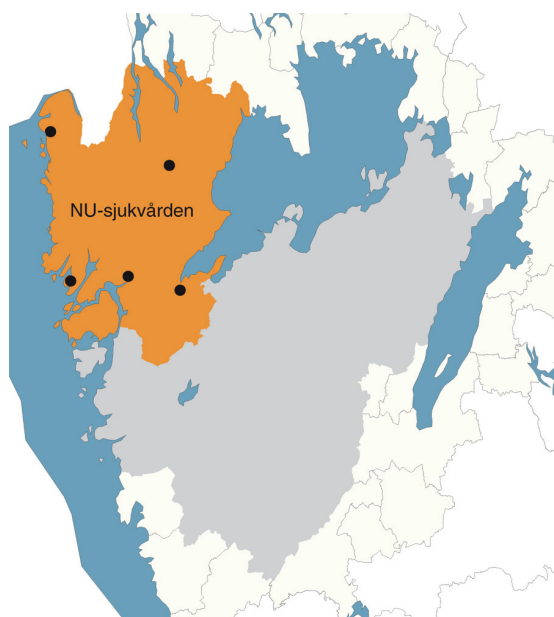
### *Dygnsjour inom specialiteter*

Kirurgi / Ortopedi  
Medicin  
Psykiatri

<b>Ekonomi</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
<b>Mkr</b>		
Intäkter	661	694
varav driftbidrag	581	609
Kostnader	-646	-699
Resultat	14	-5
Investeringar	25	18

## 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. NÄL och Uddevalla sjukhus är akutsjukhus med olika profiler. Dalslands sjukhus, Lysekils sjukhus och Strömstads sjukhus är specialistsjukhus. Lysekils sjukhus saknar dygnsjourer. Strömstads sjukhus har jour gemensamt med primärvården.



© Lantmäteriverket Gävle 2007. Medgivande I 2007/163

### Genomsnittligt antal disponibla vårdplatser

Medicinsk korttidsvård	325
Kirurgisk korttidsvård	258
Ofördelad korttidsvård	0
Geriatrisk vård	87
<b>Summa specialiserad somatisk vård</b>	<b>670</b>
Allmän psykiatri	137
Barn och ungdomspsykiatri	12
Rättspsykiatri	47
<b>Summa specialiserad psykiatrisk vård</b>	<b>196</b>
Tekniska platser	7
<b>Totalt antal platser</b>	<b>873</b>

Produktion	2005	2006
<b>Specialiserad somatisk slutenvård</b>		
Antal vårdtillfällen	41 715	42 544
varav länssjukvård	41 715	42 544
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal vård dagar	232 408	236 141
varav länssjukvård	232 408	236 141
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal DRG-poäng	41 679	42 358
varav länssjukvård	41 679	42 358
varav högspecialiserad vård	-	-
<b>Specialiserad somatisk öppenvård</b>		
Antal läkarbesök	249 159	249 916
varav länssjukvård	249 159	249 916
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal sjuksköterskebesök	73 487	75 197
Antal sjukgymnastbesök	10 168	9 326
Övriga besök	37 319	38 298
<b>Specialiserad psykiatrisk slutenvård</b>		
Antal vårdtillfällen	3 040	3 204
Antal vård dagar	75 699	70 674
<b>Specialiserad psykiatrisk öppenvård</b>		
Antal läkarbesök	13 959	13 966
Antal sjuksköterskebesök	41 061	40 658
Antal sjukgymnastbesök	2 649	3 163
Övriga besök	40 686	40 392

*Dygnsjour inom specialiteter*NÄL

Barnsjukdomar  
 Kirurgi  
 Kvinnosjukdomar  
 Medicin  
 Psykiatri  
 Ögon  
 Öron-Näsa-Hals  
 BUP  
 Radiologi  
 Narkos

Uddevalla

Geriatrik/Rehab  
 Infektion  
 Kirurgi  
 Medicin  
 Ortopedi  
 Ögon  
 Radiologi  
 Narkos

<b>Ekonomi</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
<b>Mkr</b>		
Intäkter	3 396	3 464
varav driftbidrag	3 025	3 110
Kostnader	-3 393	-3 464
Resultat	3	0
Investeringar	118	76

### Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Sahlgrenska universitetssjukhuset tillhandahåller Länssjukvård för närområdet, högspecialiserad vård för regionen och riket samt är "sista utposten" för övriga sjukhus i regionen. Sahlgrenska universitetssjukhuset består av sjukhusen Mölndal, Sahlgrenska, Östra Sjukhuset samt Drottning Silvias barnsjukhus.



