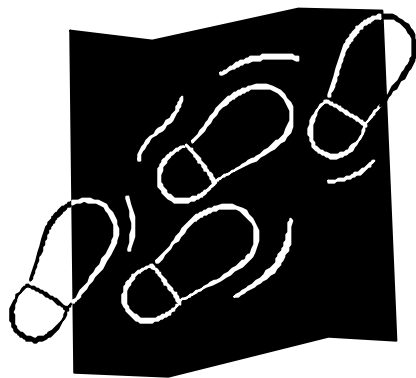


Beskrivning och analys av patientströmmarna i Västra Götaland



Oktober 2000



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN

Staffan Björck
Bengt Kron
Göran Gustavsson

Innehållsförteckning

BESKRIVNING OCH ANALYS AV PATIENTSTRÖMMARNA I VÄSTRA GÖTALAND

1. INLEDNING	3
2. UPPDRAGET	3
3. ARBETSSÄTT OCH AVGRÄNSNINGAR	3
4. PATIENTSTRÖMMAR, OMFATTNINGEN	4
5. VAR FÅR REGIONENS INVÅNARE SIN VÅRD	8
5.1 Patientströmmar på kommunnivå – var får kommuninvånarna sin vård?	8
5.2 Patientströmmar mellan regionområden, var får patienterna från områdena sin vård?	8
5.2.1 Stor-Göteborg	8
5.2.2 Norra Älvsborg och norra Bohuslän	9
5.2.3 Skaraborg	11
5.2.4 Södra Älvsborg	12
5.2.5 Området runt Kungälv's sjukhus	13
6. VARIFRÅN FÅR SJUKHUSEN SINA PATIENTER?	15
6.1 Patientströmmar, ej planerad vård	18
7. SYNPUNKTER PÅ DATAKÄLLOR	20
8. SAMMANFATTANDE SLUTSATSER	22
9. FÖRSLAG TILL FORTSATT UPPFÖLJNING AV PATIENTSTRÖMMAR	23
Bilaga 1-2	24

Beskrivning och analys av patientströmmarna i Västra Götaland

1. INLEDNING

Patienter har tidigare i stor utsträckning fått vård vid närmaste sjukhus. Orsakerna har varit av både geografisk och administrativ natur.

De administrativa hindren har successivt försvunnit genom patienternas rätt att fritt välja vård och genom skapandet av en gemensam region från och med 1999. Vidare har kravet tagits bort på remiss för specialistvård och information om kösituationen vid regionens sjukhus ges nu på ett tydligare sätt till allmänheten.

Det är inte känt hur patientströmmarna förändrats över åren. Likaså saknas kunskap om konsekvenserna av eventuella nya vårdkonsumtionsmönster. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har i budget för år 2000 angivit att det fortsättningsvis blir "nödvändigt att följa patientströmmarna mellan sjukhusen för denna vård och utforma spelregler för att följa upp och åtgärda effekter av eventuella förändringar av patientströmmarna som kan missgynna något sjukhus".

2. UPPDRAGET

Hälso- och sjukvårdsdirektören har givit enheten för analys och utvärdering i uppdrag att analysera patientströmmarna i Västra Götaland. I uppdraget ingår i första hand hur regioninnevånarnas konsumtion av slutenvård fördelas mellan utbudspunkterna för slutenvård i regionen under 1999 och i andra hand hur patientströmmarna förändrats under de senaste åren. Uppdraget framgår av Bilaga 2.

3. ARBETSSÄTT OCH AVGRÄNSNINGAR

Arbetsgruppen har bedömt att det inte är möjligt att inom detta arbete göra en värdering av patientströmmarna i öppen vård och deras förändringar över tiden. Analys av patientströmmar fordrar tillförlitliga uppgifter på datormedium. Även små bortfall kan omöjliggöra jämförelser över tiden. Skillnaderna i definition mellan sjukhusgrupperna av vad som är öppenvårdsbesök är stora och har förändrats över tid. Problemet är närmare beskrivet i rapporten "Skaraborgs sjukhus & Södra Älvsborgs sjukhus – en jämförelse mellan två sjukhusgrupper" och framkommer också i rapporten "Kostnads och prestationsutvecklingen 1992 – 1999 vid regionens sjukhusgrupper". I regionen pågår ett arbete att på ett systematiskt sätt inhämta data om produktionen av öppenvårdsbesök till en gemensam regional vårddatabas som på sikt kommer att medge bedömning av förändringar över tid. Vi har således koncentrerat oss på slutenvårdsjämförelser.

Den västsvenska DRG-databasen med uppgifter om slutenvård i Västra Götaland och Halland har använts som datakälla i detta arbete. Sjukhusen levererar själva, och svarar själva, för riktigheten av sina data. Utredningsavdelningen vid HSS-kansliet svarar för insamlingen och sammanställningen. Data från 1995 till 1999 har använts. Alla psykiatriska vårdtillfällen har exkluderats från databasen eftersom en värdering utifrån en slutenvårdsdatabas blir för bristfällig. Strömmar till framförallt Halland och övriga riket har inte kunnat behandlas

eftersom nödvändiga datakällor för 1999 inte erhöles i tid. Strömmar från Halland och övriga riket till regionen har dock inkluderats under avsnittet "Varifrån får sjukhusen sina patienter". Sedan 1995 har vårdtillfällen för geriatrik och rehabilitering successivt lagts till databasen. Vi har valt att inte exkludera dessa eftersom det skulle ge upphov till andra tolkningssvårigheter. Förändringen av dessa vårdtillfällen i databaserna påverkar dock inte slutsatserna eftersom dessa patienter nästan uteslutande vårdas vid sitt hemortssjukhus. Det påverkar procentuella redovisningar av patientströmmarna marginellt. Den ändrade redovisningen måste dock beaktas vid tolkning av produktionssiffror.

I arbetet har deltagit Staffan Björck och Bengt Kron vid enheten för analys och utvärdering vid hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli, Skövde, samt Göran Gustavsson vid utredningsavdelningen, hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli i Göteborg.

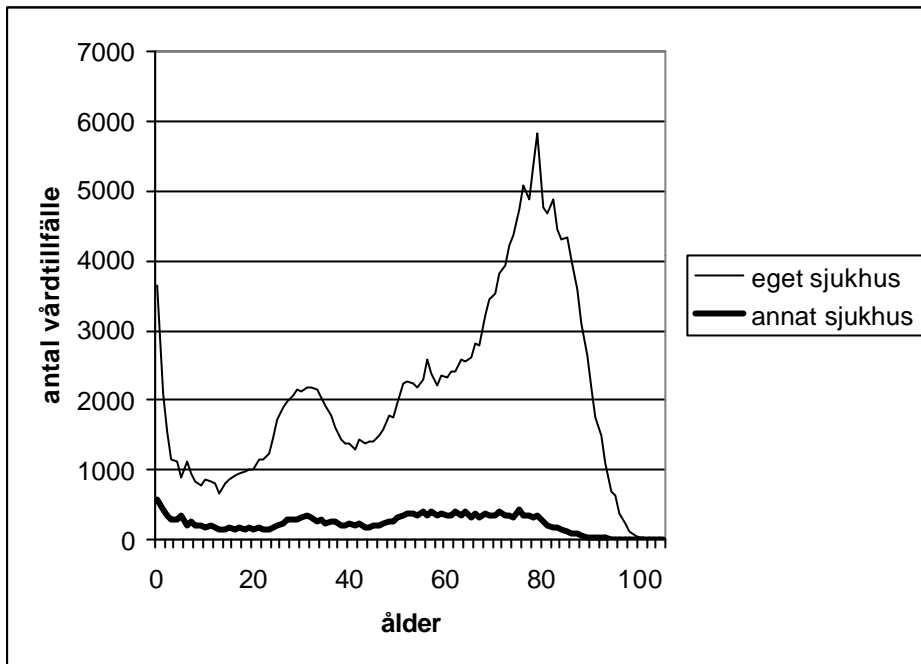
Vård databasen har förändrats över tiden. Framförallt har beteckningen för sjukhusen förändrats. Sjukhusen har successivt anonymiserats och lagts ihop till sjukhusgrupper så att enskilt sjukhus inte kan följas längre än till 1997. Därför gäller analysen endast strömmar till sjukhusgrupperna och från områdena runt dessa. Sjukhusen/sjukhusgrupperna är NU-sjukvården (NU), Skaraborgs sjukhus (SkaS), Kungälv's sjukhus, Sahlgrenska universitetssjukhuset (SU) och södra Älvsborgs sjukhus (SÄS).

