

MÅL OCH UTFALL

Rapport med idéskiss till uppföljning av
måluppfyllelse och analys av avvikelser



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. Inledning	3
1.1 Vad skall följas upp	3
1.2 Ett samlat grepp om verksamhetsuppföljningen/nationell nivå	4
1.3 Idéskiss	4
2. Behov av hälso- och sjukvård	5
3. Konsumtion av hälso- och sjukvård	8
4. Väntetider och besöksgarantier	13
5. Lokala hälso- och sjukvårdsnämnder	15
5.1 Frågor till lokala kanslier	15
5.2 Insatser från lokala hälso- och sjukvårdsnämnder	16
6. Folkhälsokommittén	18
7. Tandvård	19
8. Läkemedel	22
9. Sjukresor	25
10. Handikappfrågor	27

MÅL OCH UTFALL

1. Inledning

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har i "Budget 1999" beskrivit utvecklingen av uppföljningsarbetet. Där framgår bl a att det i samband med delårsrapporterna och bokslutet skall göras en mer ingående uppföljning och analys av mål och utfall.

Denna rapport är en del i utvecklandet av Hälso- och sjukvårdsstyrelsens verksamhetsuppföljning.

Hälso- och sjukvården kan belysas ur olika perspektiv. Styrelsen skall i sin roll anlägga ett befolkningsperspektiv. Det betyder för uppföljningen att data systematiskt relateras till invånarna i Västra Götaland och, så långt som möjligt, till befolkningen i de tio hälso- och sjukvårdsnämndsområdena. Det är med andra ord vilka - och hur många tjänster befolkningen konsumerar som ligger i fokus - inte vad enskilda sjukhus, vårdcentraler m fl producerar.

Ett sådant företrädarperspektiv kan anläggas vid uppföljning och analys av:

- hur hälso- och sjukvårdsbehovet ser ut för befolkningen - vad behöver man hjälp med?
- hur många och vilka utnyttjar hälso- och sjukvårdsinsatserna?
- hur ofta och var befolkningen utnyttjar vård?
- om man får insatserna när man önskar dem?
- om patienternas problem blivit lösta och om de är nöjda?
- vad det kostar - blir det dyrt?

1.1 Vad skall följas upp

Hälso- och sjukvårdsstyrelsens/beställarnas syfte med att ha tillgång till information om hälso- och sjukvården kan uttryckas som:

- att kartlägga ett nuläge och följa utvecklingen över tiden
- att ge underlag för målformulering och avtalsarbete
- att ge möjlighet till uppföljning av mål och avtal
- att ge befolkningen tillgång till information om vårdens innehåll och resultat
- att ge kunskap till ersättningssystemen

Utgångspunkter är:

- budget och de mål och åtgärder som beslutats
- beställningen - avtal/uppdrag som gjorts utifrån budget
- vissa beslut som styrelse/nämnd/kommitté fattar under året

1.2 Ett samlat grepp om verksamhetsuppföljningen/nationell nivå

För att underlätta och samordna sjukvårdshuvudmännens utvecklingsarbete krävs utvecklingsinsatser på nationell nivå. Mot denna bakgrund har Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet tillsammans med övriga berörda centrala myndigheter och organisationer - inom ramen för det s k VU 99 projektet - försökt enas om hur man bör arbeta på nationell nivå för att skapa förutsättningar för en heltäckande verksamhetsuppföljning inom hälso- och sjukvården.

I VU 99:s slutdokument konstateras att:

"En effektiv och rättvis (behovsstyrd) hälso- och sjukvård förutsätter väl fungerande system för verksamhetsuppföljning, som ger besked om vårdens prestationer, kostnader och kvalitet, samt om vårdkonsumtionens fördelning i befolkningen. Insikten om detta är inte ny och omfattande utvecklingsarbete med denna inriktning har pågått och pågår på olika håll."

I VU 99 anges att en ändamålsenlig verksamhetsuppföljning:

- bygger på (individ)data av hög kvalitet
- är "heltäckande"
- tillgodoser alla intressenters informationsbehov
- uppfattas som användbar och värdefull
- även omfattar analys.

1.3 Idéskiss

Det genomförda arbetet med föreliggande rapport pekar på att det blir oöverskådligt att samla uppföljning av mål och utfall i en samlad årsrapport. Tidsmässig tillgång till data talar också mot detta, liksom vikten av en utförligare redovisning av respektive ämnesområde.

Hälso- och sjukvårdsnämndernas och kommittéernas verksamhetsuppföljning och analys av måluppfyllelse bör ske i respektive årsredogörelse. De mål som Hälso- och sjukvårdsstyrelsen särskilt önskar mäta kan t ex anges i samband med budgetarbetet.

Följande idéskiss utgör utgångspunkter för det fortsatta arbetet med formerna för Hälso- och sjukvårdsstyrelsens uppföljningsarbete vad avser mål och utfall.

- A. En komplettering av tertialrapporterna med mer data från verksamhetsuppföljning i takt med att den regionala vårddatabasen och uppföljning av avtalen utvecklas.
- B. Årliga rapporter över
 - Befolkningens behov av hälso- och sjukvård
 - Vårdkonsumtion
 - Tillgänglighet
 - Läkemedelskonsumtion
 - Tandhälsa
 - Etc
- C. Särskilda uppföljningar av i budget angivna mål eller andra av styrelsen fattade beslut.

I de följande avsnitten ges exempel på sådan uppföljning av mål och utfall som tidigare angetts.

Vilka exempel som valts ut har styrts av olika förhållanden. En utgångspunkt är innehållet i Hälso- och sjukvårdsstyrelsens budget för år 1999, och de formuleringar som där finns. Brist på data, vilken medger jämförelser och redovisning av Västra Götaland som en helhet, har inneburit en mycket begränsande faktor.

Uppgifterna i rapporten, som tagits fram av analys- och utvärderingsenheten, bygger på material som erhållits från: De lokala hälso- och sjukvårdsnämndernas kanslier, epidemiologiska enheten, beställnings- och utvecklingsenheten, sjuktransportenheten, tandvårdsenheten, EPV-kommitténs kansli, Folkhälsokommitténs kansli, Handikappkommitténs kansli, VGR's vårddatabas och Apotekets databas för läkemedel (APS).

I denna rapport har följande förkortningar använts vad gäller Hälso- och sjukvårdsområdena:

Norra Bohuslän	HSN 1	Mitten Älvsborg	HSN 6
Dalsland	HSN 2	Södra Bohuslän	HSN 7
Trestad	HSN 3	Sjuhärad	HSN 8
Mellersta Bohuslän	HSN 4	Västra Skaraborg	HSN 9
Göteborg	HSN 5	Östra Skaraborg	HSN 10

2. Behov av hälso- och sjukvård

Sjukvårdskonsumtionens omfattning påverkas av samhällets resurser, befolkningens efterfrågan och befolkningens behov. Dessa faktorer överlappar varandra i stor utsträckning. De som har behov av vård efterfrågar i regel vård, och i allmänhet får de också den vård de efterfrågar. Detta betyder inte att resurser, efterfrågan och behov är identiska begrepp och att de helt och hållet sammanfaller till sitt innehåll.

Då det uppstår skillnader - som bedöms som allvarliga - mellan sjukvårdens resurser, befolkningens efterfrågan och befolkningens behov ger hälso- och sjukvårdslagen, prioriteringsutredningen m. fl. övergripande dokument en vägledning var tyngdpunkten ska ligga. Dessa dokument markerar att medborgarnas/patienternas behov ska ges företräde, och att hälso- och sjukvårdens resurser ska fördelas rättvist och solidariskt med utgångspunkt från denna princip, då det uppstår en bristsituation.

För att befolkningens behov ska kunna bedömas på ett trovärdigt sätt behövs epidemiologisk grundad kunskap. Sådan kunskap baseras på såväl kartläggning av befolkningens ohälsa, som analys av hur olika typer av ohälsa påverkar varandra och behovet av vård. Vidare ingår studier av vårdkonsumtionen, hur den fördelas sig på olika grupper, vilket innehåll den har och hur stora dess kostnader är.

Vårdbehoven kan tillgodoses på många olika sätt. En skattning av behovens omfattning måste därför utgå från helheten - dvs det totala utbudet av behovet av hälso- och sjukvård. Den samlade sjukvårdsorganisationen inklusive den primärkommunala vården och omsorgen kan därvid liknas vid kommunicerande kärl. Behovet av exempelvis primärvård kan således inte definieras eller mätas isolerat från annan hälso- och sjukvård.

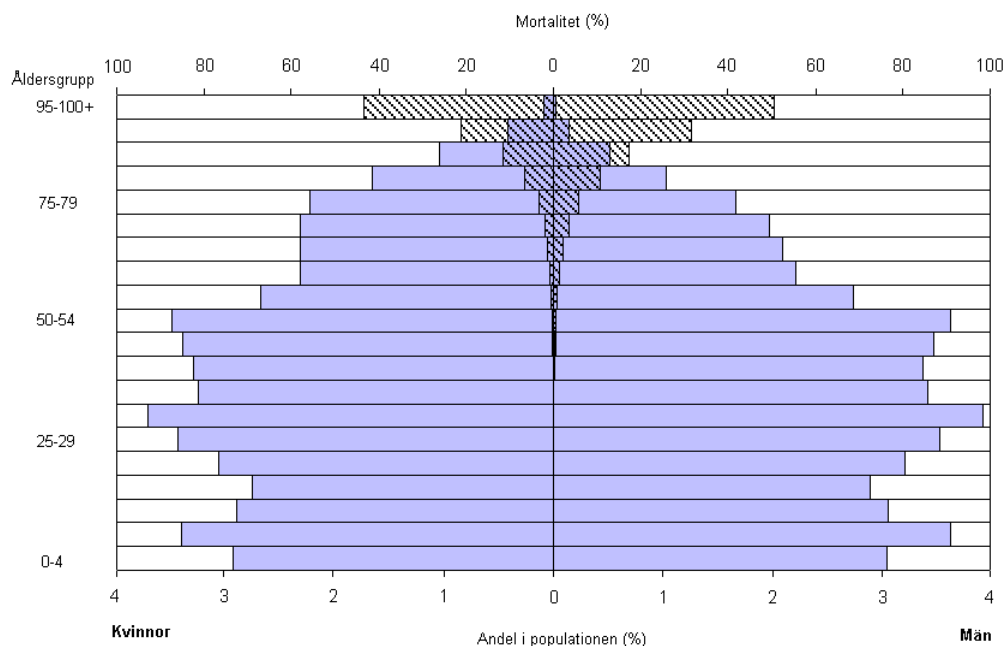
Ett sätt att fånga vårdbehovet är att skapa särskilda ”behovsindex”. Det betyder att man summerar ett antal s.k. indikatorer (= kännetecken) på vårdbehov för olika befolkningsgrupper. Demografiska faktorer, hälsorisker, vissa sjukdomar, sociala och ekonomiska förhållanden är exempel på sådana indikatorer. Korresponderande data hämtas ofta ur centrala register och lokala databaser. En annan mer självständig indikator är vårdens kostnader. Den speglar dock inte helt och hållet vårdbehovet, då det finns behov som inte utmynnar i vårdutnyttjande. Vilket förklaringsvärde olika indikatorer har uttrycks vanligen med termen ”vikt”. För att få fram en indikators vikt fordras en jämförande statistisk analys.