© Lantmäteriverket Gävle 2007. Medgivande I 2007/163

#### Genomsnittligt antal disponibla vårdplatser

Medicinsk korttidsvård	802
Kirurgisk korttidsvård	619
Ofördelad korttidsvård	
Geriatrisk vård	278
Övrigt	9
<b>Summa specialiserad somatisk vård</b>	<b>1 708</b>
Allmän psykiatri	273
Barn och ungdomspsykiatri	19
Rättspsykiatri	68
<b>Summa specialiserad psykiatrisk vård</b>	<b>360</b>
Tekniska platser	112
<b>Totalt antal platser</b>	<b>2 180</b>

Produktion	2005	2006
<b>Specialiserad somatisk slutenvård</b>		
Antal vårdtillfällen	104 802	103 898
varav länssjukvård	79 178	78 278
varav högspecialiserad vård	25 624	25 620
Antal vård dagar	584 440	585 463
varav länssjukvård	433 140	430 367
varav högspecialiserad vård	151 300	155 096
Antal DRG-poäng	127 444	129 425
varav länssjukvård	81 371	80 081
varav högspecialiserad vård	46 073	49 344
<b>Specialiserad somatisk öppenvård</b>		
Antal läkarbesök	598 374	597 638
varav länssjukvård	533 671	529 588
varav högspecialiserad vård	64 703	68 050
Antal sjuksköterskebesök	300 154	310 479
Antal sjukgymnastbesök	51 840	47 259
Övriga besök	100 334	105 251
<b>Specialiserad psykiatrisk slutenvård</b>		
Antal vårdtillfällen	6 050	6 727
Antal vård dagar	130 796	140 460
<b>Specialiserad psykiatrisk öppenvård</b>		
Antal läkarbesök	49 329	51 421
Antal sjuksköterskebesök	90 944	95 658
Antal sjukgymnastbesök	9 353	10 293
Övriga besök	109 958	113 013

*Dygnsjour inom specialiteter*SU - Sahlgrenska

	<b>Ekonomi</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Anestesi	<b>Mkr</b>		
Geriatrik			
Gynekologi			
Handkirurgi	Intäkter	10 136	10 469
Hud	varav driftbidrag	8 208	8 472
Kardiologi			
Kirurgi	Kostnader	-10 215	-10 581
Kirurgi, transplantation			
Lungmedicin			
Medicin	Resultat	-78	-111
Neurokirurgi	Investeringar	213	238
Neurologi			
Njurmedicin			
Onkologi			
Ortopedi			
Plastikkirurgi			
Psykiatri			
Reumatologi			
Thoraxkirurgi			
Urologi			
Öron - Näsa - Hals			

SU - Östra

Anestesi  
 Geriatrik  
 Infektion  
 Kardiologi  
 Kirurgi  
 Medicin  
 Obstetrik  
 Ortopedi  
 Psykiatri  
 Thoraxkirurgi

SU - Mölndal

Anestesi  
 Geriatrik  
 Gynekologi  
 Medicin  
 Obstetrik  
 Ortopedi  
 Psykiatri  
 Ögonsjukvård

SU - Drottning Silvia

Barnkirurgi  
 Barnmedicin

### Skarborgs sjukhus – SkaS

Uppdraget för sjukhuset är att tillgodose behovet av specialiserad vård för invånarna i regionen. Skarborgs sjukhus ingår akutsjukhuset Kärnsjukhuset (KSS) i Skövde och specialist-sjukhusen; sjukhuset i Lidköping (SIL), sjukhuset i Falköping (SIF) samt sjukhuset i Mariestad (SIM). Det geografiska upptagningsområdet avseende närsjukvården är främst Östra och Västra Skarborg.



