

VÅRDTIDER INOM SLUTEN SOMATISK VÅRD

ANALYS AV ETT NYCKELTAL
OCH SKILLNADER INOM
VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Juni 2001

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	4
METOD OCH KÄLLOR.....	6
VÅRDTIDER - DEFINITIONER OCH FÖRUTSÄTTNINGAR.....	7
Klinikvårdtillfällen.....	7
Sjukhusvårdtillfällen	7
Andra förutsättningar.....	7
VÅRDTIDER VID SJUKHUSEN	9
VÅRDTIDER FÖR ALL SOMATISK VÅRD.....	10
VÅRDTIDER INOM GERIATRIK.....	11
Rehabiliteringsmedicin inom södra Älvsborg.....	13
VÅRDTID - TOTAL SJUKHUSVÅRDTID.....	14
VÅRDTIDER FRÅN ETT BEFOLKNINGSPERSPEKTIV.....	18
SAMMANFATTNING AV VÅRDTIDSJÄMFÖRELSE I REGIONEN	20
Vårdtid i förhållande till ålder	20
Sjuklighet hos äldre individer som förklaring till skillnader i vårdtider.....	22
Utbildningskrav och vårdtider.....	22
Vårdtid för äldre – betydelse av kommunens vårdansvar	23
Organisationens betydelse för vårdtider,	25
VÅRDTIDENS LÄNGD – BETYDELSE FÖR KVALITET	26
VÅRDTID VID ENSKILDA KLINIKER, MEDICINSKA VERKSAMHETSOMRÅDEN. ..	27
VÅRDTID FÖR SPECIFIKA DIAGNOSER.....	27
VÅRDTIDER I ETT NATIONELLT PERSPEKTIV.....	30
SAMMANFATTANDE SLUTSATSER.....	33

VÅRDTIDER INOM SLUTEN SOMATISK VÅRD

ANALYS AV ETT NYCKELTAL OCH SKILLNADER INOM VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Enheten för analys och utvärdering vid hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli har tidigare genomfört en utredning av vårdplatssituationen vid sjukhusen i regionen. Utredningen påvisade faktiska skillnader i tillgång till vårdplatser och skillnader i upplevelsen av tillgång till vårdplatser. Överensstämmelsen var heller inte total mellan faktisk tillgång till vårdplatser och upplevelse av brist.

Avgörande för behovet av vårdplatser är framförallt behovet av sjukhusvård i befolkningen. En lika betydelsefull faktor är vårdtiden – den tid som varje individ utnyttjar slutenvårdsresursen vid varje vårdepisod. Vårdtiden beror på en rad faktorer och är mer direkt påverkbar av aktiv styrning än sjukvårdsbehovet, vilket är intressant ur resurshushållningssynpunkt.

Vårdtid är ett mycket ofta förekommande nyckeltal inom sjukvården men det är inte alltid uppenbart vilka svårigheter som kan vara förknippade med tolkningen av detta.

Analys- och utvärderingsenheten har själv tagit initiativ till att belysa begreppet vårdtider från en regional utgångspunkt och beskriva felkällor vid beräkning och tolkning; att identifiera betydelsefulla skillnader mellan sjukhusgrupperna i regionen och att härleda väsentliga förklaringsfaktorer till skillnader i vårdtid på sjukhusnivå. Vi är medvetna om att föreliggande rapport med nödvändighet har en övergripande karaktär och att flera delar av arbetet var för sig kan förtjäna en särskild mer detaljerad analys.

Förhoppningsvis har vi kunnat presentera ny kunskap kring begreppet vårdtid och vårdkedjor för såväl beställar- som utförarorganisationen och kunnat återkoppla användbar information till sjukhusen genom sammanställningar av datamaterial som under lång tid insamlats på ett föredömligt sätt.

Enheten för analys och utvärdering
Hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli
Regionens hus
541 80 Skövde

BAKGRUND

Med vårdtid menas den tid en patient är inskriven på sjukhus. Medelvärde för vårdtid är ett begrepp som är mycket vanligt i redovisningar av prestationer inom sjukvården. Det förekommer t.ex. i nationell statistik från Socialstyrelsen och Landstingsförbundet. Det är ett viktigt prestationsmått vid jämförelser inom vården – mellan sjukhus, landsting, kliniker och specialiteter. Det är ett viktigt nyckeltal som används t.ex. i statistik från NYSAM –samarbetet. Det förekommer i medicinsk forskning om behandlingars/läkemedels effekter på sjukvårdsekonomi. Ibland när vårdtid inte anges redovisas istället vård dagar och vårdtillfällen från vilka vårdtiden kan beräknas. En sökning i den medicinska informationsdatabasen medline efter begreppet vårdtid ger ca 25000 artiklar för sista tio-årsperioden ("length of stay")

Uppgifter om vårdtider förekommer oftast utan kommentarer som om en tolkning vore enkel och självklar och tolkningen överlämnas till läsaren. Tolkningen är avhängig vilken bakgrund man har och syfte och felkällor är inte alltid uppenbara.

Tabell 1 visar ett exempel på vårdtider från nationell statistik. Det författarna vill visa är att även i ett relativt kort perspektiv har det skett en avsevärd minskning av vårdtiderna i Sverige.

Tabell 1. Vårdtid vid svenska sjukhus. Basårsstatistik, Landstingsförbundet 1998.

<i>Medelvårdtid efter huvudgrupp 1995-1997</i>			
	1995	1996	1997
Korttidsvård	5,2	5,0	4,9
Geriatrisk vård	29,9	22,3	20,1

Vårdtider finns redovisade i en mängd olika källor som inte kan överblickas på ett samlat sätt. Vårdtider förekommer till exempel i enskilda specialistföreningars sammanställningar, i nationella kvalitetsregister, i nyckeltals-samarbetet men även i regionala sammanställningar och riktade granskningar.

Tabell 2 är exempel på en regional redovisning. Det är en sammanställning av vårdtider som finns i hälso- och sjukvårdsstyrelsens årsredovisning för år 2000. I anslutning till redovisningen konstateras att NU-sjukvården har den kortaste vårdtiden men att siffrorna "inte är helt jämförbara" på grund av organisatoriska olikheter.

Tabell 2. Redovisning ur årsredovisning för hälso- och sjukvårdsstyrelsen för år 2000

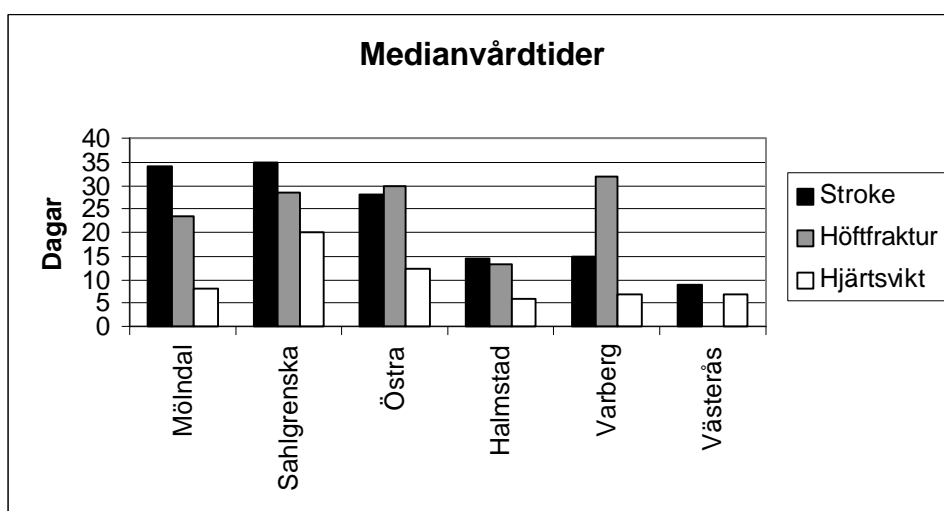
Medelvårdtid Västra Götalänningar somatisk akutsjukvård (exkl psykiatri och geriatrik) fördelat per sjukhus	SU	NU	KS	SÄS	SkaS
År 1999	4,6	4,7	5,1	5,2	5,4
År 2000	4,8	4,6	5,2	5,0	5,2

Det kan finnas flera olika skäl till att redovisa vårdtider. Syftet är oftast att göra en jämförelse. Antingen mellan enheter med likartad verksamhet eller hur vårdtiden har förändrats under en tidsperiod. I allmänhet förknippas en kort vårdtid med effektivitet och den kraftiga minskning som skett av vårdtider under de senaste decennierna i Sverige framförs ofta som ett mått på en betydande effektivisering av svensk sjukvård. Och som regel är det så att en kortare vårdtid för en definierad åtgärd beror på en medveten och framgångsrik effektivisering. Stora skillnader inom landet för tillsynes samma vårdåtgärd har påtalats av bland andra Socialstyrelsen. Men ibland används korta vårdtider istället som varningssignal för problem i en organisation och som tecken på felaktig resursfördelning. Det är också viktigt att nämna att en konsekvent inriktning mot

kortare vårdtider kan leda till behov av resurstillskott till den öppna vården. Rutiner som säkrar att patienter med lindrigare sjukdomar som inte har behov av slutenvård, istället får poliklinisk behandling, kan leda till länge vårdtider för de patienter som läggs in eftersom de då blir ett urval av patienter med svårare sjukdomstillstånd..

Även om det i anslutning till tabell 2 konstateras i årsredovisningen att siffrorna "inte är helt jämförbara" så är det svårt att undvika att läsaren inte gör en värdering av siffrorna utifrån ett produktivitetssperspektiv. En tolkning av de redovisade uppgifterna som jämförelsetal är dock, vilket vi skall försöka visa, utomordentligt vanskelig och snarast omöjlig om inte redovisning-en kompletteras i en mängd avseenden.

Vårdtider har nyligen varit ett centralt nyckeltal i en granskning av vårdkedjor vid Sahlgrenska sjukhuset, Östra sjukhuset och Mölndals sjukhus där vårdtiderna jämförts med andra sjukhus i Sverige. (Vårdkedjegranskning inom SU- diagnoserna stroke, hjärtsvikt och höftfraktur, Revisionsenheten, 2000-12-20). Granskningen är en detaljerad studie av 30 patienter i tre olika diagnosgrupper som vårdats vid SU.



Figur 1. Jämförelse av medianvårdtider för diagnoserna stroke, höftfraktur och hjärtsvikt vid några olika sjukhus. Från rapporten Vårdkedjegranskning inom SU- diagnoserna stroke, hjärtsvikt och höftfraktur, Revisionsenheten, 2000-12-20

Jämförelsen ovan visar att vårdtiden för slaganfall är dubbelt så lång vid SU som vid två Hallandssjukhus och nästan fyra gånger så lång som vid Västerås sjukhus vilket förefaller orimligt. Vi skall i denna analys visa på brister i dessa typer av redovisning.

Vårdtider är således ett centralt begrepp i redovisning av prestationer inom vården. Det är dock uppenbart att det finns en mängd faktorer som gör att jämförelser kan bli missvisande och som omöjliggör tolkningar av de redovisade exemplen.

METOD OCH KÄLLOR

Analysen baseras på material lagrat på datamedium. Som huvudsaklig datakälla i detta arbete har använts den västsvenska DRG-databasen för 1999, med uppgifter om slutenvård i Västra Götaland och Halland. Bearbetningen gäller enbart somatisk vård varför alla psykiatriska vårdtillfällen har exkluderats. För jämförelser inom riket har Socialstyrelsens nationella slutenvårdsdatabas för 1998 använts. Internationell jämförelse har ej gjorts.

Databaser från olika år har således använts, från 1999 för den regionala jämförelsen och 1998 för den nationella. Skälet är att vi har velat använda de senast tillgängliga kvalitetssäkrade databaserna.

Den västsvenska DRG-databasen insamlas av utredningsavdelningen vid HSS-kansliet. Även om detta innebär en sammanställning och granskning av tillförlitligheten så svarar sjukhusen själva, för riktigheten av sina data. Databasen kan anses ha en hög grad av tillförlitlighet vilket uppnåtts genom ett långvarigt och nära samarbete mellan insamlande enhet och representanter för de berörda sjukhusen. Socialstyrelsens slutenvårdsregister för år 1998 har ställts till analys- och utvärderingsenhetens förfogande för en analys av vårdtider.

I båda databaserna har individspecifika uppgifter använts med krypterade personnummer som möjliggjort analys av patientens väg genom slutenvården utan röjande av enskild patients identitet.

