Verksamhetsförändringen år 2004 vid Alingsås lasarett i Mittenälvsborg

Rapport från ett års uppföljning

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Förord

Detta är slutrapporten avseende verksamhetsförändringen år 2004 vid Alingsås lasarett.
Via ett gemensamt uppdrag mellan Hälso- och sjukvårdskansliet i Borås, sjukhuset i Alingsås samt regionkansliet har en arbetsgrupp löpande följt förändringen under ett år.
Uppföljningen har avgränsats till att följa verksamhetsförändringen under ett år från genomförandet, det vill säga till och med den 31 mars 2005. Som underlag för uppföljningen utarbetades ett särskilt uppföljningsprogram med fokus på olika perspektiv, vilket återfinns som bilaga. Syftet har varit att få kunskap om hur förändringarna påverkat befolkningen i Mittenälvsborg och berörda verksamheter.
Regionkansliet står som ansvariga för uppföljningen.

Lars-Olof Rönnqvist
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Bengt Kron
Chef Analysenheten

Innehållsförteckning

1. Sammanfattning 1

2. Bakgrund och uppdrag 3

3. Verksamhetsförändringen vid Alingsås lasarett 6

4. Uppdrag 8

5. Metod 9

6. Resultat från uppföljning 11

6.1 Befolkning - medborgare - patient 11
6.2 Öppenvård 15
6.3 Slutenvård 21
6.4 Sjukvårdsupplysning 33
6.5 Ambulanstransporter och övriga sjuktransporter 35
6.6 Ekonomi 38
6.7 Personal 52
6.8 Intervju med verksamhetsansvariga 53
6.9 Synpunkter från övriga vårdgivare 55

7. Samlad diskussion 56

Bilagor 1

1. Sammanfattning

Alingsås lasarett genomförde under 2004 förändringar av verksamheten som syftade till att få sjukhusets ekonomi i balans. Grundstenarna i förändringen var en nattstängning av akutmottagningen kombinerat med en primärvårdsjourlinje lokaliserad till sjukhuset. Vissa minskningar gjordes inom specialistläkarmottagningarna för gynekologi och öron-, näs, och halssjukdomar. Förändringarna i akutvården anslöt till det samtidiga vårdstrukturarbetet. En uppföljning av förändringarna har nu gjorts på uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektören, hälso- och sjukvårdschefen för HSK Borås samt sjukhusdirektören för Alingsås lasarett. Uppföljningen har bedömt effektrena under ett år efter förändringen. Långsiktiga konsekvenser av verksamhetsförändringen har ej bedömts.

Telefonintervjuer via ”Vårdbarometern” (Sveriges kommuner och landsting) visar att befolkningens förtroende för sjukvården, mätt via ett antal frågeställningar, inte har försämrats i samband med verksamhetsförändringarna. Mätningarna ger en bred allmän bild över befolkningens inställning i stort, och är inte specifikt utformade för att utvärdera denna typ av förändringar.

Omfattningen av Mittenälvsborgarnas konsumtion av akutbesök vid sjukhusmottagningar har troligen inte påverkats på grund av nattstängningen i Alingsås. De patienter som tidigare sökt nattetid vid Alingsås lasarett tas sannolikt i första hand omhand vid annan tid på dygnet på Alingsås lasarett, i andra hand söker de akut på SU/Östra och SÄS. Den tidigare trenden med minskade besök vid primärvårdens jourmottagningar och ökade besök i den ordinarie primärvårdsverksamheten har fortsatt. Mittenälvsborgarnas konsumtion av öppenvård vid Öron-, näs- och halsmottagning har ökat. En nedgång i antalet besök ses vid Alingsås lasarett men det har motsvarats av en större ökning vid framförallt SÄS men även SU/Östra. Under uppföljningsperioden ses en minskning av gynekologiska läkarbesök. Konsumtionen mätt i slutenvårdstillfällen har ökat påtagligt efter verksamhetsförändringen. Den planerade vården har ökat med 15-20 procent i antal vårdtillfällen men inte på bekostnad av den akuta vården, som också ökar men i mindre grad

Produktionen av akutvårdsbesök har minskat vid Alingsås lasarett på grund av nattstängningen. Produktionen av vårdtillfällen har minskat något men produktionen har blivit mer resurskrävande och antalet DRG-poäng har ökat med tre procent. Alingsås lasarett är fortsatt ett närsjukhus för befolkningen i Mittenälvsborg med en låg andel "externa" patienter. Volymen vård till invånare i Alingsås, Herrljunga och Vårgårda är i stort sett oförändrad medan den minskat för Lerumsbor. Det har skett en viss omställning mot planerad vård inom de opererande specialiteterna där en ökad produktion av ledplastiker dominerar. Det har skett en viss minskning av den akuta invärtesmedicinska vården. Fortfarande är andelen ej planerad vård hög vid Alingsås lasarett.

Förflyttningar av patienter mellan sjukhus har ökat efter verksamhetsförändringen. Det gäller framförallt invärtesmedicin där tidigare knappt fem procent av inskrivningarna vid Alingsås lasarett var patienter som flyttats från annat sjukhus. Efter förändringen var det åtta procent.

Antalet ambulanstransporter har ökat med 6 % och körningarna har blivit längre, antalet körda mil har ökat med 19 %. De högst prioriterade körningarna har ökat mest medan de lågprioriterade körningarna minskat något. Till ökningen av ambulanstransporter kommer en marginell ökning av kostnaden för patienters egna resor med andra transportsätt. Kostnader för patienttransportbilar som ofta används vid transporter mellan sjukhus har inte kunnat utvärderas.

Kostnader förknippade med verksamhetsförändringen har beräknats på flera sätt med olika resultat men ändå med principiell överensstämmelse. Beräkningarna ger en ungefärlig bild och visar en kostnadsökning på 25-30 mkr varav ca 5-6 mkr kan hänföras till stängningen av akutmottagningen och resterande till den ökade konsumtionen av vård som har skett. Merparten av kostnadsökningen förklaras av att det tillkommit kostnader för vård som överflyttats till andra sjukhus samtidigt som produktionen inte minskat vid Alingsås lasarett. Samtidigt har Alingsås lasarett genomfört besparingar som inte kan hänföras till strukturförändringen.

Avgränsningen mellan kostnader för stängningen av akutmottagningen och kostnader för andra förändringar är svår eftersom åtgärderna hänger samman på flera sätt. Ökningen av planerad vård har t.ex. tagit tillvara frigjord kapacitet vid Alingsås lasarett. Det är osäkert om förändringen annars kunnat göras kostnadsneutralt genom besparingar vid Alingsås lasarett som motsvarat de kostnadsökningarna som skett vid andra sjukhus för utflyttade patienter.

Beträffande arbetsmiljö har omstruktureringen varit turbulent för akutmottagningens personal. I ett vidare perspektiv har det skett förbättringar genom mer störningsfri verksamhet nattetid. Mindre jourbörda och bättre planerbar vård påverkar arbetskvaliteten positivt för kirurger och ortopeder. En nackdel är den höga arbetsbelastning som upplevs mellan klockan 22.00 – 23.00 nattetid, för att kunna slutföra dagarbetet och stänga akutmottagningen.

Förändringen har haft olika effekter på den medicinska och kirurgiska vården. Den invärtesmedicinska verksamheten vårdar samma typ av patienter men omhändertagande av patienter som inlagts på andra sjukhus utgör en ökande del av verksamheten. Man har kvar samma jourlinjer trots nattstängningen. Man är på invärtesmedicin inte främmande för tanken på att åter öppna för dygnetruntinskrivning av invärtesmedicinska patienter men menar att ett sådant steg kräver förberedelser.
Den kirurgiska vården har genomgått större förändringar. De har kunnat avveckla två jourlinjer och kunnat öka den planerade vården. Utvecklingen av Alingsås lasarett till profilsjukhus med kompletterande regionala uppdrag ger samtidigt som den akuta vården minskat marginellt har gett en större basvolym och därigenom ett bättre underlag kompetensmässigt för de opererande specialiteterna.
Vid akutmottagningen bedrivs nattetid efter förändringen enbart primärvårdsmottagning i sjukhusets regi.

2. Bakgrund och uppdrag

Mittenälvsborg
Mittenälvsborg består av kommunerna Lerum, Alingsås, Vårgårda och Herrljunga. Antalet invånare i Mittenälvsborg per den 31 december 2004 var drygt 92 000. Andelen Mittenälvsborgare är 6,1 % av hela Västra Götalandsregionen. För Mittenälvsborgarna är Alingsås lasarett deras närsjukhus och skall i nära samarbete med andra vårdgivare svara för hälso- och sjukvården och skapa trygghet dygnet runt för de boende i området.

Figur 2.1 Karta över Mittenälvsborg med kommunerna Lerum, Alingsås, Vårgårda, Herrljunga samt Alingsås lasarett.

I Mittenälvsborg har kommunerna Lerum och Alingås flest invånare med ca 36 000 invånare vardera följt av Vårgårda med knappt 11 000 invånare och Herrljunga med drygt 9 000 invånare.

Tabell 2.1 Folkmängd i Mittenälvsborg 31/12 2004.

Kommuner	Folkmängd* 2004-12-31	Andel (%) av HSN	Andel (%) av VGR
Lerum	36 224	39,3	2,4
Vårgårda	10 680	11,6	0,7
Herrljunga	9 417	10,2	0,6
Alingsås	35 761	38,8	2,3
Totalt HSN	**92 082**	**100,0**	**6,1**
Totalt VGR	**1 521 895**		

** Källa: SCB 2005.*

Antalet födda år 2004 i Mittenälvsborg var 994 individer och det är något högre än genomsnittet för VGR. Andelen utländska medborgare ligger på 3,3 % där variationsbredden för VGR är 2,7 – 13,2. Nedan redovisas fördelningen per åldersgrupp för kommunerna i Mittenälvsborg. Bilden stämmer relativt väl överens med hur fördelningen ser ut för Västra Götalandsregionen.

Tabell 2.2 Andel Mittenälvsborgare per åldersgrupp 2004.

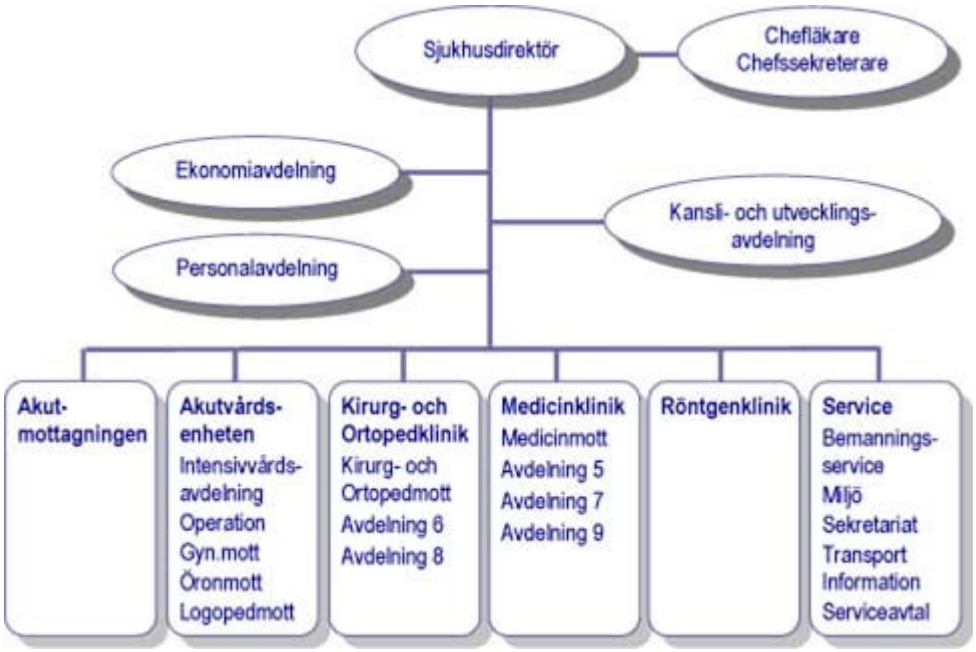
MittenÄlvsborg	Andel i Mittenälvsborg		Andel i övriga VGR	
	män	kvinnor	män	kvinnor
0-6	51,0	49,0	51,5	48,5
7-18	51,3	48,7	51,4	48,6
19-44	50,4	49,6	51,1	48,9
45-64	50,3	49,7	50,5	49,5
65-74	49,3	50,7	47,5	52,5
75-84	43,1	56,9	42,3	57,7
85-	31,8	68,2	31,9	68,1
Totalt	**49,7**	**50,3**	**49,7**	**50,3**

Vårdstruktur - utvecklingsstrategi
Den 14 september 2004 antog regionfullmäktige Utvecklingsstrategin för hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen. Avsikten är att omfördela resurserna från den akuta sjukhusvården till planerad vård, primärvård och närsjukvård så att bland annat köerna i vården kan kortas. Den planerade förändringen vid Alingsås lasarett överensstämde med den regionala utvecklingsstrategin. Strategin som beslutades av regionfullmäktige var en fördjupning av det inriktningsbeslut som togs den 1 mars 2004. Detaljerna i strategin och hur den skall genomföras beslutas gemensamt av lokala beställare och utförare.

Målen för förändringsarbetet/utvecklingsstrategin är att:
- Tillgodose vårdbehoven.
- Den planerade vården måste tillförsäkras tillräckliga resurser.
- Förbättra tillgängligheten till den vård som människor behöver ofta.
- Garantera kvalitet och säkerhet i vården.
- Förbättra samverkan och samarbetet mellan vårdgivare och tydliggöra uppgiftsfördelningen.
- Säkra personalförsörjning, kompetens och en god arbetsmiljö.
- Ha kontroll över ekonomin.

De grundläggande principerna för förändringsarbetet är att:
- Använda de samlade resurserna så effektivt som möjligt
- Utveckla och stärka närsjukvård och primärvård
- Öka tillgängligheten till vård på dagtid
- Öka andelen planerbar vård
- Skapa effektivare enheter för planerad vård
- Jourverksamhet på tider då det är få patienter avvecklas
- Koncentrera den specialiserade breda akutsjukvården för att tillgodose kvalitet och säkerhet
- Stärka samverkan mellan vårdgivare

Alingsås lasarett
Alingsås lasarett har tillsammans med primärvården ett områdesansvar för invånarna i Mittenälvsborg. Sjukhuset har i enlighet med regionens stukturbeslut utvecklats mot att ta emot mer planerad vård. Lasarettet är även ett specialistsjukhus med höft- och knäledsoperationer som profilområde. På lasarettet arbetar drygt 600 personer och det finns år 2004, ca 100 vårdplatser beroende på att antalet varierar mellan vardag och helg samt under sommarperioden. Fördelningen av vårdplatser mellan kirurgi och medicin är 40/60. Nettokostnaderna för Alingsås lasarett utgjorde knappt 2% av de samlade kostnaderna för sjukhusen i VGR 2004.



Figur 2.2 Organisationsschema över Alingsås lasarett.

Uppdraget via överenskommelsearbetet
I februari 2004 beslöt hälso- och sjukvårdsvårdsnämnden i Mittenälvsborg och styrelsen för Alingsås lasarett att genomföra verksamhetsförändringar i syfte att anpassa verksamheten till tillgängligt ekonomiskt utrymme. Det fanns en diskrepans mellan tillgängligt ersättningsutrymme och den vårdöverenskommelse som förelåg. Inför den nya vårdöverenskommelsen fanns ett beskrivet sparkrav om 8 mkr för lasarettet.

3. Verksamhetsförändringen vid Alingsås lasarett

Den första förändringen var att stänga Alingsås lasaretts akutmottagning nattetid mellan klockan 22.00 och 08.00. Andra förändringar var att minska verksamheten vid lasarettets gynekologimottagning samt för öron-, näs-, och halsmottagningen. De sistnämnda förändringarna genomfördes främst med syfte att sänka kostnaderna och utgick inte från intentionerna i vårdstrukturbeslutet. Enheterna har slagits samman och bättre lokalutnyttjande har uppnåtts. Nattstängningen av akutmottagningen skedde från den 1 april 2004 och de andra förändringarna skedde successivt under år 2004, med start under första kvartalet. Ytterliggare en förändring skedde den 1 april 2004 då en jourmottagning med allmänläkarkompetens nattetid upprättades på lasarettet.

Akutmottagningen
Förslaget innebar en nattstängning av akutmottagningen till kirurgi/ortopedi och medicin mellan kl. 22.00 – 08.00. I genomsnitt sökte nio patienter per natt vård vid lasarettets akutmottagning (fem inom kirurgi/ortopedi och fyra inom medicin). Av dessa blev drygt tre patienter per natt inlagda i slutenvård (en inom kirurgi/ortopedi och två inom medicin). Det rör sig om 3 200 besök på akutmottagningen varav 1 200 besök ledde till inskrivningar i slutenvården. Dessa besök och slutenvårdstillfällen behövde nu tas om hand på annat sätt. Patienter i behov av omedelbart omhändertagande skulle hänvisas till akutmottagningar vid närliggande sjukhus (SU, SÄS eller NU-sjukvården). Patienter som ringer sjukvårdsupplysningen och kan vänta erbjuds tid för läkarbesök nästa morgon eller på jourmottagningen. Inskrivning i slutenvård under nattetid är ej möjlig. Patienter med öppen retur skulle ej beröras då dessa återinläggs direkt till vårdavdelningen. Förslaget skulle ge sänkta kostnader om 5 mkr per helår avseende indragning av tjänster vid akutmottagningen, nedläggning av en jourlinje inom kirurgi och en beredskapslinje inom ortopedi. Härtill skulle eventuella ekonomiska besparingar kunna ske vid vårdavdelningar, intensivvård, operation, röntgen, sekretariat, medicinsk service och läkemedel.