4. PATIENTSTRÖMMAR, OMFATTNINGEN

Det sätt på vilket befolkningen söker sig till ett sjukhus beror på geografiska förhållanden, traditionell tillhörighet och i vilken utsträckning vissa specialiteter centraliserats.. Patienter kan också remitteras till eller själva söka vård på annat sjukhus än sitt hemsjukhus. Det är det som utgör grunden för det vidare resonemanget om patientströmmar.

För den fortsatta analysen har vi därför grupperat patienterna till områden runt regionens sjukhus på sådant sätt att invånarna hänförs till ett "hemsjukhus". Hemsjukhuset för invånarna i en kommun är det sjukhus eller sjukhusgrupp som svarar för majoriteten av slutenvårdstillfällena för invånarna i kommunen. Definitionen på vilka kommuner som hänförs till ett visst område ges under avsnittet "Var får regionens invånare sin vård?".

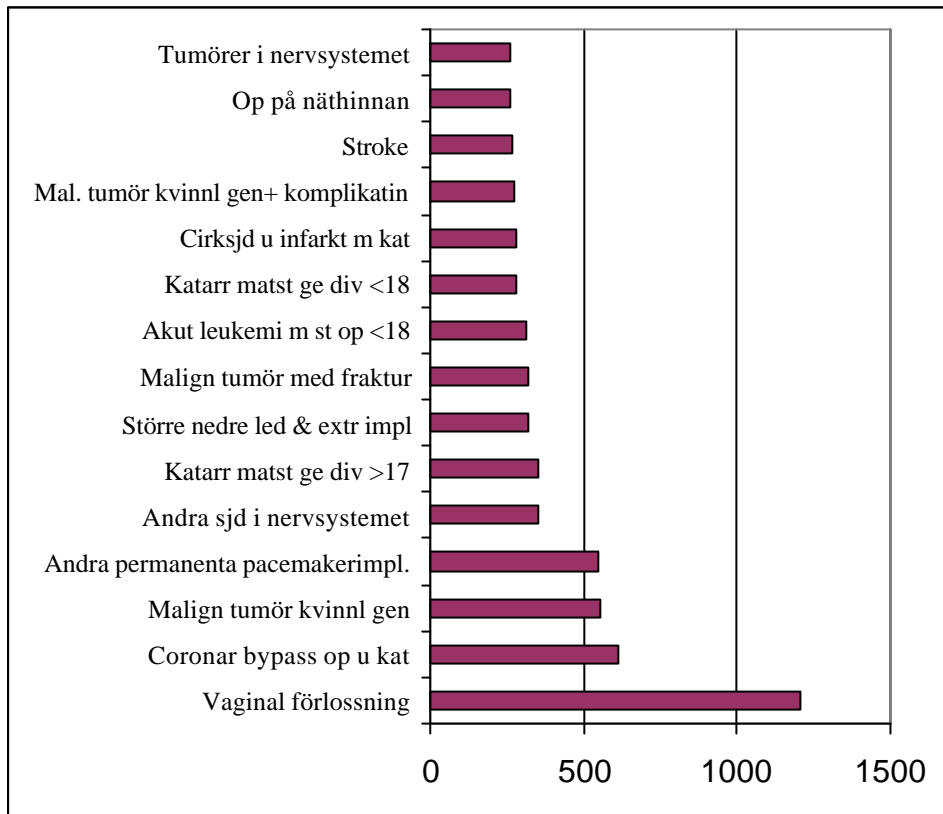
Även om de flesta vårdtillfällen sker vid hemsjukhuset är patientströmmarna i regionen betydande. I genomsnitt sker 10% av totala antalet vårdtillfällen vid ett annat sjukhus än hemsjukhuset. För de vårdtunga diagnoserna som är förknippade med ökande ålder har dock det närmaste sjukhuset den helt dominerande betydelsen. I figur 1 nedan har redovisats vad varje ålder bidrar med i form av vårdtillfällen - dels på det egna sjukhuset - dels på andra sjukhus.



Figur 1. Antal vårdtillfällen för varje åldersintervall om ett år från 0 till 105 års ålder vid sjukhusgrupperna i Västra Götaland. Endast vård för invånare i regionen.

Bilden visar att, relativt sett, är patientströmmar ett fenomen som i huvudsak berör yngre åldrar än huvuddelen av slutenvårdsproduktionen. Andelen patienter i en viss åldersgrupp som söker vård utanför hemortssjukhuset minskar i höga åldrar. Två maxima ses, dels vid 5 års ålder med 27% vård utanför eget sjukhus och dels vid 52 års ålder med 15 % vård utanför hemortssjukhuset. Det största antalet vårdtillfällen utanför hemortssjukhuset förekommer vid nyföddhetsperioden.

Det förekommer ett stort antal diagnoser vid slutenvård utanför hemortssjukhuset men några områden dominerar. Nedan redovisas denna vård enligt DRG-systemet eftersom den klassifikationen sammanför ICD-diagnoser till ett mer hanterbart antal grupper. I figur 2 visas de 15 DRG med flest vårdtillfällen utanför eget sjukhus. Diagnoserna är dels sådana som rör en exklusiv specialitet som endast finns på ett sjukhus såsom coronary bypasskirurgi medan andra utförs vid de flesta sjukhusgrupper såsom förlossning och ledimplantat. De vanligaste diagnoserna för vilka patienter får vård utanför sitt område är förlossningar följt av coronary bypasskirurgi.



Figur 2. De 15 vanligaste diagnostiska huvudgrupperna (DRG) som leder till vård utanför den egna sjukhusgruppen. Antal vårdtillfällen som sker utanför "hemsjukhuset".

Det kan finnas skäl att i detalj studera varje enskild diagnos, då det kan finnas betydande förskjutningar av stor betydelse inom dem. En sådan detaljerad analys ligger utanför ramen för detta arbete. Vi har valt att ändå studera två exempel nämligen DRG 209 och 373. DRG 373 är okomplicerad förlossning och DRG 209 är större nedre ledimplantat, det vill säga i huvudsak, höft och knäproteser. Båda dessa diagnosgrupper kräver totalt sett mycket resurser och utförs vid alla sjukhusgrupper, förutom Kungälv som saknar förlossning. Val av sjukhus för förlossningsvård, DRG 373, torde, fränsett geografisk närhet, vara mycket styrd av patientens fria val, medan sjukhusval vid vård för DRG 209 är mer avhängigt av sjukhusets förmåga att bereda resurser för den typen av ingrepp.

Tabell 1. Enkla okomplicerade förlossningar 1995 och 1999, DRG 373, fördelade efter moderns hemort och efter sjukhus

	SU		NU		SkaS		SÄS	
	1995	1999	1995	1999	1995	1999	1995	1999
Storgöteborg	99,6	98,8	0,2	0,3	0,0	0,0	0,2	0,9
Norra Bohus och Älvsborg	1,4	1,6	98,2	98,1	0,0	0,1	0,3	0,2
Skaraborg	0,1	0,4	1,5	3,8	98,2	95,5	0,2	0,3
Södra Älvsborg	14,2	10,5	1,9	1,4	0	0,2	83,8	87,9
Området runt Kungälv sjukhus	89,6	75,1	10,3	24,5	0	0	0,1	0,3

Tabell 1 visar att det finns betydande patientströmmar inom förlossningsvården mot SU men att dessa minskat och att NU och SÄS numera i högre grad tar om hand patienter från

mellanliggande områden. Patientströmmen mot NU-sjukvården från Skaraborg har mer än fördubblats, men från en relativt låg nivå.