Vi har konsekvent redovisat vårdtider som medeltal för respektive sjukhus, klinik eller befolkningsgrupp och undvikit medianvärde trots att vårdtider inte är normalfördelade. Skälet är att medelvärden är det brukliga redovisningssättet och det ansluter sannolikt bättre till resursåtgång. Ett kort resonemang om detta finns under avsnittet vårdtider för specifika diagnoser.

Den västsvenska DRG-databasen har jämförts med andra källor en hög tillförlitlighet. Vi har tidigare framhållit att utbytet av databasen riskerar att urholkas om innehållet i databasen förändras. Det allvarligaste problemet från vår synpunkt synes vara förlust av detaljrikedom genom aggregation av data till de administrativa enheter som sjukhusgrupperna utgör idag. Problemets omfattning framgår inte minst i det avsnitt som rör vårdtider för specifika diagnoser och jämförelser inom riket.

Relevanta resultat har i flera sammanhang diskuterats med berörda sjukhus och andra intressenter. Vi är tacksamma för värdefulla synpunkter som har framförts underhand. Åsikter och slutsatser är dock författarnas egna förslag till tolkningar.

Rapporten har skrivits av Staffan Björck och Bengt Kron vid enheten för analys och utvärdering vid hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli, Skövde.

VÅRDTIDER - DEFINITIONER OCH FÖRUTSÄTTNINGAR

Definitionen av ett vårdtillfälle är, enligt gällande förteckning av begrepp och termer i Västra Götalandsregionen, att ett "vårdtillfälle avgränsas av in- och utskrivning inom ett medicinskt verksamhetsområde". Exempel på medicinska verksamhetsområden är allmän invärtesmedicin och ortopedisk kirurgi. Med vårdtid menas utskrivningsdag minus inskrivningsdag. Ett vårdtillfälle avslutas med att patienten skrivs ut från sjukhusets vård - till hemmet, kommunal vårdgivare, annan avdelning på sjukhuset, annat sjukhus eller som avliden.

När patienten skrivs in och ut samma dag har vi angivit vårdtiden till 0 dagar. Ibland används vårdtiden 1 dag för dessa patienter men vi har valt 0 dagar för att uppnå jämförbara resultat vid beräkning av vårdkedjor vilket framgår av kommande avsnitt.

Vid sidan av gemensamt definierade begrepp och termer finns begreppen klinikvårdtillfällen och sjukhusvårdtillfällen. I motsats till begreppet vårdtillfälle är dessa termer inte definierade i vare sig regionens termförteckning eller i nationella termer med definitioner och regelverk inom hälso- och sjukvårdsstatistiken.

Klinikvårdtillfällen

Klinikvårdtillfälle är ett vårdtillfälle inom en klinik eller ett medicinskt verksamhetsområde. Detta begrepp överensstämmer med den regionala och nationella definitionen av vårdtillfälle och är den prestation som enligt föreskrift skall rapporteras till Socialstyrelsens slutenvårdsregister. Det som lett till behovet att foga ordet "klinik-" till det definierade begreppet "vårdtillfälle" är för att undvika sammanblandning med "sjukhusvårdtillfälle" som definieras nedan.

Sjukhusvårdtillfällen

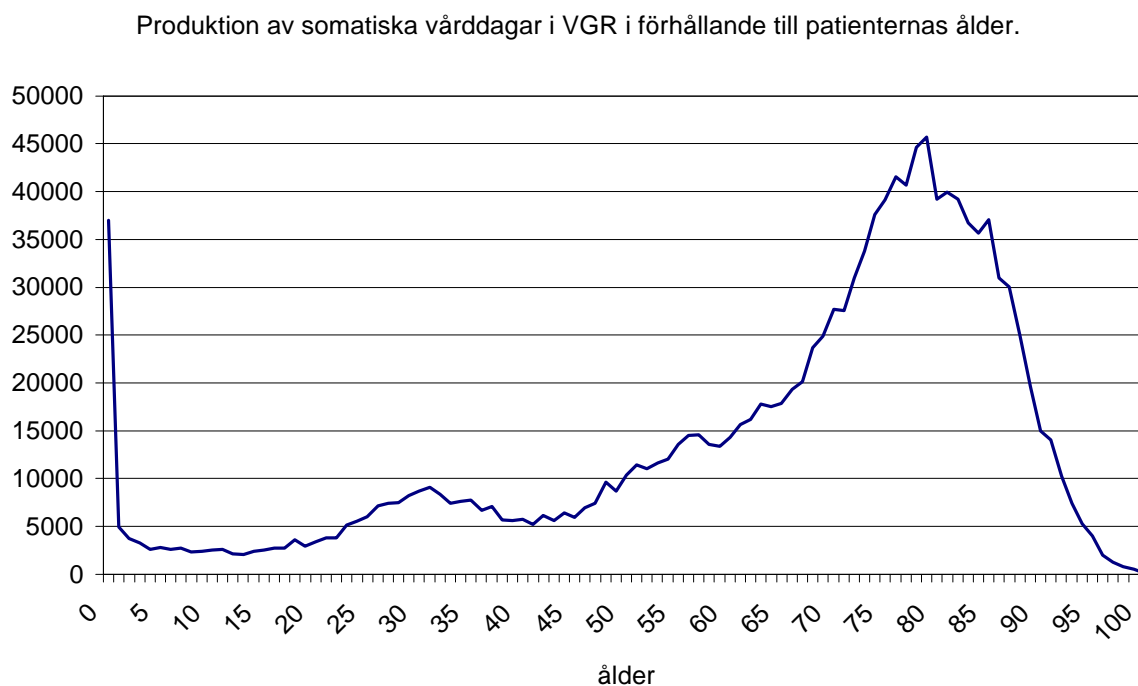
Det har skett en glidning mot att en del sjukhus rapporterar s.k. sjukhusvårdtillfällen, istället för vårdtillfällen, till regional och nationell statistik. Det gör att Socialstyrelsens register har ett inbyggt fel vid jämförelser av vårdtider. Sjukhusvårdtillfällen är en sammanläggning till ett vårdtillfälle av separata vårdtillfällen för en patient som flyttas mellan medicinska verksamhetsområden inom samma sjukhus. Sjukhusvårdtillfälle är alltså oftast patientens hela tid på sjukhuset. I de flesta fall är ett sjukhusvårdtillfälle detsamma som ett klinikvårdtillfälle eftersom patienter efter inläggning på sjukhus i över 90% av alla fall inte flyttar mellan medicinska verksamhetsområden före utskrivningen från sjukhusen. Sjukhusvårdtillfällen konstrueras i efterhand i sjukhusens patientadministrativa system. Den tekniska konstruktionen av sjukhusvårdtillfällen är inte enhetlig mellan sjukhusen. I redovisningen till den västsvenska DRG databasen och till Socialstyrelsen redovisar SkaS och SU sjukhusvårdtillfällen i motsats till SÄS, Kungälv's sjukhus och NU-sjukvården som redovisar klinikvårdtillfällen.

Även om sjukhuset konstruerar sjukhusvårdtillfällen så behandlas ändå geriatrik, rehabiliteringsmedicin och psykiatri på ett särskilt sätt. Inom de sjukhusvårdtillfällen som skapas vid SkaS och SU så redovisas de specialiteterna för sig och läggs inte samman med sjukhusvårdtillfällen bestående av andra medicinska verksamheter. Produktionsstatistiken påverkas således av hur ersättningsystemen utformats. Sjukhusvårdtillfällen är ersättningsgrundande för den DRG ersatta vården men geriatrisk, psykiatrisk och rehabiliteringsmedicinsk vård ersätts enligt särskild taxa med en kombination av vårdtillfälles- och vårdtagsersättning.

Andra förutsättningar

Allra störst betydelse för vårdtiden vid ett helt sjukhus eller sjukhusgrupp har vården av de grupper av patienter med diagnoser som är kopplade till flest vård dagar på sjukhuset. Dessa diagnoser är intimt förenade med stigande ålder, t.ex. stroke, hjärtsvikt och höftfraktur, varför

ålder har ett avgörande inflytande på vårddagsproduktionen vid regionens sjukhus. Figur 2 visar vårddagar vid regionens sjukhus i förhållande till patienternas ålder.



Figur 2. Hur vårddagarna vid sjukhusen i VGR fördelar sig efter ålder på patienterna under 1999. Uppdelat i ett-årsintervall. Flest vårddagar ges till 79-åringar - ca 45700 vårddagar under ett år.

Figuren visar att det är äldre individers vård som har helt avgörande betydelse för sjukhusens generella vårdtider. Åldrarna 75 till 85 år har en mycket stark dominans i vårddagsproduktionen och de svarar för 30% av vårddagarna vid regionens sjukhus men bara för 20% av antalet vårdtillfällen och för 7% av regionens befolkning.

Nyckeltalet vårdtid för ett helt sjukhus och för många kliniker avgörs alltså i första hand av hur äldre människors vård organiseras och genomförs.

VÅRDTIDER VID SJUKHUSEN

I tabell 3 redovisas vårdtiderna för regionens sjukhusgrupper hämtade från årsredovisning för hälso- och sjukvårdsstyrelsen för år 2000. NU-sjukvården och SU har regionens kortaste vårdtider och Skaraborgs sjukhus den längsta. Redovisningen gäller all somatisk vård med undantag för geriatrik.

Tabell 3. Medelvårdtid 1999 för somatisk akutsjukvård i Västra Götaland. Från årsredovisning för hälso- och sjukvårdsstyrelsen för år 2000 (från tabell 2).

Sjukhusgrupp	Vårdtid
SU	4,6
Kungälv's sjukhus	5,1
NU	4,7
SÄS	5,2
SkaS	5,4

Detta är en vanlig typ av redovisning. Genom urvalet av verksamhet - somatisk akutsjukvård - uppstår omedelbart ett hinder för jämförelser mellan sjukhusen. Det innebär att äldre individer som vårdas på geriatrisk enhet vid SU, NU-sjukvården och Kungälv's sjukhus inte ingår i statistiken. Vid Skaraborgs sjukhus ingår dessa patienterna i statistiken eftersom motsvarande patienter vårdas vid andra enheter än geriatrik. Vid södra Älvsborgs sjukhus vårdas patienter med motsvarande diagnoser till stor del inom rehabiliteringsmedicin. Det är osannolikt att rehabiliteringsmedicin tagits med i statistiken för södra Älvsborg och oklart för de övriga sjukhusgrupperna. Redovisningssättet ger således ett resultat som inte är jämförbart mellan sjukhusen. Däremot kan en sådan redovisning ge förutsättning för en bedömning av hur vårdtiderna utvecklas över tiden vid ett sjukhus förutsatt att redovisningssättet inte förändrats mellan åren.

Vårdtiden för vård inom geriatrik framgår av tabell 4. Vårdtiderna är avsevärt längre än för övrig somatisk vård.

Tabell 4. Vårdtid för vårdtillfällen inom geriatrik 1999. Geriatrik finns ej som medicinskt verksamhetsområde vid SkaS och SÄS.

Sjukhusgrupp	Vårdtid
SU*	17,9
Kungälv's sjukhus	11,2
NU	20,0

**Beräkningen baseras på totalantalet vård dagar dividerat med uppgivna vårdtillfällen som för SUs del redovisas på ett sätt som skiljer sig från övriga sjukhus. Orsaken beskrivs i avsnittet vårdtider inom geriatrik och det ger ett fel som är korrigerat i tabell 8.*

Redovisning av vårdtider för somatisk korttidsvård för sig ger således betydligt kortare vårdtider för SU, NU-sjukvården och Kungälv's sjukhus. För att ge en fullständig bild måste även geriatrik och rehabiliteringsmedicin tas med i medeltalsberäkningar.

VÅRDTIDER FÖR ALL SOMATISK VÅRD

Om all somatisk vård redovisas sammantaget erhålls en mer jämförbar bild. I tabell 5 visas den genomsnittliga vårdtiden 1999 för all somatisk vård vid sjukhusgrupperna. Relationen mellan sjukhusen är nu helt annorlunda med regionens kortaste vårdtider vid SkaS, som i det redovisningssätt som användes i tabell 4, hade den längsta vårdtiden.

Tabell 5. Vårdtider beräknade för all somatisk vård.

	Vårdtid
SU	5,8
Kungälv's sjukhus	6,1
NU	5,4
SÄS	5,6
SkaS	5,4

Redovisningen avser förutom patienter från sjukhusens egna upptagningsområden även patienter som kommer från andra områden än regionen och sjukhusets basala upptagningsområde.