© Lantmäteriverket Gävle 2007. Medgivande I 2007/163

#### Genomsnittligt antal disponibla vårdplatser

Medicinsk korttidsvård	329
Kirurgisk korttidsvård	272
Ofördelad korttidsvård	0
<b>Summa specialiserad somatisk vård</b>	<b>601</b>

Allmän psykiatri	134
Barn och ungdomspsykiatri	7
Rättspsykiatri	0
<b>Summa specialiserad psykiatrisk vård</b>	<b>141</b>

Tekniska platser	66
<b>Totalt antal platser</b>	<b>808</b>

Produktion	2005	2006
<b>Specialiserad somatisk slutenvård</b>		
Antal vårdtillfällen	37 380	37 846
varav länssjukvård	37 380	37 846
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal vård dagar	196 141	200 144
varav länssjukvård	196 141	200 144
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal DRG-poäng	37 924	37 882
varav länssjukvård	37 924	37 882
varav högspecialiserad vård	-	-
<b>Specialiserad somatisk öppenvård</b>		
Antal läkarbesök	214 275	217 444
varav länssjukvård	214 275	217 444
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal sjuksköterskebesök	57 354	60 901
Antal sjukgymnastbesök	17 582	16 442
Övriga besök	39 127	42 207
<b>Specialiserad psykiatrisk slutenvård</b>		
Antal vårdtillfällen	1 907	1 983
Antal vård dagar	55 523	56 348
<b>Specialiserad psykiatrisk öppenvård</b>		
Antal läkarbesök	13 552	13 298
Antal sjuksköterskebesök	23 516	20 578
Antal sjukgymnastbesök	2 615	2 379
Övriga besök	29 101	26 694



*Dygnsjour inom specialiteter*KSS - Kärnsjukhuset

Anestesi  
 Barnsjukdomar  
 Infektion  
 Kirurgi / Urologi  
 Kvinnosjukdomar  
 Medicin  
 Ortopedi  
 Ögon  
 Öron - Näsa - Hals

SIL - Sjukhuset i Lidköping

Anestesi  
 Kirurgi / Urologi / Ortopedi  
 (ej akutintag kirurgi nattetid)  
 Kvinnosjukdomar  
 Medicin

SIF - Sjukhuset i Falköping

Medicin  
 Psykiatri

<b>Ekonomi</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
<b>Mkr</b>		
Intäkter	2 834	2 938
varav driftbidrag	2 576	2 675
Kostnader	-2 840	-2 956
Resultat	-6	-18
Investeringar	81	55

### Södra Älvsborgs sjukhus

Sjukhuset tillhandahåller närsjukvård för Sjuhäradsbygden, 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.



© Lantmäteriverket Gävle 2007. Medgivande I 2007/163

Genomsnittligt antal disponibla vårdplatser	
Medicinsk korttidsvård	273
Kirurgisk korttidsvård	169
Ofördelad korttidsvård	0
Geriatrisk vård	42
<b>Summa specialiserad somatisk vård</b>	<b>484</b>
Allmän psykiatri	74
Barn och ungdomspsykiatri	6
Rättspsykiatri	0
<b>Summa specialiserad psykiatrisk vård</b>	<b>80</b>
Tekniska platser	61
Platser på patienthotell	9
<b>Totalt antal platser</b>	<b>634</b>

Produktion	2005	2006
<b>Specialiserad somatisk slutenvård</b>		
Antal vårdtillfällen	28 672	28 623
varav länssjukvård	28 672	28 623
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal vård dagar	161 715	162 793
varav länssjukvård	161 715	162 793
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal DRG-poäng	30 808	29 693
varav länssjukvård	30 808	29 693
varav högspecialiserad vård	-	-
<b>Specialiserad somatisk öppenvård</b>		
Antal läkarbesök	166 743	162 841
varav länssjukvård	165 102	161 037
varav högspecialiserad vård	1 641	1 804
Antal sjuksköterskebesök	75 793	75 470
Antal sjukgymnastbesök	38 610	42 217
Övriga besök	14 842	13 667
<b>Specialiserad psykiatrisk slutenvård</b>		
Antal vårdtillfällen	1 535	1 520
Antal vård dagar	28 407	26 044
<b>Specialiserad psykiatrisk öppenvård</b>		
Antal läkarbesök	11 577	11 503
Antal sjuksköterskebesök	19 191	21 704
Antal sjukgymnastbesök	4 171	5 124
Övriga besök	42 522	43 508

#### Dygnsjour inom specialiteter

##### SÄS - Borås

Barnsjukdomar  
Hematologi  
Infektion  
Kirurgi / Urologi  
Kvinnosjukdomar  
Medicin  
Ortopedi  
Psykiatri  
Ögon  
Öron - Näsa - Hals

##### SÄS - Skene

Medicin

<b>Ekonomi</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
<b>Mkr</b>		
Intäkter	2 569	2 580
varav driftbidrag	2 294	2 321
Kostnader	-2 560	-2 580
Resultat	9	1
Investeringar	77	48

### Frölunda specialistsjukhus

Sjukhuset bedriver planerad specialistsjukvård av länssjukvårdskaraktär på femdagarsbasis.