Tabell 2. Större led- och protesoperationer på nedre extremiteten 1995 och 1999, DRG 209, fördelade efter patientens hemort och efter sjukhus

	SU		NU		SkaS		SÄS		Kung. Sjh.	
	1995	1999	1995	1999	1995	1999	1995	1999	1995	1999
Storgöteborg	94,0	89,5	0,7	0	0,1	0,3	1,4	1,7	3,8	8,5
Norra Bohus och Älvsborg	1,7	4,0	96,6	68,8	0	1,8	1,0	1,8	0,7	23,5
Skaraborg	1,0	1,5	1,0	1,2	97,5	96,9	0,4	0,3	0,2	0
Södra Älvsborg	3,1	3,3	0,6	0,2	0,4	0,2	96,0	96,0	0	0,4
Området runt Kungälv sjukhus	13,2	10,0	22,0	11,8	0	0	1,9	1,2	62,9	77,1

Tabell 2 visar att sjukhusgrupperna har en hög självförsörjningsgrad för höft och knäproteser. Den största förändringen är en ökad ström från SU och NU mot Kungälv vilket beror på en satsning på denna typ av operationer vid Kungälv sjukhus.

5. VAR FÅR REGIONENS INVÅNARE SIN VÅRD

Regionens patientströmmar beskrivs i detta avsnitt på två sätt. Dels hur vårdtillfällen för individerna i en kommun delas upp mellan regionens sjukhusgrupper och dels hur patientströmmarna från större områden i regionen fördelas till respektive sjukhusgrupp.

5.1 Patientströmmar på kommunnivå – var får kommuninvånarna sin vård?

I bilaga 1, tabell 1, framgår vid vilka sjukhus innevånarna i de olika kommunerna i Västra Götaland har fått slutenvård åren 1997 och 1999. Det gäller alla vårdtillfällen förutom psykiatriska vårdtillfällen. Där framgår också till vilket större område som kommunerna hänförs för den vidare analysen som beskrivs vidare nedan. För hälften av kommunerna är anknytningen till en specifik sjukhusgrupp mycket tydlig då 90% eller större andel går till endast en sjukhusgrupp. Sex kommuner har så betydande strömmar till olika sjukhusgrupper att mindre än 60 % av vårdtillfällena sker vid ett sjukhus. Det är Stenungssund, Ale, Lerum, Tjörn, Grästorp och Kungälv som ligger i gränsområden mellan sjukhusgrupper. Förändringarna mellan 1997 och 1999 är mycket små.

5.2 Patientströmmar mellan regionområden, var får patienterna från områdena sin vård?

För att mer samlat beskriva vårdströmmarna i regionen har vi valt att hänföra kommunerna till regionala områden runt varje sjukhusgrupp, det vill säga till områdena stor-Göteborg, norra Bohus och norra Älvsborg, Södra Älvsborg och området runt Kungälvs sjukhus. Kommunerna har hänförs till det område där invånarna får störst andel av sin slutna sjukhusvård. För invånarna runt Skaraborgs och södra Älvsborgs sjukhus sammanfaller områdena med de traditionella gamla landstingsgränserna.

5.2.1 Stor-Göteborg

Till stor-Göteborg har hänförs Härryda, Partille, Öckerö, Mölndal och Göteborgs kommun

I tabell 3 har redovisats hur vårdtillfällena fördelats mellan regionens sjukhusgrupper för invånarna i området stor-Göteborg och hur fördelningen förändrats under 5 års tid.

Tabell 3. Sjukhusvården för invånarna i stor-Göteborg. Tabellen anger den procentuella fördelningen på regionens sjukhusgrupper av slutenvårdstillfällena för individer bosatta i Storgöteborg

	SU	NU	Kungälv	SkaS	SÄS
1995	98,5	0,5	0,6	0,1	0,3
1997	98,4	0,4	0,7	0,1	0,3
1999	98,0	0,6	0,8	0,2	0,4

I tabell 4 nedan anges hur många vårdtillfällen som ges till invånarna i stor-Göteborg vid regionens olika sjukhusgrupper.

Tabell 4 Sjukhusvården för invånarna bosatta i stor-Göteborg. Tabellen anger antal vårdtillfällen

	SU	NU	Kungälv	SkaS	SÄS
1995	91874	493	555	51	288
1997	95154	406	682	143	332
1999	94328*	570	787	190	384

* jämfört med 1995 har 10133 vårdtillfällen inom geriatrik och rehabilitering tillkommit till redovisningen.

Vid vilka sjukdomstillstånd får Göteborgarna vård utanför Göteborg? Tabell 5 nedan visar antalet vårdtillfällen inom de 10 vanligaste diagnostiska huvudgrupperna (DRG).

Tabell 5. De 10 vanligaste diagnostiska huvudgrupperna och antal vårdtillfällen för invånare från storgöteborg som vårdats utanför SU 1999.

DRG	Vård-tillfällen	
183	99	Katarr och andra sjukdomar i matstrupe, mage och tarm >17 år utan komplikation
209	68	Större ledoperationer och implantationer på nedre extremitet
373	60	Vaginal förlossning utan komplikation
143	59	Bröstsmärtor
116	57	Pacemaker utan infarkt, svikt eller shock
14	51	Stroke
127	39	Hjärtsvikt och shock
32	35	Hjärnskakning >17 år
139	34	Hjärtarytmier och överledningsstörningar utan komplikation
140	33	Angina pectoris

Slutsatser:

Invånarna i stor-Göteborg får till helt övervägande del sin vård vid SU men det har skett en marginell ökning av Göteborgarnas vård vid andra sjukhus och andelen som utförs vid SU har sjunkit från 98,5 till 98,0 %. Förändringen gäller dock endast något hundratal vårdtillfällen. Den förändrade redovisningen av geriatrik och rehabilitering påverkar endast marginellt bedömningen. Det motsvarar ca 0,2-0,3% dvs istället en förändring från 98,5 till ca 97,8%.

5.2.2 Norra Älvsborg och norra Bohuslän

Till norra Älvsborg och norra Bohuslän har hänförts kommunerna Orust, Sotenäs, Munkedal, Tanum, Dals-Ed, Färgelanda, Bengtsfors, Mellerud, Lilla Edet, Lysekil, Uddevalla, Strömstad, Vänersborg, Trollhättan och Åmål

I tabell 6 har redovisas hur vårdtillfällena fördelas mellan regionens sjukhusgrupper för invånarna i området norra Älvsborg och norra Bohuslän och hur fördelningen förändrats under 5 års tid.

Tabell 6. Sjukhusvården för invånarna i norra Älvsborg och norra Bohuslän. Tabellen anger den procentuella fördelningen på regionens sjukhusgrupper av slutenvårdstillfällena för individer i området

nu	SU	NU sjukvården	Kungälv	SkaS	SÄS
1995	7,6	91,2	0,3	0,1	0,8
1997	8,4	90,1	0,5	0,1	0,9
1999	9,0	89,4	0,9	0,3	0,4

I tabell 7 nedan anges hur många vårdtillfällen som ges till invånarna i norra Älvsborg och norra Bohuslän vid regionens olika sjukhusgrupper.

Tabell 7. Sjukhusvården för invånarna i norra Älvsborg och norra Bohuslän. Tabellen anger antal vårdtillfällen.

	SU	NU	Kungälv	SkaS	SÄS
1995	3807	45747	161	41	397
1997	3926	41016	213	66	423
1999	4019	39740	386	122	179

* jämfört med 1995 har 2278 vårdtillfällen inom geriatrik och rehabilitering tillkommit till redovisningen.

Vid vilka sjukdomstillstånd får invånarna i norra Älvsborg och norra Bohuslän vård utanför NU-sjukvården? Tabellen nedan visar antalet vårdtillfällen inom de 10 vanligaste diagnostiska huvudgrupperna (DRG).