En redovisning av all somatisk vård ger bättre grund för jämförelser mellan sjukhusen och det gäller framförallt mellan SkaS, SÄS och NU-sjukvården som liknar varandra beträffande vårdinnehåll. Det kvarstår dock vissa skillnader i jämförbarheten även av dessa data. Det beror främst på skillnader i vårdens organisation och hur interna patientflöden redovisas och att alla sjukhus inte redovisar klinikvårdtillfällen. Detta beskrevs närmare på sidan 7. Kungälv's sjukhus och SU skiljer sig dessutom från övriga sjukhus genom att inriktningen för dessa sjukhus är annorlunda. Kungälv har t.ex. bara i liten utsträckning sluten barnsjukvård och gynekologi medan SU förutom alla specialiteter inom länssjukvården till stor del har denna uppdelad i subspecialiteter samt dessutom har högspecialiserad vård.

För att komma längre i jämförbarhet av data är det väsentligt att skapa jämförbara data som avspeglar vårdtiden. I detta sammanhang är en närmare beskrivning av geriatrisk vård av stor vikt.

VÅRDTIDER INOM GERIATRIK

För bedömning av vårdtider för äldre individer är det av stort intresse hur den geriatriska vårdresursen hanteras. Hur lång är vårdtiden inom geriatriken? Hur sker flödet av patienter dit? Är geriatriken en del av akutsjukvården eller är den en elektiv resurs för handläggning efter en inledande akut värdepisod på annan klinik? I vilken utsträckning kommer patienter från hemmet eller hur ofta är vården en del i en längre vårdkedja?

I tabell 6 har studerats varifrån patienter kommer till geriatrik. Analysen är utförd så att de vårdtillfällen har identifierats som direkt föregår det geriatriska vårdtillfället.

Tabell 6: Varifrån kommer patienter som läggs in på geriatrisk avdelning. Tabellen anger antal vårdtillfällen.

	Hemmet	Geriatrisk avdelning	Opererande specialitet	Medicinsk specialitet	Vårdtid
SU	1395	1815*	2442	3192	17,9
Kungälv's sjukhus	1215	1	248	47	11,2
NU-sjukvården	1481	7	221	569	20,0

**orimligt värde, kommenteras nedan*

Analysen visar att det vid SU finns ett stort antal patienter som skrivs in på geriatrisk avdelning efter att tidigare ha vårdats vid geriatrisk avdelning. Det fenomenet finns inte för de andra sjukhusen. Enskilda patientposter från patientfilen för SU har därför analyserats vidare tillsammans med sjukhuset vilket visat att 1999 skedde den datatekniska redovisningen på sådant sätt att varsel till kommun om att en patient var klinikfärdig ledde till utskrivning och inskrivning av samma patient igen på samma avdelning till ett nytt vårdtillfälle som upphörde först när patienten fysiskt lämnar avdelningen. Om varslet upphävdes ledde även det till ett nytt vårdtillfälle som bröts om patienten varslade igen och så vidare. Det gör att produktionsstatistiken blivit felaktig för SU genom att geriatriska vårdtillfällen i databasen ibland har delats upp i flera episoder vilket lett till för många vårdtillfällen i redovisningen med för kort vårdtid. Denna felaktighet medför att den sanna vårdtiden för den geriatriska vården underskattas med ca 20% och vårdtiden för hela sjukhuset med drygt 1% vilket påverkar resultatet i tabell 4, 5 och 6.

Med denna vetskap kan statistiken korrigeras. I tabell 7 och 8 har geriatriska vårdtillfällen som följer direkt efter annat geriatrisk vårdtillfälle lagts samman till ett vårdtillfälle.

Tabell 7. Varifrån patienter kommer som läggs in på geriatrisk avdelning. Tabellen anger procent

	Hemmet	Opererande specialitet	Medicinsk specialitet
SU	19,8	34,7	45,4
Kungälv's sjukhus	80,5	16,4	3,1
NU-sjukvården	65,2	9,7	25,1

Tabellen visar en systematisk skillnad i hanteringen av den geriatriska resursen. Vid Kungälv's sjukhus och i stor utsträckning även inom NU-sjukvården läggs patienter in vid geriatrisk avdelning utan föregående akutvård på annan klinik. Vid SU föregås som regel det geriatriska vårdtillfället av ett annat somatiskt vårdtillfälle.

Tabell 8. Vårdtid för vårdtillfällen inom geriatrik 1999.

Sjukhusgrupp	Vårdtillfällen	Vårdtid
SU	6980	22,6
Kungälv's sjukhus	1510	11,2
NU	2271	20,0

Vårdtiderna är efter korrektion liknande för NU-sjukvården och SU men betydligt kortare för Kungälv's sjukhus.

Utifrån ett sjukhusperspektiv blir beskrivningen av vårdtider inom geriatrik dock ofullständig om inte patientens hela väg genom sjukhuset tas i beaktande. Patientens hela vårdtid vid sjukhuset är vid SU summan av ett föregående somatisk akut vårdtillfälle och det geriatriska vårdtillfället i 80% av fallen medan det är ovanligt vid Kungälv's sjukhus. En beskrivning av den totala vårdtiden vid sjukhuset för alla värdepisoder där det någonstans ingår geriatrik kompletterar därför bilden. Resultatet av beräkningen visas i tabell 9.

Tabell 9. Vårdtiden 1999 för totala sjukhusvårdtillfällen där det någonstans i vårdkedjan ingår geriatrik (patientens hela tid på sjukhuset).

Sjukhus	Vårdtillfällen	Vårddagar	Vårdtid
SU	6800	223918	32,9
KS	1453	18834	13,0
NU	2184	52403	24,0

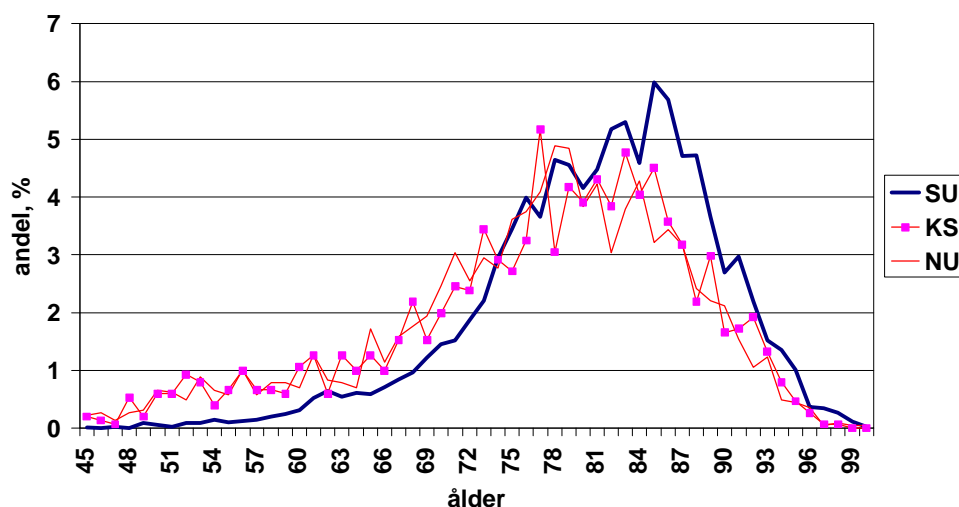
Med detta beskrivningssätt blir vårdtiden vid SU tre gånger så lång som vid Kungälv's sjukhus och 37% längre än vid NU-sjukvården för patienter med ett geriatriskt vårdbehov. Här måste dock påpekas att den geriatriska vården vid Kungälv's sjukhus i högre grad tar hand om akut vårdbehov för patienter de vårdat tidigare. Det gör att utnyttjandet av geriatrik är högt vid Kungälv's sjukhus. En tidigare geriatrikvårdad patient i Göteborg som behöver en tillfällig kort värdepisod får den i första hand på en akut somatisk plats och flyttas först vid längre vårdbehov till geriatriken. I tabell 10 redovisas konsumtionen av geriatriska vårdtillfällen och vårddagar för invånarna i områdena runt sjukhusen.

Tabell 10. Konsumtion av geriatriska vårdtillfällen och vårddagar i områdena runt SU, Kungälv's sjukhus och NU-sjukvården. Ålder redovisas för patienterna som vårdas vid geriatrik.

	Vårdtillfällen/1000 individer	Vårddagar/1000 individer	Ålder
StorGöteborg	11,8	264	81
Kungälv'sområdet	14,4	162	76
NU-området	8,2	165	75

Med hänsyn till att konsumtionen av vårddagar inom geriatrik i Kungälv'sområdet motsvarar den i NU-området så är vårdtiden inom geriatrik vid Kungälv's sjukhus och vårdtiden för vårdkedjor innehållande geriatrik anmärkningsvärt kort. Patienter inom geriatrik i stor-Göteborg är påtagligt äldre. Skillnaden i ålder för patienter inom den geriatriska vården har ytterligare åskådliggjorts i figur 3.

% fördelning av patienter som vårdas inom geriatrik 1999



Figur 3. Åldersmässig fördelning av patienter som vårdas inom geriatrik 1999 vid SU, Kungälvssjukhus och NU-sjukvården.

En beräkning av genomsnittsåldern för alla vårdtillfällen för individer över 45 år som vårdats vid sjukhusen som jämförelse till figur 3, visar att det inte finns någon egentlig skillnad mellan sjukhusen. Genomsnittsåldern är 69 år för SU och 71 år för NU-sjukvården och Kungälvssjukhus.

Åldersskillnaden vid geriatriska kliniker är så påtaglig att det talar för att just hög ålder är viktigare som urvalskriterium för geriatrisk vård i Göteborg än vid övriga sjukhus. Inom NU-sjukvården och Kungälvssjukhus förefaller specifika diagnoser, förknippade med högre ålder, att vara intagningsgrundande i högre utsträckning än i Göteborg. Det gäller till exempel stroke.

Rehabiliteringsmedicin inom södra Älvsborg

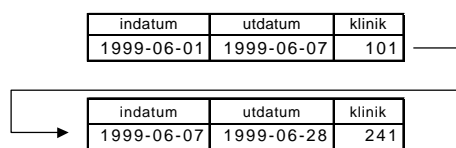
Det medicinska verksamhetsområdet geriatrik som finns inom NU-sjukvården, SU och södra Älvsborgs sjukhus har diskuterats särskilt. Sådan verksamhet finns inte inom SÄS eller SkaS. Vid SÄS finns istället en relativt omfattande rehabiliteringsmedicinsk verksamhet som till stor del handhar samma diagnoser som geriatriken vid de övriga sjukhusen. Medelvårdtid vid rehab i Borås var 1999 18,6 dagar och medelålder för patienterna 74 år. Patienterna togs i 71% av fallen in från hemmet. Motsvarande verksamhet finns inte inom SkaS.

VÅRDTID - TOTAL SJUKHUSVÅRDTID

Ett vårdförlopp på ett sjukhus kan således redovisas på olika sätt i regionen och handläggningen av ett specifikt sjukdomstillstånd kan redovisas med olika vårdtid även om handläggningen är densamma – eller ännu viktigare – stora skillnader vårdplatsutnyttjande kan vara mindre synliga genom skilda redovisningssätt. För att vårdtider vid sjukhusen skall kunna jämföras måste ett mer jämförbart mått konstrueras. Vi har valt att konstruera vårdtillfällen som griper över patientens hela tid på sjukhuset. Vi kallar dessa i den fortsatta framställningen för totala sjukhusvårdtillfällen eller total sjukhusvårdtid. Det innebär att vårdtiden med detta redovisningssätt är hela den tidsperiod som en patient är inskriven vid regionens sjukhus. Denna värdeperiod består i sin tur av en eller flera värdeperioder men den totala sjukhusvårdtiden blir ett mått på sjukhusets förmåga att foga samman dessa till en helhet.

Teknisk metod:

Om en individ har flera vårdtillfällen efter varandra har de länkats ihop till ett nytt vårdtillfälle om inskrivning skett samma dag som utskrivning från annan eller samma klinik. I dessa vårdkedjor ingår vård vid alla enheter i VGR utom psykiatrisk vård. Vårdtillfället kan således även gripa över vård på flera sjukhus även om det är ovanligare. Metoden tar inte hänsyn till om en individ kommer in samma dag som utskrivningen för en helt annan sjukdom utan all inskrivning samma dag som utskrivningen läggs samman till det nya vårdtillfället. I vårdtiden inkluderas även eventuella dagar som finansieras av annan huvudman, t.ex. kommun, så länge som patienten vårdas vid regionens sjukhus ("klinikfärdigdagar"). Vi har tillskrivit inskrivande sjukhus hela värdeperioden även om flyttning skett till annat sjukhus.



Figur 4: Exempel på hur två vårdtillfällen om 6 respektive 21 dagar på samma individ som länkas samman till ett om 27 dagar. Det första med kod 101=internmedicin, det andra med kod 241=geriatrik.