© Lantmäteriverket Gävle 2007. Medgivande I 2007/163

#### Genomsnittligt antal disponibla vårdplatser

Medicinsk korttidsvård	
Kirurgisk korttidsvård	
Ofördelad korttidsvård	20
<b>Summa specialiserad somatisk vård</b>	<b>20</b>
Allmän psykiatri	0
Barn och ungdomspsykiatri	0
Rättspsykiatri	0
<b>Summa specialiserad psykiatrisk vård</b>	<b>0</b>
Tekniska platser	0
<b>Totalt antal platser</b>	<b>20</b>

Produktion	2005	2006
Specialiserad somatisk slutenvård		
Antal vårdtillfällen	1 039	1 001
varav länssjukvård	1 039	1 001
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal vårddagar	1 510	1 659
varav länssjukvård	1 510	1 659
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal DRG-poäng	-	-
varav länssjukvård-	-	-
varav högspecialiserad vård	-	-
Specialiserad somatisk öppenvård		
Antal läkarbesök	43 485	46 492
varav länssjukvård	43 485	46 492
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal sjuksköterskebesök	11 450	11 819
Antal sjukgymnastbesök	8 939	9 628
Övriga besök	6 033	6 561

Ekonomi	2005	2006
<b>Mkr</b>		
Intäkter	148	158
varav driftbidrag	126	135
Kostnader	-147	-157
Resultat	0	1
Investeringar	0	5

### Capio Lundby sjukhus

Capio Lundby sjukhus drivs sedan 1994 i privat regi. Capio Lundby sjukhus är ett helägt dotterbolag till Capio AB. Redovisningen avser utförd vård för Västra Götalandsregionen.



© Lantmäteriverket Gävle 2007. Medgivande I 2007/163

Produktion	2005	2006
Specialiserad somatisk slutenvård		
Antal operationer	3 252	3 901
Antal vård dygn	1 144	1 123
Specialiserad somatisk öppenvård		
Antal läkarbesök	61 853	62 125
varav länssjukvård	61 853	62 125
varav högspecialiserad vård	-	-
Antal sjuksköterskebesök	13 306	10 155
Antal sjukgymnastbesök	12 285	11 236
Antal Dialysbesök	12 225	12 705
Dagvård	963	791

Ekonomi Mkr	2005	2006
Intäkter VGR	166	172

### Genomsnittligt antal disponibla vårdplatser

Medicinsk korttidsvård	0
Kirurgisk korttidsvård	13
Ofördelad korttidsvård	0
<b>Summa specialiserad somatisk vård</b>	<b>13</b>
Allmän psykiatri	0
Barn och ungdomspsykiatri	0
Rättspsykiatri	0
<b>Summa specialiserad psykiatrisk vård</b>	<b>0</b>
Tekniska platser	0
<b>Totalt antal platser</b>	<b>13</b>

## Produktion primärvård

### Offentlig vård

Primär och tandvårdsförvaltningen omfattar all offentlig primärvård och folktandvård i Västra Götalandsregionen. För redovisade prestationer avseende tandvård hänvisas till textavsnitt tandvård.

#### Produktion offentlig regi egenproducerad

#### Fyrbodalsregionen

	2005	2006
Antal läkarbesök exkl. mödra och barnhälsovård*	321 126	311 070
Antal läkarbesök som avser mödra- och barnhälsovård*	9 755	9 281
Antal sjuksköterskebesök exkl. mödra och barnhälsovård.	225 039	232 876
Antal sjuksköterskebesök som avser mödra- och barnhälsovård	104 407	116 421
Antal sjukgymnastbesök*	111 364	118 571
Övriga besök*	48 474	47 872

#### Göteborgsregionen

	2005	2006
Läkarbesök exkl. mödra och barnhälsovård*	317 591	335 579
Antal läkarbesök som avser mödra- och barnhälsovård*	35 071	37 651
Antal sjuksköterskebesök exkl. mödra och barnhälsovård.	219 695	210 722
Antal sjuksköterskebesök som avser mödra- och barnhälsovård	236 695	245 906
Antal sjukgymnastbesök*	74 383	73 021
Övriga besök*	59 298	61 853