Jourmottagning
I februari 2004 stängs Primärvårdens jourcentral kvällar 17.00 – 22.00 måndag – fredag. Jourcentralen har fortfarande öppet lördag till söndag 5-6 timmar under dagtid.

Från den 1 april 2004 ges Alingsås lasarett i uppdrag av hälso- och sjukvårdsnämnden att för de patienter som inte åker med ambulans till akutmottagning vid annat sjukhus öppna en jourmottagning nattetid. Den skall vara bemannad av läkare med allmänmedicinsk kompetens, utan mandat att skriva in patienter i slutenvården. Jourmottagningen skulle samordnas med sjukvårdsupplysningen i Mittenälvsborg. I möjligaste mån skulle dessa patienter hänvisas till vårdcentraler eller lasarettets mottagningar dagtid. Jourmottagningen beräknades till 3,5 mkr och skulle finansieras via effekter inom lasarettet som följd av nattstängningen av akutmottagningen. Under denna period (april – december) finns tre utbudspunkter för akutvård under olika delar av dygnet.

I 2005 års överenskommelse fick lasarettet en med primärvården gemensam beställning för akut omhändertagande av Mittenälvsborgare. Fr.o.m. den 10 januari 2005 öppnades en gemensam mottagning i akutmottagningens lokaler där all jourverksamhet samlades. Alingsås lasarett blev driftansvarig. Allmänläkarkompetens finns nu tillgänglig helger och kvällar från kl. 18.00 till 08.00 samt helger 12.00-18.00. Det innebär en utökad service mellan klockan

18.00-22 .00 eftersom även sjukhusets akutläkare är i tjänst. Samtidigt avslutas en beredskapslinje nattetid med allmänläkarkompetens.

Öron-, näs- och halsmottagning
Vid öron- näs och halsmottagning skulle antalet läkarbesök halveras gentemot budget. Antalet läkarbesök för befolkningen i Mittenälvsborg uppgick april 2003 - mars 2004 till 5 000 besök totalt varav 2300 vid Alingsås lasarett. Förslaget skulle via budgetneddragning ge direkta sänkta kostnader om 1,4 mkr. Förslaget låg som tidigare beskrivits ej i enlighet med strukturplanen utan var ett led i att undvika kostnadsökning, då tidigare volym enligt budget ej uppnåtts.

Gynekologimottagning
Vid mottagningen för gynekologi skulle antalet läkarbesök reduceras mot budget medan antalet sjuksköterskebesök skulle vara oförändrade. Förslaget beräknades ge direkt sänkta kostnader med 0,85 mkr. Mottagningen hade ej varit fullt bemannad tidigare varför det mer var att betrakta som en budgetjustering än en faktiskt neddragning av verksamheten.

Samlat mottagningarna Öron-, näs- och hals samt Gynekologi
Genom att slå samman enheterna skapades förutsättningar för lägre kostnader.
Minskat behov av service från sekretariatet beräknades motsvara en besparing om 0,3 mkr.

4. Uppdrag

Hälso- och sjukvårdsdirektören har, tillsammans med sjukhusdirektören för Alingsås lasarett och hälso- och sjukvårdschefen i Borås, givit regionkansliet ansvaret för att följa upp verksamhetsförändringarna vid Alingsås lasarett (bilaga 1). En grupp med representanter för Alingsås lasarett, Hälso- och sjukvårdskansliet i Borås och regionkansliet har arbetat med uppdraget. Uppföljningen belyser hur verksamhetsförändringarna påverkar befolkningens tillgänglighet och vårdkonsumtion samt hur patientströmmarna förändras. Verksamhetsförändringarnas konsekvenser för personalens arbetsmiljö på de berörda verksamheterna och de ekonomiska effekterna har undersökts och belysts. Andra vårdgivare har getts möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i uppföljningen samt delge erfarenheter från sin sida.

Följande personer har deltagit i arbetsgruppen: Ulla Stjernlöf, Jan Hallén och Britha Sjöberg från Alingsås lasarett, Katarina Orrbeck, Anncatrin Studahl och Anders Östlund från hälso- och sjukvårdskansliet i Borås samt Lars Palo, Annika Karlqvist, Staffan Björck och Maria Gabrielsson Fredrikson från regionkansliets hälso- och sjukvårdsavdelning.
Bo Hallin (RK) och Dan Westerberg (HSK Borås) medverkade i första delrapporten.
Behjälplig med databasutsökningar har varit Mona-Lis Dalbrekt, (RK).
Regionkansliets hälso- och sjukvårdsavdelning, analysenheten ansvarar för och har varit författare av rapporten.

Uppföljningen bygger på att utifrån fyra olika perspektiv försöka fånga och beskriva verksamhetsförändringen. Uppgifter har framförallt hämtats från den regionala vårddatabasen VEGA. Statistik och uppföljningar har även hämtats från sjukhusens interna register och databaser. Vårdbarometern, via Sveriges kommuner och landsting, har använts för att fånga befolkningens synpunkter på utvalda frågeställningar. Data för jämförande perioder har tagits fram för att möjliggöra en beskrivning av själva förändringen. Intervjuer har utförts med verksamhetsföreträdare på Alingsås lasarett. Datamaterial har stämts av och synpunkter har inhämtats från övriga vårdgivare.
Statistiska uppgifter som följer i rapporten härrör från den regionala vårddatabasen, om ej annat angivits.

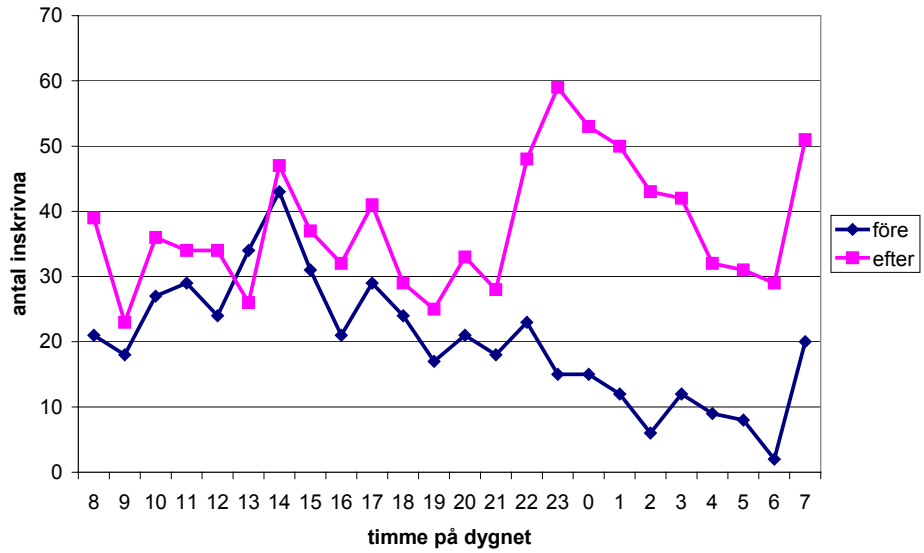
5. Metod

Uppföljningen bestämdes ske löpande med tre uppföljningsperioder, tertialrapporter med start den 1 april 2004. Som underlag för uppföljningen utarbetades ett program. I programmet eller uppföljningsplanen redovisas fyra perspektiv – medborgarperspektiv, verksamhetsperspektiv, personalperspektiv och ekonomiskt perspektiv. I medborgarperspektivet följs effekter av verksamhetsförändringarna för medborgarna och även patienterna upp. Det gäller förändringar av tillgänglighet och konsumtion av vård, men också medborgarnas trygghet och förtroende för hälso- och sjukvården. I verksamhetsperspektivet följs de överföringar som sker mellan de aktuella vårdgivarna och vilka förändringar som sker i vårdkedjan för några viktiga diagnosgrupper. Personalperspektivet belyser personalens upplevelser av förändringar i arbetsmiljön på lasarettet samt förändringar i sjukfrånvaro och övertid på akutmottagningen till följd av nattstängningen. I ekonomiperspektivet redovisas ekonomiska effekter för sjukvården före och efter verksamhetsförändringen. Flera metoder har använts bl.a. vilka förändringar som sker av fakturerade belopp till hälso- och sjukvårdsnämnden inom aktuella vårdområden, vilka kostnadsförändringar som vårdgivarna redovisar, för både Alingsås lasarett som för övriga vårdgivare samt en samlad ekonomisk bedömning. Uppföljningarna av de ekonomiska effekterna har försvårats av att perioden inte överensstämmer med helår.

Arbetsgruppen tog i inledningsskedet fram en uppföljningsplan där frågor utifrån de olika perspektiven formulerades, metod och datakälla bestämdes samt vilka tidsperioder och jämförelseperioder som skulle följas. Det visade sig efterhand att en del planerad uppföljning ej kunde genomföras bl.a. avseende uppföljning av väntetider i vården. Detta på grund av svårigheter att få fram tillförlitligt underlag . I andra avseenden har ytterliggare uppföljningar gjorts som komplement till planen i syfte att följa någon frågeställning som kommit fram under perioden.

Den verksamhetsförändring som analyserats har framförallt gällt stängningen av akutmottagningen på natten mellan klockan 22.00-08.00. Det finns dock flera skäl till att vid utvärdering av effekter se till patientströmmar under hela dygnet istället för att specifikt söka identifiera nattpatienter:

- Det är svårt att identifiera nattpatienter i data system där det är oklart hur representativ tiden är för ankomst till sjukhuset. Inskrivningstid på avdelning kan skilja sig markant från den tid patienten sökte vård.
- Datakällor visar at det sker en ökande tillströmning av patienter redan på eftermiddagen till SU/Östra innan akutmottagningen stänger vid Alingsås lasarett, vilket visas i figuren på nästa sida. Nattstängningen kan ge ökade strömmar dagtid på grund av oklarheter när det är stängt i Alingsås eller osäkerhet för patienten om man kan komma till lasarettet i tid.
- Akuta vårdbehov nattetid kan leda till planerade besök eller vårdtillfällen vid samma sjukhus på dagtid för vidare kontroll, utredning eller operation.
- Patienter kan vänta tills en akutmottagning stänger eller öppnar för att söka det sjukhus man föredrar.



Figur 5.1 Antal mittenälvsborgare inskrivna per timme vid SU/Östra under ett år, före och efter verksamhetsförändringen.
Källa: datafiler från sjukhuset.

Därför har vi valt att i uppföljningen konsekvent jämföra hela dygnsvolymer av vård före och efter verksamhetsförändringen.

Resultatet från uppföljningen speglar verksamhetsförändringen vid Alingsås lasarett och dess konsekvenser för Mittenälvsborgarna från det att den genomfördes och ett år framåt. Den speglar även andra förändringar som också de kommit att påverka resultatet i olika omfattning. Syftet med uppföljningen har varit att skaffa kunskap om hur förändringarna under just denna period påverkat befolkningen i Mittenälvsborg och berörda verksamheter. Fakta med jämförande perioder bakåt har tagits fram. Långsiktiga effekter av verksamhetsförändringen har ej värderats.

6. Resultat från uppföljning

Uppgifterna avser hur invånarna i kommunerna Alingsås, Vårgårda, Herrljunga och Lerum konsumerat hälso- och sjukvård. Mätningarna avser perioden 1 april 2001 – 31 mars 2005 och verksamhetsförändringen i Alingsås skedde successivt från 1 april 2004.
Under den aktuella uppföljningsperioden har ytterligare förändringar skett som på olika sätt påverkar verksamheten. Detta leder till att man ej isolerat kan dra slutsatser från ”en” verksamhetsförändring utan flera faktorer spelar in. Några andra förändringar som påverkar uppföljningen är:

- Primärvårdens jourcentral på Södra Ringgatan i Alingsås stängdes vardagkvällar 1 februari 2004.
- Vårdprogram för framväggsinfarkter och instabil kärlkramp förändrades samtidigt som akutmottagningen stängdes nattetid.
- En förstärkning av sjukvårdsupplysningen skedde fr.o.m. 2004.
- I samband med verksamhetsförändringen öppnas en allmänmedicinsk jourmottagning på sjukhuset. I 2005 års överenskommelse fick lasarettet en med primärvården gemensam beställning för akut omhändertagande av Mittenälvsborgare. Den 10 januari 2005 öppnades en gemensam mottagning i akutmottagningens lokaler med utökade öppettider där all jourverksamhet samlades. Alingsås lasarett blev driftansvarig.
- Vårdöverenskommelsen mellan HSN Mittenälvsborg och Alingsås lasarett för år 2005 innebar att antalet läkarbesök vid gynekologimottagningen återställdes till den volym som innan förändringen.
- Efter verksamhetsförändringen har beställningen av planerad vård utökats.

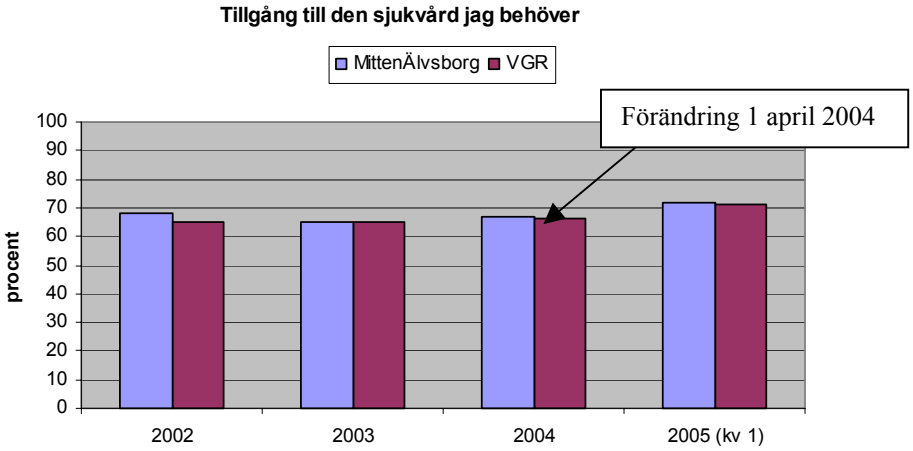
6.1 Befolkning - medborgare - patient

Sveriges kommuner och landsting (Landstingsförbundet) och flertalet av landsting/regioner i Sverige genomför varje kvartal en rullande mätning av svenska folkets inställning till hälso- och sjukvård. Undersökningen går under benämningen ”Vårdbarometern”. Syftet är att få en uppfattning om den vuxna befolkningens attityder till, kunskaper om och erfarenheter av hälso- och sjukvården. Undersökningen vänder sig till medborgare i allmänhet och i vissa frågor till de som varit patienter inom sjukvården.

Ur Vårdbarometern kan man hämta information om befolkningens uppfattning om tillgång till sjukvård och genom att den upprepas - om uppfattningen förändrats i samband med verksamhetsförändringarna. Varje kvartal telefonintervjuas 150 personer i Mittenälvsborg och 2000 i regionen. På en 5-gradig skala får den tillfrågade bedöma om han/hon har tillgång till den vård som han/hon behöver. Andelen (%) med betyg 4 eller 5 används som mått.

Upplevelsen av hälsa
På en agregerad nivå är upplevelsen av hälsa hos medborgarna i Mittenälvsborg väsentligen oförändrad 2004 jämfört med tidigare år. 77 procent uppger sig må bra vilket är i nivå med såväl regionen som med riket i övrigt

Tillgänglighet
Totalt instämmer 66 procent av medborgarna i Mittenälvsborg i påståendet att de har tillgång till den sjukvård de behöver vilket är samma som i regionen men lägre än i Sjuhärad där 76% anser att man har tillgång till den sjukvård man behöver. För perioden april 2004 – mars 2005 är det 68% som instämmer helt eller delvis att de har tillgång till den sjukvård de behöver.



Figur 6.1.1 Andel Mittenälvsborgare som svarat att man har tillgång till den sjukvård man behöver.
Källa: Vårdbarometern

Undersökningen visar att allmänhetens andel individer som har tilltro till att de får den vård de behöver inte försämrats i samband med verksamhetsförändringarna. Det är sannolikt ett mått som speglar allmänhetens inställning i stort, inte minst av mediabevakning, och det är oklart i vilken mån det kan påverkas av verksamhetsförändringar i sig.

Betyg på vård
78 procent av kvinnorna och 62 procent av männen i Mittenälvsborg uppgav att de den senaste 12 månaders perioden besökt en vårdcentral eller hälsocentral. I Mittenälvsborg uppgav 53 procent av männen och 44 procent av kvinnorna att de fick tid samma dag. 13 procent av männen respektive 18 procent av kvinnorna uppgav att de fick vänta en dag fram till besöket. Totalt erhöll 78 procent av de sökande en tid inom en vecka vilket är en liten förbättring jämfört med 2003 (76%). Motsvarande siffra för regionen 2004 är 70 procent.