Hur ofta ett av oss beräknat totalt sjukhusvårdtillfälle består av flera enskilda vårdtillfällen i databasen framgår av tabell 11. Observera att redovisningen i tabell 11 för SU och SkaS inte säger något om hur ofta patienter byter enheter under sin vårdtid eftersom omflyttningar döljer sig inom de sjukhusvårdtillfällen i den västsvenska DRG-databasen som bildats av de ursprungliga vårdtillfallen. Det är endast för SÅS, NU och Kungälv's sjukhus som andelen omflyttningar inom sjukhuset kan bedömas eftersom de rapporterat klinikvårdtillfällen och där således 5,1-6,1 % av vårdtillfallen har minst en omflyttning i vårdkedjan. En komplett undersökning av omflyttningsgraden vore mycket relevant i sammanhanget och väl möjlig att genomföra men skulle erfordra tillgång till klinikvårdtillfällen för alla sjukhusen. Det är sannolikt ett värdefullt nyckeltal vid bedömning av effektivitet i styrningen av patientflöden.

Vi har valt att konstruera de sammansatta vårdtillfallen som sjukhusövergripande, dvs ett vårdtillfälle tillskrives det sjukhus där inläggning sker även om patienten flyttas till ett annat sjukhus. Det innebär en liten skillnad mot traditionell redovisning men, menar vi, innebär en förbättrad förutsättning för en jämförande analys. Det medför en längre vårdtid för framförallt Kungälv's sjukhus. Rationaliteten för detta är att flera mindre specialiteter saknas på Kungälv's sjukhus. Man kan säga att det sjukhuset har t.ex. "sin" barnklinik eller dialysklinik förlagd till NU-sjukvården eller SU och detta beräkningssätt tar hänsyn till det. Detta förfaringsätt eliminerar betydelsen av administrativa gränser mellan kliniker och sjukhus för beräkning av

vårdtiden för en patient. Den sammanlagda totala vårdtiden blir därmed oberoende av om en patient överförs för en åtgärd från t.ex. Alingsås till Borås eller från Alingsås till SU.

I tabell 11 visas hur många totala sjukhusvårdtillfällen som innehåller en flyttning till ett annat sjukhus. Det är relativt lika för sjukhusen, drygt en procent, men som väntat skiljer sig Kungälvssjukhus från de övriga.

Tabell 11. Andel av de totala sjukhusvårdtillfällena som består av mer än ett vårdtillfälle och hur många som innehåller en flyttning till annat sjukhus i regionen.

Sjukhus	Antal vårdtillfällen	Andel, % som är mer än ett vårdtillfälle	Andel, %, flyttning till annat sjukhus i regionen
SU	108760	8,6	1,2
Kungälvssjukhus	8490	7,4	3,9
NU	41369	5,1	1,3
SÄS	34485	5,8	1,3
SkaS	39602	2,5	0,9

Observera att tabellen ovan inte visar patientströmmar till sjukhusen i regionen utan bara en mindre andel av dessa, det vill säga hur stor andel av inskrivna patienter vid sjukhusen som i direkt anslutning till ett vårdtillfälle, alltså inom samma "totala sjukhusvårdtillfälle", flyttar till ett annat sjukhus. I tabell 11B visas mer detaljerat hur överflyttningar inom samma värdepisod sker mellan sjukhus. Dessa tabeller ger dock en begränsad och underskattande bild av patientströmmarna i regionen. För en övergripande bild av patientströmmarna i regionen hänvisas till rapporten "Beskrivning och analys av patientströmmarna i Västra Götaland, oktober 2000" från vår enhet.

Tabell 11B. Vart flyttas de patienter som överförs till ett annat sjukhus inom regionen? Tabellen anger den procentuella fördelningen.

		Inläggande sjukhus				
		SU	Kungälvssjukhus	NU	SÄS	SkaS
Sjukhus dit patienterna flyttas	SU	-	86,6	88,0	88,9	91,4
	Kungälvssjukhus	13,7	-	2,5	1,3	1,7
	NU	33,4	11,6	-	4,0	4,7
	SÄS	26,0	0,3	2,8	-	2,2
	SkaS	26,9	1,5	6,6	5,8	-

Tabell 11B skall tolkas på följande sätt. Av de 1,3% av patienterna på SÄS som överförs till andra sjukhus överförs 88,9% till SU och 5,8% till SkaS o.s.v.

Tabellerna visar att de förflyttningar som sker mellan sjukhusen är förhållandevis få, ca 1,3% och de förflyttningar som sker är framförallt till och från SU från de övriga sjukhusen. Denna patientström är nästan dubbelt så stor som kan förväntas av SUs storlek och utgörs naturligtvis till stor del av den högspecialiserade vården.

Den totala sjukhusvårdtiden redovisas i tabell 12. Denna beräkning korrigerar således för om, och hur, sjukhusvårdtillfällen konstrueras och om värdepisoder delas mellan olika medicinska verksamhetsområden.

Tabell 12. Genomsnittliga vårdtider beräknade genom skapande av vårdkedjor – totala sjukhusvårdtillfällen

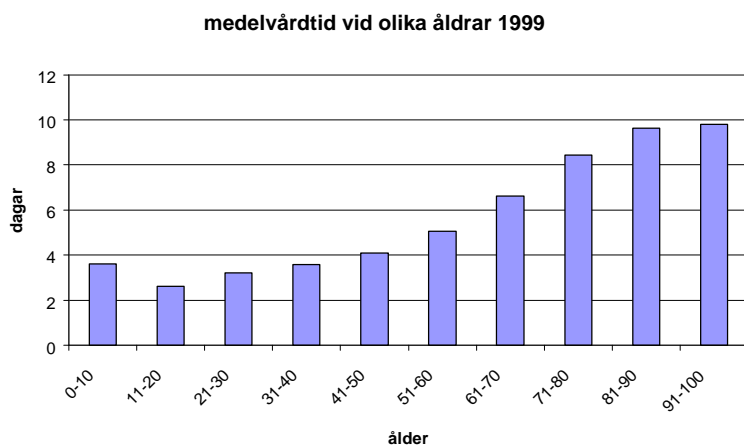
	Vårdtid
SU	6,4
KS	6,8
NU	5,8
SÄS	6,0
SkaS	5,5

Med detta beräkningssätt blir vårdtiderna längre för framförallt SU, Kungälv's sjukhus och NU-sjukvården. Totala sjukhusvårdtillfällen ger en helt annan bild än den som redovisades inledningsvis och ger en korrektare bild av vårdtiderna för de hela sjukhusen. Analysen ger en förbättrad grund för jämförelser mellan SkaS, SÄS och NU-sjukvården. Jämförbarheten med Kungälv's sjukhus och SU som med detta beräkningssätt har de längsta vårdtiderna är dock låg på grund av de organisatoriska olikheterna och stora skillnader i vårdinnehåll som tidigare nämnts.

Mellan SkaS, SÄS och NU-sjukvården finns det dock skillnader i patientströmmar som försvårar en jämförelse. Det finns t.ex. betydande patientströmmar från södra Älvsborg mot SU. Inom NU-sjukvården finns betydande strömmar mot sjukhuset under sommaren på grund av akut korttidsvård av turister i området. Dessa strömmar till respektive från ett område är inte slumpvisa utan rör specifika patientgrupper vilket stör en jämförelse mellan sjukhusen.

En jämförelse mellan sjukhusen i regionen kompliceras framförallt av skillnader i vårdinnehåll mellan sjukhusen vilket gör att vårdtiderna vid främst SU och Kungälv's sjukhus är mindre jämförbara med övriga sjukhus. Den långa vårdtiden vid Kungälv's sjukhus fordrar en särskild analys.

Vårdtider är starkt beroende av patientens ålder. Dels skiftar sjukdomspanoramats med ålder, dels är samma sjukdom förknippad med längre vårdtid vid högre ålder. Sambandet mellan vårdtid och ålder framgår av figur 5.



Figur 5: Genomsnittlig vårdtid vid regionens sjukhus i förhållande till ålder.

Vi har tidigare, i en analys av patientströmmarna i regionen, visat att individerna i kommunerna närmast Kungälv's sjukhus i stor utsträckning får slutenvård vid andra sjukhus. I tabell 13 redovisas genomsnittlig ålder för de patienter som kommer från kommuner runt Kungälv's sjukhus beroende på vilket sjukhus de vårdas vid.

Tabell 13. Vårdtider vid vård på sjukhus i VG regionen för alla individer i alla åldrar bosatta i kommunerna runt Kungälv's sjukhus.

Sjukhus	Ålder	Vårdtillfällen	Vårdtid
SU	38,5	5361	3,9
Kungälv	65,0	7831	6,2
NU	47,5	1525	4,7
SÅS	48,4	46	5,5
SkaS	48,2	25	2,2

Tabellen visar att de patienter som vårdas vid Kungälv's sjukhus har högre ålder än de som strömmar till andra sjukhus.

Eftersom sjukhusen har olika innehåll av specialiteter skulle en analys av vårdtiden vid kliniker vid de olika sjukhusen kunna öka validiteten av en jämförelse. Vi har använt en sådan metodik i rapporten "Skaraborgs Sjukhus & Södra Älvsborgs Sjukhus - en jämförelse mellan två sjukhusgrupper, 1999". Sådana klinikjämförelser fordrar oftast ett betydande tolkningsarbete med bearbetning av data ner på enskild diagnosnivå. Inblandade enheters engagemang är nödvändigt för sådant analysarbete. Sådana jämförelser kan ge viktiga nyckeltal vid bench-marking mellan enheter som liknar varandra men den typen av detaljerad analys ligger utanför ramen för denna analys.

För en samlad regional bedömning skapar en detaljerad jämförande analys av enskilda kliniker i regionen ofta nya problem som ibland kan bemästras bara genom aggregering av data till större enheter vilket vi beskrivit särskilt i rapporten SkaS-SÅS. Det gäller framförallt det faktum att gränsdragningen mellan olika specialiteter är olika på de olika sjukhusen. Särskilt tydligt är det inom invärtesmedicinen där t.ex. den vård som inom SkaS ges inom begreppet invärtesmedicin är uppdelade på flera olika verksamhetsområden vid övriga sjukhus.

Hur kommer man vidare i en meningsfull jämförelse av sjukhusen? Vi har valt att komplettera med två andra vägar för mer fördjupad analys.

För det första har vi analyserat vårdtider ur ett befolkningsperspektiv. Den analysmetoden belyser om befolkningsgrupper från skilda områden i regionen ligger inne olika länge och använder dessa data för att ge indirekt information om det sjukhus som i huvudsak ansvarar för vården. För det andra har vi översiktligt analyserat vårdtid för enskilda diagnoser vid de olika sjukhusen..

VÅRDTIDER FRÅN ETT BEFOLKNINGSPERSPEKTIV

Redovisningen i de tidigare avsnitten har således avsett vårdtider beräknade utifrån ett producentperspektiv. Ett annat angreppssätt är att jämföra den genomsnittliga vårdtid som befolkningsgrupper får vid vård på sjukhus. En sådan analys kan göras för olika typer av indelning av regionen, t.ex. kommuntillhörighet eller tillhörighet till hälso- och sjukvårdsnämnd.

I detta sammanhang är det mer relevant att dela in befolkningen i regionen i områden genom att hänföra kommuner till områden runt sjukhusen/sjukhusgrupperna. Genom en sådan indelning erhålls ett indirekt mätvärde för det sjukhus som svarar för merparten av den slutna vården för befolkningen i området. Det är lätt att inse att ett måttal för t.ex. vård av slaganfall för göteborgare eller skaraborgare innebär ett sorts måttal för det närmaste sjukhuset. Som måttal för ett sjukhus späds det dock ut med irrelevant information om patienter i stor utsträckning strömmar mot andra sjukhus.

Ett befolkningsrelaterat tillvägagångssätt innebär att vårdtiden beräknas för alla vårdtillfällen för till exempel Skaraborgsbor oberoende av om vården skett vid Skaraborgs sjukhus eller i form av en förlossning inom NU-sjukvården eller ett hjärtkirurgiskt ingrepp vid SU. Fördelen är att måttalet ger viss information om det närliggande sjukhuset även om vissa specialiteter saknas vid ett sjukhus. Men ju större patientströmmarna är från ett område till ett sjukhus i ett annat, ju mer utspädd blir bilden av det granskade sjukhuset. För äldre individer är kopplingen mellan befolkningsrelaterade mätvärden och sjukhuset starkare eftersom patientströmmarna är små till andra sjukhus än det mest närliggande.