#### Skaraborgsregionen

	2005	2006
Antal läkarbesök exkl. mödra och barnhälsovård*	290 901	296 689
Antal läkarbesök som avser mödra- och barnhälsovård*	11 694	10 641
Antal sjuksköterskebesök exkl. mödra och barnhälsovård.	271 011	279 122
Antal sjuksköterskebesök som avser mödra- och barnhälsovård	102 277	102 554
Antal sjukgymnastbesök*	74 383	111 396
Övriga besök*	59 298	71 271

#### Södra Bohuslän

	2005	2006
Mödra och barnhälsovård*	236 776	241 935
Antal läkarbesök som avser mödra- och barnhälsovård*	12 635	13 631
Antal sjuksköterskebesök exkl. mödra och barnhälsovård.	131 827	145 682
Antal sjuksköterskebesök som avser mödra- och barnhälsovård	87 472	87 838
Antal sjukgymnastbesök*	33 548	35 739
Övriga besök*	22 495	28 320

#### Södra Älvsborgsregionen

	2005	2006
Antal läkarbesök exkl. mödra och barnhälsovård*	319 517	320 746
Antal läkarbesök som avser mödra- och barnhälsovård*	17 137	17 569
Antal sjuksköterskebesök exkl. mödra och barnhälsovård.	224 045	236 607
Antal sjuksköterskebesök som avser mödra- och barnhälsovård	101 128	104 360
Antal sjukgymnastbesök*	89 877	89 771
Övriga besök*	45 823	55 747

\* Specialiserad vård inom primärvårdsorganisationen ingår

**Offentliga vårdcentraler**

Redovisning av vårdcentraler grupperade med avseende på större verksamhetsområden/verksamheter per driftområde år 2006. Med vårdcentral menas nedan en verksamhet som innehåller minst allmänläkarmottagning och distriktssköterskemottagning. I denna mening finns det i regionen idag totalt 121 offentliga vårdcentraler. Tabellen visar att den vanligaste vårdcentralstypen i Västra Götalandsregionen har ett innehåll som motsvarar läkarmedverkan i kommunal sjukvård, kurtor/psykologverksamhet och BVC.

En förteckning över samtliga vårdcentraler i egen regi finns i bilagedelen.

Respektive driftområde sammanfaller geografiskt med följande hälso- och sjukvårdsnämndsområden:

Driftområde	
Fyrbodol	HSN 1+2+3
S. Bohuslän	HSN 4+7
Göteborg	HSN 5+11+12
S. Älvsborg	HSN 6+8
Skaraborg	HSN 9+10

**Offentliga vårdcentraler grupperade med avseende på större verksamhetsområden/verksamheter per driftområde**

	Skaraborg	Södra Älvsborg	Göteborg	Södra Bohuslän	Fyrbodol	Totalt VGR
Läkarmedverkan i kommunal sjukvård, kurtor/psykolog verksamhet och BVC	0	20	4	6	13	43
Läkarmedverkan. i kommunal sjukvård, kurtor/psykolog verksamhet, MVC, BVC, sjukgymnastik och/eller arbetsterapi	22	1	1	0	7	31
Läkarmedverkan i kommunal sjukvård, kurtor/psykolog verksamhet, MVC och BVC	0	2	11	0	4	17
Läkarmedverkan i kommunal sjukvård, kurtor/psykolog verksamhet	0	0	6	0	0	6
Läkarmedverkan i kommunal sjukvård, kurtor/psykologverksamhet, sjukgymnastik och BVC	0	4	0	4	0	8
Läkarmedverkan i kommunal sjukvård och BVC.	0	2	0	4	0	6
Övriga kombinationer.	1	0	5	3	1	10
Summa	23	29	27	17	25	121

**Primär och tandvårdsförvaltningen**

Ekonomi	2005	2006
<b>Mkr</b>		
Intäkter	6 267	6 464
varav driftbidrag	4 796	5 003
Kostnader	-6 250	-6 420
Resultat	17	44
Investeringar	55	60



## 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.

### Borås

	2005	2006
Antal vårdtillfällen	-	-
Antal vård dagar	-	-
Antal läkarbesök	71 071	69 282
Antal sjuksköterskebesök	15 520	16 155
Antal sjukgymnastbesök	88 003	84 688
Övriga besök	9 177	17 502