Vidare kan vårdbehovet skattas med hjälp stickprovsbaserade undersökningar och intervjustudier. Sådana undersökningar kan komplettera den information som fås via registerdata, i den meningen att de kan ge en bild av hur befolkningen själv upplever sitt hälsotillstånd. Dessutom kan de bidra till att ge en uppfattning om hur pass tillförlitliga olika typer av registerdata är.

Slutsatsen av detta är att det är av vitalt intresse för Västra Götalandregionen att bedöma befolkningens vårdbehov. Och att utifrån denna kunskap formulera mål, som ligger till grund för beställningar och resursfördelningar, som inte enbart grundar sig på tidigare års utfall.

Under år 1999 har HSS epidemiologiska enhet bl a arbetat med att identifiera variabler av ovan angivet slag. Arbetet har skett i nära samarbete med främst lokala nämnder/beställarkanslier och är ännu inte slutfört. Nedan redovisas några exempel på den typ av data som studerats. Först redovisas, i form av befolkningspyramid, två mycket basala variabler, ålder och kön.

Västra Götalands befolkning i 5-årsintervall och fördelad på kön år 1997.



Källa: SCB

Pyramiden visar att en förhållandevis stor andel av befolkningen befinner sig i åldersintervallet 25-54 år. Vidare framgår dödligheten, vilken markerats med streckade staplar.

Befolkningens fördelning på regionens HSN-områden redovisas i nedanstående tabell. Den rymmer även uppgift om hur stor andel av befolkningen inom respektive område som uppnått 65 års ålder, vilket har betydelse ur hälso- och sjukvårdssynpunkt.

Tabell 1. Västra Götalands invånare år 1999-12-31 och den andel (%) därav som är > 65 år. Fördelat på HSN-områden

	HSN 1	HSN 2	HSN 3	HSN 4	HSN 5	HSN 7	HSN 6	HSN 8	HSN 9	HSN 10	Hela VG
Antal invånare	73 326	45 999	151 217	108 888	462 470	118 400	90 271	182 208	127 730	128 200	1 488 709
andel > 65 år	20,9 %	22,1 %	17,9 %	14,7 %	16,3 %	13,7 %	15,4 %	19,0 %	19,3 %	18,4 %	17,3 %

Källa: SCB

Av tabell 1 framgår, förutom olika befolkningsstorlekar, också att andelen invånare som uppnått 65 års ålder varierar ganska tydligt mellan de olika HSN-områdena. Störst andel ålderspensionärer har HSN områdena 2, och 1 och minst andel har områdena 7 och 4.

Socioekonomiska förhållanden är en annan faktor som har stor betydelse när det gäller att gradera olika områdens behov av hälso- och sjukvård. Ett sätt att mäta ett områdes socioekonomiska status är att studera andelen lågutbildade.

Tabell 2. Västra Götalands invånare i åldersgruppen 25-64 år 1998, och den andel (%) därav som är lågutbildade*. Fördelat på HSN-områden.

	HSN 1	HSN 2	HSN 3	HSN 4	HSN 5	HSN 7	HSN 6	HSN 8	HSN 9	HSN 10	Hela VG
Antal inv. 25-64 år	36 559	22 882	77 472	57 484	247 719	62 828	46 513	92 436	64 167	65 782	773 842
därav lågutbildade	31 %	36 %	25 %	26 %	21 %	21 %	25 %	33 %	30 %	29 %	26 %

Källa: SCB * Som lågutbildad räknas den som har högst grundskoleutbildning eller folkskola

Tabell 2 visar att ca en fjärdedel (ca. 200 000 personer) av regionens invånare i åldersgruppen 25-64 år är lågutbildad. Andelen varierar dock inom länet, och variationen gör sig tydligt gällande även på HSN-områdesnivå. Högst andel lågutbildade har område 2 med 36 %, och lägst andel har områdena 5 och 7, där 21 % är lågutbildade.

Tabell 3 Västra Götalands förvärvsarbetande invånare i åldersgruppen 16 – w år 1997, och den andel (%) därav som har en förvärvsinkomst som understiger 200 000 kr/år. Fördelat på HSN-områden.

	HSN 1	HSN 2	HSN 3	HSN 4	HSN 5	HSN 7	HSN 6	HSN 8	HSN 9	HSN 10	Hela VG
Antal förvärvsarb. invånare 16 – w år	58 990	37 652	119 835	83 749	376 342	89 733	69 220	145 906	102 282	103 929	1 187 638
därav med förvärvsinkomst < 200.000/år	69 %	68 %	61 %	54 %	62 %	52 %	58 %	66 %	64 %	63 %	62 %

Källa: SCB

Tabell 3 visar att drygt 60 % av Västra Götalands förvärvsarbetande invånare hade en förvärvsinkomst som understeg 200 000 kronor per år. HSN-områdena 4 och 7 intar en särställning i den meningen att de hade en klart mindre andel invånare under det aktuella inkomststrecket än de övriga områdena. Relativt flest arbetande med förvärvsinkomst under 200.000 kr/år uppvisade HSN-områdena 1 och 2, men skillnaden i förhållande till övriga områden var liten.

Vad gäller själva måttet förvärvsinkomst bör tilläggas att det redovisar inkomsten före skatt. Det ska ej förväxlas med ”disponibel inkomst” eller ”ekonomisk standard” som är beroende av en rad olika faktorer. Tillsammans med andra socioekonomiska mått är dock detta mått av intresse, då låg sammanvägd socioekonomisk status inom ett område innebär förhållandevis stort behov av hälso- och sjukvård. Men en sådan fördjupning fordrar att kvinnor och män studeras var för sig, då mönstret skiljer sig åt mellan könen.

3. Konsumtion av hälso- och sjukvård

Föreliggande redovisning av invånarnas konsumtion av hälso- och sjukvård begränsar sig till sjukhusvården. Den omfattar vårdtillfällen, antalet vård dagar, medelvårdtiden per vårdtillfälle och besök.

Ett ”vårdtillfälle” är någon form av vårdkontakt i slutet vård, och en ”vård dag” betyder ett dygn eller en del av ett dygn under ett vårdtillfälle. Medelvårdtid är ett mått som uttrycker den genomsnittliga vårdtiden per vårdtillfälle. ”Besök” definieras som en vårdkontakt inom den öppna vården, i detta sammanhang den sjukhusanknutna öppna vården.

Tabell 4. Slutenvård vid VGR's sjukhus 1999. Västragötalänningarnas konsumtion av vårdtillfällen och vårddagar - det senare även särredovisat för Geritrik/Rehab./Eftervård och psykiatri.

	Skas	SÄS	NU	Kungälv	SU	SUMMA	
						Antal	/1000 inv
Totalt antal vårdtillfällen	43 910	38 562	40 799	9 835	112 774	245 880	165
Totalt antal vårddagar	291 388	242 299	192 549	70 604	801 336	1 598 176	1 074
- därav inom: <i>Ger./-Rehab/ Efterv.</i>	4 966	21 336	46 015	17 059	163 672	253 048	170
<i>Psykiatri</i>	63 492	30 684	81 059	13 092	140 081	328 408	221

Källa: Bua

Tabellen visar att en majoritet av västragötalänningarnas vårdtillfällen och vårddagar tillfaller SU, 46 % respektive 50 %. Betraktas geriatrik/rehab/eftervård märks att SkaS hade förhållandevis få vårddagar. Det återspeglar dock inte en verklig skillnad, utan är en effekt av en annorlunda struktur och registrering. Vid SkaS finns ingen geriatrisk klinik, geriatriska patienter vårdas istället inom internmedicin.

Tabell 5. Öppenvård vid VGR's sjukhus 1999. Västragötalänningarnas konsumtion av läkarbesök och besök hos övrig personal.

	Skas	SÄS	NU	Kungälv	SU	SUMMA	
						Antal	/1000 inv
Totalt antal läkarbesök*	193 137	242 430	291 402	54 300	569 454	1 350 723	908
Totalt antal besök övr. personal	120 365	195 093	190 561	17 445	499 537	1 023 001	688

Källa: Bua

* Exklusive dagkirurgi

Tabell 5 visar att det år 1999 gick 908 läkarbesök per 1000 invånare och år dvs nästan ett läkarbesök per individ och år. Drygt 40 % av alla dessa besök förlades till SU.

Antalet besök hos "övrig personal" låg något lägre än antalet läkarbesök, och det gäller för alla sjukhus. Mellanskillnaden mellan de båda besökstyperna varierade dock mellan sjukhusgrupperna.

Tabell 6 Somatisk slutenvård (exklusive psykiatri) vid VGR's sjukhus 1998. Konsumtionen av *Vårdtillfällen* för olika HSN-områden - redovisat i absolut antal och per 1000 invånare i respektive område.