Man kan inte säga att detta redovisningssätt ersätter eller är mer korrekt än något annat. Däremot kan det komplettera mer traditionella beskrivningssätt. Det har dock ett klart värde att utifrån ett befolkningsperspektiv kunna fastställa hur t.ex. strokevården ser ut för göteborgare eller skaraborgare. Hur länge ligger man på sjukhus? Vad beror skillnader på – vad tillför de och vad kostar de?

Indelningen i regionområden har gjorts på sådant sätt att en kommun har hänförs till ett område runt ett av sjukhusen. Kommunen har hänförs till det sjukhusrelaterade område som svarar för flest av vårdtillfällena för kommuninvånarna. Indelningen finns beskriven i rapporten Patientströmmar. Indelningen överensstämmer med den gamla landstingsindelningen för Skaraborg och södra Älvsborg. Till stor-Göteborg har hänförs kommunerna Göteborg, Härryda, Mölndal, Partille och Öckerö och till Kungälvsområdet kommunerna Ale, Kungälv, Stenungsund och Tjörn. Till NU-området har hänförs resterande kommuner i norra Älvsborg och norra Bohuslän.

I tabell 14 redovisas de totala sjukhusvårdtiderna för de beskrivna regionområdena.

Tabell 14. Vårdtider 1999 för befolkningen i upptagningsområdet runt sjukhusen

Område	Vårdtid
Stor-Göteborg	6,7
Kungälvsområdet	5,6
NU-området	6,0
S Älvsborg	5,9
Skaraborg	5,5

Analysen visar nu att vårdtiden för invånare i stor-Göteborg är längst i regionen. Kungälv sjukhus som i tidigare avsnitt hade längst vårdtid i regionen har nu, om detta indirekta måttal

används för bedömning av sjukhuset, betydligt kortare vårdtid när hänsyn tagits till effekten av unga människors vård vid andra sjukhus. Skillnaden i vårdtid mellan den som ges till invånare i stor-Göteborg och regionen är betydande genom befolkningsområdets storlek. Den motsvarar ca 82 000 fler vård dagar jämfört med regionen i övrigt vilket i sin tur motsvarar 225 stycken 100% belagda, vårdplatser. Denna beräkning av merutnyttjande baseras endast på skillnaden i vårdtid – alltså inte på eventuell skillnad i sjuklighet eller skillnader i ålder. Skillnaden mellan övriga sjukhus är marginell.

Det är vår bedömning att vårdtider ur ett befolkningsperspektiv kompletterar en jämförelse mellan regionens enheter. Denna teknik för jämförelse uppstår ur regionens utbredning över relativt stor yta och organisation av vården i form av sjukhusgrupper med ett relativt komplett sjukvårdsutbud. De skillnaderna vi funnit vid en sammantagen bedömning mellan sjukhusgrupperna fordrar en vidare analys.

SAMMANFATTNING AV VÅRDTIDSJÄMFÖRELSE I REGIONEN

De skilda sätt att analysera vårdtiderna som vi använt visar att vården för individer i stor-Göteborg är förenad med längre vårdtider. Sammantaget visar analysätten att vårdtiderna i regionen är längst inom SU som helhet och kortast inom SkaS. Vi har också visat att det är äldre individers vård som har störst betydelse för vårdtiden som begrepp för ett helt sjukhus och att sättet att organisera vården för de äldre skiljer sig mellan sjukhusen.

Det fordras en närmare analys, dels för att förklara de skillnader vi sett, dels för att bekräfta den mer övergripande observationen om skillnader i sjukhusens vårdtider.

De frågor vi kan se närmare på via en databasanalys är:

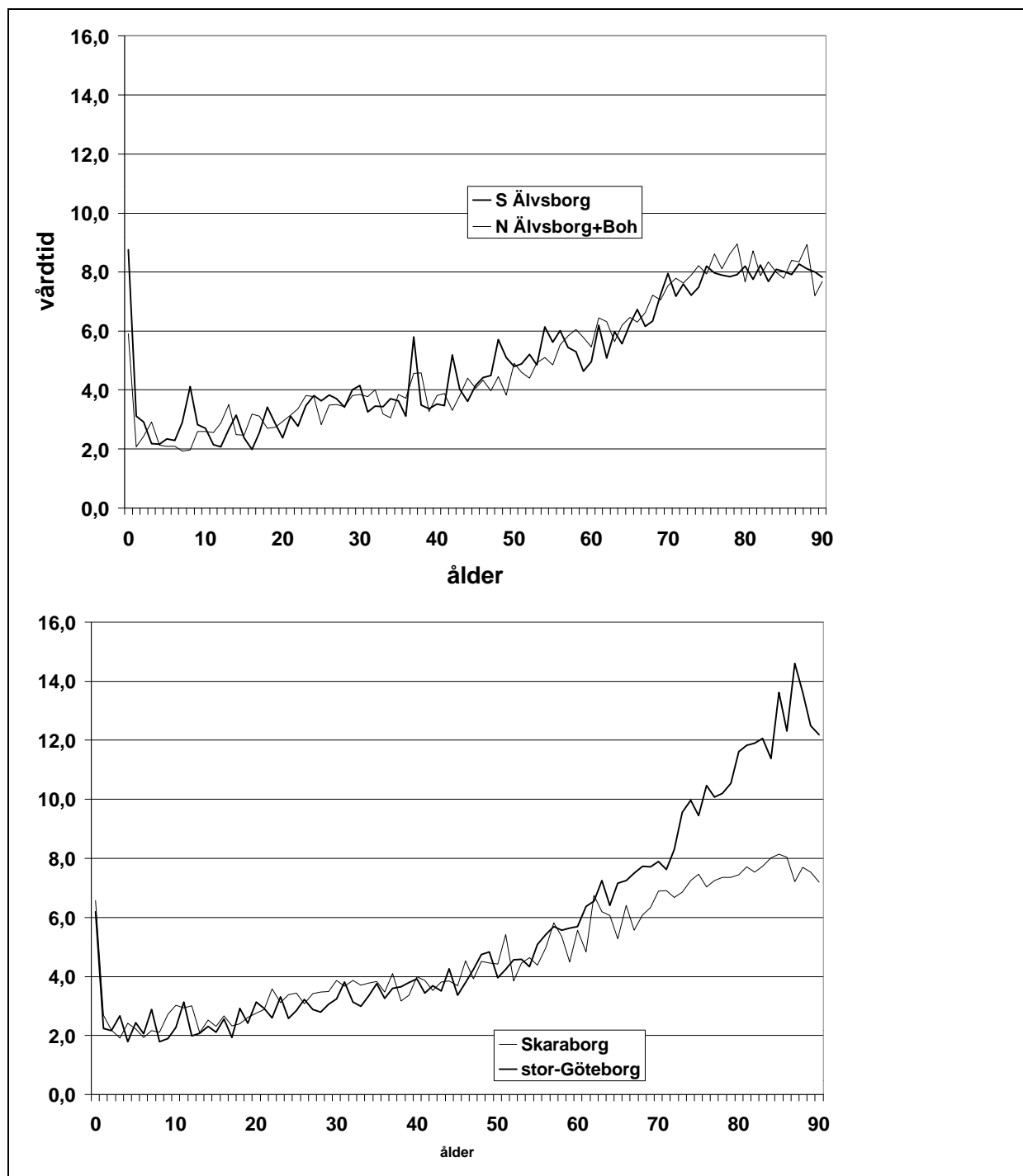
- Hur ser vårdtiden ut för olika åldrar?
- Finns det skillnader i sjuklighet hos den äldre befolkningen?
- Finns det olikheter i vården, på grund av ett utbildningssjukhus behov, som leder till längre vårdtider?
- Kan brister i kommunens omhändertagande av individer inom deras ansvarsområde förklara skillnader i vårdtider?
- Finns det skillnader i organisation som medför längre vårdtider?

Vårdtid i förhållande till ålder

I ett föregående avsnitt konstaterades att ålder hade en avgörande betydelse för vårdtiden. Dels är sjukdomspanoramata annorlunda i högre ålder med påverkan på omvårdnadsbehovet, dels leder högre ålder till längre vårdtid vid samma sjukdom.

På grund av ålderns betydelse har en särskild analys gjorts av sambandet.

Med befolkningsperspektivet som utgångspunkt har genomsnittlig vårdtid beräknats för varje åldersintervall från första levnadsåret till 90 års ålder för invånarna i regionens områden. Detta samband mellan ålder och vårdtid för regionens områden visas i figur 6. Kungälvsområdet har utelämnats i figuren för ökad tydlighet. Med vårdtid i figuren avses den konstruerade totala sjukhusvårdtiden.



Figur 6. Värdtid vid olika ålder i ett-årsintervall för invånarna i regionens områden runt NU-sjukvården, södra Älvsborg, Skaraborg och stor-Göteborg.

Figurerna visar att värdtiden är tämligen likartad för individer under 65 års ålder. Sedan ses en systematisk skillnad för de äldre stor-Göteborgarnas värd med betydligt längre värdtider. Det finns således betydande skillnader i äldre individers värd som sammanfattas i tabell 15. Storgöteborgare har längst värdtid och skaraborgarna kortast medan för yngre individer råder snarast det motsatta förhållandet.

Tabell 15. Vårdtid för individer över eller under 75 års ålder.

	Vårdtid	
	75 år eller äldre	under 75 år
StorGöteborg	11,6	4,8
Kungälvsomr	8,6	4,6
NU-området	8,2	5,0
S Älvsborg	8	5,0
Skaraborg	7,5	4,7

Det finns således en skillnad i vårdtidens längd för äldre individer där framförallt SU skiljer sig från regionen i övrigt. Eftersom äldre individer har den helt dominerande andelen av de vård dagar som sjukhusen producerar så har denna skillnad i vårdtid för äldre individer stor betydelse i perspektivet hela sjukhusets vård.

Sjuklighet hos äldre individer som förklaring till skillnader i vårdtider

När det gäller sjuklighet kan man konstatera att konsumtionen av vårdtillfällen redovisade i databasen per 1000 individer är förhållandevis lika inom regionens områden vilket talar emot att det i övrigt skulle kunna finnas betydande skillnader i sjukdomsmönster som förklarar skillnader i vårdtider. Om konsumtionen av vårdtillfällen är så lika synes det utomordentligt osannolikt att sjukdomstillstånden skulle vara så mycket svårare att de krävde 40-50% längre vårdtider. Även den mycket likartade vårdtiden som ses mellan sjukhusen när det gäller yngre individer (figur 6) talar emot att äldre individer skulle ha ett annorlunda sjuklighetsmönster. Vidare kan de skillnader som ses i gruppen äldre identifieras vid analys på enskild diagnos-nivå.

Tabell 16. Konsumtion av somatiska, totala sjukhusvårdtillfällen för individer lika med eller äldre än 75 år i regionens områden 1999.

Område	Vårdtillfällen per 1000 individer
Stor-GBG	298
Kungälvsområdet	294
NU	271
S Älvsborg	280
Skaraborg	319

Utbildningskrav och vårdtider

Krav på ett sjukhus att bedriva utbildning bör resultera i längre vårdtider. Det är därför snarast förvånande att vårdtiden vid SU snarast är kortare än vid flera andra sjukhus för yngre patienter (tabell 15) och för flera stora diagnosgrupper, vilket diskuteras under avsnittet om vårdtid för specifika diagnoser. Det synes därför osannolikt att det förhållandet att SU är ett utbildningssjukhus skulle motivera att vårdtiden påverkas specifikt för äldre patienter och därmed för sjukhuset som helhet.

Vårdtid för äldre – betydelse av kommunens vårdansvar

Databaserna ger en möjlighet att studera patientflödena till kommunal vård och deras betydelse för sjukhusets sammantagna vårdtider. I databaserna registreras utskrivningssätt, det vill säga hur patienten skrivs med en kod 1 till 4. Definitionen är följande:

- 1 = till annat sjukhus/annan klinik
- 2 = till särskilt boende, t ex serviceboende med helinackordering
- 3 = till hemmet (inkl allt annat än 1, 2 eller 4)
- 4 = avliden

De olika utskrivningssätten för äldre individer redovisas i tabell 17. Tabellen baseras på utskrivning från slutet av en vårdkedja/totalt sjukhusvårdtillfälle. Observera således att utskrivningssättet "Till annat sjukhus/klinik" i tabellen nedan, är när ett totalt sjukhusvårdtillfälle, konstruerat med vår metodik, avslutas. När ett sådant vårdtillfälle upphör så fortsätter inte vården på en annan klinik eller ett annat sjukhus i regionen. Hur ofta patienter inom ett totalt sjukhusvårdtillfälle verkligen skrivs ut till annat sjukhus framgår av tabell 11.

Tabell 17. Utskrivningssätt från sjukhus efter ett totalt sjukhusvårdtillfälle för individer lika med eller äldre än 75 år, 1999.