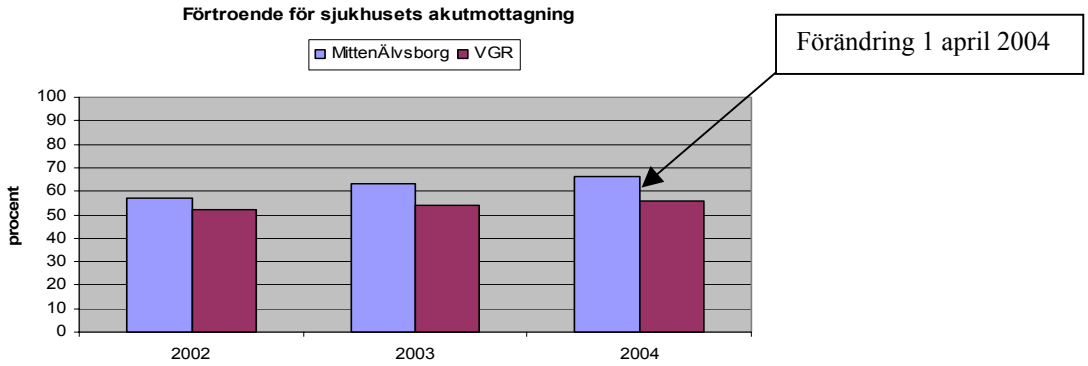
En god telefontillgänglighet underlättar betydligt för medborgarna i deras möjligheter till kontakt med vården. Vårdbarometerns uppföljning avseende 2004 visar att andelen intervjuade som ansåg det lätt att komma fram på telefon till vårdcentral var 69 procent jämfört med 64 procent året innan. Samtidigt minskade andelen som ansåg det svårt att komma fram från 19 procent till 14 procent.

Sjukvårdsupplysningen Södra Älvsborg är öppen dygnet runt och utgör ett komplement till rådgivningen på vårdcentraler och specialistmottagningar. Resurser har särskilt avsatts för att möta behovet av det ökande antalet inkommande samtal. 34 procent av de som ringt sjukvården för rådgivning uppger att de ringt till sjukvårdsupplysningen. Detta är en ökning från föregående år med 13 procentenheter. Hälften ringer direkt till en vårdcentral vilket är en minskning jämfört med föregående år. När de uppringande väl beslutat sig för att ringa framträder inga egentliga könsskillnader på vart man väljer att ringa. Däremot om frågan ställs mer öppet: vad gör du/vart vänder du dig om du upplever dig sjuk. Kvinnor ringer i större utsträckning till sjukvården för att få råd om vart de ska vända sig medan männen i större utsträckning åker in direkt, till akuten eller vårdcentralen. Ur statistiken från sjukvårdsupplysningen kan man ej särskilja Mittenälvsborg från hela södra Älvsborg varför dessa förändringar inte kan sägas vara kopplade till förändringarna i Alingsåsområdet..

Information och delaktighet
När Vårdbarometern 2004 efterfrågar den information som delgivits patienten om dennes sjukdom/problem vid besök på vårdcentralen visar det sig att 81 procent är nöjda med informationen medan ca 5 procent är missnöjda. Det kan jämföras med 80 procent nöjda och 9 procent missnöjda föregående år. Efter besök på akutmottagning uppger 83 procent att de är nöjda med informationen medan 9 procent är missnöjda. Män förefaller vara mer nöjda med informationen på akutmottagning jämfört med kvinnor och omvänt är kvinnor mer nöjda med informationen efter besök på vårdcentral.

Bemötande och förtroende
Vårdbarometerns uppföljning av patienternas uppfattning om bemötande visar att 90 procent anser sig ha blivit bemötta med respekt på vårdcentralen. De som besökt akutmottagning anger i störst utsträckning att de fått ett respektfullt bemötande (95%). Förändringarna mellan år 2002 och 2004 är mindre men trenden är positiv. De missnöjdas andel minskar och de som uppskattat bemötandet ökar.

58 procent uppger att de känner förtroende för den vård som ges vid vårdcentraler och för sjukhusens akutmottagningar är motsvarande siffra 65 procent. En ökande andel anger att förtroendet är högt jämfört med de föregående åren. Liksom tendensen hos dem vars förtroende är lågt, andelen som anger detta, sjunker över tid. En viss försiktighet bör dock iakttagas kring exakta nivåer då antalet intervjuade är lågt och därvidlag behäftat med viss osäkerhet.



Figur 6.1.2. Andel Mittenälvsborgare som angett att man har förtroende för sjukhusens akutmottagningar.

Källa: Vårdbarometern

Kvinnor har högre förtroende för vården jämfört med männen. Äldre personer och personer med grundskola har högre förtroende än andra för vården. Graden av kontakt med hälso- och sjukvården spelar roll, ju större kontakt man haft med hälso- och sjukvården ju mer ökar förtroendet för sjukvården.

Från och med år 2005 har frågeformuleringen i Vårdbarometern förändrats, vilket innebär att det ej är möjligt att få uppgifter vad avser förtroendet för sjukhusets akutmottagning och andra mottagningar.

Betyg på besök vid vårdcentral
Som ett sammanfattande betyg på besöket på vårdcentralen ger 84 procent de högsta betygen (betyg 4 och 5 på en 5-gradig skala) jämfört med 76 procent året före. 5 procent är missnöjda vilket är en förbättring mot tidigare år**.** 77 procent av patienterna som besökt en akutmottagning gav ett högt betyg medan 5 procent gav lågt betyg. Detta är en förbättring jämfört med förra året.

Sammanfattning av patient/befolkningsenkäter
De mätningar som gjorts via ”Vårdbarometern” visar att befolkningens förtroende för sjukvården mätt på olika sätt inte försämrats i samband med verksamhetsförändringarna. Graden av kontakt med hälso- och sjukvården spelar roll, ju större kontakt man haft med hälso- och sjukvården ju mer ökar förtroendet för vården. Mätningarna ger dock en generell bild över allmänhetens inställning till vården, som sannolikt speglar hur sjukvården i stort beskrivs i media. De som direkt påverkats av verksamhetsförändringen genom att få åka till andra sjukvårdsenheter och hur de upplevt detta har inte undersökts särskilt.

6.2 Öppenvård

Vårdproduktion
Den vårdproduktion inom akutsjukvården vid Alingsås lasarett som omfattas av verksamhetsförändringen är den som utförts mellan 22.00 och 08.00 då sjukhusets akutmottagning stängs.
Det rör sig om 3 200 ej planerade besök (inklusive inskrivningsbesök) och 1 200 ej planerade inläggningar per år som måste omhändertas på annat sätt. Detta antal är ungefärligt och baseras på undersökningar av sökmönstret under 8 veckor under januari, april augusti och september 2003.

6.2.1 Akut- och jourmottagningar
Konsumtionen av öppenvård för Mittenälvsborgarna i form av läkarbesök på akutmottagningar och jourmottagningar sammanlagt har successivt minskat sedan år 2002. Konsumtionen är cirka 2 000 besök per månad. Observera att det samtidigt skett en ökning av det som betecknas som besök på vårdcentraler för Mittenälvsborgarna. Varför konsumtionen är relativt sett oförändrad.

Tabell 6.2.1. Antal läkarbesök på akut- och jourmottagningar för Mittenälvsborgare

	2001 04 2002 03	2002 04 2003 03	2003 04 2004 03	2004 04 2005 03
Sjukhusens akutmottagningar				
Alingsås lasarett	14 150	13 233	14 417	12 611
Borås lasarett	1 354	1 226	1 251	1 464
NÄL	261	204	197	304
SU/Östra	706	725	1096	1929
Summa akutmottagningar	**16 471**	**15 388**	**16 961**	**16 308**
Primärvårdens jourmottagningar				
Alingsås lasarett	0	0	0	3239
Jourcentral PV/AL	14 404	14 536	8 151	2 389
Borås lasarett	814	746	827	1282
NÄL	186	196	173	203
Summa jourmottagningar	**15 404**	**15 478**	**9 151**	**7 113**
Summa besök akut- och jourmottagningar	**31 875**	**30 866**	**26 112**	**23 421**

Besök på sjukhusens akutmottagningar har bara förändrats marginellt efter verksamhetsförändringen. Det går inte att påvisa någon säker påverkan på benägenheten att söka sjukhusens akutmottagningar eftersom den minskning som ses är så liten att den är i nivå med de variationer som ses åren före. De som sökt akutmottagningen vid Alingsås lasarett har sannolikt ofta allvarlig sjukdom eftersom ca 1/3 av de akutsökande skrevs in för sluten vård året före verksamhetsförändringen.

Jourmottagningen vid Alingsås lasarett som startade 2004 utökade sitt öppethållande till klockan 18.00 - 08.00, 10 januari 2005. Beträffande fördelningen av patienter under dygnet så är antalet patienter 5,7 per natt, det vill säga mellan 22.00 – 08.00, då akutmottagningen är stängd. Det är baserat på statistik från perioden 10 januari tom 31 mars 2005 då ca 460 patienter (2 % av besöksvolymen) besökte jourmottagningen nattetid.

Sjukhuset i Alingsås hade 1800 färre besök året efter förändringen vilket motsvarar drygt hälften av de tidigare nattliga akutmottagningsbesöken. Alingsåsborna gjorde 1153 fler besök vid akutmottagningarna vid övriga sjukhus vilket är ca en tredjedel av de tidigare nattliga besöken vid Alingsås lasarett. Under förutsättning att det totala besöksbehovet inte minskat påtagligt året efter förändringen talar detta för att en betydande del av de berörda patienterna valde att komma till akutmottagningen Alingsås under dagtid. Det skulle kunna en innebära medicinsk risk om patienter väljer att vänta till Alingsås lasarett öppnar, se vidare avsnitt 6.8 intervjuer med verksamhetsansvariga.

Tillgängliga data gör det möjligt att göra en grov skattning - av behovet av akutvårdsbesök så omhändertas efter stängningen av akutmottagningen nattetid:

- Ca 44% vid Alingsås vid andra tider på dygnet
- Ca 36 % vid övriga sjukhus akutmottagningar där SU/Östra svarar för 26%.
- Ca 20% vid jourcentraler eller inom primärvård

Bedömningen om att det är ca 20 % överflyttning till primärvård baseras på att det är ca 650 besök färre på sjukhusens akutmottagningar. Det är dock en osäker siffra eftersom variationen mellan åren över hur många som söker akutmottagningar är större än detta. Det förefaller dock vid en samlad bedömning att det sannolikt är en betydande del av patienterna som fortsatt tas omhand vid Alingsås lasarett.

Inom primärvården däremot förefaller det ha skett en förskjutning från besök vid jourcentraler till det som rubriceras som vanlig primärvård. Huruvida det är en reell förskjutning från akut till planerad vård har inte analyserats inom detta uppdrag. Det skulle kunna vara så att de patienter som tidigare tagits omhand vid jourcentraler istället tas omhand som akutbesök inom den ordinarie verksamheten. Den förskjutning som skett i de registrerade primärvårdsbesöken är intressant, men har i huvudsak skett före verksamhetsförändringen vid Alingsås lasarett.

Tabell 6.2.2. Antal läkarbesök för Mittenälvsborgare inom Primärvård.

	2001 04 2002 03	2002 04 2003 03	2003 04 2004 03	2004 04 2005 03
Jourmottagningar	15 404	15 478	9 151	7 113
Övrig primärvård	95 379	93 891	90 653	95 350
Summa	**110 783**	**109 369**	**99 804**	**102 463**

Tabellen nedan ger en samlad bild över öppenvårdskonsumtionen för Mittenälvsborgarna. Mellan 2003 och 2004 går den samlade konsumtionen upp med 1,7 %

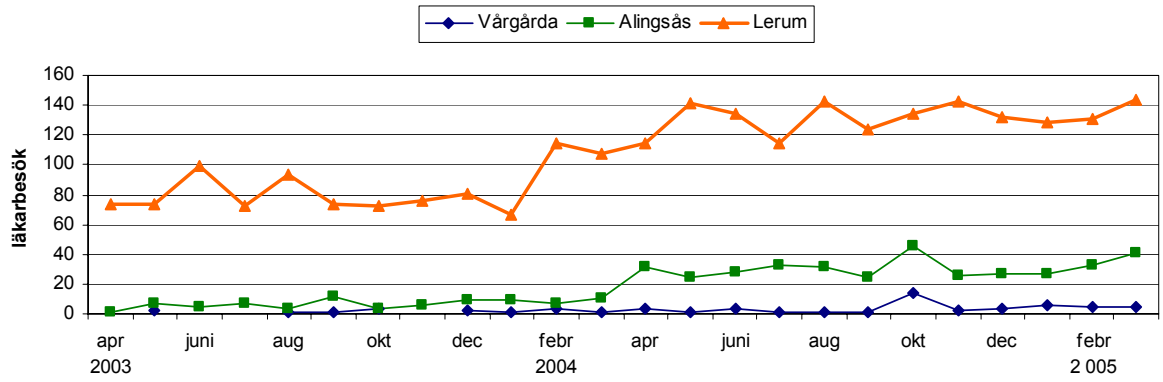
Tabell 6.2.3. Totalt antal läkarbesök Mittenälvsborgare – öppenvårdskonsumtion.

	2001 04 2002 03	2002 04 2003 03	2003 04 2004 03	2004 04 2005 03
Läkarbesök akutmottagningar	16 471	15 388	16 961	16 308
Läkarbesök primärvårdens jourmottagingar	15 404	15 478	9 151	7 113
Läkarbesök övrig primärvård	95 379	93 891	90 653	95 350
Summa öppenvårdskonsumtion	**127 254**	**124 757**	**116 765**	**118 771**

Akutmottagningar Sahlgrenska Universitetssjukhuset område Östra och Södra Älvsborgs sjukhus

Akutbesök på SU/Östra

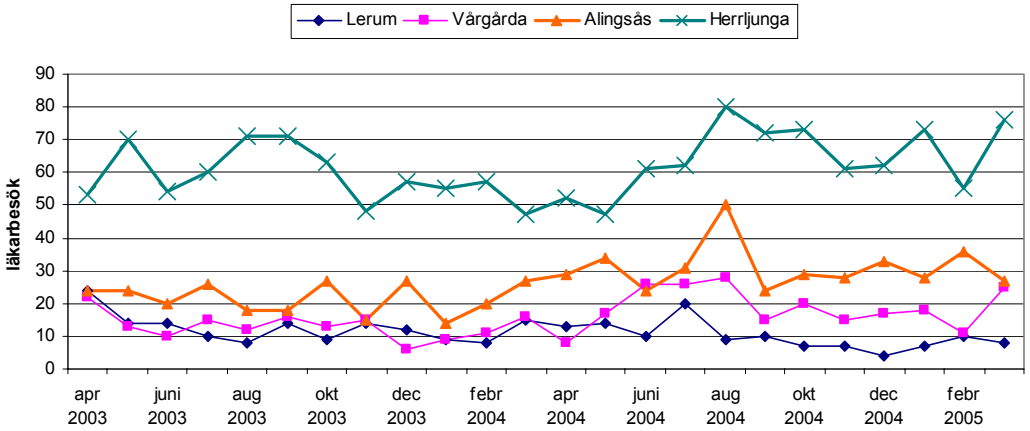
Uppföljningen visar att det sker en ökning av akutbesöken från Lerums kommun redan från februari 2004. I april 2004 sker en tydlig ökning av patientantalet från Alingsås kommun medan Vårgårda kommun ligger kvar på en fortsatt låg nivå. För SU Östra innebär det nästan en dubblering av antalet sökande från Mittenälvsborg. Från ungefär 1 100 besök till 2 000 besök mellan jämförelseperioderna.



Figur 6.2.1. Antal läkarbesök av Mittenälvsborgare på akutmottagningen vid SU/Östra.

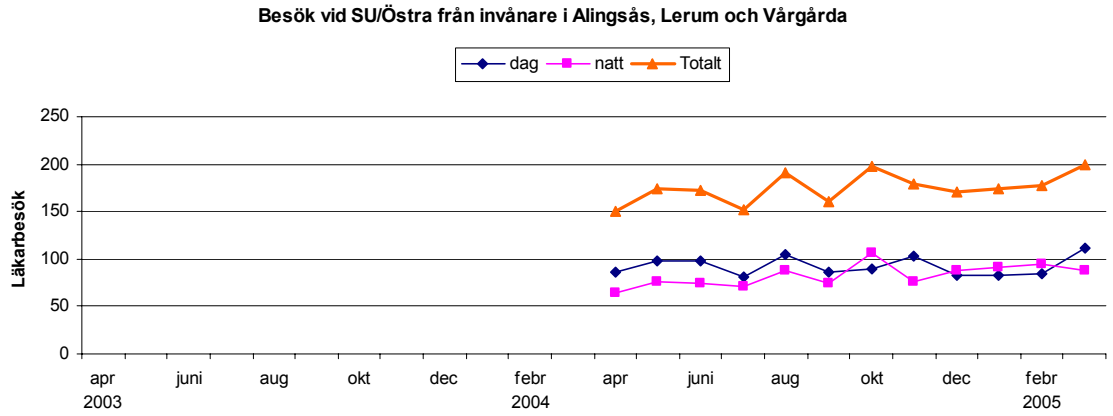
Akutbesök på Södra Älvsborgs sjukhus

Ökning av antalet besök från Mittenälvsborgare har också skett vid SÄS/Borås. Framförallt är det patienter från Herrljunga samt Alingsås kommuner som sökt sig till SÄS. Även Vårgårda kommun står för en viss ökning medan antalet sökande från Lerum ligger kvar på ungefär samma nivå som innan förändringen.



Figur 6.2.2 Antal läkarbesök av Mittenälvsborgare på akutmottagningen SÄS/Borås.