Tabell 8. De 10 vanligaste diagnostiska huvudgrupperna och antal vårdtillfällen för invånare från norra Älvsborg och norra Bohuslän som vårdats utanför NU-sjukvården 1999.

DRG	vårdtillfällen	
367	203	Malign tumör i kvinnliga genitalia utan komplikation
107	199	Koronar bypass-operationer utan kateterisering
116	190	Pacemaker utan infarkt, svikt eller shock
209	170	Större ledoperationer och implantationer på nedre extremitet
36	106	Operationer på retina
173	83	Malign tumör i matsmältningsorganen utan komplikation
366	80	Malign tumör i kvinnliga genitalia med komplikation
239	78	Maligna tumörer i muskel, bindväv och skelett samt patologiska frakturer
82	74	Tumörer i andningsorganen
112	71	Perkutana kardiiovaskulära operationer

Slutsatser:

Antalet vårdtillfällen har minskat påtagligt inom NU-sjukvården. Detta har skett utan att det skett en överströmning av patienter på motsvarande sätt till andra sjukhus eller sjukhusgrupper. Andelen vårdtillfällen inom NU-sjukvården ligger runt 90% med en svagt sjunkande tendens. NU-sjukvården skiljer sig från de övriga sjukhusgrupperna genom den kraftiga

minskningen av vårdplatser som skett från 951 platser 1995 till 780 platser 1999. Denna vårdplatsminskning om 18% har inte lett till en motsvarande ökning av patientströmmarna till andra sjukhusgrupper.

5.2.3 Skaraborg

Till Skaraborg har hänförs kommunerna Grästorp, Essunga, Karlsborg, Gullspång, Vara, Götene, Tibro, Töreboda, Mariestad, Lidköping, Skara, Skövde, Hjo, Tidaholm, Falköping,

I tabell 9 har redovisats hur vårdtillfällena fördelas mellan regionens sjukhusgrupper för invånarna i området Skaraborg och hur fördelningen förändrats under 5 års tid.

Tabell 9. Sjukhusvården för invånarna i Skaraborg. Tabellen anger den procentuella fördelningen på regionens sjukhusgrupper av slutenvårdstillfällena för individer i området

SkaS	SU	Nu sjukvården	Kungälv	SkaS	SÄS
1995	5,5	1,5	0,0	92,6	0,3
1997	6,1	1,8	0,0	91,8	0,4
1999	6,5	1,9	0,0	91,3	0,3

I tabell 10 nedan anges hur många vårdtillfällen som ges till invånarna i Skaraborg vid regionens olika sjukhusgrupper.

Tabell 10. Sjukhusvården för invånarna i Skaraborg. Tabellen anger antal vårdtillfällen.

	SU	NU	Kungälv	SkaS	SÄS
1995	2573	691	11	43109	160
1997	2649	770	6	40071	165
1999	2820	826	11	39726*	110

* jämfört med 1995 har vårdtillfällen inom rehabilitering tillkommit till redovisningen.

Vid vilka sjukdomstillstånd får invånarna i Skaraborg vård vid andra sjukhus än Skaraborgs sjukhus? Tabell 11 nedan visar antalet vårdtillfällen inom de 10 vanligaste diagnostiska huvudgrupperna (DRG).

Tabell 11. De 10 vanligaste diagnostiska huvudgrupperna och antal vårdtillfällen för invånare från Skaraborg som vårdats utanför SkaS 1999.

DRG	Vårdtillfällen	
367	194	Malign tumör i kvinnliga genitalia utan komplikation
107	155	Koronar bypass-operationer utan kateterisering
239	111	Maligna tumörer i muskel, bindväv och skelett samt patologiska frakturer
116	87	Pacemaker utan infarkt, svikt eller shock
373	81	Vaginal förlossning utan komplikation
366	78	Malign tumör i kvinnliga genitalia med komplikation
173	74	Malign tumör i matsmältningsorganen utan

		komplikation
241	74	Sjukdomar i bindväv
1	72	Kraniotomi >17 år utan trauma
14	57	Stroke
405	56	Akut leukemi utan större operation 0-17 år
184	55	Katarr i matstrupe, mage och tarm & andra mag-tarm-sjukdomar 0-17 år

Slutsatser:

Antalet vårdtillfällen har sjunkit vid Skaraborgs sjukhus men inte i samma utsträckning som inom NU-sjukvården. Inte heller här kompenseras minskningen av antalet vårdplatser med en motsvarande överströmmning till andra sjukhus/sjukhusgrupper.

5.2.4 Södra Älvsborg

Till Södra Älvsborg har hänförts kommunerna Lerum, Vårgårda, Bollebygd, Tranemo, Mark, Svenljunga, Herrljunga, Alingsås, Borås och Ulricehamn

I tabell 12 har redovisats hur vårdtillfällena fördelas mellan regionens sjukhusgrupper för invånarna i området södra Älvsborg och hur fördelningen förändrats under 5 års tid.

Tabell 12. Sjukhusvården för invånarna i Södra Älvsborg. Tabellen anger den procentuella fördelningen på regionens sjukhusgrupper av slutenvårdstillfällena för individer i området

SÄS	SU	Nu sjukvården	Kungälv	SkaS	SÄS
1995	12,4	1,0	0,1	0,1	86,3
1997	12,3	1,0	0,1	0,3	86,3
1999	12,6	0,8	0,1	0,4	86,0

Tabell 13. Sjukhusvården för invånarna i Södra Älvsborg. Tabellen anger antal vårdtillfällen.

	SU	NU	Kungälv	SkaS	SÄS
1995	5062	422	36	59	35248
1997	5045	424	31	114	35367
1999	5231	353	38	184	35805*

* jämfört med 1995 har 1156 vårdtillfällen inom geriatrik och rehabilitering tillkommit till redovisningen.

Vid vilka sjukdomstillstånd får invånarna i Södra Älvsborg vård utanför hemmasjukhuset? Tabell 14 nedan visar antalet vårdtillfällen inom de 10 vanligaste diagnostiska huvudgrupperna (DRG).

Tabell 14. De 10 vanligaste diagnostiska huvudgrupperna och antal vårdtillfällen för invånare från södra Älvsborg som vårdats utanför SÄS 1999.

DRG	Vårdtillfällen	
373	260	Vaginal förlossning utan komplikation
107	184	Koronar bypass-operationer utan kateterisering

116	151	Pacemaker utan infarkt, svikt eller shock
405	120	Akut leukemi utan större operation 0-17 år
367	96	Malign tumör i kvinnliga genitalia utan komplikation
36	94	Operationer på retina
184	86	Katarr i matstrupe, mage och tarm & andra mag-tarm-sjukdomar 0-17 år
229	82	Hand- & handledsoperationer utom större leder, utan komplikation
239	80	Maligna tumörer i muskel, bindväv och skelett samt patologiska fakturer
183	77	Katarr och andra sjukdomar i matstrupe, mage och tarm >17 år utan komplikation

Slutsatser:

Från Södra Älvsborg sker det betydande patientströmmar mot framförallt SU. Det är framförallt invånarna i kommunerna Lerum och Bollebygd som söker sig mot SU. Patientflödena i Södra Älvsborg är totalt sett stabila. Som tidigare nämnts har förlossningsvården förändrats mot större behovstäckning genom vård vid SÄS.

5.2.5 Området runt Kungälv sjukhus

Till området runt Kungälv sjukhus har hänförs kommunerna Stenungsund, Tjörn, Ale och Kungälv.

I tabell 15 har redovisats hur vårdtillfällena fördelas mellan regionens sjukhusgrupper för invånarna i området runt Kungälv sjukhus och hur fördelningen förändrats under 5 års tid.