	Kod 1 Till annat sjukhus/klinik	Kod 2 Till särskilt boende	Kod 3 Till hemmet	Kod 4 Avlidna
SU	15,1	0,4	77,8	6,7
Kungälv	1,0	14,9	78,1	6,0
NU	1,9	15,8	76,4	6,0
SÅS	2,3	13,1	77,4	6,5
SkaS	0,3	22,6	71,5	5,7

Tabellen visar en mycket varierande bild för utskrivning till annat sjukhus och till särskilt boende. Vid SU uppges 15,1% skrivs ut till annat sjukhus eller annan klinik. Den uppgiften är felaktig eftersom en sådan utskrivning hade fångats upp och ingått i vårdkedjan som ger total vårdtid om inte utskrivningen skett till sjukhus utanför Västra Götalandsregionen. Den hade varit korrekt om 15% av patienterna skrivits ut direkt till annat sjukhus utanför regionen. Det är inte rimligt, eftersom 90% av dessa vårdtillfällen på SU gäller individer från stor-Göteborg och det är orimligt att bara 0,4% skrivs ut till kommunernas särskilda boende. Förklaringen är sannolikt att felaktigheter görs i bedömning vad som är ett sjukhem i kommunal regi och vad som är landstingsvård vid ett annat sjukhus. De övriga sjukhusen har en andel på ungefär en procent. Dessa kan vara felklassificeringar eller verkliga förflyttningar till sjukhus utanför regionen. Det skulle också kunna vara så att de representerar patienter som skrivs ut till annat sjukhus/klinik men läggs in där först en eller flera dagar senare. Det kan bara avgöras genom en stickprovsanalys av journaler för dessa individer.

Andelen som utskrives till hemmet är tämligen konstant. Den samlade bedömningen blir därför att det är mycket troligt att kod 1 och 2 i tabell 17 tillsammans i huvudsak representerar utskrivning till kommunal vård och till bara 1-2 % överföring till annat sjukhus/klinik. SkaS avviker emellertid från övriga sjukhus genom en betydligt högre utskrivning till särskilt boende. Det skulle således kunna vara så att SkaS korta vårdtider till en del kan förklaras av god funktion i den kommunala vården.

Tabell 17 kan således ge en bild av hur överförandet av patienter till kommunal vård skiljer sig inom regionen. SU har väsentligt fler vård dagar för medicinskt färdigbehandlade patienter. Det är ca fyra gånger fler än vad som motiveras av SUs storlek. I tabell 18 redovisas vårdtiden för de vårdtillfällen som har utskrivningskod 1 eller 2, dvs patienter som skrivs ut levande och inte till hemmet. Patientflödena till kommunen har emellertid en mindre betydelse för vårdtiderna för sjukhuset som helhet än vad man kan tro.

Tabell 18. Vårdtid för totala sjukhusvårdtillfällen med utskrivningskod 1 eller 2 dvs patienter som skrivs ut levande och inte till hemmet.

Sjukhus	Vårdtid	Vård dagar, medicinskt färdigbehandlade*	Fingerad vårdtid A	Fingerad vårdtid B
SU	19,1	19918	16,2	18,5
KS	14,4	1073	13,0	14,4
NU	11,4	?	?	11,4
SÅS	11,6	2142	10,7	11,6
SkaS	12,6	1496	12,2	12,6

*Från hälso- och sjukvårdsstyrelsens årsredovisning för år 2000. Fingerad vårdtid A innebär att vård dagar för medicinskt färdigbehandlade satts till noll och vårdtid beräknats på resterande dagar. Fingerad vårdtid B innebär att vård dagar för medicinskt färdigbehandlade fingerats till samma nivå på SU som vid regionen i övrigt.

Även om antalet vård dagar för medicinskt färdigbehandlade är mycket stort för SU har de liten betydelse i sammanhanget vilket framgår av tabell 18. I tabellen redovisas, dels den faktiska vårdtiden för de patienter som inte skrivs ut till hemmet samt dels en beräknad vårdtid där de klinikfärdiga dagarna dragits ifrån de totala vård dagarna för alla sjukhus. Om man därutöver istället antagit att kommunerna i stor-Göteborg hade fungerat på samma sätt som regionen i övrigt, innebärande proportionellt samma antal klinikfärdig dagar vid SU, så hade vårdtiden på SU reducerats från 19,1 till 18,5 dagar. Alltså en markant skillnad men bara en liten del av den totala vårdtiden för denna mindre grupp.

För den grupp patienter som skrivs ut till hemmet har effektiviteten i vårdkedjan mot kommunerna sannolikt mindre betydelse för vårdtidens längd än andra faktorer i ett regionalt perspektiv. I tabell 19 har beräknats vårdtiden för dessa individer 75 år och äldre. Samma principiella skillnad mellan sjukhusen kvarstår även för detta urval.

Tabell 19. Vårdtid för individer 75 år eller äldre.

	Vårdtid, alla	Vårdtid, utskrivna till hemmet
StorGöteborg	11,6	9,1
KS	8,6	7,0
NU	8,2	6,9
S Älvsborg	8,0	6,9
Skaraborg	7,5	5,9

Skillnaden mellan regionens sjukhusgrupper för vårdtid av äldre individer kvarstår oberoende av om utskrivningen sker till hemmet eller annan vårdform. Effektiviteten i vårdkedjan mot kommunerna och gränsdragningen mellan kommunernas och landstingets vårdansvar är betydelsefull och förefaller påverka vårdtiden mer vid SU än vid regionens sjukhus i övrigt. Men när det gäller sjukhusets totala resursanvändning och vårdtider har den dock underordnad betydelse.

Organisationens betydelse för vårdtider

När det gäller organisationens betydelse för vårdplatser förde vi i vår vårdplatsrapport ett resonemang kring organisationens storlek och komplexitets betydelse för behovet av vårdplatser. Med utgångspunkt från utnyttjandet av vårdplatser i regionen - och denna analys av vårdtider - kan man på goda grunder anta att större och mer komplex sjukhusorganisation med flera olika vårdnivåer inom och mellan sjukhus medför ett system som försvårar att patienter i samband med akut vård hamnar på en enhet som tar ansvar för patientens hela vård utan onödiga

omflyttningar. Ett större och mer komplext system ställer högre krav på uppföljnings- och övervakningssystem.

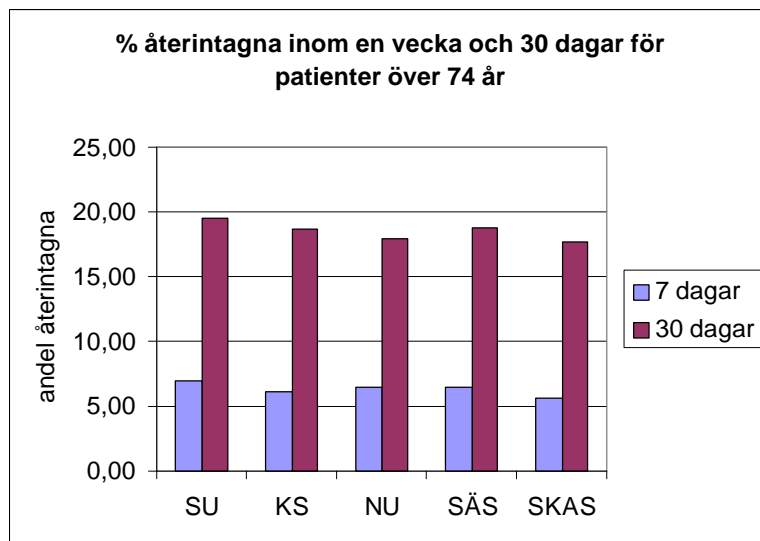
Även om problem i patientflöden till kommunal vård har viss betydelse för vårdtidernas längd så förefaller det således som att en stor del av förklaringen till de avsevärt längre vårdtiderna inom SU för äldre individer är organisatoriskt betingade. I tabell 9 redovisas den kraftiga skillnad som uppstår i sjukhusvårdtider därför att geriatriken inom SU i så hög grad föregås av ett vårdtillfälle inom annan specialitet. De övriga sjukhusen utnyttjar i väsentligt högre utsträckning geriatrik som en akutspecialitet med ansvar för specifika grupper.

Materialet i denna rapport ger således stöd för att geriatrikens ställning och utnyttjande liksom antalet omflyttningar av patienten inom en vårdepisod har avgörande betydelse för vårdtidens längd för äldre individer. Alltså faktorer som är tillgängliga för uppföljning och styrning.

VÅRDTIDENS LÄNGD – BETYDELSE FÖR KVALITET

Korta vårdtider kan ha flera fördelar för patienten. Men längre vårdtider kan förstås innebära fördelar, särskilt vid vård av äldre individer. Viktigast är kanske att den vårdande personalen uppnår visshet om att patienten är så medicinskt färdigbehandlad att han/hon säkert kan återvända hem eller bli rätt omhändertagen i nästa vårdnivå.

Möjligheterna är mycket begränsade att påvisa eventuella fördelar eller nackdelar med olika vårdtider utifrån en vårddatabas. Vi har dock analyserat frågeställningen på två sätt för äldre individer. Dels har vi beräknat i vilken utsträckning patienter behöver flytta från geriatrisk till en akut-somatisk vårdplats och dels i vilken utsträckning patienter återinläggs på sjukhus inom 7 respektive 30 dagar efter utskrivning från sjukhuset.



Figur 7. Andel av vårdtillfällen som följs av ny inläggning inom 7 respektive 30 dagar.

Tabell 20. Andel av patienter som vårdas vid geriatrisk avdelning som utskrivs till somatisk avdelning under samma vårdepisod på sjukhuset

Sjukhusgrupp	Geratriska vtf	Flyttas till somatik	Andel %
SU	6980	430	6,2
Kungälv's sjukhus	1510	30	2,0
NU	2271	101	4,4

Denna enkla analys har inte visat någon hälsovinst i form av mindre antal återinläggningar för äldre individer eller flyttningar för annan vård i samband med geriatrisk vård.

VÅRDTID VID ENSKILDA KLINIKER, MEDICINSKA VERKSAMHETSOMRÅDEN.

Vi har valt att inte analysera detta närmare. Vi har tidigare beskrivit vilka krav en sådan jämförelse ställer på detaljerad analys varför den typen av redovisning inte har plats i denna rapport som i första hand rör hela sjukhus vårdtider. Vårdtid är emellertid ett mycket viktigt redskap för jämförelse – benchmarking – mellan kliniker vid skilda sjukhus där tolkningen av skillnader görs gemensamt. Det följande avsnittet – Vårdtid för specifika diagnoser – ger dock viss information med betydelse för klinik/medicinskt verksamhetsområde.

VÅRDTID FÖR SPECIFIKA DIAGNOSER

Problem med mer detaljerad beskrivning av vårdtider t.ex. på kliniknivå har diskuterats ovan. Olika organisation leder ibland till sådana problem att endast aggregation på högre nivå ger jämförbara resultat. En annan väg är att jämföra enskilda diagnoser eller åtgärder mellan sjukhus utan att ta hänsyn till hur vården är organiserad.

Tabell 21 visar de 30 DRG som svarar för flest vårdtillfällen i regionen och deras vårdtider vid respektive sjukhus. Data visar således inte befolkningsrelaterade tal utan vårdtider vid respektive sjukhus.

Tabell 21. Vårdtider för de 30 DRG som svarar för flest vårdtillfällen i regionen.