### Göteborg

	2005	2006
Antal vårdtillfällen	2 227	1 788
Antal vård dagar	10 107	7 818
Antal läkarbesök	757 589	807 921
Antal sjuksköterskebesök	102 101	126 575
Antal sjukgymnastbesök	481 405	470 568
Övriga besök	26 663	21 291

### Mariestad

	2005	2006
Antal vårdtillfällen	15	24
Antal vård dagar	344	510
Antal läkarbesök	61 724	61 299
Antal sjuksköterskebesök	9 019	17 915
Antal sjukgymnastbesök	74 427	81 140

### Uddevalla

	2005	2006
Antal vårdtillfällen	21	20
Antal vård dagar	3 111	3 049
Antal läkarbesök	120 791	134 199
Antal sjuksköterskebesök	41 384	61 927
Antal sjukgymnastbesök	85 398	87 087

*Förteckning över vårdcentraler i privat regi samt avtal med Västra Götalandsregionen*

### Borås

Galathea vårdcentral  
Herkules vårdcentral

### Göteborg

Billdals vårdcentral  
Haga – Annedal  
Västerledens vårdcentral  
Backa läkarhus  
Vårdcentralen Kusten  
Centrumpraktiken Skomakaren  
Nödinge vårdcentral  
Hönö vårdcentral  
Skepparens läkarmottagning  
Mölnåls vårdcentral  
Källeredens vårdcentral  
Läkargruppen, Mölnålsbro  
Rävlanda vårdcentral  
Partille Privatvård  
Sävedalens Läkarmottagning

### Mariestad

Grästorps Nya Vårdcentral

### Uddevalla

Villa Qrera  
Silentzvägens vårdcentral  
Uddevalla nya vårdcentral  
Hjortens vårdcentral  
Stavre Vårdcentral  
Maria Alberts vårdcentral  
Läkarhuset Orust

**Ordlista**

<b>Begrepp/term</b>	<b>Definition/ beskrivning</b>
Case-mix	Genomsnittliga vikten för ett vårdtillfälle vid ett sjukhus
Demografi	Befolkningens fördelning, storlek och sammansättning
DRG-poäng	Ett kvalitativt mått för att beskriva sjukvårdens produktion och innehåll. Metoden bygger på ca 500 diagnosgrupper. Varje grupp har en vikt som speglar resursinsatsen och kostnaden för behandling av diagnosen.
EQ-5D	Hälsorelaterad livskvalitetsmått som baseras på fem enkätfrågor (rörlighet, egen hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär, oro/nedstämdhet)
Faktisk väntetid	Avser tid som förflutit mellan ankomstdatum för vårdbegäran till datum för första läkarbesöket, respektive beslut om behandling till behandlingsstart. Faktisk väntetid beräknas retrospektivt, tillbakablickande. Vid mätning/redovisning av faktisk väntetid skall de patienter som av medicinska skäl behövt ändra på den planerade tiden för ett första läkarbesök och de patienter som själva valt att ändra på sin tid för det första besöket alltid exkluderas.
Förtida död	Dödsfall i yngre åldrar, som i princip kan vara möjliga att förhindra. I denna rapport avses dödsfall i åldrarna 1-74 år.
Konfidensintervall	Ett intervall som med en förutbestämd sannolikhet (vanligen 95%) innefattar det sanna värdet av till exempel en andel eller ett medelvärde. Det används ofta för att uppskatta osäkerheten i ett skattat värde, men även osäkerheten på grund av slumpvariation över tid. Det intervall man omger sitt urvalsvärde med inrymmer med 95 procent sannolikhet det sanna värdet. Det är mera sannolikt att det ”sanna” värdet befinner sig i ett område nära mitten av konfidensintervallet, än vid den högsta eller lägsta gränsen för det.
Konsumtion	Den vård Västra Götalandsregionens befolkning konsumerar
Kö – produktionskvot eller Kökvot	Kökvoten är ett mått som anger omsättningshastigheten på en väntelista, angivet i procent (%). Kvoten är en relation mellan totala antalet väntande och årsproduktionen. En kvot på 25 % eller mindre visar att kapacitet finns för att eliminera kön under en tremånaders period om inga andra förändringar sker.
Medianväntetid	Statistiskt mått, mittersta värdet vid rapportering av faktiska väntetider. Medianväntetid för patienter, oberoende av medicinsk prioritering, som erhållit ett första planerat läkarbesök eller genomgått behandling.
Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor	Enkätundersökning om bl.a. hälsa och levnadsvanor med ett urval av Sveriges befolkning (Statens folkhälsoinstitut). Västra Götalandsregionen har gjort ett extraurval så att resultatet kan redovisas på hälso- och sjukvårdsnämndområde ( <a href="http://www.vgregion.se/nfhe">www.vgregion.se/nfhe</a> , <a href="http://www.fhi.se">www.fhi.se</a> )
Produktion	Den vård som utföraren producerar oavsett vem som erhåller vård
Produktivitet	Kostnad per prestation
Valfrihetsvård	Valfrihet att söka vård vid sjukhus, vårdcentral eller privata läkare/vårdgivare som har avtal med något landsting i hela landet
VEGA	Den regionala vårddatabasen
Vårdavtal	Juridisk handling (avtal) tecknad med vårdgivare som ej drivs offentligt dvs. privat. Finansiering är företrädesvis offentlig. Ersättning överenskomms mellan parterna. Vårdavtalet reglerar omfattning och inriktning på vårdgivarens verksamhet, former för uppföljning m.m.
Vårdbarometern	Sveriges kommuner och landsting mäter rullande befolkningens kunskaper om, erfarenheter av och attityder 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.