Fördelning av sökande dag och natt vid SU/Östra
Huvudparten av patienterna i Mittenälvsborg som söker vård vid SU/Östra akutintag kommer från Lerums kommun. Uppföljningen efter förändringen den 1 april 2004 visar att 52% (totalt antal sökande) söker under dagtid och 48 % kommer under tid då Alingsås lasaretts akutmottagning är stängd. Det finns inget jämföreslematerial framme för att se fördelningen mellan dag och natt innan förändringen. Men ett rimligt antagande är att andelen nattpatienter föranletts av verksamhetsförändringen vid Alingsås lasarett.

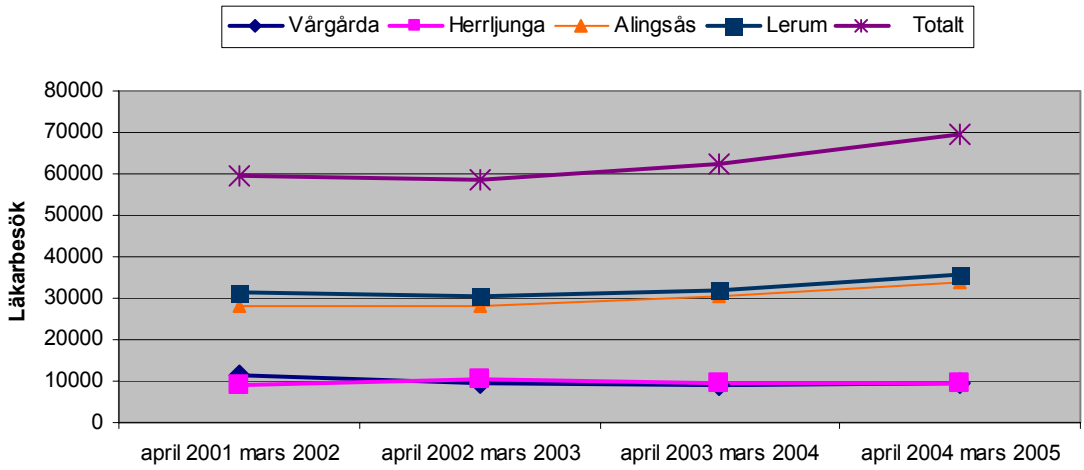


Figur 6.2.3. Antal läkarbesök av Mittenälvsborgare fördelade på dag och natt vid akutmottagningen vid SU/Östra
Källa: Intern statistik från SU/Östra

Privat akutmottagning
Antal personer från Mittenälvsborg som besökt Capio Axess Akuten, privat akutmottagning i Göteborg, har under perioden april 2002 till och med mars 2005 varit mellan 50-80 besök per månad. Konsumtionen ligger därmed på en konstant nivå och ingen förändring kan avläsas.

6.2.2 Vårdcentral

Antalet läkarbesök på vårdcentral har ökat från april 2002 till mars 2005. Ökningen av besök har framförallt skett vid vårdcentralerna i Alingsås och Lerum**.** Ökningen motsvaras av den minskning som ses inom besök på jourmottagningar.



Figur 6.2.4. Antal läkarbesök av Mittenälvsborgare på Vårdcentral.

6.2.3 Gynekologisk öppenvård

Mittenälvsborgarnas konsumtion av gynekologisk öppenvård ligger på cirka 625 – 725 besök per månad. Antalet besök vid Alingsås lasarett har minskat mellan perioderna med 430. Antalet besök vid SÄS har minskat med 100 st. medan SU står för en ökning på knappt 200 besök. Redan under år 2004 justerade Hälso- och sjukvårdsnämnden beställningen av gynekologisk vård och tillsköt 500 tkr för att förstärka mottagningen. Vid beställningen fr.o.m. 2005 tillsköt hälso- och sjukvårdsnämnden medel motsvarande 850 tkr till Alingsås lasarett för att åter beställa samma volym läkarbesök som innan förändringen, 3 150 läkarbesök och dagkirurgiska behandlingar.

Tabell 6.2.4 Läkarbesök av Mittenälvsborgare vid gynekologisk mottagning.

	2003-04-01 2004-03-31	2004-04-01 2005-03-31	Differens antal	Differens procent
Alingsås lasarett	3 156	2 725	-431	-16,3
SÄS/Borås	1 506	1 407	-99	-6,6
SU/Östra	1 335	1 523	188	14,1
Privata	2 293	2 257	-36	-1,6
Summa	**8 290**	**7 912**	**-378**	**-4,6**

6.2.4 Öron-, näs- och halsmottagning

Verksamheten hade ej nått upp till budgeterad nivå under tidigare år, varför neddragningen innebar att budget skulle halveras från 4000 besök till hälften. Det motsvarade den volym läkarbesök man tidigare producerat på Alingsås lasarett. Uppföljningen visar att Mittenälvsborgarnas konsumtion av läkarbesök hos öron-, näs- och halsläkare har ökat med 7,4 % och varierar mellan 380 - 480 besök/månad. Förskjutning av konsumtionen har skett från Alingsås lasarett till framförallt lasarettet i Borås med cirka 42 besök/månad. SU/Östra kan notera en ökning på 22 % eller 170 patienter.

Tabell 6.2.5 Läkarbesök av Mittenälvsborgare vid öron-, näs- och halsmottagning.

	2003-04-01 2004-03-31	2004-04-01 2005-03-31	Differens antal	Differens procent
Alingsås lasarett	2 262	1 914	-348	-15,4
SÄS/Borås	1 316	1 823	507	38,5
SU/Östra	773	945	172	22,2
Privata	651	692	41	6,3
Summa	**5 002**	**5 374**	**372**	**7,4**

Sammanfattning av öppenvårdskonsumtion

Man kan inte avläsa att Mittenälvsborgarnas konsumtionen av akutbesök vid sjukhusmottagningar påverkats genom nattstängningen i Alingsås. De patienter som tidigare sökt nattetid vid Alingsås lasarett tas sannolikt i första hand omhand vid annan tid på dygnet på Alingsås lasarett, i andra hand söker de akut på SU/Östra och SÄS. Den tidigare trenden mot minskade besök vid jourmottagningar har fortsatt.

Mittenälvsborgarnas konsumtion av öppenvård vid Öron-, näs- och halsmottagning har ökat. Konsumtionen av gynekologisk öppenvård, i form av läkarbesök vid gynekologimottagningar, har minskat under perioden.

6.3 Slutenvård

I detta avsnitt beskrivs
- den vård som bedrivs vid Alingsås lasarett - produktion samt
- den vård som Mittenälvsborgare får oberoende av var den givits – konsumtion.

Produktion av slutenvård vid Alingsås lasarett före och efter verksamhetsförändringen oberoende av var patienterna kommer ifrån

Vid Alingsås lasarett bedrivs slutenvård inom invärtesmedicin, allmänkirurgi, urologi och ortopedisk kirurgi. Sjukhuset har jourlinjer inom såväl medicin som inom opererande specialiteter. Tabellen nedan visar bemanningen på jourtid före och efter verksamhetsförändringen.

Tabell 6.3.1 Jourlinjer vid Alingås lasarett och Primärvård med dygnet runt verksamhet.

	2003-04-01 2004-03-31	2004-04-01 2005-03-31
Medicin		
Primärjour sjukhusbunden	1	1
Bakjour i hemmet	1	1
Kirurgiska specialiteter		
Primärjour, sjukhusbunden	1	0
Bakjour, i hemmet kirurgi/urologi	1	1
Bakjour i hemmet, ortopedi	1	0
Anestesi		
Bakjour i hemmet	1	1
Allmänmedicin		
Primärjour, sjukhusbunden	0	1
Bakjour, primärvården	1	0
Summa jourer	**7**	**5**

Efter förändringen har Ortopeden bakjour alla dagar mellan kl. 08.00 - 23.00. Allmänmedicin har jour mellan kl.18.00 – 08.00 och är då även tillgänglig för hembesök till hemsjukvården och på begäran av polis. Lasarettet har en primärjour kirurgi/ortopedi mellan kl. 08.00 - 23.00.

Från vårddatabasen har sammanställts antalet vårdtillfällen för året före och efter verksamhetsförändringen.

Tabell 6.3.2 Slutenvårdstillfällen planerad och oplanerad vård vid Alingsås lasarett.

	april 2003 mars 2004	april 2004 mars 2005	Differens
Internmedicinsk vård			
Oplanerad	3 617	3 191	-426
Planerad	221	318	97
Summa	**3 838**	**3 509**	**-329**
Andel planerad (%)	5,8	9,1	
Kirurgisk och ortopedisk vård			
Oplanerad	1 868	1 663	-205
Planerad	680	1 001	321
Summa	**2 548**	**2 664**	**116**
Andel planerad (%)	26,7	37,6	
Totalt antal slutenvårdstillfällen			
Oplanerad	5 485	4 854	-631
Planerad	901	1 319	418
Summa	**6 386**	**6 173**	**-213**
Andel planerad (%)	14,1	21,4	

Tabellen visar en ökning av den planerade och en minskning av den oplanerade vården. Ökningen av den planerade vården kan dock marginellt överskattas då en stor del av överflyttningar från andra sjukhus klassas som planerad vård trots att den ursprungliga inläggningsorsaken är oplanerad vård. Andelen oplanerad vård är fortsatt hög.

Alingsås lasarett är framförallt ett närsjukhus för invånare i Mittenälvsborg men en liten andel kommer från andra områden än närområdet.

Tabell 6.3.3 Slutenvårdstillfällen, produktion vid Alingsås lasarett uppdelat på Mittenälvsborgare och övriga VGR.

	april 2003 mars 2004	april 2003 mars 2004	april 2004 mars 2005	april 2004 mars 2005
	Vårdtillfällen	DRG-poäng	Vårdtillfällen	DRG-poäng
Övriga VGR	414	408	403	520
MittenÄlvsborgare	5 972	5 929	5 770	6 017
Totalt	**6 386**	**6 337**	**6 173**	**6 537**
Andel MittenÄlvsborgare (%)	93,5	93,6	93,5	92,1
Andel övriga VGR (%)	6,5	6,4	6,5	7,9

Andelen externa patienter är oförändrad efter verksamhetsförändringen. Däremot har andelen av resurserna för dessa ökat mätt som DRG-poäng. Det kan bero på resurskrävande vård såsom ledproteser. Här påverkas bilden troligen av den tilläggsbeställning som Alingsås lasarett fick under 2004 avseende 66 ledproteser och ett tiotal prostataoperationer. Fortfarande är dock Alingsås ett sjukhus med utpräglat lokal profil.

Sjukhusets produktion för det egna området har förändrats något. Antalet vårdtillfällen för detta visas i tabellen nedan.

Tabell 6.3.4 Slutenvårdstillfällen för Mittenälvsborgare producerade vid Alingsås lasarett.

	april 2003 mars 2004	april 2003 mars 2004	april 2004 mars 2005	april 2004 mars 2005
	Vårdtillfällen	Andel av produktionen	Vårdtillfällen	Andel av produktionen
Lerum	1 758	28	1 582	26
Vårgårda	743	12	738	12
Herrljunga	384	6	376	6
Alingsås	3 087	48	3 074	50

Slutenvårdsproduktionen inom de så kallade huvuddiagnosgrupper har jämförts.

Tabell 6.3.5. Antalet vårdtillfällen vid Alingsås lasarett per MDC, huvuddiagnosgrupper som redovisar mer än 100 vårdtillfällen.

MDC	Benämning	2003-04-01 2004-03-31	2004-04-01 2005-03-31	Differens antal
8	Sjukdomar i muskuloskeletala syst...	924	1 116	192
12	Sjukdomar i manliga könsorgan	118	161	43
11	Sjukdomar i njure och urinvägar	262	301	39
3	Sjukdomar i öra, näsa, mun och hals	104	120	16
23	Faktorer av betydelse för hälsotillståndet…	152	150	-2
18	Infektions- och parasitsjukdomar	111	102	-9
7	Sjukdomar i lever, gallvägar …	298	287	-11
16	Sjukdomar i blod och blodbildande organ…	124	101	-23
9	Sjukdomar i hud och underhud	217	188	-29
21	Skador, förgiftningar…	120	90	-30
4	Andningsorganens sjukdomar	494	426	-68
6	Matsmältningsorganens sjukdomar	770	701	-69
1	Sjukdomar i nervsystemet	688	600	-88
5	Cirkulationsorganens sjukdomar	1 646	1 495	-151

Tabellen visar att förändringarna är relativt små i förhållande till den totala produktionen med undantag för MDC 8, muskuloskeletala sjukdomar, det vill säga framförallt ortopedi. Det beror främst på en större produktion av ledproteser. Störst minskning ses inom cirkulationsorganens sjukdomar vilket främst representerar akuta medicinska tillstånd.

Nedan ges mer detaljerat förändringarna för de DRG som ökar respektive minskar mest.

Tabell 6.3.6 De 10 enskilda DRG som ökat mest vid Alingsås lasarett.

DRG	Benämning	2003-04-01 2004-03-31	2004-04-01 2005-03-31	Differens antal
209	Större ledoperationer och implantationer på nedre extremitet	218	352	134
245	Bensjukdomar & specifika artropatier, ej komplicerat	129	210	81
139	Hjärtarytmier och överledningsstörningar, ej komplicerat	247	280	33
182	Buksmärtor och gastroenteriter, >17 år, komplicerat	63	86	23
335	Stor bäckenoperation på man, ej komplicerat	9	31	22
222	Knäoperationer utom diagnostiska artroskopier, ej komplicerat	18	38	20
337	Transuretral prostatektomi, ej komplicerat	37	57	20
467	Andra faktorer med påverkan på hälsotillståndet	54	73	19
65	Balansproblem, yrsel	75	93	18
142	Synkope och kollaps, ej komplicerat	41	59	18

Tabell 6.3.7 De 10 enskilda DRG som minskat mest vid Alingsås lasarett

DRG	Benämning	2003-04-01 2004-03-31	2004-04-01 2005-03-31	Differens antal
143	Bröstsmärtor, ej angina pectoris	329	254	-75
140	Angina pectoris	179	118	-61
14	Stroke	300	250	-50
435	Missbruk eller beroende	77	33	-44
183	Buksmärtor och gastroenteriter, >17 år, ej komplicerat	202	162	-40
281	Trauma utan djupare skador, >17 år, ej komplicerat	81	51	-30
15	TIA och ocklusion av precerebrala artärer	61	34	-27
88	Kroniska obstruktiva lungsjukdomar	86	61	-25
122	Cirkulationssjukd.m.hjärtinfarkt, utan kardiovaskulär komplikation	195	172	-23
243	Medicinska ryggsjukdomar	93	70	-23

Störst minskning ses för kärlkramp och bröstsmärtor men även antalet infarkter har minskat. Observationer för buksmärtor minskar liksom vårdtillfällen för missbruk och beroende.

Sammanfattning av produktion
Produktionen av vårdtillfällen har minskat med 3 % men produktionen har blivit mer resurskrävande och antalet DRG-poäng har ökat med 3 %. Sammantaget visar uppgifter på att Alingsås lasarett fortsatt är ett närsjukhus för befolkningen i Mittenälvsborg med en låg andel "externa" patienter. Volymen vård till invånare i Alingsås, Herrljunga och Vårgårda kommuner är i stort sett oförändrad medan den minskat för Lerumsbor. Det har skett en viss omställning mot planerad vård inom de opererande specialiteterna där en ökad produktion av ledplastiker dominerar. Det har skett en viss minskning av den akuta vården för hjärtsjukdomar. Fortfarande är andelen ej planerad vård hög.

Konsumtion av slutenvård för Mittenälvsborgarna, före och efter verksamhetsförändringen, vid regionens sjukvårdsinrättningar

Året före verksamhetsförändringen har Mittenälvsborgarnas slutenvårdskonsumtion tenderat att öka. Stängningen av möjligheterna till inskrivning vid Alingsås lasarett nattetid har inte lett till en minskad slutenvårdskonsumtion. Tvärtom har Mittenälvsborgarnas konsumtion av slutenvård totalt sett fortsatt att öka.

Tabell 6.3.8. Samtliga slutenvårdstillfällen för invånarna i Mittenälvsborg före och efter verksamhetsförändringen.

	april 2003 mars 2004	april 2004 mars 2005	Differens
Vårdtillfälle	13 086	13 568	482
Drg-vikt	13 330	14 046	716

Om analysen begränsas till de medicinska verksamhetsområden som i praktiken berörs av verksamhetsförändringen fås en mer jämförbar bild. Nedan har gjorts ett urval av de specialiteter som berörts mest. De specialiteter är invärtesmedicin, geriatrik, rehabilitering, infektionssjukvård, magtarmsjukvård, allmän kirurgi, urologi, ortopedi och allmän onkologi. De sjukhus som ingår är de mest berörda sjukhusen som i tidigare tabeller. Det innebär att SU/Sahlgrenska och därmed den högspecialiserade vården inte är inkluderad.