DRG	Förklaring	Vårdtid					% av samtliga vårdtillfällen
		SU	KS	NU	SAS	SkaS	
373	Vaginal förlossning, ej komplicerat	2,8		3,9	3,8	3,8	5,10
183	Buksmärtor och gastroenteriter, >17 år, ej komplicerat	2,7	3,5	3,2	3,0	2,8	3,43
143	Bröstmärtor, ej angina pectoris	1,5	2,2	1,6	1,6	1,7	2,68
14	Stroke	22,3	17,5	19,0	17,8	12,3	2,41
127	Hjärtsvikt och chock	10,2	7,2	6,7	7,0	7,6	2,18
140	Angina pectoris	3,8	6,9	4,3	4,4	4,5	2,09
139	Hjärtarytmier och överledningsstörningar, ej komplicerat	1,9	2,5	1,9	2,0	2,0	1,74
88	Kroniska obstruktiva lungsjukdomar	8,6	7,6	8,9	8,2	8,2	1,21
184	Buksmäta/gastroenterit >17 komplicerat	2,0	1,4	1,9	1,8	2,1	1,12
209	Större ledoperationer och implantationer på nedre extremitet	15,3	11,3	12,0	11,5	13,8	1,10
35	Andra sjukdomar i nervsystemet, ej komplicerat	2,4	5,1	2,0	3,1	3,2	1,07
182	Buksmärtor och gastroenteriter, >17 år, komplicerat	5,2	6,5	5,4	4,6	5,5	1,05
243	Medicinska ryggsjukdomar	9,6	7,4	7,5	7,9	6,3	1,02
65	Balansproblem, yrsel	5,6	3,7	2,9	3,5	2,8	1,01
89	Lunginflammation, >17 år, komplicerat	12,4	8,7	10,4	8,0	8,2	1,01
122	Hjärtinfarkt, ej komplicerat	8,0	7,1	7,2	7,3	6,8	0,96
359	Operationer på uterus och adenex för benign sjukdom, ej komplicerat	3,9		4,2	4,2	4,8	0,91
90	Lunginflammation, >17 år, ej komplicerat	7,2	6,1	5,7	6,0	5,3	0,90
211	Operationer på höft och femur utom på större led, >17 år, ej komplicerat	16,8	15,7	12,5	10,5	15,0	0,86
25	Kramper och huvudvärk, >17 år, ej komplicerat	3,2	3,0	2,9	3,2	2,8	0,85
467	Andra faktorer med påverkan på hälsotillståndet	3,8	4,9	3,6	7,5	2,0	0,81
138	Hjärtarytmier och överledningsstörningar, komplicerat	5,9	5,6	4,7	4,7	5,4	0,76
82	Tumörer i andningsorganen	11,2	12,0	12,2	13,6	10,2	0,72
208	Gallvägssjukdomar, ej komplicerat	3,8	4,7	4,0	4,0	4,3	0,72
167	Appendektomi vid ej komplicerad appendicit, utan komplicerande bidiagnos	2,1	2,5	2,4	2,2	2,6	0,70
321	Njur- och urinvägsinfektioner, >17 år, ej komplicerat	6,8	4,8	4,9	5,2	4,8	0,69

404	Lymfom och icke-akut leukemi, ej komplicerat	6,0	15,1	6,4	7,2	6,2	0,64
15	TIA och ocklusion av precerebrala artärer	5,3	4,5	3,6	3,7	4,0	0,63
371	Kejsarsnitt, ej komplicerat	5,0		5,5	5,7	6,4	0,63
32	Hjärnskakning, >17 år, ej komplicerat	2,3	2,0	1,9	1,5	1,6	0,62
294	Diabetes, >35 år	8,2	6,9	6,9	7,2	7,0	0,62
281	Trauma utan djupare skador, >17 år, ej komplicerat	9,5	4,6	3,7	3,7	3,3	0,61
125	Cirkulationssjukdomar utan hjärtinfarkt, med hjärtkateterisering, utan komplicerande diagnos	1,5		5,0	0,9	9,1	0,61
241	Sjukdomar i bindväv, ej komplicerat	4,3	9,1	13,9	9,2	11,4	0,60

Den största gruppen med flest vårdtillfällen är DRG 373, okomplicerad förlossning. Där har SU den kortaste vårdtiden i regionen. Det är en tämligen enhetlig diagnos där skillnader i klassificering har mindre betydelse. Den näst vanligaste gruppen är DRG 183 som samlar olika symtomdiagnoser från mag-tarmkanalen.

De sjukdomar som resulterar i flest värddagar har störst betydelse för vårdtid ur ett sjukhusperspektiv. De 10 DRG som är kopplade till flest värddagar listas i tabell 22.

Tabell 22. De viktigaste DRG med hänsyn till antalet värddagar de orsakar på regionens sjukhus.

DRG		Värddagar	% av alla värddagar
014	Specifika kärlesjukdomar i hjärnan exkl TIA	105291	7,41
127	Hjärtsvikt och chock	41905	2,95
373	Vaginal förlossning, ej komplicerat	39725	2,80
209	Större ledoperationer och implantationer på nedre extremitet	33623	2,37
211	Operationer på höft och femur utom på större led, >17 år, ej komplicerat	29471	2,07
089	Lunginflammation, >17 år, komplicerat	24336	1,71
088	Kroniska obstruktiva lungsjukdomar	23924	1,68
183	Buksmärtor och gastroenteriter, >17 år, ej komplicerat	23301	1,64
140	Angina pectoris	21348	1,50
236	Höft- och bäckenfrakturer	19824	1,40

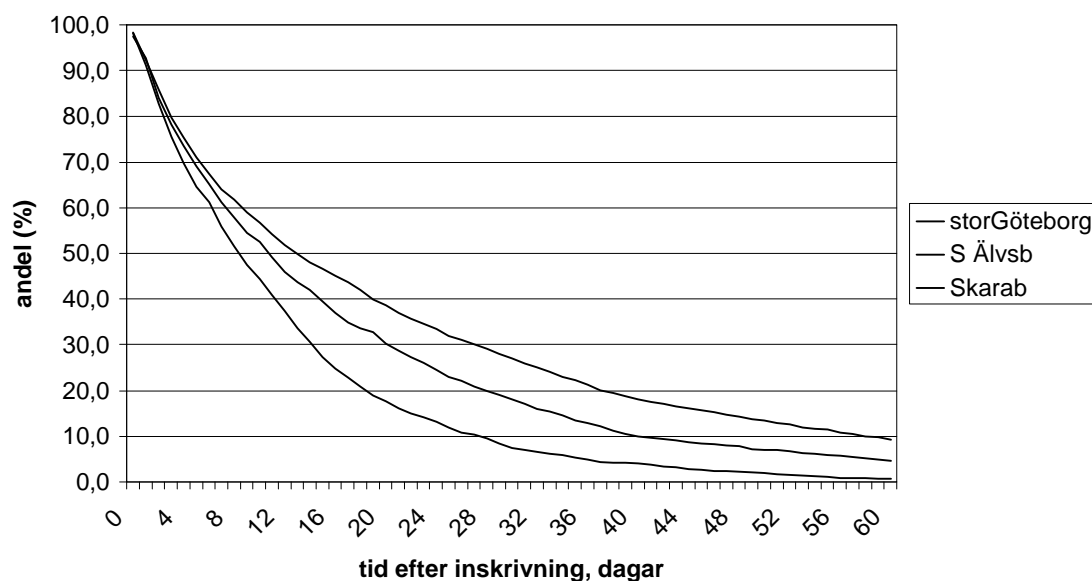
Diagnoserna stroke (DRG 14) och höftfraktur har analyserats vidare på grund av deras stora betydelse för sjukhusens hela vårdtider. Stroke har överlägset flest värddagar i regionen med 105291 värddagar. Det motsvarar knappt 300 ständigt belagda vårdplatser i regionen. De totala sjukhusvårdtiderna för stroke i regionen framgår av nedanstående tabell.

Tabell 23. Vårdtiden för stroke (DRG 14).

Sjukhus	Vårdtid medel	Vårdtid median
SU	22,3	12
KS	17,5	12
NU	19,0	12
SÅS	17,8	11
SkaS	12,3	9

Skillnaden i vårdtid är betydande med nära den dubbla vårdtiden mellan ytterligheterna. Vårdtiden vid SkaS är anmärkningsvärt kort. För jämförelse har medianvärdet givits i denna tabell. Det framgår att medianvärdet ger ringa information jämfört med medelvärdet. Medelvärdet är bättre kopplat till resursförbrukning. Ytterligare information kan erhållas med den typ av beräkning som ges i figur 8. Figuren anger antalet individer med stroke som kvarligger vid olika tidpunkter efter inläggningen.

andel av patienter som ligger kvar på sjukhus



Figur 8. Andel av patienter som fortfarande är inlagda vid sjukhus efter inläggning för stroke (DRG 14). Bilden värdtider för individer i områden – ej sjukhus.

Figuren visar att Skaraborgs patienter har kortare värdtid än patienter från stor-Göteborg. Den visar dessutom att det mindre antal patienter som ligger kvar längre än tre veckor har mycket stor betydelse för det sammanlagda antalet vård dagar.

Vårdtider för fraktur på övre delen av lårbenet, vanligen höftfrakturer, visas i tabell 24. Huvuddiagnosen S720 – S722 vid den först inskrivande enheten har använts istället för sammanfattande DRG kod eftersom behandlingsmetoderna varierar. Resultatet visas i tabell nedan.

Tabell 24. Vårdtid för höftfraktur vid regionens sjukhusgrupper.

Sjukhus	Vårdtillfällen	Vård dagar	Vårdtid
SU	1501	26634	17,7
KS	166	2878	17,3
NU	653	9609	14,7
SÄS	620	7225	11,7
SkaS	546	8247	15,1

För höftfrakturer har SÄS anmärkningsvärt korta värdtider. För höftfrakturer finns det möjligheten att skillnader i medicinsk praxis påverkar värdtiden. Så kan t.ex. vissa sjukhus ha en högre andel av totalprotesoperationer än konventionell "spikning". Det kan dock bara förklara en liten del av skillnaden eftersom värdtiden för dessa skilda ingrepp är relativt lika. Det faktum att SÄS rapporterar klinikvårdtillfällen till värddatabasen gör det möjligt att i följa patientens väg genom sjukhuset. De höftfrakturer som läggs in på ortopedisk avdelning vårdas i 92% av fallen enbart vid denna klinik. Dessa 92%, som inte flyttas inom sjukhuset, har en genomsnittlig värdtid på endast 8,9 dagar.

VÅRDTIDER I ETT NATIONELLT PERSPEKTIV

För att få ett perspektiv på de ovan redovisade vårdtiderna har Socialstyrelsens nationella vårddatabas studerats. 1998 års databas har använts eftersom det är den senaste färdigställda versionen. Vi har bearbetat den på samma sätt som den regionala vårddatabasen och konstruerat vårdtillfällen som är totala sjukhusvårdtillfällen genom skapande av vårdkedjor som innehåller alla specialiteter, utom psykiatri.

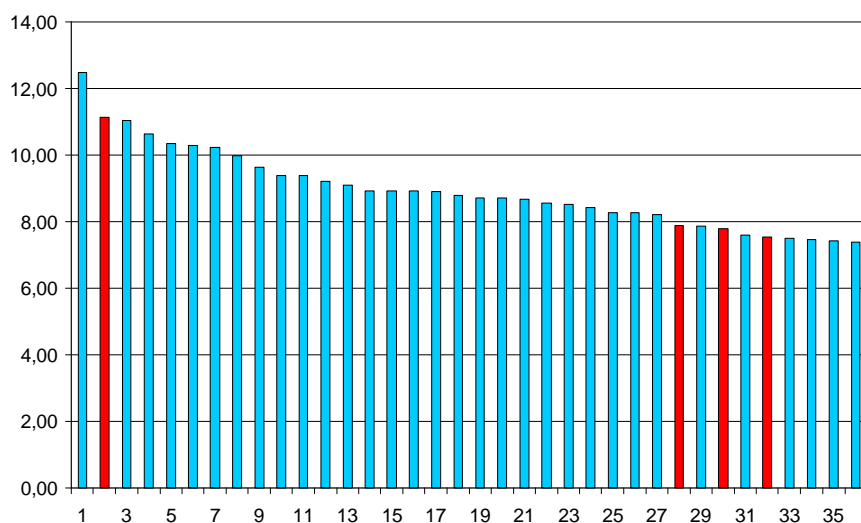
Vi har jämfört vårdtiderna ur ett sjukhusperspektiv för individer 75 år eller äldre

Tabellen nedan visar en beräkning av vårdtiden för sjukhus som har mer än 36000 vård dagar för individer 75 år eller äldre

Tabell 25. Total sjukhusvårdtid för individer 75 år eller äldre i hela Sverige, ej psykiatri. Urval är de 36 sjukhus som har mer än 36000 vård dagar (=100 belagda sängar). De har ordnats i geografisk ordning. Vårdtid är beräknad total sjukhusvårdtid enligt metod-beskrivning avsnittet total sjukhusvårdtid.