Tabell 15. Sjukhusvården för invånarna i området runt Kungälv sjukhus. Tabellen anger den procentuella fördelningen på regionens sjukhusgrupper av slutenvårdstillfällena för individer i området

	SU	Nu sjukvården	Kungälv	SkaS	SÄS
1995	41,9	15,0	42,7	0,0	0,3
1997	38,9	10,6	49,8	0,1	0,6
1999	36,1	10,3	53,1	0,2	0,3

Tabell 16 Sjukhusvården för invånarna i området runt Kungälv sjukhus. Tabellen anger antal vårdtillfällen

	SU	NU	Kungälv	SkaS	SÄS
1995	6569	2349	6694	7	54
1997	6059	1646	7767	20	92
1999	5357	1525	7877*	24	46

* jämfört med 1995 har 1559 vårdtillfällen inom geriatrik och rehabilitering tillkommit till redovisningen.

Vid vilka sjukdomstillstånd får invånarna i området runt Kungälv's sjukhus vård utanför Kungälv's sjukhus? Tabell 17 nedan visar antalet vårdtillfällen inom de 10 vanligaste diagnostiska huvudgrupperna (DRG).

Tabell 17. De 10 vanligaste diagnostiska huvudgrupperna och antal vårdtillfällen för invånare från området runt Kungälv's sjukhus som vårdats utanför Kungälv's sjukhus 1999.

DRG	vårdtillfällen	
373	770	Vaginal förlossning utan komplikation
35	194	Andra sjukdomar i nervsystemet utan komplikation
359	149	Operationer på uterus och adenex för benign sjukdom utan komplikation
11	129	Tumörer i nervsystemet
125	114	Cirkulationssjukdomar utan hjärtinfarkt, med hjärkateterisering, utan komplicerande diagnos
405	111	Akut leukemi utan större operation 0-17 år
183	109	Katarr och andra sjukdomar i matstrupe, mage och tarm >17 år utan komplikation
184	106	Katarr i matstrupe, mage och tarm & andra mag-tarm-sjukdomar 0-17 år
371	93	Kejsarsnitt utan komplikation
98	74	Bronkit och astma 0-17 år

Slutsatser

Kungälv's sjukhus har inte lika tydliga områden från vilka patienterna kommer som övriga sjukhusgrupper. Invånarna i Kungälv's kommun konsumerar bara 58% av sin slutenvård vid Kungälv's sjukhus. Kungälv har i motsats till övriga sjukhusgrupper en tydlig tendens till ökning av andelen vårdtillfällen från närområdet och sjunkande andel vårdtillfällen som sker vid andra sjukhus, främst NU-sjukvården och SU. Samtidigt attraherar Kungälv ett något ökande antal vårdtillfällen från stor-Göteborg och norra Bohuslän och norra Älvsborgsområdet.

6. VARIFRÅN FÅR SJUKHUSEN SINA PATIENTER?

I tabell 18 är angivet hur antalet vårdtillfällen vid de olika sjukhusen är fördelade efter patienternas geografiska tillhörighet. Den geografiska tillhörigheten har delats in i fem olika områden runt sjukhusen/sjukhusgrupperna. Definitionen framgår av föregående avsnitt. 1999 års DRG databas har använts och psykiatriska vårdtillfällen och vårdtillfällen vid Frölunda sjukhus har utelämnats från redovisningen. Frölunda sjukhus finns redovisat endast i 1999 års databas och har därför exkluderats eftersom jämförelse över tid inte är möjligt.

Tabell 18. Antal vårdtillfällen 1999 vid respektive sjukhus uppdelat på hemvist för patienterna.

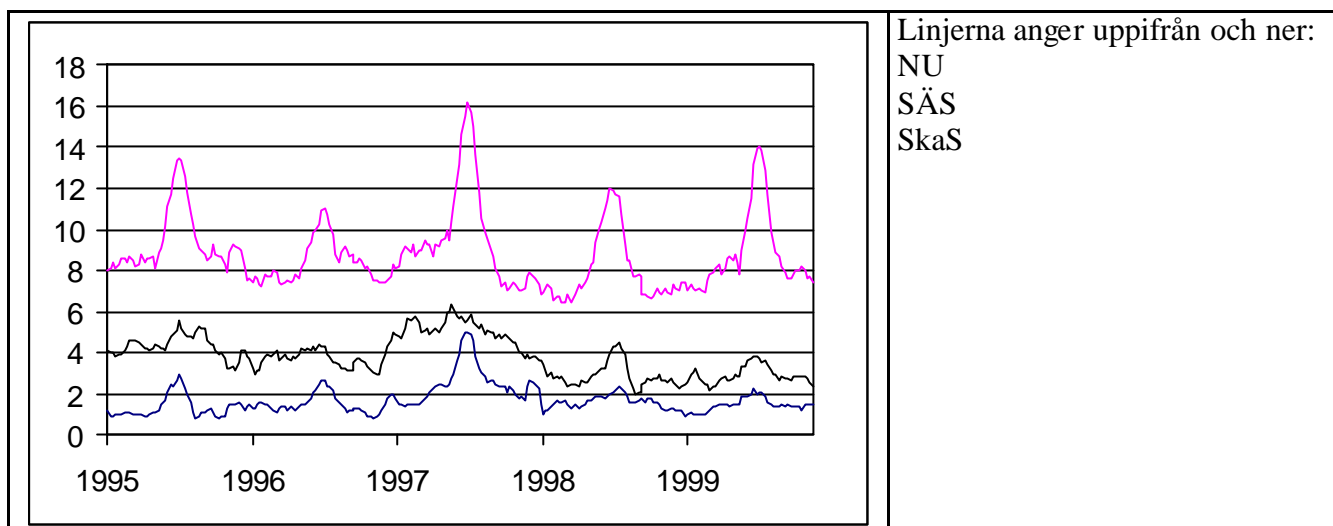
Hemort	Antal vårdtillfällen					Summa
	SkaS	SÄS	NU	Kungälv	SU	
Storgöteborg	190	384	570	787	94328	96259
Norra Bohus och Älvsborg	122	179	39740	386	4019	44446
Skaraborg	39726	110	826	11	2820	43493
Södra Älvsborg	184	35805	353	38	5231	41611
Kungälvsområdet	24	46	1525	7877	5357	14829
Halland	0	74	44	12	4971	5101
övriga områden	35	438	991	139	4289	5892
Summa	40281	37036	44049	9250	121015	

Tabell 19. Fördelning av vårdtillfällen 1999 vid respektive sjukhus beroende på hemvist för patienterna (procent).

Hemort	procent				
	SkaS	SÄS	NU	Kungälv	SU
Storgöteborg	0,5	1,0	1,3	8,5	77,9
Norra Bohus och Älvsborg	0,3	0,5	90,2	4,2	3,3
Skaraborg	98,6	0,3	1,9	0,1	2,3
Södra Älvsborg	0,5	96,7	0,8	0,4	4,3
Kungälvsområdet	0,1	0,1	3,5	85,2	4,4
Halland	0,0	0,2	0,1	0,1	4,1
övriga områden	0,1	1,2	2,2	1,5	3,5
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

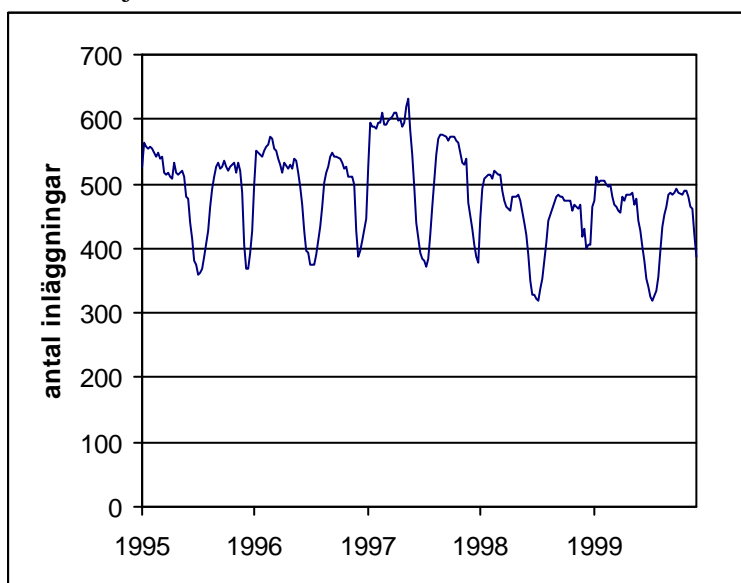
Tabellerna ovan visar att SU har högst andel "externa" patienter, 23%. Motsvarande siffra för SkaS, SÄS och NU-sjukvården är ca 5% och för Kungälv sjukhus ca 10%.