Vårdgaranti	Ny vårdgaranti fr.o.m. 2005-11-01 0 – Primärvården ska erbjuda kontakt eller besök samma dag. 7 – Om läkarkontakt inom primärvården behövs ska denna kunna erbjudas inom högst sju dagar. 90 – Efter beslut om remiss ska ett besök inom den specialiserade vården – om sådant behövs – kunna erbjudas inom högst 90 dagar efter beslutsdagen. Om patienten själv har tagit kontakt med specialistvården räknas de 90 dagarna från dagen då egenremissen är mottagen och bedömd där. 90 – Efter beslut om behandling ska denna kunna erbjudas inom högst 90 dagar
Vårdtillfälle	Vårdkontakt i slutenvård. Vårdtillfället avgränsas av in- och utskrivning inom ett sjukhus/sjukhusgrupp (sjukhusvårdtillfälle)
Åldersstandardisering	Dödlighet och förekomst av sjukdomar beror i hög grad på åldern. När man vill jämföra sjuklighet eller dödlighet mellan grupper behöver man därför ta hänsyn till eventuella skillnader i ålder mellan grupperna. En sådan beräkning kallas för åldersstandardisering. Beräkningen eller justeringen tar alltså bort ålderns störande inverkan på jämförelser, den kontrollerar för ålder.
Åtgärdbar dödlighet	Ett grovt mått som speglar specifika dödsorsaker vars förekomst i relativt hög utsträckning anses kunna bero av verksamheten i hälso- och sjukvården. Den delas in i hälsopolitiskt relaterad och sjukvårdsrelaterad dödlighet
Öppenvårdsbesök	Vårdkontakt inom öppen vård som innebär personligt möte mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal

## Arbetsgrupper

---

I arbetsgrupper för framtagandet av denna rapport har ingått medarbetare från regionkansliets hälso- och sjukvårdsavdelning och ekonomiavdelning samt företrädare för nämndernas hälso- och sjukvårdskanslier och folkhälsokommitténs kansli. Samordningsansvar för avsnitt anges nedan inom parentes.

### Arbetsgrupp

Marianne Förars, RK Hälso- och sjukvårdsavdelningen (huvudprojektledare)

Staffan Björck, RK Hälso- och sjukvårdsavdelningen (metodansvar för analyserna, kvalitet, perspektiv på resurser)

Anna Kjellström RK Hälso- och sjukvårdsavdelningen (Regionens befolkning och befolkningens uppfattning om vården. I samarbete med arbetsgrupper för Vårdbarometern och folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor.)

Annika Karlqvist, RK Hälso- och sjukvårdsavdelningen (produktions- och konsumtionsstatistik)

Maria Gabelsson-Fredrikson, RK Hälso- och sjukvårdsavdelningen (Koordinering budgetunderlag, årsredovisning, kostnader samt basala uppgifter)

Mona-Lis Dalbrekt, RK Hälso- och sjukvårdsavdelningen, projektsekreterare, webpublicering

Anna Karlsson, RK Hälso- och sjukvårdsavdelningen

Charlotta Sjöholm, RK Hälso- och sjukvårdsavdelningen (Läkemedel)