	HSN 1	HSN 2	HSN 3	HSN 4	HSN 5	HSN 7	HSN 6	HSN 8	HSN 9	HSN 10	Hela VG
Antal vårdtillfällen	12 608	6 472	26 373	16 588	79 165	18 431	12 313	29 582	22 377	22 997	246 906
Antal vårdtillfällen/1000 inv.	171	139	174	153	172	157	136	162	174	178	166

Källa: VGR's vårddatabas

Tabellen visar att Västra Götalands invånare under år 1998 svarade för 166 vårdtillfällen per 1000 invånare. Högst antal vårdtillfällen, relativt sett, hade invånarna i HSN-områdena i 10, 3, 9 och 1. Klart lägst låg invånarna i HSN-område 6 och 2. Det låga värdet för område 2 kan förklaras av att en del av konsumtionen sker utanför regionen. Hur antalet vårdtillfällen fördelade sig områdesvis under år 1999 kan inte redovisas då vårddatabasen ännu inte uppdaterats.

Tabell 7. Somatisk slutenvård (exklusive psykiatri) vid VGR's sjukhus 1998. Konsumtionen av *Vård dagar* för olika HSN-områden - redovisat i absolut antal och per 1000 invånare i respektive område.

	HSN 1	HSN 2	HSN 3	HSN 4	HSN 5	HSN 7	HSN 6	HSN 8	HSN 9	HSN 10	Hela VG
Antal vård dagar	72 271	34 777	144 449	90 418	493 132	104 596	67 967	159 104	118 835	121 005	1 406 554
Antal vård dagar/1000 inv.	982	747	955	835	1.073	891	753	872	926	936	946

Källa: VGR's vårddatabas

Tabell 7 visar att HSN-områdena 5 och 1 hade klart fler antal vård dagar/invånare än regionen som helhet. Färre vård dagar än genomsnittet hade framför allt HSN-område 6. Andelen vård dagar kan till en del ses som en effekt av antalet vårdtillfällen. En annan faktor är andelen äldre invånare. Det kan t.ex förklara varför HSN-område 1 hade relativt många vård dagar, men det förklarar knappast varför också HSN-område 5 hade många vård dagar. Det finns alltså en rad ytterligare faktorer som orsakar variationen mellan de ovan redovisade områdena. Hur många faktorerna är, och vilka som väger tyngst, fordrar fortsatt analys.

Ett sätt att få ytterligare information om vårdutnyttjandet på denna översiktliga nivå är att jämföra medelvård tiderna mellan de olika HSN-områdena. Det är en metod att kontrollera den betydelse skillnaderna i antalet vårdtillfällen har. Se nedanstående tabell.

Tabell 8. Somatisk slutenvård (exklusive psykiatri) vid VGR's sjukhus 1998. Medelvårdtid (= Totala antalet vårddagar/totala antalet vårdtillfällen) för de olika HSN-områdena.

	HSN 1	HSN 2	HSN 3	HSN 4	HSN 5	HSN 7	HSN 6	HSN 8	HSN 9	HSN 10	Hela VG
Medelvård-tid	5,7	5,4	5,5	5,5	6,2	5,7	5,5	5,4	5,3	5,3	5,7

Tabellen visar att HSN-område 5 hade en medelvårdtid som översteg medelvårdtiden för samtliga invånare. Lägst medelvårdtid hade invånarna i HSN-områdena 9 och 10. Utfallet tydliggör t.ex. att det relativt sett höga antalet vårddagar för invånarna i HSN-område 5 (i tabell 6) främst var en effekt av genomsnittligt sett långa vårdtider. Omvänt klargörs att det likaledes höga antalet vårddagar för HSN-område 3 i huvudsak var en effekt av högt antal vårdtillfällen

Invånarna i Västra Götaland har numer rätt att fritt välja vårdgivare inom VGR. Mot denna bakgrund kan det vara av intresse att följa i vilken utsträckning denna rättighet utnyttjas. I nedanstående tabell redovisas utfallet av somatisk slutenvård på sjuk-husgruppsnivå för år 1998.

Tabell 9. Somatisk slutenvård vid VGR's sjukhus 1998. Hur konsumtionen av vårdtillfällen för olika HSN-områden fördelar sig på regionens sjukhusgrupper – redovisat i % av respektive områdes totala konsumtion.

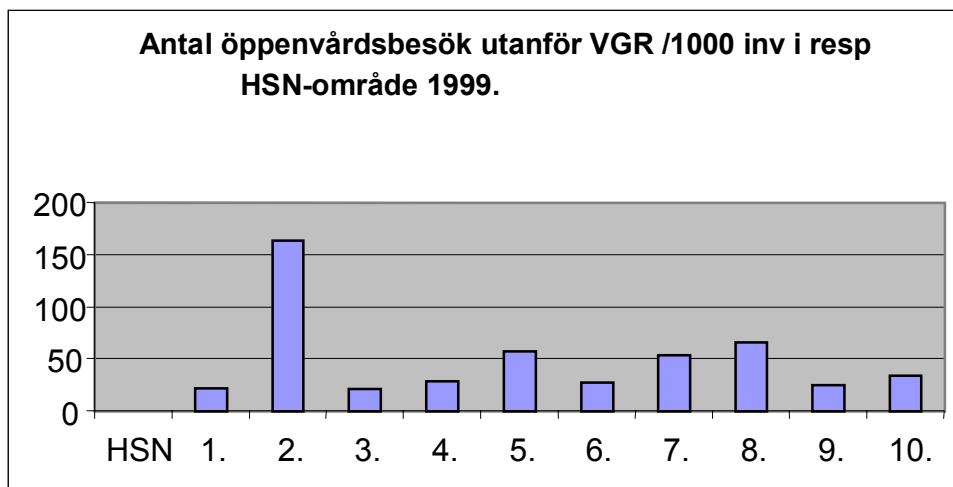
	HSN 1	HSN 2	HSN 3	HSN 4	HSN 5	HSN 7	HSN 6	HSN 8	HSN 9	HSN 10	Hela VG
SU	10,4	9,5	8,0	43,5	98,5	98,2	22,5	7,9	6,5	5,0	46,6
NU	87,4	88,5	90,7	8,9	0,5	0,3	2,2	0,2	3,2	0,1	17,7
SkaS	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,6	0,3	89,9	94,8	17,1
SÄS	0,1	1,5	0,4	0,4	0,2	0,8	74,6	91,7	0,4	0,1	15,0
Kungälv	1,8	0,4	0,6	47,2	0,7	0,5	0,1	0,0	0,0	0,0	3,6
ALLA SJUKHUS-GRUPPER	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Källa: VGR's vårddatabas

Tabellen visar att en stor majoritet av invånarna i varje HSN-område 1998 uppsökte den sjukhusgrupp som är geografiskt mest närbelägen. Detta med undantag för HSN-område 4, där ett stort antal individer sökte sig till SU istället för till det mer närbelägna Kungälvssjukhus.

Kostnaderna för öppen och sluten vård utanför regionen uppgick till totalt 170 miljoner kronor under 1999. I detta belopp ingår såväl akut vård som vård enligt avtal. I nedanstående

diagram, som enbart omfattar den öppna vården, redovisas utfallet för varje HSN-område per 1000 invånare.



Källa: VGR's vårddatabas

Diagrammet visar att HSN-område 2 hade flest antal öppenvårdsbesök, relaterat till antalet invånare, - vilket kan hänföras till ett vårdavtal med Säffle sjukhus. Vidare framgår att HSN-områdena 8, 5 och 7 hade en utomregional konsumtion av öppenvård av viss betydelse. I dessa fall handlar det företrädesvis om ett utflöde till Halland.

Under 1999 har ett särskilt utvecklingsarbete bedrivits för att närmare klargöra vilken typ av hälso- och sjukvårdsdata som bör finnas tillgängliga i ett regionalt perspektiv. Detta inom ramen för det s.k. Vårddataprojektet. Såväl ett kort- som långsiktigt perspektiv har tillämpats. Det förra i syfte att göra erforderliga data mer lättillgängliga. Det senare främst i avsikt att öka säkerheten i dessa data och göra dem mer tillgängliga också för en större grupp intressenter.

Det kortsiktiga målet uppnåddes under året, men det är en medvetet enkel och tillfällig lösning som valts. Detta för att inte hindra det mer långsiktiga utvecklingsarbetet. En viktig konkret uppgift har varit att precisera vilka variabler som är mest intressanta, bestämma vilken typ av data som bäst svarar mot dessa variabler och avgöra hur de lämpligen levereras från regionens sjukhus, primärvårdsenheter, tandvårdsenheter samt vissa privata vårdgivare.

De data som regionens sjukhus levererat under året har föranlett en närmare dialog med sjukhusen om hur innehållet och kvaliteten kan utvecklas, samt om hur en viss regelbundenhet kan uppnås i rapporteringen. Vad gäller uppgifter från primärvården märks likaså ett behov av att utveckla rapporteringsrutinerna, även om vissa områden hunnit något längre än andra i detta avseende. Tandvården tillhandahöll under året individbaserad data i avidentifierad form för åren 1997, 1998 och 1999 från Älvsborg och Skaraborg. Uppgifter om privata vårdgivares verksamhet begränsade sig huvudsakligen till specialister som ersätts enligt nationellt bestämd taxa.

Vad gäller det mer långsiktiga utvecklingsarbetet har vissa krav dokumenterats under 1999. Dessa kommer att ligga till grund för en utveckling i flera steg, där upphandling av tekniska resurser kommer att aktualiseras.

4. Väntetider och besöksgarantier

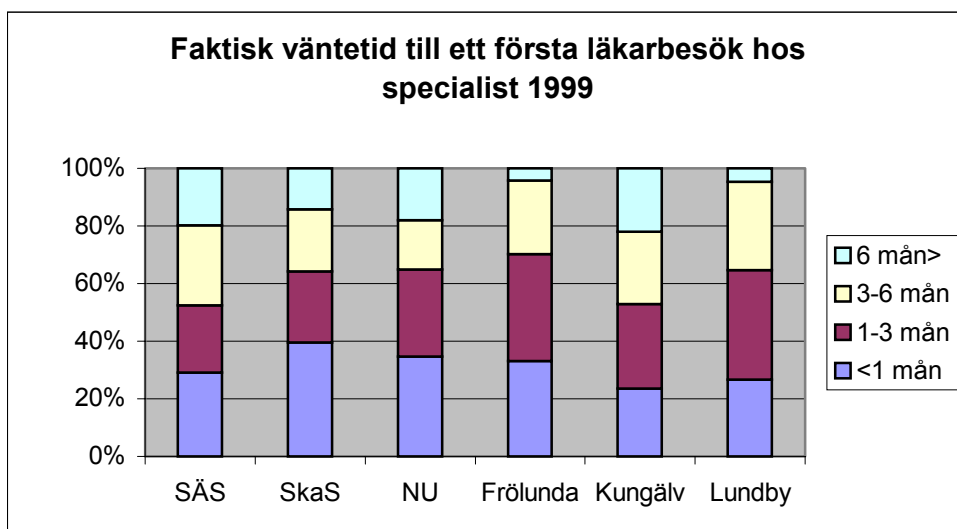
Uppgifter om väntetider vid olika vårdenheter inom Västra Götaland har under 1999 tillhållits fortlöpande sedan beslutet om valfrihet trädde i kraft. Det har skett i form av särskilda väntetidskataloger, vilka funnits tillgängliga vid väntrum inom länssjukvården och primärvården. Dessutom har katalogerna kunnat läsas på regionens hemsida, via internet.