Tabell 6.3.9. Mittenälvsborgares konsumtion av slutenvård inom medicin och kirurgi före och efter verksamhetsförändringen.

	april 2003 mars 2004	april 2004 mars 2005	Differens (%)
Vårdtillfällen			
Medicinska	4 865	5 131	5,5
Kirurgiska	2 983	3 232	8,3
Totalt	**7 848**	**8 363**	**6,6**
DRG-poäng			
Medicinska	4 405	4 850	10,1
Kirurgiska	3 877	4 292	10,7
Totalt	**8 282**	**9 143**	**10,4**

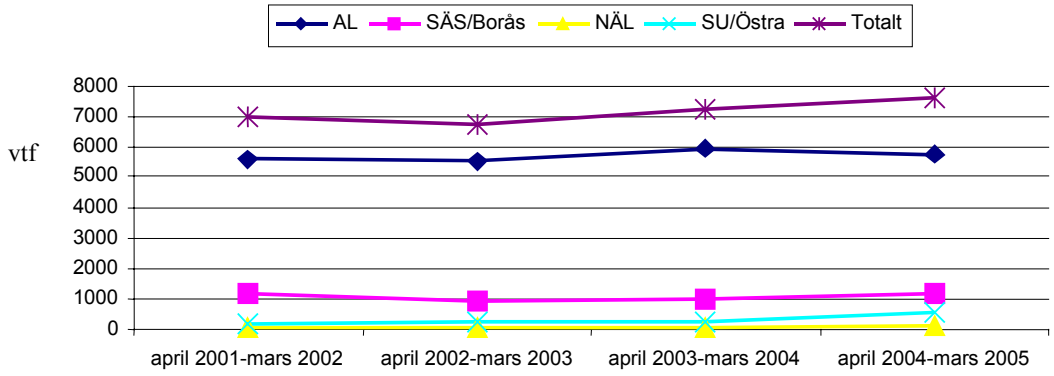
Tabellen visar att det skett en avsevärd ökning av konsumtionen mätt i slutenvårdstillfällen, 6,6 %. Ökningen av antalet individer som får vård är dock bara 4,9 %. Skillnaden beror på att ett ökande antal patienter får vård vid flera sjukhus under en vårdepisod vilket diskuteras under kommande avsnitt. Det innebär att ca en fjärdedel av konsumtionsökningen beror på en delning av vårdepisoder i delar som räknas som separata vårdtillfällen.

Konsumtionen mätt i DRG-poäng är ännu större. Hur konsumtionen är fördelad mellan planerad/oplanerad vård visas i tabellen nedan.

Tabell 6.3.10 Förändring av konsumtionen av vårdtillfällen för planerad och oplanerad vård för invånare i Mittenälvsborg. Gäller urval av berörda medicinska specialiteter.

	2003-04-01- 2004-03-31		2004-04-01- 2005-03-31		Ökning (%)	
	Oplanerad	Planerad	Oplanerad	Planerad	Oplanerad	Planerad
Medicin	4215	650	4396	735	4,3	13,1
Kirurgi	2101	882	2111	1110	0,5	25,9
Summa	6316	1532	6507	1845	3,0	20,4

Tabellen visar att det skett en tjugoprocentig ökning av konsumtionen av planerad vård och en mindre ökning även av den oplanerade vården. Men en del av ökningen i den planerade vården beror på att vårdtillfällen som innebär förflyttning av patienter till Alingsås lasarett från ett annat sjukhus ökar. Dessa inskrivningar klassificeras ofta som planerad vård även om vi inte förknippar dem med planerad vård i betydelsen behandling av väntetidsåtgärder. Om dessa förflyttningar av patienter exkluderas är den totala ökningen av planerad vård 15,6 %, inom invärtesmedicin 1 % och inom kirurgiska specialiteter 24,4 %.



Figur 6.3.1 Konsumtion av vård mätt i vårdtillfällen (vtf) inom internmedicin, kirurgi samt ortopedi, planerad och oplanerad vård, av Mittenälvsborgare.

I tabellerna nedan ges en mer detaljerad redovisning av de DRG-grupper som ökar respektive minskar mest i Mittenälvsborgarnas slutenvårdskonsumtion.

Tabell 6.3.11 Slutenvårdskonsumtion av Mittenälvsborgare, de DRG-grupper som ökar mest efter verksamhetsförändringen.

DRG	Benämning	2003-04-01 2004-03-31 Vårdtillfälle	2004-04-01 2005-03-31 Vårdtillfälle	Diff vtf
209	Större ledoperationer och implantationer på nedre extremitet	255	343	88
139	Hjärtarytmier och överledningsstörningar, ej komplicerat	290	354	64
245	Bensjukdomar & specifika artropatier, ej komplicerat	123	182	59
467	Andra faktorer med påverkan på hälsotillståndet	103	154	51
14	Stroke	341	389	48
335	Stor bäckenoperation på man, ej komplicerat	12	46	34
205	Sjukdomar i lever utom malign tumör, cirros och alkoholhepatit, komplicerat	5	37	32
82	Tumörer i andningsorganen	68	99	31
127	Hjärtsvikt och chock	216	246	30
436 B	Missbruk eller beroende av alkohol/droger utan psykos, ej komplicerat		28	28

Den största ökningen ses för DRG 209 som utgörs av höft- och knäledsproteser vilket är resurskrävande ingrepp. Var konsumtionen sker framgår av tabellen nedan.

Tabell 6.3.12 Konsumtion av höft- och knäledsplastiker av Mittenälvsborgare samt på vilket sjukhus vården utförts.

	2003-04-01 2004-03-31	2004-04-01 2005-03-31
Alingsås lasarett	184	265
SU	18	33
Andra sjukhus i regionen	35	31
Externa sjukhus	18	14
Summa	**255**	**343**

Tabellen ovan visar att den ökade konsumtionen sker vid Alingsås lasarett men det ses också en viss ökning vid SU.

Tabell 6.3.13 Slutenvårdskonsumtion av Mittenälvsborgare, de DRG-grupper som minskar mest efter verksamhetsförändringen

DRG	Benämning	2003-04-01 2004-03-31 Vårdtillfälle	2004-04-01 2005-03-31 Vårdtillfälle	Diff vtf
373	Vaginal förlossning, ej komplicerat	766	708	-58
143	Bröstsmärtor, ej angina pectoris	387	346	-41
410	Kemoterapi utan akut leukemi som bidiagnos	175	138	-37
140	Angina pectoris	198	167	-31
404	Lymfom och icke-akut leukemi, ej komplicerat	125	97	-28
125	Cirkulationssjukdomar utan hjärtinfarkt, med hjärtkateterisering, u.kompl.diagnos	124	98	-26
35	Andra sjukdomar i nervsystemet, ej komplicerat	112	86	-26
109 B	Bronkit och astma, 0-17 år, ej komplicerat	61	41	-20
260	Subtotal mastektomi för malign tumör, ej komplicerat	44	24	-20
26	Kramper och huvudvärk, 0-17 år	57	39	-18

Tabellerna visar att den största konsumtionsökningen gäller höft- och knäledsproteser där ökningen är mycket kraftig. I övrigt gäller ökningen blandade grupper av både akut och oplanerad vård. Minskningar ses i huvudsak för akuta tillstånd. Förlossningar står för den största minskningen.

Sammanfattning av konsumtion slutenvård
Konsumtionen av vård mätt i slutenvårdstillfällen inom berörda verksamhetsområden har ökat efter verksamhetsförändringen. Den planerade vården har ökat med 15-20 % i antal vårdtillfällen men inte på bekostnad av den akuta vården som också den ökar men i mindre grad.

6.3.4 Patientströmmar och förflyttningar mellan sjukhus

Patientströmmar
Knappt hälften, 47%, av Mittenälvsborgarnas slutenvårdstillfällen sker vid Alingsås lasarett. Den förhållandevis låga andelen beror på att många specialiteter inte finns vid sjukhuset, t.ex. barn- och kvinnosjukdomar. För individer 75 år eller äldre tar dock Alingsås lasarett hand om 79% av slutenvårdkonsumtionen mätt som vårdtillfällen. Efter verksamhetsförändringen är motsvarande tal 44 respektive 73%. Resterande konsumtion är fördelat ungefär lika mellan SU och SÄS.

Hur invånarnas konsumtion mätt i vårdtillfällen i varje enskild kommun förändrats visas i tabellen nedan.

Tabell 6.3.14 Förändring av antal vårdtillfällen för invånare i respektive kommun efter verksamhetsförändringen vid Alingsås lasarett.

	Sjukhus					
	SU	Kungälv	NU	SÄS	Alingsås	SkaS
Lerum	360	-7	-5	-77	-176	3
Vårgårda	28	7	2	55	-5	-5
Herrljunga	24	-4	-2	47	-8	4
Alingsås	265	0	35	-1	-13	0

Tabellen visar förändringen i vårdtillfällen mellan året före och året efter verksamhetsförändringen. Observera att den gäller all vård och även vård inom hela SU. Tabellen visar att Alingsås och Lerumsbor ökar sin vård enbart vid SU medan Herrljunga och Vårgårdabor fördelar en tredjedel av sin ökning till SU och två tredjedelar till SÄS.

De medicinska specialiteter som berörs av verksamhetsförändringen är vuxensjukvård inom internmedicinska specialiteter, geriatrik, rehabilitering, kirurgi, ortopedi och urologi. I tabellen nedan ges antalet vårdtillfällen för dessa områden före och efter förändringen för Mittenälvsborgare.

Tabell 6.3.15. Vårdtillfällen för Mittenälvsborgare inom vissa medicinska och kirurgiska specialiteter.

	2003-04-01 2004-03-31	2004-04-01 2005-03-31	Differens
Alingsås lasarett	5 972	5 770	-202
Kungälvs sjukhus	30	28	-2
NU-sjukvården	111	159	48
SkaS	65	69	4
SU/Östra	479	902	423
SÄS	1 191	1 435	244
Totalt	**7 848**	**8 363**	**515**

Antalet vårdtillfällen för Mittenälvsborgare vid andra sjukhus än Alingsås lasarett i tabellen ovan fördelar sig mellan specialiteter enligt tabellen nedan. Det är främst invärtesmedicinska patienter som får vård utanför Alingsås och det är dessa som ökat procentuellt mest.

Tabell 6.3.16. Vårdtillfällen vid andra sjukhus än Alingsås lasarett för invånare i Mittenälvsborg inom vissa medicinska och kirurgiska specialiteter.

	2003-04-01 2004-03-31	2004-04-01 2005-03-31	Ökning	Procent
Internmedicin	1224	1752	528	43
Kirurgi/ortopedi	652	841	189	29

En grundläggande frågeställning är hur de ca 1200 patienter som tidigare inskrivits nattetid vid Alingsås lasarett hanterats året efter verksamhetsförändringen. Någon detaljerad analys har inte kunnat göras bland annat för att konsumtionen förändrats. Men figuren nedan visar ett antagande av hur skeendet varit.

Sammantaget blir en ungefärlig skattning att av behovet av nattliga inskrivningar, som tidigare ombesörjts av Alingsås lasarett, så omhändertas efter verksamhetsförändringen:

- Ca 35 % vid SU/Östra
- Ca 20 % vid SÄS
- Ca 4 % vid NU-sjukvården

Ovanstående vårdtillfällen motsvarar knappt 60 % av de som tidigare skrevs in nattetid vid Alingsås lasarett. Det är möjligt att andelen som fått slutenvård av de som tidigare lagts in på nätter minskat men det sannolikaste bedöms ändå vara att:

- Resterande ca 40 % omhändertas istället vid andra tider på dygnet vid Alingsås lasarett

Denna skattning blir med nödvändighet ungefärlig eftersom den påverkas av konsumtionsförändring mellan åren.

Till detta kommer en ökning av produktionen vid Alingsås lasarett med 145 vårdtillfällen på grund av ökning av patienter som flyttas dit från andra sjukhus.

Det finns därför skäl att tro att patienter som skrivits in på nätter vid Alingsås i ökande grad skrivs in dagtid för vård. Om detta skett genom att patienten avstått från att söka vård nattetid eller rekommenderats vänta är likaledes oklart. Om detta inneburit nackdel eller risk kan inte heller klarläggas.

Förflyttningar av patienter mellan sjukhus

När en patient läggs in vid SU/Östra kan patienten senare flyttas till Alingsås under samma pågående vårdepisod. Detta kan vara naturligt när det gäller äldre individer med rehabiliteringsbehov. Tabellen nedan visar de vårdtillfällen för Mittenälvsborgare som kunnat identifieras i vårddatabasen där en patient flyttats till Alingås lasarett från ett annat sjukhus i regionen.

Tabell 6.3.17. Förändring av uppdelade vårdtillfällen mellan vårdgivare (kopplade vårdtillfällen).

	SU	NU	SÄS	SkaS	**Summa**
2003 04 2004 03	164	2	42	3	**211**
2004 04 2005 03	255	14	87	0	**356**

Det har således skett en ökning av vårdtillfällen som sker uppdelat mellan ett remitterande sjukhus och Alingsås lasarett.

Det kan också ske en förändring av antalet individer som flyttas från Alingsås till andra sjukhus och mellan andra sjukhus. Därför har en sammanställning gjorts av samtliga förflyttningar inom somatisk slutenvård som gjorts inom vårdepisoder för Mittenälvsborgare.

Nedanstående tabell visar alla förflyttningar inom den slutenvården för invånare i Mittenälvsborg. Observera att de flesta förflyttningar inom sjukhus inte finns med eftersom dessa ingår i de sjukhusvårdtillfällen som finns i vårddatabasen. Tabellen visar framförallt förflyttningar mellan sjukhus.

Tabell 6.3.18 Antal vårdtillfällen med olika antal förflyttningar.

Antal vårdtillfällen per vårdkedja	2003 04 2004 03	2004 04 2005 03	Förändring %
1 vårdtillfälle	11 440	11 577	1,2
2 vårdtillfällen	241	419	73,9
3 vårdtillfällen eller fler	135	128	-5,2
Summa	**11 816**	**12 124**	**2,6**
Antal vtf med förflyttning	376	547	45,5

Enligt vårddatabasen är det mycket få patienter som söker akutmottagningen vid SU och som sedan direkt förs över till Alingsås för inskrivning. Ett sådant förfarande kan tänkas uppstå om patienten kvarligger på akutmottagningen i väntan på att Alingsås lasarett tar emot patienter. Före verksamhetsförändringen var det 2 sådana patienter på ett år och året efter 40.

Patientströmmarna har bekräftats i en intern undersökning efter uppföljningstiden. Under fyra veckor i april och maj 2005 registrerades alla patienter som överfördes från SU till Alingsås lasarett. Under denna mätperiod överfördes 37 patienter till lasarettet inom något eller några dygn efter det att de akut sökt vård nattetid på Östra sjukhuset.

Förflyttningarna av patienter har således ökat. Specifikt förflyttningar till Alingsås lasarett ges i tabellen nedan.

Tabell 6.3.19 Antal vårdtillfällen vid Alingsås lasarett som är fortsättning av tidigare vårdtillfälle på annat sjukhus.

	2003 04 2004 03	2004 04 2005 03	Differens
Internmedicin	175	279	104
Kirurgi	35	45	10
Ortopedi	1	32	31
Summa	**211**	**356**	**145**

Tabellen visar att det framförallt är internmedicinska patienter som förflyttas och att dessa ökat med ca 60% efter verksamhetsförändringen.

Sammanfattning av patientströmmar
Nattstängningen vid akutmottagningen på Alingsås lasarett har lett till att fler patienter från Mittenälvsborg får sin vård vid andra sjukhus än Alingsås lasarett. Detta sker främst vid SU/Östra och SÄS. De flesta av de berörda patienterna omhändertas dock sannolikt fortsatt vid Alingsås lasarett men vid andra tider på dygnet. Förflyttningar av patienter från Mittenälvsborg som vårdats på annat sjukhus och flyttas till Alingsås lasarett har ökat efter verksamhetsförändringen. Det gäller framförallt patienter inom invärtesmedicin, där tidigare 4,6 % av inskrivningarna vid Alingsås lasarett var patienter som flyttats från annat sjukhus. Efter förändringen gällde detta 8,0 % av patienterna.

6.4 Sjukvårdsupplysning

Sjukvårdsupplysningen i Södra Älvsborg startades under hösten 2002. Sjukvårdsupplysningen som är placerad i Alingsås är öppen dygnet runt, alla dagar på året. Under 2004 fick sjukvårdsupplysningen 146 646 inkommande samtal och hanterade totalt 95 872 samtal varav 85 918 inkommande och 9 954 utgående. Det innebär att 65 % av de inkommande samtalen besvarades.

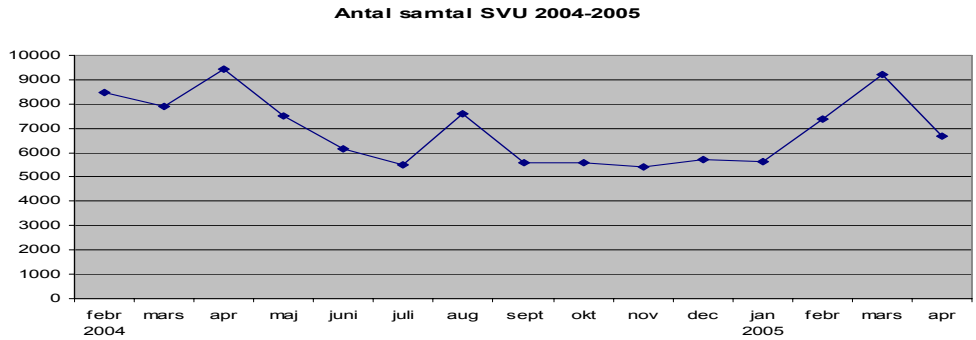
Vid en särskild mätning som genomfördes för månaderna juni-augusti 2005 framkommer att 26 % av samtalen till sjukvårdsupplysningen kommer från befolkningen i Mittenälvsborg.

Sjukvårdsrådgivningen har förstärkts och är prioriterad av nämnderna och mätningar visar att befolkningens efterfrågan av tjänsten är betydligt större än kapaciteten, särskilt kvälls- och helgtid.