För en analys av patientflödena över tid har DRG-databaserna från fem år lagts samman (1995-1999). För varje vecka har kalkylerats den procentuella andelen av alla inlagda patienter som inte kommer från det egna upptagningsområdet. Resultatet visas i figur 3 och figur 4.



Figur 3. Andelen ”externa” patienter per vecka 1995-1999. Det betyder den andel av patienterna i procent som inte kommer från det egna upptagningsområdet. Kungälv har utelämnats på grund av den stora variationen. (Linjerna i denna bild visar flytande medelvärde över 5 veckor).

Diagrammet visar att andelen egna patienter är påfallande stabil över en längre tid. De förändringar som skett i antal vårdplatser har inte gett utslag i fördelningen mellan egna och externa patienter. Däremot ses en säsongvariation som är ganska betydande för NU-sjukvården. Där sker en kraftig ökning av andelen externa patienter under sommarmånaderna med maximum i mitten av juli.



Figur 4. Antalet ”externa” patienter som läggs in vid SU per vecka 1995-1999. Det vill säga patienter som inte kommer från det egna upptagningsområdet. Vi har valt att inte redovisa andel för SU utan absoluta tal eftersom fullständigheten i redovisningen av geriatriska vårdtillfällen har varierat över tiden och detta kan påverka värdena om de redovisas i procent. (Linjerna i denna bild visar flytande medelvärde över 5 veckor).

För SU, som redovisas i absoluta tal, ses dels en långsam minskning av antalet externa patienter och dels en säsongvariation som överensstämmer med den för egna patienter.

Eftersom de externa flödena av patienter till SU är störst, till såväl andel som i absoluta tal, än de övriga sjukhusgrupperna har detta analyserats närmare.

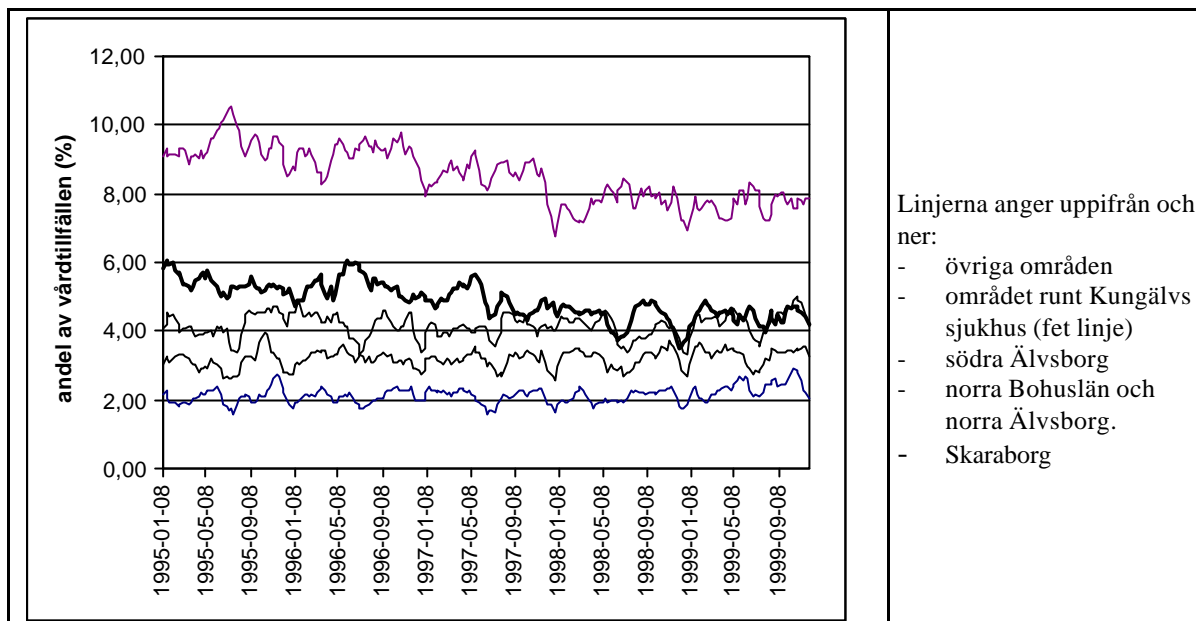
Tabell 20 nedan visar andelen patienter från det egna upptagningsområdet fördelat på respektive klinik inom SU.

Tabell 20. Andelen (%) patienter från stor-Göteborg vid olika kliniker inom SU 1999. Här är alla vårdtillfällen inkluderade även hallänningar och övriga riket.

Specialitet	Andel " eget " område %	Specialitet	Andel " eget " område %
Med rehab	98,6	Hud	77,6
Geriatrisk	97,8	Öron	74,9
Anestesi	92,9	Neurologi	71,2
Medicin	90,2	Kardiologi	70,8
Urologi	89,3	Reumatologi	65,3
Endokrinologi	88,8	Barnmedicin	65,1
Lungmedicin	88,2	Ögon	54,0
Infektion	87,5	Plastikkirurgi	53,4
Intagningsavd	86,3	Onkologi, allmän	53,3
Kirurgi	84,5	Handkirurgi	52,9
Njurmedicin	84,3	Barnkirurgi	51,1
Ortopedi	82,8	Onkologi, gyn	37,7
Förlossning	82,2	Neurokirurgi	35,7
Gynekologi	79,8	Thoraxkirurgi	31,9

Tabellen visar att för delar av bassjukvården är andelen egna patienter hög och närmar sig det som ses vid t.ex. NU-sjukvården och Kungälv. För regionspecialiteterna neurokirurgi och thoraxkirurgi överensstämmer andelen egna patienter med storgöteborgs andel av regionens befolkning (39%).

En analys har gjorts över hur andelen av alla inläggningar förändras över tiden för patienter från regionens skilda områden som läggs in vid SU.



Figur 5. Andelen (%) av inläggningar på SU av patienter från delar av regionen och övriga Sverige för varje vecka 1995-1999. Invånarna i storgöteborg svarar för 75-80% av inläggningarna. Resterande 20-25% visas i bilden. (Linjerna i denna bild visar flytande medelvärde över 5 veckor).

Redovisningen av geriatriska och rehabiliteringsmedicinska vårdtillfällen är inte fullständig före 1998. Då redovisningen av dessa vårdtillfällen blir komplett minskar andelen externa vårdtillfällen av det skälet. Felet är inte helt försumbart och uppgår till ca 1% på den översta och 0,2% på den nedersta linjen från 1995. Figuren visar dock att dels minskar andelen patienter från områden utanför regionen och dels att andelen vårdtillfällen från regionens skilda områden är relativt konstant med ett undantag; andelen patienter från området runt Kungälvssjukhus minskar. Minskningen från antalet vårdtillfällen från områden utanför regionen beror framförallt på att patientströmmen från Halland minskar.

Tabell 21. Antal vårdtillfällen av Hallandspatienter vid SU.

år	Antal vårdtillfällen
1995	6487
1996	6634
1997	5757
1998	5082
1999	4971

6.1 Patientströmmar, ej planerad vård

Vårddatabasen kan ge en viss uppfattning om fördelningen av akut och planerad vård för slutenvården. I databasen klassificeras vårdtillfällena i kategorierna planerad respektive ej planerad vård. Uppgifterna i databasen är dock behäftade med osäkerhet. Vem gör klassificeringen och vilken betydelse tillmäts klassificeringen? Vidare är det oklart hur klassificeringen förändras i en vårdkedja. Det är inte heller uteslutet att bedömningen varierar med tiden. I tabell 21 nedan har alla vårdtillfällen som klassats som ej planerad vård identifierats och fördelats på upptagningsområde och sjukhusgrupp.