Från och med januari månad 1999 blev kataloguppgifterna säkrare och kunde också redovisas på ett tydligare sätt än tidigare. Detta tack vare ett förbättrat datorstöd. Vid samma tillfälle introducerades begreppet "*beräknad längsta väntetid*", vilket försågs med en klar och tydlig definition. Det ersatte termen "sannolik väntetid", som gav upphov till vissa tolkningsproblem. Det förbättrade datorstödet innebar också möjlighet att i efterhand redovisa "*faktiska väntetider*" - en information som gör det lättare att utforma bra prognoser.

Under fortsättningen av året gjordes ytterligare ansträngningar för att säkra uppgifternas kvalitet och tillgänglighet. För att finna åtgärder som kan förkorta väntetiderna togs material fram där jämförelser görs mellan olika enheter inom samma specialitet. Bland annat analyserades tendenser till förändringar av köer och vårdtider, och vilken betydelse det ökade inslaget av akut vård har i sammanhanget. I syfte att göra valfriheten mer känd bland allmänheten spreds en broschyr till vårdenheter och apotek, i vilken information ges om denna rättighet.

Ett uttryck för en vilja att generellt förkorta vårdtiderna inom hälso- och sjukvården är en, av riksdagen antagen, *besöksgaranti*. Den bjuder att specialistkompetens ska erbjudas inom en månad då sådant behov föreligger. Ingår gör också en rätt att komma till allmänläkare inom en vecka oavsett diagnos. Vad gäller diagnosgruppen cancer fann Hälso- och sjukvårdsstyrelsen i Västra Götaland, vid sitt januarisammanträde 1999, anledning att skapa en särskild besöksgaranti. Det innebär att en vuxen person med välgrundad misstanke om cancer ska erbjudas tid hos specialist inom två veckor, och att motsvarande tid när det gäller barn ska vara två dagar. Denna specifika besöksgaranti kallas för "*Vårdgaranti cancer*".

Beträffande generella besöksgarantin, avseende kontakt med specialistläkare, kan konstateras att den inte kunde uppfyllas under 1999. Mellan 20 - 40% av de sökande kunde erbjudas läkarkontakt inom den stipulerade tiden, en månad. Inom tre månader hade mellan 55 - 85% av patienterna erhållit sin första läkarkontakt. Hur utfallet fördelar sig på de enskilda sjukhusen framgår av nedanstående diagram.



Källa. Temagruppen Tillgänglighet och Väntetider

Diagrammet visar att inget sjukhus i sin helhet var i närheten av att uppfylla besöksgarantin. Diagrammet omfattar ej SU pga att uppgifter från detta sjukhus saknas. I sammanhanget kan framhållas att totala antalet personer som väntade på en första läkarkontakt ökade under 1999. Vid ingången av året var antalet väntande 52.400 och vid årets slut 60.844 – en ökning på ca 13%.

Studeras verksamheten istället klinikvis – och i slutet av året - kan konstateras att följande discipliner klarade av att uppfylla besöksgarantin vid *någon* av sina mottagningar inom regionen: Barn- och ungdomsmedicin, Allmän internmedicin, Diabetes, Endokrinologi, Gastroenterologi, Hematologi, Kardiologi, Njurmedicin, Öron-Näsa-Hals och ÖNH-sömnstörningar.

I Västra Götalandsregionen fanns under 1999 totalt 223 enskilda mottagningar - alla kliniktyper sammanslagna. Studeras dessa var för sig märks att uppfyllandet av besöksgarantin, trots allt, förbättrades under 1999. I slutet av 1999 kunde 31 mottagningar erbjuda första läkarkontakt inom en månad mot 21 mottagningar vid årets början.

Angående väntetider för behandling föreligger ingen mer detaljerad redovisning. Klarlagt är ändå att 25.399 personer väntade på operation/behandling i början på år 1999, och att motsvarande antal i slutet på året var 26.388 – en ökning med 2,5 %. Tilläggas kan att utrymmet för planerad vård var förhållandevis litet jämfört med utrymmet för akut vård. Vid SÄS utgjorde den planerade vården 22 %, vid SkaS 20-25 %, vid NU-sjukvården 19 %, vid Kungälv 18 % och vid SU 33 %. Värdena varierar dock en del under året beroende på helger, semestrar och annat som påverkar mottagningskapaciteten.

”Vårdgaranti cancer” ledde till att hälso- och sjukvårdsdirektören i början av året fick uppdrag att redovisa aktuella väntetider, avseende patienter som misstänker cancer. I uppdraget ingick också att föreslå åtgärder för hur denna besöksgaranti ska kunna uppfyllas, i de fall den inte redan uppfyllts. Ärendet delegerades till EPV-kommitténs kansli, som i oktober månad presenterade efterfrågad redovisning. Den visade att SkaS och SÄS vid denna tidpunkt motsvarade garantin, med något enstaka undantag. Däremot hade NU-sjukvården och SU svårt att komma ner till beslutade väntetider. För NU-sjukvårdens del var det speciellt svårt inom in-

värtesmedicinens olika specialiteter, och SU uppgav bl.a. att väntetiden vid hudkliniken uppgick till en månad.

Jämfört med en motsvarande mätning sex månader tidigare märktes dock en generell förbättring vid regionens sjukhus, beträffande "Vårdgaranti cancer".

Vad gäller åtgärder för att komma tillrätta med problemen har insatser vidtagits för att få till stånd ett flitigare utnyttjande av strålbehandlingsapparat. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har ansökt om 4,2 miljoner hos regionstyrelsen för drift av en sjunde apparat vid SU. Noteras kan också att EPV-kommittén påtalat att strålbehandlingsapparatens ej används kvällar och helger. Användning av denna apparatur har strategisk betydelse eftersom behandling ska sättas in mycket snabbt, i de fall diagnosen är cancer. Också första besök och diagnosättning sker i ett nära sammanhang. Blir det kö till strålbehandling uppstår det alltså snabbt köer till nybesök.

Utöver detta har EPV-kommittén aktualiserat behovet att tillskriva sjukhusledningen vid SU och påtala dess ansvar för att "Vårdgaranti cancer" efterlevs. Kommittén har aviserat att den under våren och hösten år 2000 kommer att fortsätta mäta hur väl garantin uppfylls. Dessutom har den beslutat att mäta hur patienterna upplever kvaliteten i omhändertagandet.

5. Lokala hälso- och sjukvårdsnämnder

5.1 Frågor till lokala kanslier

I Hälso- och sjukvårdsstyrelsens "Budget 1999" fastslås bl.a. att de lokala hälso- och sjukvårdsnämnderna ska främja en god och jämlik hälsa samt skapa förutsättningar för en behovsbaserad och effektiv sjukvård.

I budgeten klargörs vidare att nämnderna ska stärka patienterna genom att öka deras inflytande över den egna vården, och att särskild uppmärksamhet ska riktas mot människor med kroniska sjukdomar och personer med särskilt behov av vård i livets slutskede. Vad gäller folkhälsoarbetet framgår vidare att: "De lokala hälso- och sjukvårdsnämnderna har att tillsammans med andra intressenter och folkhälsokommittén se till att resurserna samordnas...". Mot denna bakgrund har ett antal frågor ställts till de lokala HSN-kanslierna - se infogade rutor.

Frågeområde 1.

Stärka patienterna genom ökat inflytande och delaktighet i den egna vården

- På vilket/vilka sätt har era respektive nämnder under 1999 arbetat med att stärka patienternas ställning?
- Förutsättningar för att patienten ska kunna vara optimalt delaktig är att han/hon har tillräckligt goda kunskaper om vården, och att tid ges för frågor. På vilket sätt har dessa aspekter beaktats under 1999?
- Vilka beslut har respektive nämnd tagit under 1999 som stödjer deras uppdrag enligt ovanstående?

Målet att stärka patientens ställning gäller alla möten mellan patient och vårdgivare. Kunskap om vården avser såväl kunskaper om sjukvårdens organisation, dess mål, vårdprocessen, sjukdomar, risker, olika typer behandlingar och förebyggande åtgärder. Det finns alltså många sätt

att stärka patientens ställning enbart genom kunskapsinriktade insatser. En annan basal typ av insats är åtgärder för att göra hälso- och sjukvården mer lättillgänglig.

Frågeområde 2.

Särskild uppmärksamhet mot människor med kroniska sjukdomar och personer med särskilt behov av vård i livets slutskede.

- På vilket/vilka sätt har respektive nämnd under 1999 riktat särskild uppmärksamhet mot dessa grupper?
- Vilken uppföljning har bedrivits med inriktning på dessa grupper och vilka resultat har uppnåtts?
- Vilka beslut har respektive nämnd tagit under 1999 som stödjer deras uppdrag, enligt ovanstående?

Frågeområde 3.

Samverkan med folkhälsokommittén, kommunerna och andra aktörer för att genomföra ett offensivt folkhälsoarbete för att uppnå en bättre och mer jämlik hälsa.

- Vilka områden/frågor – ange max. fem – har dominerat nämndernas samverkan med folkhälsokommittén?
- I vilka kommuner har samarbetet med kommunala företrädare och andra aktörer skett inom ramen för lokala folkhälsoråd, och hur ofta har dessa råd sammanträtt under 1999?
- I vilken utsträckning ligger lokala folkhälsoprogram till grund för samarbetet med kommunerna och andra aktörer?