Sjukvårdsupplysningen har en viktig roll när det gäller tillgänglighet. Genom strukturella förändringar under 2004 (jourmottagningarna har minskat i antal i Södra Älvsborg, telefonrådgivning finns inte längre på akutmottagningarna på Borås och Alingsås lasarett och inte på jourmottagningarna i Alingsås och Borås) har antalet samtal ökat på sjukvårdsupplysningen som under första halvåret 2004 fick 86 % fler samtal än samma period 2003. Detta har inneburit en större andel samtal från personer som behöver kontakta akutvården och relativt mindre tid för egenvårdssamtalen. När en patient hänvisas till jour/akutmottagning skickar sjukvårdsrådgivningen patientdokumentation.

De tre vanligaste frågorna har varit om buksmärta, feber och läkemedelsfråga och de tre vanligaste kontaktorsakerna är infektionssjukdomar, läkemedelsfrågor och buksmärtor. Den medicinska rådgivningen dominerar och allmänna upplysningsfrågor är cirka 10-12 % av samtalen.

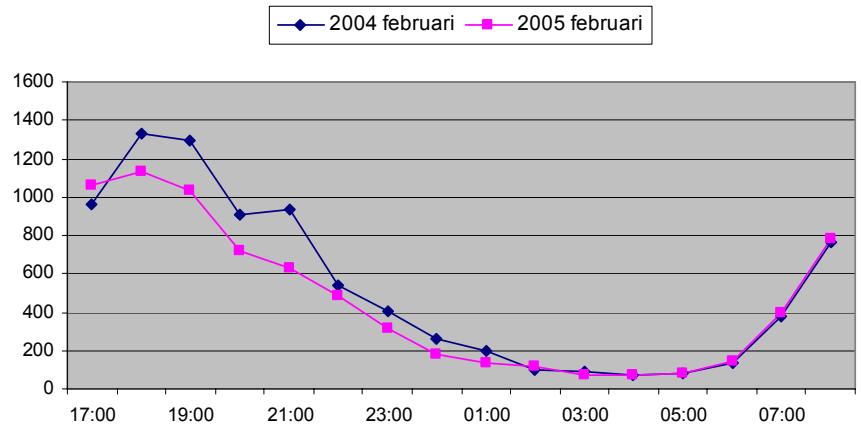
Av diagrammet kan utläsas att det finns en säsongsvariation med en tydlig uppgång vad gäller samtal till sjukvårdsupplysningen i februari-mars samt augusti månad.



Figur 6.4.1. Antal telefonsamtal till sjukvårdsupplysningen i Södra Älvsborg

Källa: Statistik Sjukvårdsupplysningen

De flesta samtalen sker företrädesvis mellan klockan 18.00 – 20.00 samt mellan klockan 07.00 - 08.00. Den statistik som är tillgänglig medger bara begränsade jämförelser. Endast februari månad, före och efter verksamhetsförändringen kan ställas mot varandra. För dessa perioder ses en viss minskning av telefonsamtalen. Bara en mindre del av samtalen sker nattetid.

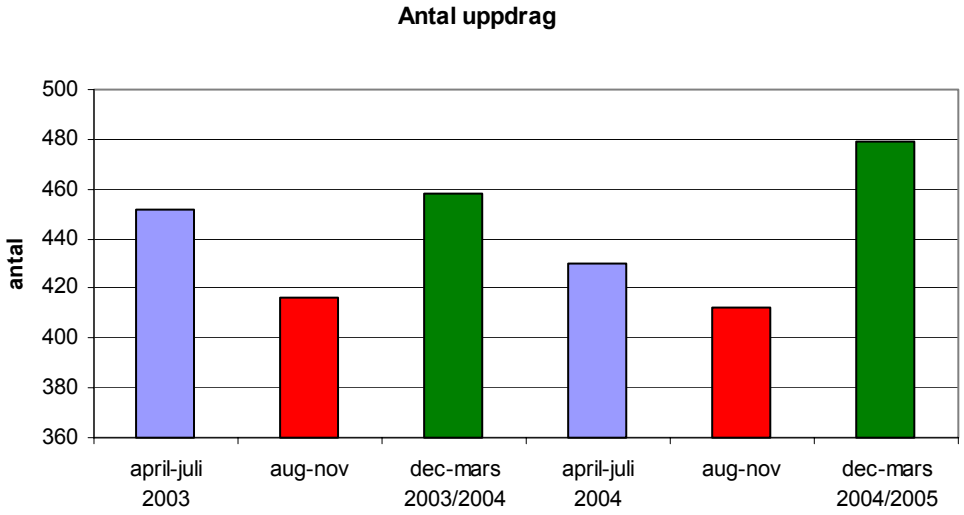


Figur 6.4.2. Samtal till sjukvårdsupplysningen februari 2004 och februari 2005

Sammanfattning sjukvårdsupplysning
Sjukvårdsupplysningens roll kan inte utvärderas avseende verksamhetsförändringen i Alingsås. Vid en särskild mätning framkom att Mittenälvsborg svarar för en fjärdedel av samtalen, men kan i denna uppföljning inte separeras från övriga samtal.
Sjukvårdsupplysningen påverkas mest av samtidiga strukturella förändringar som borttagning av rådgivning vid akutmottagningar och att jourmottagningar har minskat i antal.

6.5 Ambulanstransporter och övriga sjuktransporter

Verksamhetsförändringarna på Alingsås lasarett har påverkat ambulansverksamheten. Det finns dock flera faktorer som också har ändrat förutsättningarna. Nya rutiner vid ändrade vårdprogram kan nämnas, vilket gäller till exempel för hjärtsjukvården.
Nedan redovisas uppgifter för Mittenälvsborg.
Antal ambulansuppdrag har totalt för perioden jämfört med föregående år ökat med cirka 6%. Detta innebär att antalet uppdrag ökat från 6810 till 7206, vilket är ca 400 uppdrag mer per år.



Figur 6.5.1. Antal ambulansuppdrag för Mittenälvsborgare.
Källa: Statistik Södra Älvsborgs sjukhus

Antal körda mil har ökat med 18,5% eller drygt 6 600 mil. Då antalet uppdrag ej ökat med motsvarande har uppdragen i sig föranlett längre körsträckor.
Antalet ambulansuppdrag nattetid är i stort sett samma för de två perioderna.

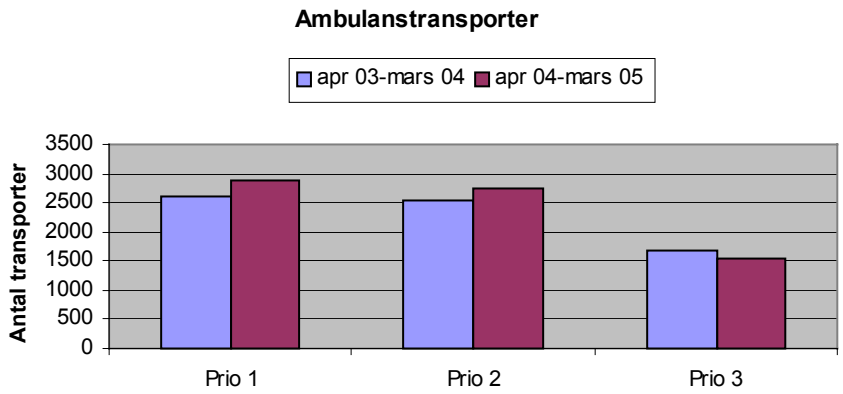
Tabell 6.5.1 Antal körda mil samt antal ambulansuppdrag nattetid.
Källa: statistik Södra Älvsborgs sjukhus

	2003-04-01 2004-03-31	2004-04-01 2005-03-31	Differens antal	Differens %
Antal körda mil	35 824	42 464	6640	18,5
Antal uppdrag nattetid	1 326	1 321	-5	-0,4
Uppdrag totalt	6 810	7 206	396	5,8

Prioriteringsgrupper
Då larmoperatören för regionen får in ett larm skall operatören avgöra om det föreligger behov av ambulans. Om så är fallet definierad hur brådskande behovet är genom att det betecknas i olika prioriteringsgrader:

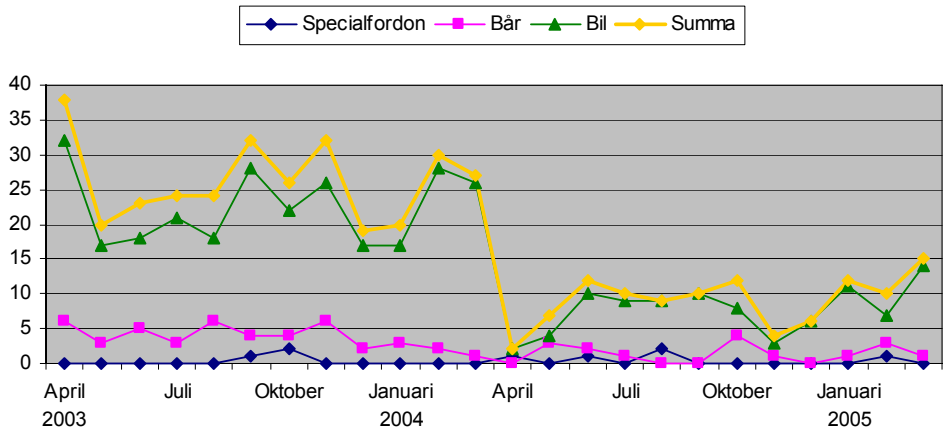
- Prioritet 1 står för mycket brådskande behov av ambulans, att patienten bedöms ha akuta livshotande symptom.
- Prioritet 2 betyder att behovet är brådskande, att patienten bedöms ha akuta med ej livshotande symptom.
- Prioritet 3 innebär att en rimlig väntetidsperiod inte bedöms påverka patientens tillstånd.

Uppföljningen av dessa olika grupperingar visar att ambulanstransporterna har ökat något avseende prioriteringsgrupp 1 och 2 medan prioriteringsgrupp 3 har minskat något.



Figur 6.5.2 Ambulanstransporter fördelat på prioriteringsgrupper.
Källa: Statistik Södra Älvsborgs sjukhus

Sjuktransporter nattetid
Nedan redovisas resor som gått från eller till hemadress i Herrljunga, Vårgårda, Alingsås och Lerum kommuner samt sjukhuset i Alingsås. Färdsätten är taxi- bil, taxi- specialfordon och taxibilar körda av Västtrafik. Tid uppdelad på natten 22.00 – 08.00 respektive övrig tid.



Figur 6.5.3 Fördelning sjuktransporter nattetid – Västtrafik.
Källa: statistik Västtrafik

Tabell 6.5.2 Antal resor med taxi, samtliga färdsätt, till eller från bostaden för Mittenälvsborgare.

	2003-04 2004-03	2004-04 2005-03	Differens	%
Antal resor				
Alingsås lasarett	318	114	-204	-64
SU/Östra	27	66	39	144
SÄS	116	203	87	75
NÄL	6	22	16	267
Summa resor	**467**	**405**	**-62**	**-13**

Sammanfattning av ambulanstransporter
Antalet ambulanstransporter har ökat med 6% och körningarna har blivit längre. Därmed har antalet körda mil ökat med 19%. De högst prioriterade körningarna har stått för den största ökningen medan lågprioriterade transporter minskat något. Till ökningen av ambulanstransporter kommer sjuktransporter som inte sker med ambulans utan med annan transport. Det gäller även patienttransportbilar som ofta används vid transporter mellan sjukhus. Patienternas egna transporter med egna fortskaffningsmedel har inte analyserats närmare.

6.6 Ekonomi

Ekonomisk uppföljning
Den ekonomiska uppföljningen av vårdverksamheten sker på ett flertal sätt inom regionen. Vi har i dagsläget kommit olika långt i genomförandet av exempelvis KPP-systemen i regionen. Genom KPP kan vi redovisa kostnader och aktiviteter för varje enskild patient och vårdkontakt. I detta avseende har VGR tagit beslut om att samtliga sjukhus skall införa och följa upp enligt KPP-principen både avseende slutenvård (år 2006) som öppenvård (år 2007). Redovisningen i denna uppföljning av hur den ekonomiska bilden har utvecklats utgår därför från tre olika metoder.

- En schablonmässig beräkning av vårdkonsumerade mätt i DRG-poäng i relation till sjukhusens DRG-pris.
- Kostnadsuppgifter framtagna av sjukhusen själva via ekonomisystemen. Där har ingått uppdraget att skatta den rörliga och fasta kostnaden för förändringarna.
- Kostnader för hälso- och sjukvårdsnämnden i form av fakturerad ersättning.

Marginalkostnader
Den vård som förflyttats till andra sjukhus skulle kunna bedrivas med låga kostnader om den sker utan ökning av de fasta kostnaderna eller utan ökning av personalvolymen men den skulle också kunna kräva höga kostnader om det uppstår tröskeleffekter som t.ex. öppnande av nya vårdavdelningar eller inkallande av extra jourpersonal. Den exakta kostnaden, d.v.s. marginalkostnaden vid de berörda enheterna eller marginalkostnaden per patientgrupp, har inte beräknats i denna rapport utan kostnadsuppgifterna får ses som mer schablonmässiga och baserade på kostnader per prestation vid respektive enhet multiplicerat med de volymer det gäller. En fördel med det använda förhållningssättet är att det ger en mer generaliserbar bild av verksamhetsförändringens kostnadseffekter. Beräkningsmetoden tar inte hänsyn till den lediga kapacitet alternativt den kapacitetsbrist som kan ha funnits vid den tidpunkt då antalet patienter förändrades. Ett exempel på relativ kapacitetsbrist utgörs av den vårdplatsproblematik som funnits vid SU/Östra där även en liten volymsökning skulle kunna vara problematisk trots stora basvolymer. I praktiken kan det vara mycket svårt att i efterhand fastställa kapacitetsutnyttjandenivån vid ett visst ögonblick. Marginalkostnadsbegreppet är också svårt att tillämpa eftersom det endast speglar kostnaden vid en viss given tidpunkt. Även om ett vårdbehov för stunden kan tas omhand inom befintlig organisation kan volymsökningen medföra att en kapacitetströskel uppnås tidigare eller att effektiviseringsvinster senareläggas.

Om ett marginalkostnadsresonemang skall tillämpas måste kostnaden beräknas för de extra patienter som tas emot vid främst SU/Östra och SÄS, Dessutom måste kostnaden för samma volym bestämmas vid Alingsås lasarett, d.v.s. marginalkostnaden vid Alingsås lasarett. Det finns inget som tydligt talar för att något sjukhus skulle ha markant olika marginalkostnader för dessa patienter utan man bör kunna anta att marginalkostnaden är proportionell mot det DRG-pris som gäller för respektive sjukhus. Det skulle dock ha kunnat finnas viktiga skillnader i marginalkostnad om t.ex. Alingsås lasarett hade minskat kostnaderna genom nedläggning av en hel vårdavdelning, genom avveckling av personal eller genom lägre hyreskostnader. Det har dock inte varit aktuellt i den förändring som ägt rum.

Ett marginalkostnadsresonemang är bäst tillämpbart och beräkningsbart vid tillfälliga åtgärder, tex. kökortningsåtgärder vilket det inte varit frågan om i detta fallet. Det finns heller

inte konsensus om att det, över en viss nivå, råder ett generellt samband mellan volymer och kostnader för vård.

6.6.1 Beräknad ersättning för Mittenälvsborgarnas all slutenvård utifrån DRG-vikter och DRG-pris

Kostnaderna för Mittenälvsborgares vård kan beräknas på olika sätt. Ett sätt är att beräkna kostnader för slutenvård genom att utgå från de av sjukhusen inrapporterade DRG-vikterna för Mittenälvsborgarna och sjukhusens DRG-priser. En sådan beräkning visar att ersättningen ökat med 27,9 mkr mellan de båda perioderna. DRG-vikterna är framtagna för jämförbara medicinska verksamhetsområden. Både den fasta verksamhetsdelen som den rörliga prestationsdelen redovisas i tabellen nedan. Eventuell ytterfallsersättning är ej medräknad. Ersättningen är beräknad i 2004 års priser.

Tabell 6.6.1. DRG-poäng samt ersättning för Mittenälvsborgare

	DRG pris helpris tkr 2004	2003 04 - 2004 03 tkr	DRG poäng antal	2004 04 - 2005 03 tkr	DRG poäng antal	Differens tkr
Alingsås	30 800	182 616	5 929	185 337	6 017	2 720
Kungälv	30 552	898	29	852	28	-46
NU	32 350	3 558	110	5 245	162	1 688
SkaS	31 200	2 643	85	1 647	53	-996
SU	31 962	14 342	449	29 020	908	14 678
SÄS	33 572	56 423	1 681	66 286	1 974	9 863
Totalt		**260 480**	**8 283**	**288 386**	**9 143**	**27 907**

Denna beräkning ger en skattning av kostnaderna med en metod som beskrivits ovan. Beräkningen har den fördelen att den inte störs av de variationer som alltid finns för extremkostnader för ett fåtal patienter (ytterfallskostnader) och beräkningen görs i fast pris mellan åren. Jämförelsen störs inte heller av förändringar i produktivitet mellan åren.

6.6.2 Beräknad ersättning för Mittenälvsborgarnas öppenvård

Beräknad ersättning i fasta priser för öppen vården mot bakgrund av de besök Mittenälvsborgarna konsumerat. Minskningen i antal besök uppvägs av en ökning av antalet övriga primärvårdsbesök. Vad gäller akutbesöken så finns det en variation över tid vilket gör det svårt att dra tydliga slutsatser om hur mycket stängningen av nattakuten på Alingsås lasarett påverkat.