Tabell 22. Ej planerade vårdtillfällen i sjukhusvården för invånarna i regionens områden 1999. Tabellen anger den procentuella fördelningen på regionens sjukhusgrupper av slutenvårdstillfällena för individer i respektive område.

	SU	NU	Ks	SkaS	SÅS
Storgöteborg	97,7	0,7	0,9	0,2	0,4
Norra Bohus och Älvsborg	4,0	94,8	0,6	0,2	0,3
Skaraborg	2,3	2,1	0,0	95,4	0,2
Södra Älvsborg	8,0	0,9	0,1	0,5	90,5
Kungälvsområdet	29,4	9,6	60,5	0,2	0,3

Tabellen visar att patientströmmarna är väsentligt mindre för ej planerad vård och att invånarna i hög utsträckning söker sådan vård vid närmaste sjukhus.

7. SYNPUNKTER PÅ DATAKÄLLOR

Den västsvenska DRG-databasen har sammanställts sedan 1991. I sin omfattning är den unik i landet. Jämfört med andra källor har den en hög grad av tillförlitlighet då rutiner under en längre tid utvecklats för insamling, bearbetning och felsökning.

Emellertid har den vissa brister. Tidigare har databasen varit ett extrakt av vad sjukhusen samlat in för sitt interna bruk. Rutiner för datafångst har i huvudsak baserats på verksamhetens eget behov och leveransen till den gemensamma databasen har innehållit vad som är möjligt att leverera. Det finns dock ett behov att anpassa sjukhusens rapportering till regionens krav. Genom regionbildningen har skapats en betydande potential för jämförelser av produktivitet, effektivitet och medicinsk praxis för att möjliggöra en rättvis resursfördelning och återkoppla till sjukhusen skillnader i arbetssätt. Regionens modell för sjukvårdsstyrning - beställar-utförarsystemet förutsätter också en kontinuerlig utveckling av jämförelser mellan vårdgivare.

Regionens databaser har dock under senare år förlorat i detaljrikedom. Administrativ sammanslagning av flera sjukhus till grupper med gemensam ledning har även lett till att enskilda sjukhus bara i begränsad utsträckning kan identifieras. Sjukhusens kodning till regionens databaser och även nationellt till Socialstyrelsen har aggregerats till den administrativa gruppering som för stunden tillämpas. Tabell 22 visar sjukhusens klassificering i DRG-databasen 1995-1999. Förändringen gör att man bara i begränsad utsträckning kan följa produktionen vid enskilda sjukhus. SkaS och SÄS har i varierande grad haft kvar en möjlighet att identifiera enskilda sjukhus. Man har ersatt etablerade koder för medicinska verksamhetsområden med egna specifika klinikkoder för de skilda sjukhusen. Så kodas t.ex. internmedicin som skall anges med Socialstyrelsens kod nr 101 för det medicinska verksamhetsområdet/kliniken internmedicin, med 101 vid Skövde, 102 vid Lidköping och 103 vid Falköping. SÄS har haft samma system för Borås, Alingsås och Skene men från 1999 är den möjligheten till identifikation av enskilt sjukhus borttagen för SÄS. Vidare har vissa sjukhus övergått till att inte längre rapportera klinikvårdtillfällen till Socialstyrelsens register vilket gör att möjligheten att studera vårdkedjor har försvunnit.

Tabell 23. Sjukhus och sjukhuskoder angivna i den västsvenska DRG databasen 1995-1999.

1995		1996		1997		1998		1999	
kod	Sjukhus	kod	sjukhus	kod	sjukhus	kod	sjukhus	kod	sjukhus
50001	Sahlgrenska	50001	Sahlgrenska	50001	Sahlgrenska	51001	SS+ÖS	51001	SU
50010	Östra	50010	Östra	50010	Östra	51011	Mölndal	51012	Kungälv
51010	Uddevalla	51010	Uddevalla	51010	Uddevalla	51012	Kungälv	51013	NU
51011	Mölndal	51011	Mölndal	51011	Mölndal	51013	NU	51014	SÄS
51012	Kungälv	51012	Kungälv	51012	Kungälv	51014	SÄS	53014	SkaS
52011	Borås	52011	Borås	51032	Strömstad	53014	SkaS		
52012	Alingsås	52012	Alingsås	52011	Borås				
52013	Skene	52013	Skene	52012	Alingsås				
52014	Dalsland	52014	Dalsland	52013	Skene				
52017	NÄL	52017	NÄL	52014	Dalsland				
53010	Falköping	53010	Falköping	52017	NÄL				
53011	Lidköping	53011	Lidköping	53010	Falköping				
53013	Skövde	53013	Skövde	53011	Lidköping				
				53013	Skövde				

Databasens information om vid vilket sjukhus en viss åtgärd har utförts har således gradvis försämrats vilket delvis tagit bort möjligheten att bedöma prestationer för enskilda sjukhus, hur dessa förändras över tid samt hur detta påverkar patientströmmar. Vi har till exempel inte kunnat utvärdera hur patientströmmarna mot Mölndals sjukhus förändrats från södra Bohuslän i samband med bildandet av grupperingen SU och hur detta påverkat Kungälv och Alingsås sjukhus. Den minskade detaljrikedomen i detta avseende gör att framtida eventuella förändringar av ledningsformen för enskilda sjukhus försvåras på grund av bristande möjligheter att få fram information om verksamheten. Regionen blir historielös.

8. SAMMANFATTANDE SLUTSATSER

Med patientströmmar avses i denna analys slutenvården vid andra sjukhus än hemortssjukhuset. Från föreliggande analys drar arbetsgruppen följande slutsatser

- De största patientströmmarna sker från regionen mot SU och framförallt till den högspecialiserade vården. Flertalet SU-kliniker, de som bedriver bassjukvård, har ett upptagningsområde som i huvudsak utgörs av invånare från storgöteborg.
- De volymsmässigt största strömmarna från hemsjukhuset till SU går från södra Älvsborg och från kommunerna runt Kungälv sjukhus.
- De patienter som vårdas vid ett annat sjukhus än sitt hemsjukhus är yngre än de patienter som företrädesvis vårdas nära hemmet. I de mest vårdtunga åldrarna är patientströmmarna förhållandevis små.
- De övergripande patientströmmarna är påtagligt stabila under perioden 1994 - 1999 med undantag för Kungälv sjukhus.
- Kungälv sjukhus bereder i ökande utsträckning vård för patienter från eget och kringliggande områden.
- Förändringar i vårdplatsantal vid NU-sjukvården och SkaS har inte kunnat visas påverka de övergripande patientströmmarna.
- Det har skett en mindre utveckling mot att alla sjukhusgrupper gradvis attraherar fler patienter från kringliggande områden men att de också släpper ifrån sig fler patienter till andra sjukhus. Förändringen är dock liten och det rör sig vanligen om någon tiondels procent av slutenvårdsproduktionen.
- Även om förändringarna i de totala patientströmmarna är förhållandevis små så kan förändringarna för enskilda diagnoser vara relativt stora. Till exempel för förlossningar och höft- och knäplastiker. Det kan tala för att vissa sjukhus med särskilda förutsättningar i framtiden kan få ett regionalt upptagningsområde.
- Även om de tidigare upptagningsområdena för de enskilda sjukhusen har förlorat sin betydelse genom regionbildningen kan en sådan indelning tjäna som en värdefull grund för analys av förändringar i vårdkonsumtion.
- Genom att rapporteringen till regionens vårddatabaser anpassats till aktuella administrativa sjukhusorganisationer har detaljeringsgraden minskat, vilket försvårar dels analysen av den nuvarande situationen och dels jämförelser av vårdkonsumtionsmönstret över tid. Uppföljning och styrning av slutenvården ur såväl ägar- som beställarperspektiv fordrar tillförlitliga regionövergripande data. Förändringar av sjukhusens rapportering till vårddatabasen skall inte tillåtas med mindre förändringarna noggrant analyserats ur såväl ägar- som beställarperspektiv.