5.2 Insatser från lokala hälso- och sjukvårdsnämnder

- *Ökat inflytande och delaktighet*

Av de lokala HSN-kansliernas redovisningar framgår, vad gäller ökat inflytande och delaktighet för patienten, att insatserna mycket riktigt omfattat en mängd olika typer av åtgärder. Här ingår formulandet av politiskt mål, öppet-hus-arrangemang, tillgänglighetsfrämjande åtgärder och specifika insatser ägnade att förbättra mötet med den enskilde patienten.

I flertalet områden har sammankomster med allmänheten arrangerats. Syftet har varit att öka kunskapen om hälso- och sjukvårdens verksamhet, och inte minst stå till förfogande för olika typer av frågor. Formerna har varierat från regelbundna träffar till punktinsatser. I exempelvis HSN-område 1 arrangerades under 1999 "Hälsans Dag", ett evenemang i vilket tre av områdets sex kommuner deltog. Satsningen upprepas under år 2000, med mål att få med alla kommunerna i området. Särskilt organiserade insatser har genomförts för att öka nyopererade patienters kunskaper om sin medicinska situation i HSN-område 7. Särskild information för astmatiker har tillhandahållits i form av sk Astmaskola inom ett flertal nämndområden. En motsvarande form av information och samtal har i HSN-område 7 använts vad gäller patienter med handartros och reumatiska besvär. Vidare har noterats att personal fortbildats, i avsikt att bli bättre rustad i mötet med den enskilde patienten och dennes behov.

Målformulerandet har omfattat olika typer av verksamheter och områden. I HSN-område 7 har mål formulerats vad gäller: tillgänglighet per telefon, öppettider, utbildning av patientgrupper och bedömningar av diagnoser. I HSN-områdena 9 och 10 anges att visonen "det goda mötet" fungerat som ledstjärna för en rad olika åtgärder ägnade att förbättra tillgängligheten, uppfylla besöksgarantin och stärka patientens valfrihet. Målet är att 90 % av alla patienter ska vara nöjda med den vård och service som ges. I HSN-områdena 1, 2 och 3 har de lokala nämnderna, inom ramen för ett övergripande målarbete, tagit fram olika krav ägnade att förbättra patienternas tillgänglighet.

- *Kroniska sjukdomar och vård i livets slutskede*

Vad gäller att särskilt uppmärksamma människor med kroniska sjukdomar och personer med särskilt behov av vård i livets slutskede, har flertalet nämnder verkat för samordning i någon form. Främst har det handlat om behovet att uppnå samordnade vårdprogram mellan sjukhusen, primärvården och kommunerna. Flera nämnder har också lyft fram läkarmedverkan vid vård av patienter i särskilt boende och tillsett att särskild fortbildning kommit till stånd för personal som möter denna patientgrupp. Insatser har också gjorts för att finna former för hur primärvården kan stödja kommunerna med medicinsk kompetens och omvårdnadskompetens. Kompetens - vad gäller vård i livets slutskede - är ett annat område som prioriterats.

Den uppföljning som genomförts under 1999 har omfattat en rad olika typer av verksamheter/områden. Om något går igen är det studier av hur vården utvecklats avseende: patienter med demensdiagnos och patienter med diabetes. Tydligt är också att flera områden identifierat "tungt vårdgrupper" som har det gemensamt att de till stor del omfattar äldre människor.

I HSN-områdena 1, 2 och 3 har projektet "Vårdkedjan demens" avslutats under 1999. I en slutrapport klargörs anhörigas roll och hälso- och sjukvårdens ansvar. Uppföljning sker under år 2000 och kommer bl a att omfatta diagnossättning vid demens samt sjuksköterskans kompetens och befogenheter. En uppföljning av hur vårdprogrammet för diabetiker efterlevs har inletts under året, inom nämndområdena 9 och 10. I HSN-område 2 har tillgängligheten för diabetiker vad gäller fotvård studerats, vilket resulterat i beslut om ny upphandling. Och i HSN-område 8 - närmare bestämt Borås- har en mer omfattande studie genomförts av hur patienterna upplever diabetesvården.

Hur patienter som genomgått två hjärtinfarkter, och behandlats på NÄL, uppfattar vårdens kvalitet har mätts genom gruppintervjuer. Detta har gett ökad kunskap om hur man kan vidareutveckla omhändertagandet av dessa patienter i primärvården. I HSN-område 1 har ett projekt som går ut på att ge livskvalitet när bot inte längre är möjlig (PRINOB) avslutats under 1999. Kunskaperna har bl.a. omsatts inom NU-sjukvården. I en slutrapport konstateras att förutsättningen för trygg vård i hemmet är att man kan komma tillbaka till "sin vårdavdelning" utan att passera akutmottagningen. I HSN-områdena 6 och 8 har resultatuppföljning utgjort en integrerad del i det arbete som sker inom ramen för särskilt utvalda "patient- och behovsgrupper". Särskilda intervjuer har genomförts med ett antal patienter som lider av strokeskador, demens och psykisk sjukdom

Beträffande särskilda politiska beslut - avseende kroniska sjukdomar och vård i livets slutskede - föreligger ingen omfattande redovisning. Beslut om upphandling av medicinsk fotvård för diabetespatienter har dock noterats.

- *Samverkan i ett offensivt folkhälsoarbete*

Samarbetet mellan de lokala nämnderna och folkhälsokommittén under år 1999 koncentrerades kring: särskilda medel för utsatta grupper, utarbetandet av förslag till folkhälso-politisk policy för VGR och genomförandet av en årligen återkommande politikerkonferens.

Folkhälsoråd fanns i så gott som samtliga länets kommuner under år 1999. Beträffande Göteborg noteras att 18 av 21 stadsdelsnämnder hade folkhälsoråd. De frågor som prioriterades av råden varierar mellan olika kommuner, främst beroende på lokala förhållanden och förutsättningar. Exempel på vanliga frågor/områden var: barn och ungdomars hälsa, droger, skador, kvinnors och äldres hälsa och allergiförebyggande insatser. Normalt vägledades folkhälsoråden i sitt arbete av en lokalt antagen folkhälsoplan.

Vilken ställning folkhälsoråden hade i förhållande till andra former av samarbete, är svårt att få en klar uppfattning om. Till en del sammanhänger detta med att folkhälsoråden i grunden är en primärkommunal angelägenhet. De lokala hälso- och sjukvårdsnämndernas ansvar är att stödja rådets arbete utifrån sin unika ställning. Och utifrån de resurser som ställs till förfo-gande, i form av folkhälsoplanerare och särskilt budgeterade driftmedel för lokalt folkhälso-arbete.

Vad gäller rådets sammansättning kan konstateras att det grovt sett fanns tre typer av folkhälsoråd: en typ som i huvudsak består av politiska företrädare, en typ som enbart omfattar tjänstemän från olika lokala förvaltningar/föreningar, och en tredje typ av blandad karaktär. Vanligast är den senare typen. Antalet sammanträden under året uppgick i de flesta fall till 2-6.

6. Folkhälsokommittén

Hälsoutvecklingen i Sverige är mycket positiv – men inte för alla. Bland såväl barn som kvinnor och män finns det fortfarande påtagliga skillnader i hälsa. Särskilt utsatt är de delar av befolkningen som har låg utbildning, tillhör vissa invandrargrupper och/eller långvarigt arbetslösa. Ökad ekonomisk stress och socialt relaterade förändringar i rökvanor och alkohol-konsumtion riskerar dessutom att öka ojämlikheten i hälsa.

I budget 1999 beslutade hälso- sjukvårdsstyrelsen att sätta av 10,5 miljoner kronor för särskilda satsningar inriktade på ”utsatta grupper”.

Folkhälsokommittén beslutade under året att dessa pengar skulle tilldelas lokala folkhälso-projekt, efter särskild ansökan. Behöriga sökande var Folkhälsoråd och frivilligorganisationer, och tillstyrkan skulle ske av respektive lokal hälso- och sjukvårdsnämnd, vilken tillskrevs ansvar för att ev. beviljade medel används på ett riktigt sätt.

Totalt inkom 129 ansökningar, motsvarade ett belopp på totalt 51,2 miljoner kronor. Intresset i de olika nämndområdena varierade. Mest aktiva var område 5 som svarade för 36 ansökningar, därefter kom område 2, 1 och 3 vilka bidrog med 23, 17 respektive 16 ansökningar. Det betyder att dessa fyra områden tillsammans svarade för drygt 70% av alla ansökningar. Se vidare nedanstående tabell.

Tabell 10. Antal ansökningar och sökt belopp 1999 avseende särskilda medel för projekt inriktade på ”utsatta grupper”. Fördelat på HSN-områden

	HSN 1	HSN 2	HSN 3	HSN 4	HSN 5	HSN 7	HSN 6	HSN 8	HSN 9	HSN 10	Hela VG
Antal ansökningar	17	23	16	1	36	7	5	5	10	9	129
Sökt belopp miljoner kr	3,86	10,99	5,28	0,98	19,79	4,08	2,20	1,34	1,60	1,08	51,21
Beviljat belopp miljoner kr	0,455	1,000	1,461	0,490	3,812	1,049	0,575	0,595	0,586	0,570	10,593

Källa: Folkhälsokommitténs kansli

Vid ett extra sammanträde i december 1999 beslutade Folkhälsokommittén att bevilja medel till totalt 54 projekt. Som framgår av ovanstående tabell gick klart mest pengar till HSN-område 3.

Ses till enskilda projekt kan konstateras att 5 st projekt erhöll 500.tusen kr eller mer. 8 st fick 300-499.tusen kr, 17 st 150-299.tusen kr och 9 st projekt 5-49.tusen kr. De viktigaste bedömningskriterierna var långsiktighet, metodik och kvalitet.

Exempel på projekt som beviljats medel är: ”Läs- och skrivsvårigheter” (Bengtsfors kommun), ”Handikappkörning” (Orust ridklubb), ”Jämlikare hälsa för barn till missbrukande föräldrar” (NBV, Skaraborg), ”Underlättande av invandrargrupperns integration i samhället” (Dals Eds kommun) och ”Implementering av allergistrategi i Strömstads kommun (Hälsorådet i Strömstad och kommunen)

Under år 2000 kommer Folkhälsokommittén att fortlöpande följa upp hur projekten utvecklas, ge anvisningar och stöd som kan underlätta för projektansvariga att utvärdera och slutrapportera sina respektive projekt.