Tabell 6.6.2 Beräknad ersättning för Mittenälvsborgarnas konsumtion av akutbesök på sjukhus.

	april 2003 mars2004	april 2004 mars 2005	Differens
Sjukhusens akutmottagningar			
Alingsås lasarett	42 674 320	37 328 560	-5 345 760
Borås lasarett	3 477 780	4 069 920	592 140
NÄL	547 660	845 120	297 460
SU/Östra	2 586 560	4 552 440	1 965 880
Summa (tkr)	**49 286 320**	**46 796 040**	**-2 490 280**

På motsvarande sätt är jourbesöken på primärvårdsnivå beräknade. I perspektiv mot åren innan så har det skett stora förändringar i konsumtion av jourbesök.

Tabell 6.6.3 Beräknad ersättning för Mittenälvsborgarnas konsumtion av jourbesök vid Primärvård.

	april 2003 mars2004	april 2004 mars 2005	Differens
Primärvårdens jourmottagningar			
Alingsås lasaretts - Jourcentral	0	6 316 050	6 316 050
Jourcentral PV/AL	15 894 450	4 658 550	-11 235 900
Borås lasarett	1 654 000	2 564 000	910 000
NÄL	346 000	406 000	60 000
Summa (tkr)	**17 894 450**	**13 944 600**	**-3 949 850**

Övriga besök på primärvård har ej beräknats. Observera att det inom vanlig primärvård skett en ökning av besök som överträffar den minskning som skett av jourcentralsbesök vilket sammantaget ger en ökning av alla primärvårdsbesök.

Gynekologisk mottagning
Beräknad ersättning enligt inomlänsprislista 2005 för gynekologiska läkarbesök. Konsumtion av Mittenälvsborgare. En minskning har skett i fasta priser med ca -500 tkr.

Tabell 6.6.4 Ersättning för Mittenälvsborgarnas konsumtion av läkarbesök gynekologi.

	april 2003 mars2004	april 2004 mars 2005	Differens
Alingsås	6 185 760	5 341 000	-844 760
SÄS	2 746 944	2 566 368	-180 576
SU	4 336 080	4 946 704	610 624
Privata	3 668 800	3 611 200	-57 600
Summa (tkr)	**16 937 584**	**16 465 272**	**-472 312**

Öron- näs- och halsmottagning
Beräknad ersättning enligt inomlänsprislista 2005 för läkarbesök ÖNH. Konsumtion av Mittenälvsborgare. En ökning har skett med 825 tkr.

Tabell 6.6.5 Ersättning för Mittenälvsborgares konsumtion av Läkarbesök ÖNH.

	april 2003 mars2004	april 2004 mars 2005	Differens
Alingsås	5 374 512	4 547 664	-826 848
SÄS	2 210 880	3 062 640	851 760
SU	3 300 710	4 035 150	734 440
Privata	1 041 600	1 107 200	65 600
Summa (tkr)	**11 927 702**	**12 752 654**	**824 952**

6.6.3 Produktivitetsutveckling

Inom regionkansliet har hälso- och sjukvårdsavdelningen tillsammans med ekonomiavdelningen och personalavdelningen tagit fram en rapport över produktivitetsutvecklingen vid regionens sjukhus för 2004. Rapporten visade att kostnaderna ökade vid SÄS, Frölunda specialistsjukhus och Alingsås lasarett men minskade vid övriga sjukhus.

Tabell 6.6.6 Sjukhusens nettokostnader i fast pris. Data korrigerade för verksamheter som kommit till eller tagits bort mellan åren och skillnader i redovisningsprinciper. Från rapporten produktivitetsutvecklingen vid regionens sjukhus.

Nettokostnad fast pris	2003	2004	% förändring
SU	8 978	8 914	-0,7
NU-sjukvården	3 083	3 001	-2,7
SÄS	2 244	2 274	1,3
SkaS	2 577	2 562	-0,6
Kungälvs sjukhus	547	544	-0,5
Alingsås lasarett	329	330	0,3
Frölunda specialistsjukhus	114	117	2,2
Summa fast pris (mkr)	**17 872**	**17 741**	**-0,7**

Tabell 6.6.7 Procentuell förändring av kostnaden per prestation.
Från rapporten produktivitetsutvecklingen vid regionens sjukhus.

Kostnad per prestation	Procentuell förändring 2001-2003	Procentuell förändring 2003-2004
SU	0,7	-3,3
NU-sjukvården	-1,2	-4,5
SÄS	2,6	-1,3
SkaS	0,7	-2,5
Kungälvs sjukhus	3,5	-2,7
Alingsås lasarett	-3,5	1,5
Frölunda specialist sjukhus	-0,2	1,5
Totalt	**0,6**	**-3,0**

Rapporten visade att kostnaderna per prestation ökar vid Frölunda specialistsjukhus och Alingsås lasarett i motsats till övriga sjukhus som hade en produktivitetsökning.

Att Alingsås utvecklades sämre än de flesta övriga sjukhus berodde på att sjukhuset, med oförändrade kostnader, minskade de sammanvägda prestationerna medan övriga sjukhus ökade sina prestationer. I sammanhanget skall nämnas att Alingås under de föregående två åren utvecklades betydligt bättre än de övriga sjukhusen vilket visas i tabellen ovan. Observera att de perioder som undersöktes inte överensstämmer med verksamhetsförändringen som skedde ett kvartal in på 2004.

6.6.4 Sjukhusens kostnader

4.6.4.1 Kostnader vid Alingsås lasarett
Verksamhetsförändringen föranleddes av lasarettets behov av att anpassa verksamheten till det ekonomiska utrymme som fanns enligt överenskommelsen mellan sjukhuset och hälso- och sjukvårdsnämnden. För att nå tillgängligt ersättningsutrymme krävdes beslut på verksamhetsanpassningar om -8 mkr.

Nedan följer en redovisning per område. Observera att de redovisade kostnaderna är i löpande priser. Index har beräknats till 2,5 % för helåret, vilket för sjukhuset innebär en kostnadsförändring med drygt 8 mkr.

Akut- och jourmottagning
Korrigering i redovisningen nedan har gjorts då akutmottagningen felaktigt belastats för jourmottagningens kostnader de tre första månaderna år 2005, motsvarande 1,3 mkr. Efter korrigering kan avläsas att akutmottagningens kostnader mellan de två perioderna i princip är oförändrade. Personalkostnaden har dock minskat. Redovisad jour och beredskap (178 tkr) för akutmottagningen under den andra perioden är för den verksamhet som övertagits från primärvården och redovisades tidigare under respektive vårdcentral. Sparförslaget som innebar att kostnaden skulle reduceras med 3 mkr på akutmottagningen har ej nåtts.

Jourmottagningen budgeterades till 3,5 mkr. Den redovisas till en kostnad om 4,3 mkr. En stor del av jourmottagningen har bemannats via bemanningsföretag. Även här har kostnadsbilden korrigerats mellan enheterna (se ovan).
Fr.o.m. 2005 har ekonomiska medel överförts motsvarande 3,17 mkr (helår) från primärvården till Alingsås lasarett för den nya gemensamma beställningen. För de tre första månaderna motsvarar det i intäkter ca 800 tkr.
Primärvårdens ordinarie läkare bemannar den samlade jourmottagningen under helger. Den ökade kostnaden under uppföljningsperioden för jourmottagningen inklusive det nya åtagandet via samlad beställning är 3,5 mkr.

Tabell 6.6.8 Kostnadsredovisning akut- och jourmottagning vid Alingsås lasarett.

	Period 2003 04 2004 03	**Period** 2004 04 2005 03	**Differens**
Akutmottagning			
Total kostnad (tkr)*	**11 606**	**11 669**	**63**
varav personalkostnad	10 208	8 386	-1 822
varav jour / beredskap	0	178	178
Jourmottagning			
Total kostnad (tkr)*	**29**	**4 252**	**4 223**
varav personalkostnad	0	2 099	2 099
varav bemanningsföretag	0	1 937	1 937
varav jour / beredskap	0	0	0

** efter korrigering för redovisning mellan akut- och jourmottagning*

Gynekologisk mottagning
Den gynekologiska mottagningen redovisar ett ekonomiskt resultat om – 344 tkr. Personalkostnaden har minskat med 390 tkr. I realiteten minskades ej antalet läkarbesök mer än till ca 70 - 75 % mot tidigare. Vid beställningen fr.o.m. 2005 tillsköt hälso- och sjukvårdsnämnden 850 tkr för att åter beställa samma volym läkarbesök och dagkirurgiska behandlingar som innan förändringen.

Tabell 6.6.9 Kostnadsredovisning gynekologimottagning Alingsås lasarett.

Gynekologimottagning	2003 04 - 2004 03	2004 04 - 2005 03	Differens
Total kostnad (tkr)	**4 180**	**3 836**	**-344**
varav personalkostnad	3 258	2 868	-390
varav jour / beredskap	0	0	0

Öron-, näs- och halsmottagning
Neddragningen inom Öron-, näs- och halsmottagningen förväntades generera en kostnadsminskning motsvarande 1,4 mkr. Kostnadsminskningen har stannat vid 226 tkr. En minskning av mottagningsverksamheterna vid både Gyn och ÖNH skulle dessutom minska i övrig administrativ service med 300 tkr.

Tabell 6.6.10 Kostnadsredovisning öron-, näs- och halsmottagning Alingsås lasarett.

ÖNH-mottagning	2003 04 - 2004 03	2004 04 - 2005 03	Differens
Total kostnad (tkr)	**2 318**	**2 092**	**-226**
varav personalkostnad	1 772	1 642	-130
varav jour / beredskap	0	0	0

Slutenvården
Slutenvården redovisar en kostnadsökning om 1,3 procent. Personalkostnaden som står för den största delen har ökat med 3,7 %.

Tabell 6.6.11 Kostnadsredovisning slutenvård vid Alingsås lasarett.

Slutenvård	2003 04 - 2004 03	2004 04 - 2005 03	Differens
Total kostnad (tkr)	**66 594**	**67 476**	**882**
varav personalkostnad	55 358	57 398	2 040
varav jour / beredskap	0	0	0

Totalkostnadsbokslut för slutenvården
Totalkostnadsbokslutet för Alingsås lasarett avseende slutenvården redovisar 182,5 mkr för år 2003 samt 192,8 mkr för år 2004. En ökning motsvarande 10 mkr eller 5,6 %.

Totalt Alingsås lasarett
Alingsås lasarett redovisar totalt en kostnadsökning om 4,5 % jämfört med motsvarande period. Personalkostnaden har ökat med 1 % medan kostnaden för jour och beredskap har minskat med 3,2 %. Löneökningar inklusive kostnadsökningar ligger för 2004 på 3,0 %.

Tabell 6.6.12. Kostnadsredovisning Alingsås lasarett totalt mellan jämförda perioder

	2003 04 2004 03	2004 04 2005 03	Differens
Total kostnad (tkr)	**337 051**	**352 240**	**15 189**
-varav personalkostnad	215 161	217 316	2 155
varav jour / beredskap	11 878	11 498	-380
korrigering ökade kostnader		-14 700	
Summa efter korrigering	**337 051**	**337 540**	**489**
fast pris, index 2,5%	345 477	337 540	-7 937

Tillkommande kostnader
I den totala bilden finns nya kostnader avseende utökat ansvar för receptläkemedel på motsvarande 6 mkr. Ombyggnad och utrustning för ny operationsavdelning belastar sjukhuset med 4,7 mkr. Tilläggsavtal avseende ledproteser och prostataoperationer står för en kostnad på 4 mkr. Totalt bedömer Alingsås lasarett dessa nya kostnader till 14,7 mkr. Det skulle innebära att jämförbara kostnader mellan perioderna slutar på en kostnadsminskning om ca -8 mkr.

Tabell 6.6.13 Nya eller ökade kostnader 2004 för Alingsås lasarett.

Nya eller ökade kostnader 2004	**tkr**
Tilläggsavtal ledproteser och prostataoperationer	4 000
Ombyggnad och utrustning av operationsavdelning	4 700
Utökat ansvar receptläkemedel	6 000
Summa	**14 700**

Inom de beslutade områdena för verksamhetsförändringen kan ej utläsas att det är den förändringen som fått avsedd effekt på kostnadsnivån. Bland annat beror det på förändringar i beställningen och uppdraget att bedriva jourmottagning av primärvårdskaraktär.
Alingsås lasarett beräknar dock att med hänsyn tagen till ovan beskrivna nya åtaganden, att sjukhuset har klarat sitt ekonomiska sparkrav om – 8 mkr.

De skäl som sjukhusledningen anger till sin kostnadsreduktion är att planerade operationer har gett möjlighet att öka volymer utan högre kostnader i motsvarande grad. I övrigt är det många små förändringar som samverkat. Ökad kostnadsmedvetenhet på avdelningarna, färre vårddagar, färre vikarier och mindre utnyttjande av bemanningsföretag. En känsla av att alla ställde upp både när det gällt intäkter och sparande. De interna kostnader har minskat genom nattstängningen på grund av lugnare nätter. De så kallade ITVA-platser har tagits bort. Man har kunnat tillfört kunskap om kostnader i samband med förändringsarbete. Man har upplevt arbetet med föreliggande rapport som ett positivt inslag. Man har tagit det positivt att det sker en granskning med öppenhet. Det har gett tilltro till processen.

6.6.4.2 Kostnader vid Sahlgrenska universitetssjukhuset område Östra sjukhuset

SU/Östra sjukhuset har följt förändringen avseende Mittenälvsborgarnas konsumtion av vård vid sjukhuset. De beräkningar som sjukhuset tagit fram visar på en ökad kostnad för Mittenälvsborgare. SU/Östra har valt att redovisa kostnaderna enligt KPP - Kostnad per patient. Via KPP-systemen, kan man knyta kostnaderna till patienterna genom att vårdtjänsterna knyts till den enskilda patienten och vårdkontakten. Det innebär att patienten får en grundkostnad som består av personal, material, utrustning, hyror, OH-kostnader etc. samt en särkostnad bestående av åtgärder för just den patienten. Särkostnaderna kan exempelvis vara laboratoriekostnader, röntgen och intensivvård mm.

Slutenvård
Antalet inneliggande patienter från det aktuella upptagningsområdet har enligt SU/Östra ökat med 414 patienter under perioden. Kostnadsökningen uppgår enligt KPP- redovisningen till 16,9 mkr där 9,9 mkr utgör grundkostnaden samt 6,9 mkr utgör särkostnaden.

Tabell 6.6.14 Kostnad enligt KPP-systemet för inneliggande patienter från Mittenälvsborg vid SU/Östra.

Slutenvård	**Period 1** 2003 04 - 2004 03	**Period 2** 2004 04 - 2005 03	**Ökning**
Antal patienter	368	782	414
Kostnad enligt KPP	14 501 645	31 406 308	16 904 663
varav grundkostnad	9 865 254	19 815 647	9 950 393
varav särkostnad	4 636 391	11 590 661	6 954 269

I tabellen nedan har korrigering gjorts för att få en bild av kostnadsökningen för slutenvården i fast pris. I korrigerad differens har genomsnittskostnaden för vårdtillfällen period 2 multiplicerats med ökningen, 414 vårdtillfällen för att ge en bild av kostnadsökningen i fast pris.

Tabell 6.6.15 Korrigerad differens - Kostnad för vård vid SU/Östra. Avser patienter från Lerum, Vårgårda och Alingsås kommuner.

Slutenvård (efter korrigering)	**Period 1** 2003 04 - 2004-03	**Period 2** 2004 03 - 2005-03	**Ökning Differens**	**Korrigerad * Differens**
Antal patienter	368	782	414	
Kostnad	14 501 645	31 406 308	16 904 663	16 626 869
varav grundkostnad	9 865 254	19 815 647	9 950 393	10 490 637
varav särkostnad	4 636 391	11 590 661	6 954 270	6 136 232

SU har samtidigt minskat sin produktion och därmed kostnader för höft- och knäproteser (DRG 209) med 54 operationer samtidigt som Alingsås lasarett opererat 21 fler Göteborgare inom DRG 209. Vi har inte minskat kostnaderna för SU/Östra med dessa kostnader i tabellen ovan eftersom Alingsås kostnader för ett utökat uppdrag inom detta område har tagits bort från deras redovisning. Samtidigt som fler Göteborgare opereras vid Alingsås opereras fler Mittenälvsborgare vid SU vilket redovisats under konsumtionsavsnittet.

För perioden efter verksamhetsförändringen har ytterfallskostnaderna ökat proportionellt mer. Ytterfall påverkas i stor utsträckning av slumpvariationer när enstaka extremt dyra patienter vårdas. Om dessa ges ett genomsnittligt värde för båda åren blir kostnadsökningen ca 300 000 kronor lägre.

Akutmottagningen SU/Östra
Kostnadsberäkningar för besöken till akutmottagningen via fastställd prislista och efterkalkyler ger vid handen att ökningen av de 414 patienterna står för mellan 0,9 – 1,0 mkr. Den bedömda kostnaden är den efterkalkylerade kostnaden per besök 2004. I den efterkalkylerade kostnaden ingår både direkta och överförda kostnader. 2004 års prislista har använts för de båda perioderna.

Tabell 6.6.16 Besökskostnad enligt prislista 2004 och efterkalkylerad kostnad.