Lillemor Bergman, RK Hälso- och sjukvårdsavdelningen

Astrid Brauer, HSN – kansliet i Göteborg,

Ingrid Nielsen, HSN – kansliet i Mariestad, (Tillgänglighet)

Katarina Orrbeck, HSN – kansliet i Borås,

Andreas Hjertén, HSN – kansliet i Uddevalla

Lena Johansson RK Ekonomiavdelningen (Frango)

Agneta Andersson RK Ekonomiavdelningen (Frango)

Bengt Karlsson RK Hälso- och sjukvårdsavdelningen, (Tandvård)

Gunnar Numeus, RK Hälso- och sjukvårdsavdelningen

### Analysgrupp:

Staffan Björck, RK Hälso- och sjukvårdsavdelningen, regionläkare sammankallande analysgrupp,

Peter Lönnroth, RK Hälso- och sjukvårdsavdelningen, bitr. hälso- och sjukvårdsdirektör,

Gunbrith O Palo, HSN – kansliet i Mariestad, Hälso- och sjukvårdschef HSN 9 HSN 10

Ann Stokland, Kungälv's sjukhus, sjukhusdirektör,

Elisabeth Steier, RK Ekonomiavdelningen, planerings- och budgetchef,

Barbara Rubinstein, HSN – kansliet i Göteborg, planeringsledare, epidemiolog

Sara Ribacke, RK Personalstrategiska avdelningen, statistiker

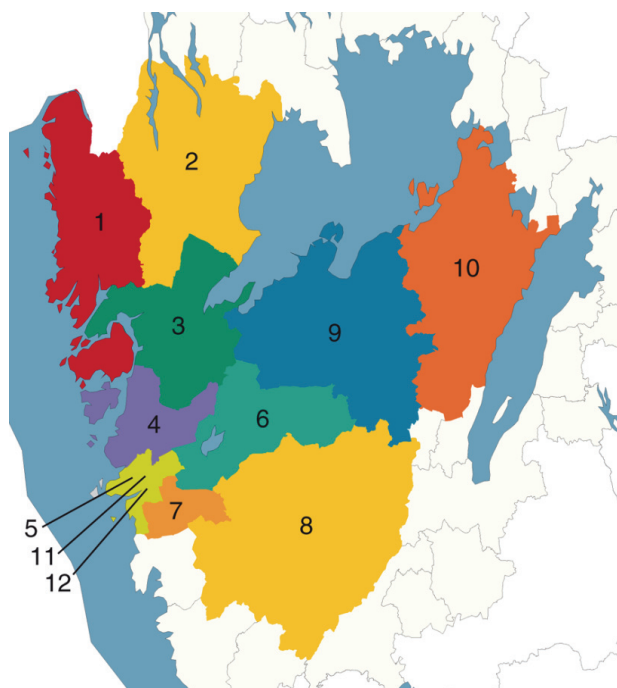
Marianne Förars, RK Hälso- och sjukvårdsavdelningen, vårdanalytiker, huvudprojektledare.

I arbetet med information om och tryckning av rapport har engagerats Sonja Gillving, RK Informationsavdelningen.

Uppdragsgivare är hälso- och sjukvårdsdirektör Lars-Olof Rönnqvist och styrgrupp för arbetet är hälso- och sjukvårdsavdelningens ledningsgrupp.



# Västra Götalandsregionen



© Lantmäteriet Gävle 2006. Medgivande 2006/965

<b>Hälso- och sjukvårds- nämndsområde</b>	<b>Folkmängd 2006 (antal)</b>		
	Totalt	Kvinnor	Män
1 Norra Bohuslän	73 167	36 382	36 785
2 Dalsland	44 098	21 809	22 289
3 Trestad	154 196	77 230	76 966
4 Mellersta Bohuslän	116 072	57 609	58 463
5 Göteborg - Centrum Väster	217 556	111 337	106 219
6 Mittenälvsborg	93 712	47 069	46 643
7 Södra Bohuslän	124 947	62 787	62 160
8 Sjuhärad	186 577	94 099	92 478
9 Västra Skaraborg	127 741	63 982	63 759
10 Östra Skaraborg	128 017	64 012	64 005
11 Göteborg - Hisingen	129 144	64 393	64 751
12 Göteborg - Nordöstra	143 057	72 247	70 810
<b>Västra Götaland</b>	<b>1 538 284</b>	<b>772 956</b>	<b>765 328</b>

Hälso- och sjukvårdsavdelningen  
Regionens Hus  
541 80 Skövde