7. Tandvård

Tandvården i VGR ingår i hälso- och sjukvårdens organisation. Det innebär bl.a att den också omfattas av det beställar- och utförarsystem som gäller för hälso- och sjukvården.

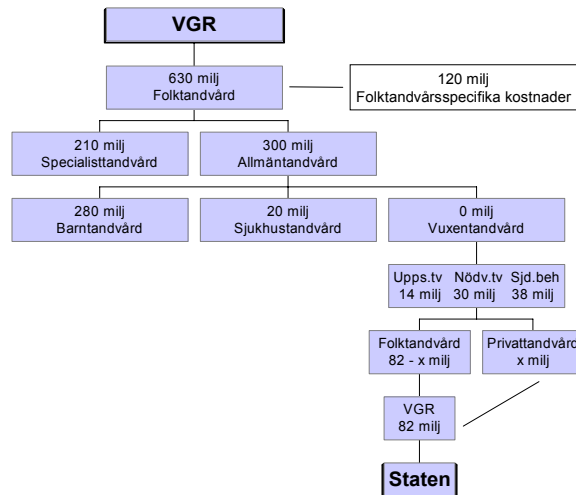
Verksamheten inom tandvården uppdelas i allmäntandvård och specialisttandvård. Till allmäntandvården – som beställs av de lokala hälso- och sjukvårdsnämnderna - räknas: barntandvård, sjukhustandvård och vuxentandvård. Specialisttandvården, som beställs av HSS, omfattar totalt åtta specialiteter, vilka är lite olika organiserade. De utför dock ett likartat arbete, dvs insatser som kräver mer avancerade kirurgiska ingrepp av olika natur.

Nedan redovisas tandvårdens organisation i form av en skiss, vilken även omfattar verksamhetens kostnader för år 1999.

De rutor i skissen som återfinns under rutan för Vuxentandvård markerar de insatser som

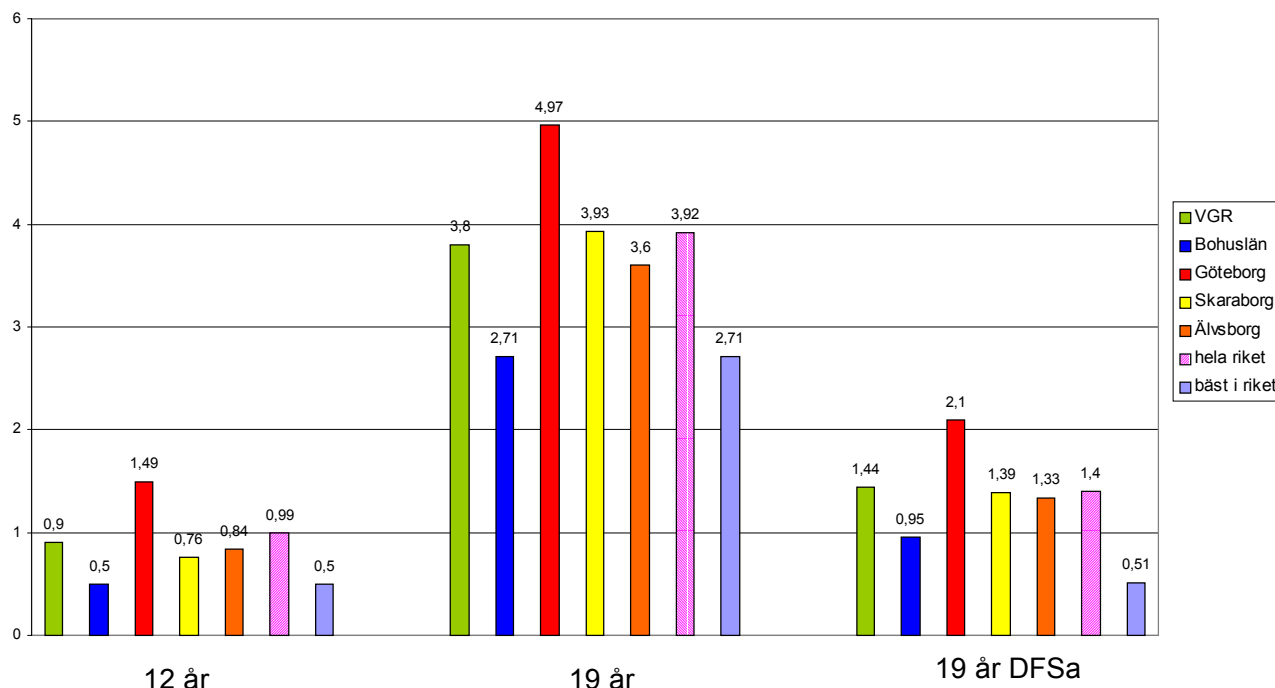
aktualiserats med anledning av gällande tandvårdsförsäkring. Den trädde i kraft 1999.01.01 och innebär ett åliggande för regionen, att rikta särskilda uppsökande och behandlande insatser för så kallade svaga grupper, ca 40.000 personer i Västra Götaland.

Finansiering av tandvård via skattemedel i VGR
(försäkringskassans ersättningar ej inkluderade)



Tandvårdens yttersta mål är att verka för en god tandhälsa bland invånarna i Västra Götaland. Den aktuella tandhälsan kan översiktligt beskrivas med hjälp av nedanstående figur avseende år 1998. Uppgifter som beskriver tandhälsan för år 1999 föreligger ännu inte.

Karierade och fyllda tänder, 12- och 19-åringar och DFSa 19-åringar 1998



Källa: Tandvårdsenheten

Figuren visar att Bohuslänningarna har den bästa tandhälsan i regionen och att Göteborgarna har den sämsta tandhälsan, både vad gäller barn/ungdomar och vuxna. Mönstret går igen även då fyllda hål på tändernas sidoytor (DFSa) studeras. Tandhälsan under 1999 var väsentligen densamma som under 1998, den är inte särskilt variabel från ett år till ett annat. Skälet till att Göteborgarna har så förhållandevis dålig tandhälsa beror i huvudsak på att man under en lång följd av år inte avsatt tillräckliga ekonomiska resurser för tandvård.

Då regioninvånarna under 1999 behövde tandvård inom den Allmänna tandvården var tillgängligheten inget större problem. På flera kliniker uppstod visserligen ”en viss kösituation”, men inte så att den på något vis äventyrade tandhälsan. Inom barntandvården fungerade det enligt ritningarna, dvs inga köer.

Inom Specialisttandvården uppstod dock besvärande köer inom odontologin, den tandreglerande verksamheten. I de stora städerna riskerade icke-prioriterade fall att få besked om en väntetid på två år, och i Göteborg i vissa fall ännu längre tid. Försvårande ur tillgänglighetssynpunkt var också att en del typer av specialiteter inte återfinns i regionens östra och norra delar.

Rätten att fritt välja tandläkare gäller sedan tidigare inom vuxentandvården. Motsvarande rätt för barn och ungdomar fanns dock inte under år 1999. Insatser för att tillgodose barns och ungdomars valfrihet inleddes dock under året, med anledning av HSS beslut att införa en barntandvårdspeng med start 2001.

8. Läkemedel

Under 1999 löste Västra Götalands invånare ut läkemedel vid apotek för 3 370, 4 miljoner kr. Det motsvarar en genomsnittlig kostnad på 2 267 kr per individ.

77 % av denna kostnad – dvs ca. 2 595,2 miljoner kr- är subventionerat belopp, vilket betyder att det betalas av Västra Götalandregionen via hälso- och sjukvårdsstyrelsens budget. I budgeten för 1999 avsatte styrelsen 2 137, 3 miljoner kr för detta ändamål, vilket betyder ett underskott på ca 459,7 miljoner kr

Resterande andel av läkemedelskostnaderna (23 %) täcks av egenavgifter, det belopp invånarna själva betalar då de löser ut sin medicin vid apoteket.

Tabell 11. De totala kostnaderna (miljoner kr) 1999 för läkemedel som invånarna i Västra Götalands olika HSN-områden löste ut på apotek.

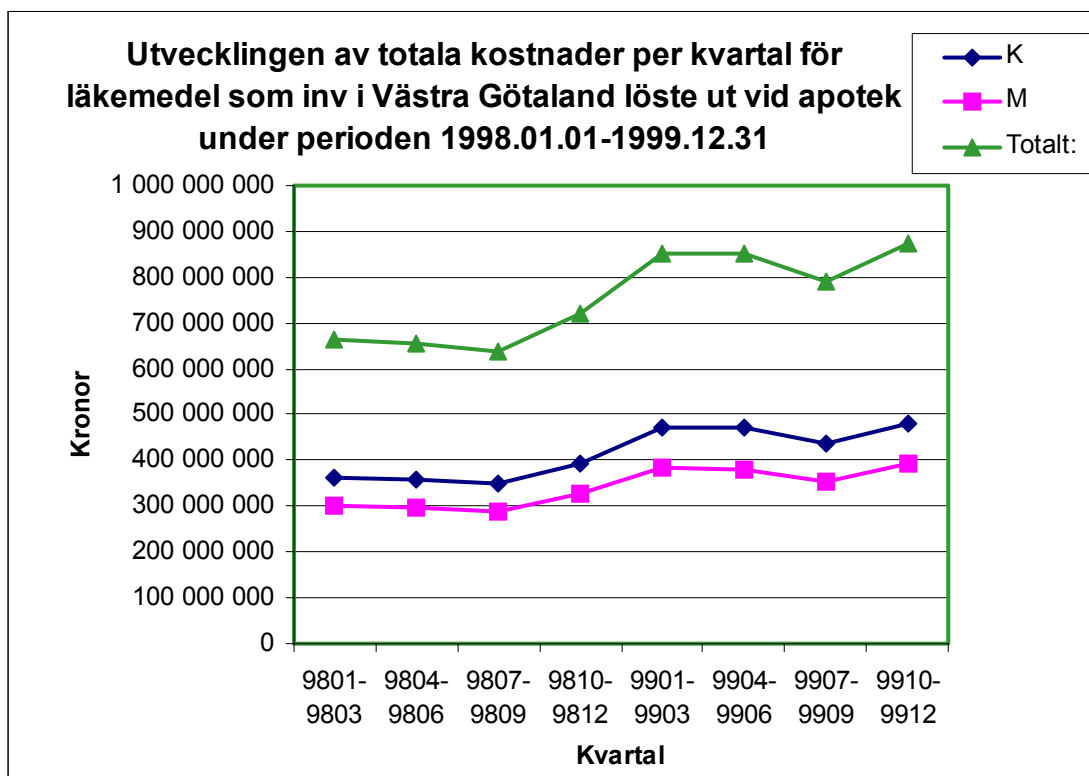
	HSN 1	HSN 2	HSN 3	HSN 4	HSN 5	HSN 7	HSN 6	HSN 8	HSN 9	HSN 10	Hela VG
Total kostnad (m.kr)	177,4	106,3	339,9	239,1	1 091,1	259,7	173,9	401,8	280,7	300,5	3 370,4
Kostnad/inv. (kr)	2 411	2 284	2 248	2 208	2 374	2 212	1 927	2 202	2 188	2 324	2 267
Kostnad/inv indexerat. Länet = 100	106	101	99	97	105	98	85	97	97	103	100