Vtf	Total vtid	Namn
8037	8,6	S:t Görans sjukhus
10423	8,3	Södersjukhuset
9977	9,4	Karolinska sjukhuset
9849	8,9	Huddinge sjukhus
10037	10,2	Danderyds sjukhus
9861	10,6	Akademiska sjukhuset
5717	8,5	Mälarsjukhuset
7884	8,7	Linköpings sjukhus
5866	9,2	Vrinnevisjukhuset
3783	11,0	Motala lasarett
7568	7,9	Ryhov, länssjukhus
7153	7,4	Höglandssjukhuset
3961	10,0	Värnamo sjukhus
6298	9,1	Växjö lasarett
6795	8,7	Länssjukhuset Kalmar
7172	8,9	Blekingesjukhuset
7115	7,5	Kristianstads sjukhus
11321	10,3	Universitetssjukhuset MAS
9739	8,8	Universitetssjukhuset i Lund
5725	7,6	Helsingborgs lasarett
5966	8,4	Halmstads sjukhus
5249	8,9	Varbergs sjukhus
26145	11,1	Sahlgrenska universitssjkh
12511	7,8	NU-sjukvården
11748	7,9	SA-sjukvården
14084	7,5	Skaraborgs sjukhus
5504	8,9	Karlstads sjukhus
8450	8,7	Örebro regionsjukhus
6271	10,3	Västerås lasarett
8101	7,4	Falu lasarett
7078	8,2	Gävle sjukhus
6505	8,3	Sundsvalls sjukhus
5881	7,5	Östersunds sjukhus
6553	12,5	Norrlands Universitetssjukhus
3827	9,6	Skellefteå lasarett
4508	9,4	Sunderbyn

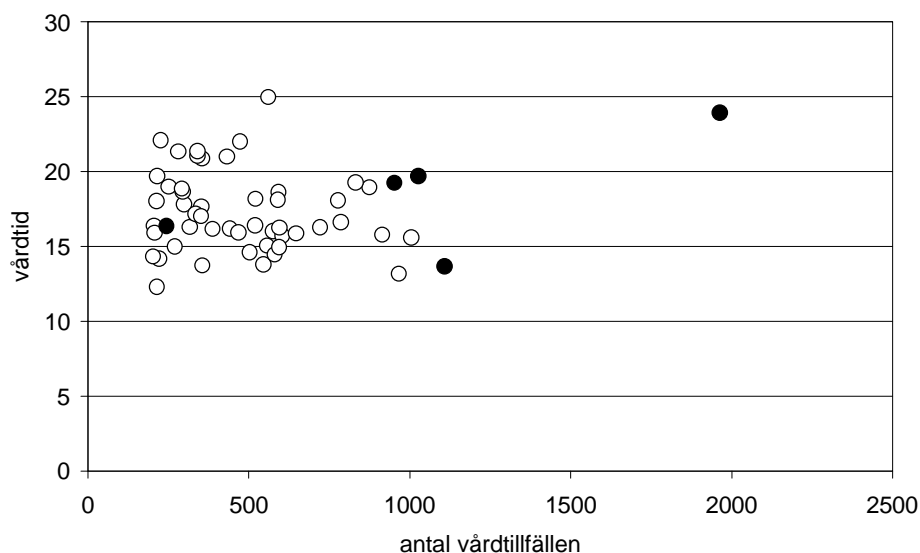
Tabellen visar att sjukhusen i VG befinner sig i ytterligheterna av tabellen. SU har den längsta vårdtiden i Sverige efter Umeå universitetssjukhus medan de övriga sjukhusens vårdtider befinner sig bland de kortaste i Sverige.



Figur 9. Samma data som i tabellen ovan. Mörka staplar är sjukhus i VG region från vänster SU, SÅS, NU, SkaS. Längst vårdtid har Umeå universitetssjukhus.

Det finns inget statistiskt signifikant samband mellan sjukhusens storlek och vårdtidens längd bland dessa 36 sjukhus. Även om större sjukhus ofta har längre vårdtid har t.ex. det mycket stora Södersjukhuset den kortaste vårdtiden av Stockholmssjukhusen i tabellen.

Stroke som är den kvantitativt viktigaste diagnosen med betydelse för ett sjukhus vårdtid har analyserats vidare. Relationen mellan antal vårdtillfällen och vårdtid ges i figur 10.

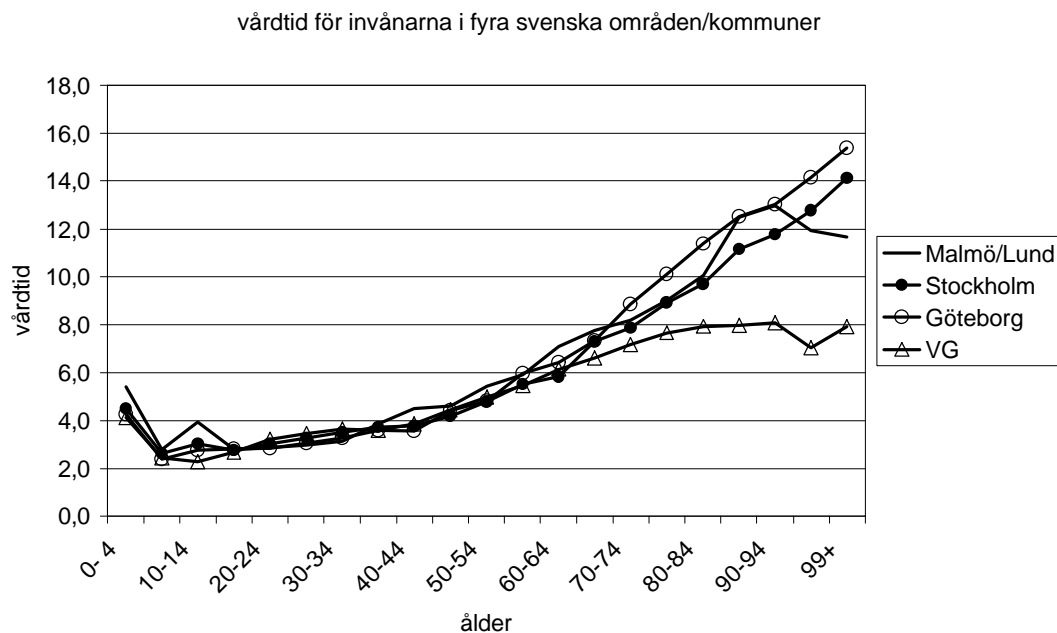


Figur 10. Total sjuhusvårdtid 1998 för stroke (ICD10= I61, I63 eller I64) i förhållande till antalet vårdtillfällen för stroke vid sjukhuset. Endast sjukhus som har fler än 200 vårdtillfällen redovisas. Sjukhusen i VG är fyllda cirklar och de är från vänster till höger Kungälv's sjukhus, NU, SÅS, SkaS och SU.

Bilden visar att SU har den näst längsta vårdtiden för stroke av de största sjukhusen i Sverige. Den visar också den förlust av information som uppnås, inte bara i ett regionalt utan även

nationellt perspektiv, genom aggregation av en mycket stor mängd data från Sahlgrenska, Östra och Mölndals sjukhus till gemensam redovisning för SU i den nationella databasen.

Analys av sjukhusdata medför som tidigare diskuterats problem med vårdinnehåll i sjukhusen, högspecialiserad vård mm. Därför har storstadskommunerna Malmö/Lunds, Stockholms och Göteborgs kommuns invånares vårdtider analyserats utifrån ålder vid vårdtillfället. I figuren redovisas jämförande linje för invånarna i övriga VG-regionen.



Figur 11. Total sjukhusvårdtid för invånare i Stockholms och Göteborgs kommun samt Malmö/Lunds kommun. För jämförelse VG regionen förutom kommunerna stor-Göteborg.

Vårdtiderna för individerna i storstadskommunerna är relativt lika. Göteborgarna har dock något längre vårdtider för äldre individer än de jämförda kommunerna– framförallt Stockholmare. Vårdtiden för individer 75 år eller äldre har sammanställts i tabell 26.

Tabell 26. Total sjukhusvårdtid 1998 för individer 75 år eller äldre i redovisade kommuner oberoende av var i Sverige vården givits. Inkluderar ej psykiatri.

	Vårdtid
Göteborg	11,3
Stockholm	10,0
Malmö/Lund	10,5
Övriga VGregion	7,8

SAMMANFATTANDE SLUTSATSER

Vårdtid är ett mycket vanligt nyckeltal som ofta förekommer i rutinmässig produktionsstatistik. Vårdtid kan vara betydelsefullt som jämförelsemått mellan skilda verksamheter där det efter professionell tolkning kan vara ett viktigt stöd för effektiviseringsarbete. Vårdtid används emellertid också ofta för hela sjukhus trots att de är sammansatta av en mängd olika verksamheter. Syftet med redovisning av vårdtid för hela sjukhus är oftast uttalat men det tolkas ofta som ett jämförelsetal avseende produktivitet i vården.

Vårdtidsbegreppet baseras på tillsynes robusta och otvetydiga avgränsningar som när och var patienter skrivs in respektive ut från slutet vård på sjukhus vilket gör att det kan förknippas med en hög grad av tillförlitlighet. När vårdtid används som jämförelsetal för ett helt sjukhus så har vi i föreliggande rapport visat att det till synes enkla nyckeltalet påverkas av en rad faktorer som stör tolkningen. Vi har försökt beskriva de viktigaste felkällorna och vi har presenterat olika sätt att beräkna vårdtider som nyckeltal för hela sjukhus.

Ca två tredjedelar av de patienter som läggs in på ett sjukhus är akut sökanden och av dessa är det särskilt de äldre individerna som genererar flest vård dagar på ett sjukhus. Därför är det de äldre människornas akuta vård som har störst betydelse för ett akutsjukhus vårdtider. Sjukhusets övergripande förmåga att kombinera processer och aktiviteter som leder till att patienten hamnar på rätt vårdnivå med få omflyttningar är väl så viktigt som arbetet inom enskild klinik för att uppnå korta vårdtider. Därmed är vårdtiden till väsentlig del påverkbar av uppföljning och styrning för sjukhuset.

Vårdtidens längd kan inte utan vidare översättas i ekonomiska termer. Även om en längre vårdtid som regel är förenad med ökad resursförbrukning så skulle en längre vårdtid kunna vara förenad med en mer låg-intensiv och därmed mindre resurskrävande vård än vad vårdtiden i sig ger anledning till att tro. Men förkortade vårdtider innebär sannolikt ändå oftast en effektivisering. Socialstyrelsen konstaterade i sin rapport "Sjukvården i Sverige 1998" att det finns "så pass kraftiga variationer i vårdtid...att det kan vara möjligt att på vissa håll förkorta vårdtiderna och därmed frigöra vårdplatser som kan utnyttjas för patienter som behöver dem bättre".

Vi har förhoppningsvis besvarat en del frågeställningar men är medvetna om att vi reser nya frågeställningar att besvara. Vi anser att de viktigaste slutsatserna är

OM VÅRDTIDSBEGREPPET

- Ett sjukhus behov av vårdplatser är direkt beroende av de vårdtider som sjukhuset har.
- Vårdtid är ett viktigt nyckeltal vid jämförelser mellan sjukhus och mellan medicinska verksamhetsområden.
- Jämförelse av vårdtider för hela sjukhus fordrar en rad överväganden bland annat beaktande av faktiska skillnader i vad sjukhusen gör.
- Västra Götalandsregionens storlek och geografiska utbredning gör regionen särskilt lämpad för jämförelser av vårdtider från såväl ett produktionsperspektiv som från ett befolkningsperspektiv och en analys från ett befolkningsperspektiv tillför väsentlig kunskap
- Hur äldre människors vård organiseras och genomförs har avgörande betydelse för ett sjukhus vårdtider därför att den vården har så dominerande andel av sjukhusproduktionen.

SKILLNADER I VÅRDTIDER MELLAN SJUKHUSEN I REGIONEN

- Genom jämförelser kan sjukhusen i regionen lära av varandra eftersom de uppvisar en betydande variation i vårdtider och organisation.

- Vårdtiden för ett sjukhus är i hög grad tillgänglig för medveten styrning.
- Den viktigaste förklaringen till skillnader i vårdtid mellan sjukhusen är skillnader i typ av vård som sjukhusen producerar men vårdtider kan ändå analyseras och jämföras mellan sjukhus.
- Efter beaktande av sjukhusens vårdinnehåll så finns det betydande skillnader i vårdtid mellan sjukhusen i regionen där SU har den längsta och SkaS den kortaste vårdtiden. Det leder till att patienter från stor-Göteborg vårdas med längre vårdtider än patienter från övriga regionen.
- Omhändertagandet av äldre människors sjukdomar är viktigaste förklaringen till olikheter i vårdtider mellan sjukhusen där omflyttningar av patienter under en vårdepisod bidrar till att förlänga den totala vårdtiden
- Vårdtiden för specifika diagnoser uppvisar ibland stora skillnader mellan sjukhusen i regionen. Inom de största diagnosgrupperna kan t.ex. särskilt korta vårdtider noteras för förlossningar vid SU, strokevård vid SkaS och höftfrakturer vid SÅS.
- Kommunernas förmåga att omhänderta färdigbehandlade patienter har mindre betydelse för sjukhusets vårdtider än de faktorer som sjukhusen själva förfogar över och kan styra.