9. FÖRSLAG TILL FORTSATT UPPFÖLJNING AV PATIENTSTRÖMMAR

Arbetsgruppen föreslår att patientströmmarna fortsättningsvis följs på det sätt som föreslås nedan:

- De övergripande patientströmmarna är förhållandevis stabila och en regelbundet återkommande analys vid en i förväg bestämd tidpunkt synes inte vara nödvändig.
- Vid behov av mer detaljerad analys av enskilda diagnoser eller specialiteter kan den ske genom respektive sektorsråd, enheten för analys och utvärdering eller genom MEKUS-gruppen.

Bilaga 1

Tabell 1 Hur slutenvårdstillfällena för invånarna i varje kommun fördelas procentuellt mellan regionens sjukhusgrupper 1997 och 1999.

Område	Kommunnummer		1997					1999				
			SU	NU	Kung	SkaS	SÄS	SU	NU	Kung	SkaS	SÄS
KS	1440	Ale	32,1	19,8	46,6	0,2	1,3	31,5	16,7	51,1	0,2	0,5
KS	1482	Kungälv	41,5	2,0	55,9	0,1	0,5	40,1	1,6	57,9	0,2	0,3
KS	1415	Stenungsun	43,8	13,6	42,2	0,1	0,3	37,4	16,0	46,2	0,2	0,2
KS	1419	Tjörn	36,3	13,4	50,1	0,0	0,2	32,1	13,4	54,2	0,0	0,3
N BoÄ	1460	Bengtstors	5,0	94,4	0,1	0,1	0,4	7,9	90,8	0,5	0,2	0,5
N BoÄ	1438	Dals-Ed	6,7	78,0	0,2	0,0	15,1	9,1	86,1	0,3	0,0	4,4
N BoÄ	1439	Färgelanda	7,9	90,6	0,1	0,3	1,1	7,7	91,3	0,2	0,1	0,7
N BoÄ	1462	Lilla Edet	10,6	87,6	1,0	0,0	0,7	11,0	84,3	4,2	0,2	0,2
N BoÄ	1484	Lysekil	8,5	91,0	0,3	0,0	0,2	10,6	88,5	0,4	0,3	0,2
N BoÄ	1461	Mellerud	4,9	94,3	0,1	0,1	0,6	7,1	92,0	0,2	0,2	0,4
N BoÄ	1430	Munkedal	8,9	90,5	0,3	0,1	0,3	9,1	89,7	0,8	0,1	0,3
N Boä	1421	Orust	15,4	79,1	4,7	0,2	0,5	16,8	76,6	6,2	0,1	0,3
N Boä	1427	Sotenäs	11,0	88,5	0,2	0,2	0,2	11,3	88,0	0,3	0,3	0,2
N BoÄ	1486	Strömstad	10,6	88,5	0,4	0,0	0,5	7,3	92,0	0,3	0,1	0,4
N BoÄ	1435	Tanum	7,5	91,5	0,5	0,4	0,1	9,9	89,0	0,7	0,3	0,1
N BoÄ	1488	Trollhättan	7,4	91,5	0,1	0,2	0,8	7,0	91,7	0,4	0,4	0,5
N BoÄ	1485	Uddevalla	8,8	90,6	0,3	0,1	0,3	9,1	90,1	0,4	0,2	0,2
N BoÄ	1487	Vänernborg	6,1	92,7	0,0	0,1	0,9	6,7	92,4	0,1	0,4	0,3
N BoÄ	1492	Åmål	15,5	82,9	0,0	0,4	1,3	21,3	77,7	0,3	0,1	0,6
SGBG	1480	Göteborg	98,5	0,5	0,7	0,2	0,2	98,1	0,6	0,9	0,2	0,3
SGBG	1401	Härryda	96,5	0,5	0,4	0,1	2,6	95,7	0,4	0,4	0,2	3,3
SGBG	1481	Mölndal	98,6	0,4	0,6	0,1	0,4	98,5	0,5	0,7	0,1	0,2
SGBG	1402	Partille	98,4	0,2	0,7	0,2	0,6	98,3	0,5	0,5	0,3	0,4
SGBG	1407	Öckerö	98,2	0,5	1,0	0,0	0,2	97,5	0,3	1,2	0,0	1,0
SKA	1445	Essunga	7,5	21,8	0,0	67,2	3,5	7,1	24,8	0,0	66,3	1,8
SKA	1499	Falköping	5,4	0,3	0,0	93,9	0,4	6,1	0,3	0,0	93,1	0,4
SKA	1444	Grästorp	5,1	40,1	0,0	54,3	0,6	4,5	40,2	0,0	55,1	0,2
SKA	1447	Gullspång	5,6	0,1	0,0	94,1	0,2	6,9	0,2	0,1	92,8	0,0
SKA	1471	Göten	6,9	0,2	0,0	92,8	0,1	7,6	0,6	0,0	91,7	0,1
SKA	1497	Hjo	5,5	0,4	0,1	93,9	0,2	6,8	0,1	0,0	93,1	0,1
SKA	1446	Karlsborg	5,4	0,1	0,1	94,3	0,2	6,6	0,1	0,0	93,2	0,1
SKA	1494	Lidköping	7,4	0,9	0,0	91,5	0,2	7,2	1,0	0,0	91,7	0,1
SKA	1493	Mariestad	5,2	0,3	0,0	94,4	0,1	5,9	0,3	0,0	93,8	0,1
SKA	1495	Skara	7,3	0,1	0,0	92,3	0,3	6,7	0,4	0,0	92,7	0,3
SKA	1496	Skövde	5,5	0,3	0,0	94,1	0,2	6,1	0,2	0,0	93,5	0,1
SKA	1472	Tibro	5,3	0,0	0,0	94,7	0,1	6,5	0,1	0,1	93,4	0,1
SKA	1498	Tidaholm	5,1	0,2	0,0	93,2	1,5	5,7	0,3	0,0	93,5	0,4
SKA	1473	Töreboda	5,7	0,1	0,0	94,2	0,1	5,7	0,0	0,0	94,2	0,1
SKA	1470	Vara	8,4	2,0	0,0	89,1	0,6	8,0	2,4	0,1	88,7	0,9
SÄ	1489	Alingsås	12,4	5,5	0,1	0,2	81,8	13,5	4,8	0,1	0,3	81,3
SÄ	1443	Bollebygd	20,2	0,3	0,2	0,0	79,4	16,4	0,3	0,0	0,0	83,3
SÄ	1490	Borås	6,6	0,3	0,0	0,1	92,9	6,8	0,2	0,1	0,2	92,7
SÄ	1466	Herrljunga	8,8	0,7	0,1	2,7	87,7	9,9	0,3	0,2	4,4	85,2
SÄ	1441	Lerum	44,5	0,7	0,2	0,1	54,3	44,0	0,5	0,3	0,2	55,1
SÄ	1463	Mark	10,6	0,1	0,0	0,1	89,2	8,5	0,1	0,1	0,2	91,2
SÄ	1465	Svenljunga	9,4	0,3	0,1	0,1	90,1	8,2	0,1	0,1	0,1	91,5
SÄ	1452	Tranemo	5,4	0,4	0,0	0,3	93,9	7,9	0,3	0,1	0,3	91,5

SÄ	1491	Ulricehamn	8,4	0,4	0,1	0,7	90,4	8,7	0,4	0,0	1,4	89,5
SÄ	1442	Vårgårda	9,1	0,9	0,0	0,3	89,7	12,5	0,5	0,1	0,3	86,7

Område anger vilket område kommunen hänförs till. Är grund för beräkningen av patientströmmar i avsnitt 5 med flera. SGBG=stor-Göteborg, SKA=Skaraborg, SÄ= södra Älvsborg, N BoÄ= norra Bohuslän och norra Älvsborg, KS= området runt Kungälv's sjukhus.