Källa: APS

Ovanstående tabell visar att kostnaderna räknat per invånare är något högre än läns-genomsnittet i HSN-områdena 1, 5 och 10 och klart lägre i HSN-område 6. En näraliggande tanke är att dessa skillnader i grunden är en effekt av andelen äldre invånare, då äldre människor konsumerar klart mer läkemedel än yngre. Denna faktor har betydelse men dess förklaringsvärde är inte särskilt stort. Den genomsnittliga avvikelser från medelvärdet som länets 49 primärkommuner uppvisar minskar t.ex bara med 13 % då hänsyn tas till åldersfaktorn. De geografiska skillnaderna i läkemedelskonsumtionen betingas således också av andra faktorer, vilka sammantagna väger mycket tyngre än åldersfaktorn.

Det är väl känt att nya läkemedel utvecklas i en accelererande takt. Många sjukdomar och olika typer av besvär, som idag bara kan åtgärdas kirurgiskt eller inte alls, kommer sannolikt inom en nära framtid att bli föremål för framgångsrik läkemedelsbehandling. Till en del kan detta förväntas ersätta sjukvårdsinsatser och ge en kostnadsbesparing, då läkemedelsbehandling nästan alltid är ett billigare alternativ än inläggning på sjukhus. Trots det finns anledning att misstänka att läkemedelsutvecklingen – allt annat konstant - kommer att bidra till en ökning av hälso- och sjukvårdens totala kostnader. Problemet är att ingen idag, med någon större säkerhet, kan förutspå med hur mycket.

Görs en kortare tillbakablick kan konstateras att kostnaderna för de läkemedel som invånarna i Västra Götaland löser ut vid apotek var 26 % högre år 1999 än år 1998. Kvinnornas konsumtion var båda åren något högre än männens. Utvecklingen visar dock ingen nämnvärd skillnad mellan könen, den är påtagligt parallell. Se nedanstående diagram.



Källa: APS

Betraktas utvecklingen med avseende på ålder visar det sig att den klart tydligaste konsumtionsökningen mellan 1998 och 1999 skedde i åldersgrupperna över 80 år (+ 68 %). Minst ökade konsumtionen i åldrarna under 30 år (+ 7 %).

Vad gäller typ av läkemedel har vissa grupper utvecklats mer dynamiskt än andra under 1999, vilket motiverar särskild uppmärksamhet i ett framtidsperspektiv. Några av dessa grupper redovisas i nedanstående tabell.

Tabell 12. Några läkemedelsgrupper som utvecklats särskilt dynamiskt under 1999. Huvudsakliga användningsområden och de totala kostnaderna (tusental kr.) baserat på vad invånarna i Västra Götaland löste ut vid apotek under år 1998 och 1999.

Läkemedelsgrupp	Huvudsakligt användningsområde	Total kostnad 1998 (tusent kr)	Total kostnad 1999 (tusent kr)	Procentuell förändring 1999 jämfört m. 1998
<i>Acetylkolinesterashämmare</i>	Alzheimer	8 258	13 108	+ 59 %
<i>Angiotensin II antagonist</i>	Högt blodtryck	16 223	28 259	+ 74 %
<i>Betainferon</i>	MS	13 080	27 500	+ 110 %
<i>Cox 2 hämmare</i>	Ledsmärtor	0	1 711	-
<i>Protonpumpshämmare</i>	Magsår mm	163 514	189 937	+ 16 %
<i>Resperidon</i>	Shizofreni	7 456	7 634	+ 2 %
<i>Selektiva serotoninhämmare</i>	Depressioner	120 020	128 888	+ 7 %
<i>Serumlipidsänkare</i>	Blodfettrubbningar	71 007	101 273	+ 42 %
<i>Viagra</i>	Impotens	5 754	25 634	+ 345 %
<i>Xenical</i>	Fetma	0	71 196	-

Källa: APS/Lars Arrhenius, Huddinge

Den primära anledningen till att konsumtionen av ovanstående läkemedelsgrupper visar en så förhållandevis kraftig ökning, mätt i kostnader, är att de i stor utsträckning rymmer nya effektiva läkemedel. Det vill säga medel som är mer verkningsfulla och/ eller förenade med färre biverkningar än de gamla motsvarigheterna - där sådana finns. I vissa fall är det fråga om läkemedel där målgruppen är stor (t.ex. deprimerade) I andra fall handlar det om medel som har en mycket liten målgrupp (t.ex MS-sjuka), men där kostnaden per behandlingsdos är förhållandevis mycket hög.

Jämfört med riket visar utfallet att västragötalänningarnas konsumtion av de aktuella läkemedlen, i sin helhet, motsvarade förväntad volym under 1999. Detta med utgångspunkt från regionens andel av rikets befolkning (= 17 %). Vad gäller *Resperidon*, *Cox-2 hämmare* och *Acetylkolinesterashämmare* låg dock konsumtionen något lägre än förväntat.

I enlighet med särskild lagstiftning (SFS 1996:1157) ska det inom regionen finnas en eller flera Läkemedelskommittéer. Dessa ska genom rekommendationer till hälso- och sjukvårdspersonalen eller på annat sätt verka för en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning. Rekommendationerna ska grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet. Ytterligare en förutsättning för kommittéernas verksamhet är att de, via Apoteksbolaget, får information om förskrivningsmönstret vid olika vårdinrättningar inom sina respektive arbetsområden.

Under år 1999 var det svårt för regionens läkemedelskommittéer att skapa sig en tillförlitlig uppfattning om förskrivningsmönstren. Underlagsmaterialen var inte tillräckligt omfattande.

Betraktas den del av de uthämtade läkemedlen som var direkt knutna till recepthantering (92 %) - kan konstateras att endast 43 % av ordinationerna under år 1999 gick att hänföra till bestämda vårdinrättningar. Att andelen inte var högre beror på att läkemedelsförskrivarna inte fullt ut motsvarade kravet att använda arbetsplatskodade recept. Följsamheten mot detta krav förbättrades dock successivt under året. Under december månad uppgick de arbetsplatskodade recepten till 57 %.

Jämförs de olika HSN-områdena framkommer att det är viss skillnad, vad gäller anammandet av arbetsplatskodade recept. Bäst i detta avseende var förskrivarna i HSN-områdena 9 och 10.

Tabell 13. Totala kostnaderna (miljoner.kr) för läkemedel – knutna till recept - som invånarna i Västra Götaland löste ut på apotek under december månad 1999, och den andel (%) av dessa kostnader som är hänförliga till bestämd arbetsplats.

	HSN 1	HSN 2	HSN 3	HSN 4	HSN 5	HSN 7	HSN 6	HSN 8	HSN 9	HSN 10	Hela VGR
Läkemedels- kostnader (m.kr) knutna till recept	14,8	8,8	28,1	19,7	93,4	22,6	13,5	31,7	22,8	24,3	279,7
- andel som är hänförlig till bestämda arbetsplatser	49% (7,3)	58% (5,1)	59% (16,6)	42% (11,4)	51% (47,2)	51% (11,5)	64% (8,6)	61% (19,2)	71% (16,2)	68% (16,6)	57% (159,7)

Källa: APS

9. Sjukresor

Målet för 1999 var att ge alla regioninvånare en likvärdig och bra service vid sjuktransporter och vid utbetalande av ersättning för sådan resor.

För att uppnå detta mål har regionens enhet för sjukresor satsat på att utveckla en enhetlig rutin för verksamheten. Bl.a. har man genomfört en, med Västtrafik och kommunerna i Dalsland och Norra Bohuslän gemensam, upphandling av samhällsbetalda resor och en central där de resorna kan beställas. Detta avtal står modell för fortsatta upphandlingar i regionen, efter hand som gällande avtal löper ut.

För de sjukhus som saknar beställningscentral har förberedelser gjorts för att skapa en rutin för kontant ersättning åt patienterna för deras utlägg.

Under år 1999 ersattes totalt 1.331.652 sjukresor i Västra Götaland, vilket motsvarar 896 sjukresor per 1000 invånare. 69 % av dessa resor skedde med taxi, 24 % med egen bil, 2 % med allmänna färdmedel och 5 % med övriga färdmedel. Tillkommer gör ett okänt antal resor med 8.579 utfärdade frikort.

Tabell 14. Antalet sjukresor i olika HSN-områden 1999 fördelade på typ av färdmedel.

	HSN-omr. 1,4,7 *	HSN- omr.2 3**	HSN- område 5	HSN- område 6 och 8	HSN- område 9 och 10	HELA VGR
(1) Taxi	178 409	77 151	331 337	169 114	165 441	921 452
Egen bil	128 936	78 722	3 147	60 483	50 977	322 265
Allmänna färdmedel	10 379	3 437	1 648	3 881	7 730	27 075
Övriga färdmedel	167	34 355	458	0	25 880	60 860
SUMMA	317 891	193 665	336 590	233 478	250 028	1 331 652
Antal resor per 1000/ inv.	1 160	868	732	856	971	896

Källa: Sjuktransportenheten

* exklusive Ale kommun **inklusive Ale kommun

(1) Förutom ordinära taxitransporter ingår: transporter med "specialfordon" och "bårfordon", dock ej för HSN-område 6 och 8

Kommentar: I tabellens tre vänstra kolumner har nämndområdena grupperats på ett sätt som inte motsvarar de lokala beställarkansliernas indelning. Detta pga att sjukreseverksamhetens administrativa indelning ännu inte kunnat anpassas till den nya organisationen fullt ut.

Tabell 14 visar att de ersatta resorna fördelade sig relativt jämnt under 1999, om utfallet relateras till befolkningsunderlaget i respektive område. Detta med viss reservation för område 5, Göteborg, vars invånare fick minst antal resor ersatta. Det förklaras sannolikt av att närheten till olika sjukhus - och därmed lägre resekostnader - inte föranleder ersättningsanspråk i lika stor utsträckning. Vidare kan utläsas att område 2, 3 bryter det generella mönstret, att taxi är det klart dominerande färdmedlet. I detta område anlätades egen bil lika ofta som taxi. I ögonfallande är också att antalet "Övriga resor" är betydligt vanligare i områdena. 2, 3 och 9, 10 än i övriga områden. Det beror på att "Övriga resor" här omfattar flitigt anlätade busslinjer för sjuktransporter, "Jumbolansen" respektive "Ronden". Motsvarande färdmedel saknas i de andra områdena.

Kostnaderna för de ersatta sjukresorna 1999, uppgick till drygt 157 miljoner kronor kr, exklusive kostnader för utfärdade frikort. 83 % hänför sig till taxiresor, 8 % till resor med egen bil, 2 % till resor med allmänna färdmedel och 7 % till övriga färdmedel. Kostnaderna för frikorterna har ej kunnat beräknas.

Tabell 15. De ersatta kostnaderna (tusen.kr) för sjukresor 1999 i olika HSN-områden fördelade på typ av färdmedel.

	HSN-omr. 1,4,7 *	HSN-omr.2 3**	HSN-område 5	HSN-område 6 och 8	HSN-område 9 och 10	HELA VGR
1) Taxi	36 109	15 243	31 102	21 662	26 126	130 242
Egen bil	4 236	2 579	209	1 525	4 292	12 841
Allmänna färdmedel	1 238	230	292	289	814	2 863
Övriga färdmedel	44	6 881	2 068	0	2 530	11 523
SUMMA	41 627	24 933	33 671	23 476	33 762	157 469
Per 1000 inv.	152	112	73	86	131	106

Källa: Sjuktransportenheten

* exklusive Ale kommun **inklusive Ale kommun

1) Förutom ordinära taxitransporter ingår: transporter med "specialfordon" och "bårfordon"

Tabellen visar att invånarna i områdena 9, 10 och 1, 4 och 7 kan tillskrivas de största kostnaderna för ersatta resor under 1999 – frikort undantagna. Omvänt kan de lägsta kostnaderna tillskrivas invånarna i område 5, 6 och 8.

Till sist kan framhållas att såväl antalet ersatta sjukresor som kostnaderna för dessa totalt sett minskade under år 1999, jämfört med år 1998. Minskningen uppgick till 14 % respektive 3 % I området 9, 10 sjönk antalet resor med hela 33 % medan de omvänt ökade med 8 % i området 2 och 3. Det senare är sannolikt en effekt av att skaraborgarna hade fria resor på allmänna kommunikationsmedel under år 1998 – mot uppvisande av kallelse till sjukhusbesök - och att denna förmån upphörde år 1999.

10. Handikappfrågor

Visionen att alla människor i Västra Götaland ska leva ett gott liv är uppfordrande. Den omfattar inte bara invånare som i vardaglig mening är fullt fungerande. Den omfattar också alla funktionshindrade medborgare, dvs människor som har någon medfödd eller förvärvad skada av varaktig natur. Även dessa grupper ska ha möjligheten att - utifrån sina förutsättningar – leva ett gott liv. Brister i miljön eller avsaknad av hjälpmedel får i princip inte utgöra ett hinder.

Frågor inom VGR som rör funktionshindrade personers situation handläggs inom Hälso- och sjukvårdsstyrelsens Handikappkommitté. För att kunna fullgöra detta uppdrag på ett bra sätt måste den kartlägga vilka diagnosgrupper som finns i Västra Götaland, hur stora de är och vad som kännetecknar dem. Under 1999 påbörjades därför en inventering av detta slag, vilken

kommer att slutföras innevarande år. De största gruppernas omfattning har skattats med utgångspunkt från riksmaterial. Se nedanstående tabell.

Tabell 16. Antal medborgare i Västra Götaland med olika typer av funktionshinder sammanförda i huvudgrupper – skattning grundat på omfattningen i riket.

	Omfattning Västra Götaland – skattad		Typ av handikapp som ingår i denna grupp.
	Totalt antal individer	Andel av befolkningen	
Medicinska funktionshinder	376 000	25 %	Reumatism, magtarm, stomi, allergi, hjärt/lung, epilepsi, diabetes, cystisk fibros, tal- och språksvårigheter.
Hörselskada/dövhet	159 000	11 %	Lindrig-, måttlig- och grav hörselskada
Neurologiska sjukdomar/rörelsehinder	100 800	7 %	Ataxi, CP, MS, neuromuskulära sjukdom, ryggmärgsskador och stroke
Synskada/blindhet	31 500	2 %	Synskada, grav synskada och blindhet
Kognitiva funktionsstörningar	Oklart*	-	Utvecklingsstörning, autism, DAMP/ADHD, Begåvningsmässiga funktionshinder p.g.a. hjärnskada,
Psykiska funktionshinder, kroniska	6 300	0,5 %	Schizofreni och psykos.

Källa: Handikappkommitténs kansli

* Den största delgruppen, utvecklingsstörning, omfattar ca 6.200 individer

Av tabellen framgår att ”Medicinska funktionshinder” är den klart största handikappgruppen. Ungefär var fjärde invånare har någon typ av handikapp som är hänförlig till denna grupp. Förhållandevis stora grupper är också ”Hörselskada/dövhet” och ”Neurologiska sjukdomar/rörelsehinder”.

För tydlighets skull bör påpekas att grupperna överlappar varandra – i den meningen att en och samma individ kan ha flera funktionsnedsättningar. Det är därför inte tillrådligt att summera antalet individer inom respektive grupp till en totalsumma. En sådan räkneoperation leder till en klar överskattning av antalet funktionshindrade personer i Västra Götaland. Hur stor kan idag inte anges med någon större säkerhet.

För att kunna tillvarata de funktionshindrade personernas intressen har Handikappkommittén också kommit fram till att man behöver skaffa ytterligare kunskaper vad gäller faktorerna: fysisk tillgänglighet, social- och organisatorisk tillgänglighet, ekonomisk tillgänglighet samt psykologisk tillgänglighet. Inom områdena medvetenhet/kunskap samt utbildning fokuseras på: anpassad undervisning för funktionshindrade personer och invånarnas kunskaper om dessa personers situation. Inom området habilitering/rehabilitering, stöd och service inventeras: tillgången till vårdresurser och ansvarsfördelningen mellan olika huvudmän. Inhämtandet av dessa kunskaper har inletts under 1999 och slutsatserna kommer innevarande år att redovisas i form av en handlingsplan.

De direkta åtgärder som Handikappkommittén aktualiserat under 1999 kan indelas i följande tre huvudområden:

- Rehabilitering, tolktjänst och hjälpmedel
- Forskning och Utveckling
- Tillgänglighet

Habilitering, tolktjänster och hjälpmedel är insatser som förmedlas via handikappförvaltningen, de egna sjukhusen och ett par externa vårdgivare. Under 1999 har insatser gjorts för att klarlägga målgruppernas behov och åstadkomma en rättvisare resursfördelning inom regionen. Det senare främst avseende hjälpmedel, avgifter och bidrag, och färdtjänstillstånd. Vidare märks ett arbete för att följa upp insatsernas kvalitet ur ett brukarperspektiv.

Beträffande Forskning och Utveckling har övergripande riktlinjer utarbetats. Därvid har följande fem områden prioriterats: ”Funktionshindrade människors livsvillkor”, ”Inflytande och delaktighet”, ”Processmått och effektmått inom handikappverksamheten”, ”Människor med flerk Funktionshinder” och ”Alternativ och kompletterande kommunikation”. Under år 1999 har också ett särskilt anslag för FoU-verksamhet inom handikappområdet skapats. Av totalt 25 forskningsansökningar har Handikappkommittén föreslagit hälso- och sjukvårdsstyrelsen att bevilja åtta ansökningar.

Begreppet ”Tillgänglighet” har under 1999 tillämpats på basis av en bred tolkning. Det betyder att åtgärder inte bara utformats för att förbättra den fysiska tillgängligheten, vad gäller färdmedel, allmänna lokaler, samhällsservice mm. Insatser har också gjorts för att göra den sociala, psykologiska, organisatoriska och ekonomiska tillgängligheten bättre för funktionshindrade personer.

Arbetet i denna del syftar till bättre anpassning av kollektivtrafiken till resande med funktionshinder, förbättrad fysisk tillgänglighet till regionens verksamheter och en utformning av dessa som stämmer bättre överens med de behov som finns. Vidare märks medverkan i planeringen av regionens infrastruktur och en särskild temagrupp, som arbetat med att fastställa gemensamma normer för kartläggning av tillgängligheten i Västra Götaland. Behovet av texttelefoner och visuell information på sjukhus har kartlagts och utvecklandet av pedagogiskt datastöd för synskadade har främjats.

Till detta ska tilläggas att Handikappkommittén sedan början av 1999 har haft ett nybildat Handikappråd, bestående av 16 brukarrepresentanter, kopplad till sin verksamhet. Dessa personer är valda av brukarorganisationer i hela regionen. Den dialog som förts i rådet har haft stor vikt för verksamhetens behovsanpassning. En annan kontaktyta gentemot handikapprörelsen, och dess läns-/distriktsorganisationer, är Handikappkommitténs bidragsgivning. År 1999 omfattade den 7,4 miljoner och 97 olika bidragsposter.