Akutmottagningen			
Antal som resulterat i inläggning	368	782	414
Kostnad prislista	794 144	1 687 556	893 412
Kostnad bedömd	920 000	1 955 000	1 035 000

Övrig ökning av besök till akutmottagningen som ej resulterat i inläggningar uppgår till 526 st. Kostnad enligt prislista uppgår här till 1 135 tkr och den efterkalkylerade kostnaden till 1 315 tkr.

Tabell 6.6.17 Ökning av övriga besök som ej lett till inläggning.

Akutmottagningen besök			
Antal besök	790	1 316	526
Kostnad prislista	1 704 820	2 839 928	1 135 108
Kostnad bedömd	1 975 000	3 290 000	1 315 000

Avseende akutmottagningen har det enligt sjukhusets uppgifter skett en sammanlagd ökning med 940 besök från det aktuella upptagningsområdet vid jämförelse mellan perioderna 030401-040331 och 040401-050331. Prislista för år 2004 är använd vid beräkningarna.

Tabell 6.6.18 Total ökning av antal besök till akutmottagning SU/Östra.

Akutmottagningen totalt			
Antal besök	1 158	2 098	940
Kostnad prislista	2 498 964	4 527 484	2 028 520
Kostnad bedömd	2 895 000	5 245 000	2 350 000

SU/Östra anger i kommentarer till bokslutet 2004 att man producerar mer vård (5 % utöver budget) än vad som har beställts. Det ökade patientflödet beror delvis på att Alingsåsakuten stängde på natten. Sjukhuset beskriver att verksamhetsutveckling gett kortare medelvårdtider med sju procent under 2004 och antalet medicinskt färdigbehandlade som är kvar på sjukhuset har minskat. Område Östra hade för 2004 en budgetomslutning på 1,8 mdr kr. Sjukhuset genomförde under år 2004 ett sparpaket och gick från ett förväntat budgetunderskott på – 72 mkr till ett slutresultat på 12,7 mkr.

SU/Östra har också givit uppgifter om sina rörliga kostnader. Efter verksamhetsförändringen har man bedömt att de rörliga kostnaderna för mottagningsbesök har ökat med ca 1 miljon kronor, främst för laboratorieundersökningar och röntgen. De rörliga kostnaderna för Mittenälvsborgarnas slutenvård har bedömts öka med 5,9 mkr. Samtidigt anser man det svårt att bedöma i vilken utsträckning även det som kallas de fasta kostnaderna förändrats. Man nämner att SU/Östra fått viten för att man inte följt arbetsmiljöverkets krav. Man har inte kunnat göra anpassningar av verksamheten till följd av tillströmning av patienter. Man anser att det inte är möjligt att bedöma de fasta kostnadernas ökning.

6.6.4.3 Kostnader vid Södra Älvsborgs sjukhus

För SÄS ses en ökning av antalet besök vid Akutvårdcentralen med ca 670 besök, inklusive Primärvårdens akutläkarjour. Det är en ökning med 32 % avseende Mittenälvborgarnas konsumtion av akutbesök vid SÄS. Akutvårdcentralen är vid SÄS ekonomiskt ersatt via ett abonnemang, alltså ej ersatt per besök. Antalet vårdtillfällen inom de specialiteter som berörs av förändringen har ökat med 244 vilket är en ökning motsvarande 20%.
SÄS har ännu ej infört KPP-system. Därför har skattning av kostnaden gjorts genom beräkning med fakturerad ersättning till sjukhuset som grund. Den metoden kan avvika från SÄS verkliga kostnad utifrån fast och rörlig kostnad som beror av om prestationerna kan göras med låga marginalkostnader inom befintlig organisation eller om tröskeleffekter uppstått.

Tabell 6.6.19 Ersättning för Mittenälvsborgares vård vid SÄS. Beräknad från fakturerad prestationsersättning som utgör ca hälften av verklig kostnad. Korrigerad differens är kostnad för ökningen med 244 vårdtillfällen till period 2 med genomsnittlig kostnad för vårdtillfällen under period 2.

SÄS	2003 04 01 2004 03 31	2004-04-01 2005-03-31	Differens	Korrigerad differens
Internmedicinsk vård	23 570 110	33 154 666	9 584 556	5 308 607
Infektionssjukvård	2 908 058	3 457 590	549 532	329 294
Geriatrisk vård	0	511 286	511 286	511 286
Kirurgisk vård	16 431 984	19 136 786	2 704 802	3 964 398
Ortopedisk vård	8 368 450	11 161 018	2 792 568	2 303 067
Rehabiliteringsmedicinsk vård	4 839 510	5 028 068	188 558	-1 547 098
Onkologisk vård, allmän	3 095 052	3 194 824	99 772	965 877
Summa	**59 213 164**	**75 644 238**	**16 431 074**	**12 862 156**

Nedan har fakturerad ersättning legat som grund för beräkning av vad ökningen i ekonomiska medel beroende på antalet läkarbesök för Mittenälvsborgarna vid SÄS/Borås lasarett inneburit. Beräkningen bygger på en fast *uppskattad* styckeersättning (fast och prestationsbaserad) då SÄS AVC och Jourmottagning from år 2004 ersätts via riktat uppdrag. Detta innebär att enbart en fast ersättning utbetalas.

Tabell 6.6.20 Beräknad ersättning för Mittenälvsborgares läkarbesök vid akut- och jourmottagning vid SÄS/Borås.

Akut och jourmottagningar	2003-04-01 2004-03-31	2004-04-01 2005-03-31	Differens kr	Differens %
Borås AVC	3 477 780	4 069 920	592 140	17,0
Borås jourmottagning	1 654 000	2 564 000	910 000	55,0
Totalt	**5 131 780**	**6 633 920**	**1 502 140**	**72,0**

SÄS har försökt skatta de rörliga och de fasta kostnaderna för att bedöma effekten av den ökade tillströmningen av patienter från mittenälvsborg. Den metod SÄS använt är att med utgångspunkt i totalkostnadsbokslutet ta bort sjukhusgemensamma kostnader såsom hyror etc., för att på så vis beskriva marginalkostnaden. Sjukhuset poängterar att man de senaste åren haft en kraftig produktions- och produktivitetsökning. Delar av ett ökat inflöde av patienter från Mittenälvsborg har enligt sjukhusets bedömning troligtvis omhändertagits genom en högre produktivitet.

Tabell 6.6.21. Marginalkostnadsförändringar avseende vårdkonsumtion av Mittenälvsborgare vid SÄS.

SÄS	
Kostnadsförändringar	
Öron-, näs- och halsmottagning	683
Gynekologimottagning	-152
Summa öppenvård (tkr)	**531**
Summa slutenvård (tkr)	**9 215 367**

För ökningen av akutmottagningsbesök har man inte kunnat ge någon siffra men med utgångspunkt i att jourorganisationen är oförändrad bedömer man att ökningen är marginell.

6.6.5 Kostnader för ökade transporter

Ambulansverksamhet vid SÄS
Antalet uppdragstimmar för ambulanssjukvården i Alingsås har ökat i och med verksamhetsförändringen nattetid vid Alingsås akutmottagning. SÄS har kostnadsberäknat effekterna för ambulansverksamheten. För att möta förändringen har ambulanssjukvården gjort en intern organisationsförändring. Kostnader knutna till detta består i ökade kapitalavskrivningar med 350 tkr, ökade driftskostnader med 450 tkr, ökade personalkostnader motsvarande 1 300 tkr samt ökade kostnader för läkemedel och sjukvårdsmaterial om 100 tkr.
Sammantaget beräknar SÄS verksamhetsförändringen till 2 200 tkr.

Övriga transporter
Övriga tranporter nattetid utförda av Västtrafik har totalt ökat med 5,6 % för Mittenälvsborgarna. Resorna avser transporter som har gått till eller från hemadress i Alingsås, Herrljunga, Vårgårda eller Lerum kommun och till övriga sjukhusen. Resor till eller från Alingsås lasarett står för en minskning med 32 % medan övriga sjukhus har ökat sin andel med 84 %.

Tabell 6.6.22. Kostnad för övriga transporter Västtrafik mellan jämförelseperioderna.

	2003-04-01 2004-03-31	2004-04-01 2005-03-31	Differens kronor	Differens %
Alingsås lasarett	193 027	132 107	-60 920	-31,6
Övriga sjukhus	91 755	168 631	76 876	83,8
Summa	**284 782**	**300 738**	**15 956**	**5,6**

6.6.6. Hälso- och sjukvårdsnämndens ekonomiska ersättning för Mittenälvsborgarnas hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdsnämnden överenskommer med utföraren om vilken vård som ska utföras för den egna befolkningen. Vårdöverenskommelser med beslut om innehåll, volymer och ekonomiska ersättningar fattas för respektive år. Dessa överenskommelser föregås av förhandlingar mellan parterna. Vårdöverenskommelsen 2004 med Alingsås lasarett innebar som förut beskrivits att sjukhuset skulle dra ner på verksamhet för att anpassa sig till befintligt ekonomiskt utrymme. För att Mittenälvsborgarna skulle erhålla lika vård förändrades även beställningarna gentemot andra vårdgivare. Södra Älvsborgs sjukhus erhöll 2 mkr för utökad ambulansverksamhet. SU erhöll ett utvidgat ersättningsutrymme på 8,2 mkr för att ta emot en utökad volym besök beroende på nattstängningen vid Alingsås akutmottagning. Den beräknade volympåverkningen motsvarade i överenskommelsen 233 vårdtillfällen, 233 DRG poäng samt en utökning av 400 öppenvårdsbesök. En överföring skulle ske till Alingsås lasarett med en ökad andel planerad vård via en omfördelning från SU motsvarande 3,6 mkr (56 vtf, 56 DRG poäng, 253 besök dagkirurgi, 56 öppenvårdsDRG samt 110 öppenvårdsbesök).

Vi har valt att beskriva slutenvård vid SU/Östra, SÄS, Alingsås lasarett, SkaS, Kungälvs sjukhus och NU-sjukvården. Vi har begränsat oss till de verksamheter som finns vid Alingsås lasarett. Annars skulle t.ex. den minskning som ses inom förlossningsvården, som inte berörs av strukturförändringen, påverka utvärderingen. På samma sätt elimineras t.ex. svängningar i den högspecialiserade vården och slutna barnsjukvården. De verksamheter som ingår är liksom under avsnittet om konsumtion - internmedicin, kardiologi, hematologisk vård, infektionssjukdomar, geriatrik, rehabilitering, mag-tarmsjukvård, kirurgi, ortopedi och urologi.

Observera att det fakturerade beloppet är så kallade "halvpriser", d.v.s. 50% av DRG-priset eftersom resten ges som anslag. Dessutom ingår eventuella ytterfallskostnader. Det fakturerade beloppet motsvarar därmed drygt halva den genomsnittliga kostnaden för vården.

Tabell 6.6.23 Fakturerade belopp Alingsås lasarett.

	2003 04 2004 03	2004 04 2005 03	differens	%
Medicin*	50 535 016	46 189 772	-4 345 244	-8,6
Kirurgi och ortopedi	57 370 094	63 952 619	6 582 525	11,5
Summa	**107 905 110**	**110 142 391**	**2 237 281**	**2,1**

Tabell 6.6.24 Fakturerade belopp Södra Älvsborgs sjukhus.

	2003 04 2004 03	2004 04 2005 03	differens	%
Medicin*	18 323 865	23 631 967	5 308 102	29,0
Kirurgi och ortopedi	12 463 967	15 310 152	2 846 185	22,8
Summa	**30 787 832**	**38 942 119**	**8 154 287**	**26,5**

*här ingår också infektion, geriatrik, rehabilitering och allmän onkologi

Tabell 6.6.25 Fakturerade belopp SU/Östra.

	2003 04 2004 03	2004 04 2005 03	differens	%
Medicin*	7 082 441	16 370 367	9 287 926	131,1
Kirurgi och ortopedi	2 647 752	4 370 530	1 722 778	65,1
Summa	**9 730 193**	**20 740 897**	**11 010 704**	**113,2**

Tabell 6.6.26 Fakturerad prestationsersättning Mittenälvsborgare.

	2003 04 2004 03	2004 04 2005 03	differens	%
Medicin*	77 266 663	88 261 231	10 994 568	14,2
Kirurgi och ortopedi	75 037 595	85 875 680	10 838 085	14,4
Summa	**152 304 258**	**174 136 911**	**21 832 653**	**14,3**

Om den fakturerade prestationsersättningen räknas om genom att genomsnittlig DRG-kostnad för period två används även för period ett blir skillnaden 18,1 mkr vilket är en ökning av kostnaderna med 11,6%.

Totalt sett har den fakturerade prestationsersatta slutenvården ökat med ca 22 mkr. Därtill kommer den fasta ersättningen. Hänsyn har ej tagits till ersättningsbegränsningar för HSN i form av ersättningssystemets takkonstruktion. Takkonstruktionen innebär en begränsning av ersättningsnivån för vårdgivarna.
Ovan har redovisats kostnader för slutenvård på tre olika sätt. Schablonmässigt från konsumtion av DRG-poäng vid berörda sjukhus, med sjukhusen som utgångspunkt och fakturerad ersättning. Lägst nivå gäller för fakturerade kostnader som till stor del baseras på så kallade halvpriser men där ingår å andra sidan ytterfallskostnader. Om olikheter i metodik beaktas finns en relativt god överensstämmelse mellan uppgifterna. Ersatta ytterfallskostnader redovisas i tabellen nedan.

Tabell 6.6.27 Fakturerade ytterfallskostnader för mittenälvsborgare för de valda specialiteterna.

	2003 04 2004 03	2004 04 2005 03
SU/Östra	1 081 828	4 200 200
Samtliga sjukhus	7 222 928	9 088 856

6.6.7 Ekonomiska effekter beroende på förändrade patientströmmar vid stängd akutmottagning nattetid vid Alingsås lasarett

Ovan har redovisats de totala kostnaderna för sjukhusen. En beräkning kan göras enbart utifrån de förändringar av patientströmmar som föranletts av nattstängningen av akutmottagningen som gjorts, vilket redovisas i tabellen nedan. Merkostnaden beroende på delade vårdtillfällen bedöms till halva den totala ekonomiska ersättningen utifrån en rimlighetsbedömning.

Tabell 6.6.28 Ekonomiska effekter beroende på nattstängning av Alingsås lasaretts akutmottagning.

Förändringar	**Kostnad**
Merkostnad för högre DRG-pris för överflyttad vård till SÄS	676
Merkostnad för högre DRG-pris för överflyttad vård till SU Östra	481
Delsumma	**1 157**
Merkostnad för ökningen av delade vårdtillfällen för patienter som flyttas till Alingsås för eftervård (halv effekt)	2 200
Delsumma	**3 357**
Ökade transporter	2 200
Summa (tkr)	**5 557**

I tabellen ovan har tagits med effekten av att vårdtillfällen delas oftare mellan ett annat sjukhus som sedan flyttar patienten till Alingsås lasarett. Bara halva kostnaden har dock tagits upp eftersom det är rimligt att anta att kostnaden för vårdtillfällena på respektive enhet är mindre än för ett komplett vårdtillfälle. Tabellen visar merkostnader på ca 6 miljoner kronor. I den bedömda ekonomiska konsekvensen har inte tagits med olika kostnader för öppenvård.

Sammanfattning av ekonomi
Kostnader förknippade med verksamhetsförändringen har beräknats på flera sätt med olika resultat men ändå med principiell överensstämmelse. Beräkningarna ger en ungefärlig bild och visar en kostnadsökning på 25-30 mkr varav ca en fjärdedel kan hänföras till stängningen av akutmottagningen och resterande till den ökade konsumtionen av vård som har skett.

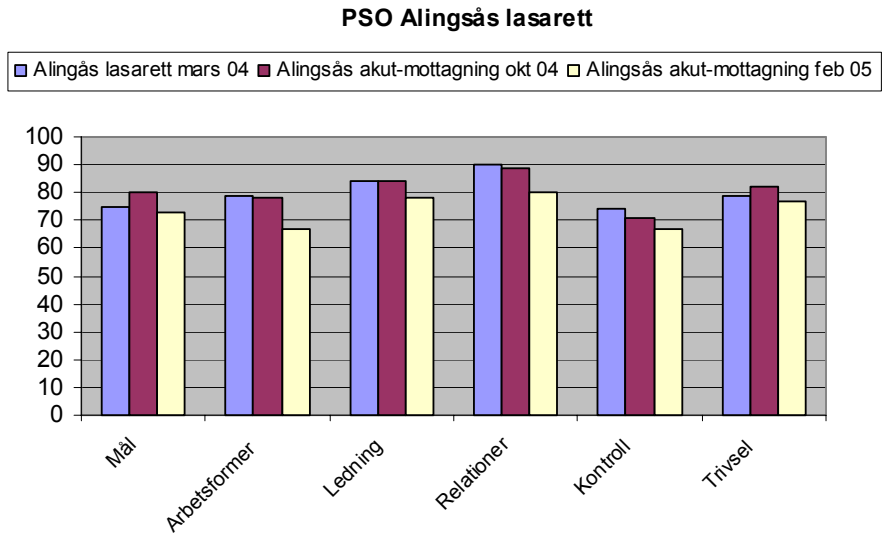
Avgränsningen mellan kostnader för stängningen av akutmottagningen och kostnader för andra förändringar är svår eftersom åtgärderna hänger samman på flera sätt. Ökningen av planerad vård har t.ex. tagit tillvara frigjord kapacitet vid Alingsås lasarett. Det är osäkert om förändringen annars kunnat göras kostnadsneutralt genom besparingar vid Alingsås lasarett som motsvarat de kostnadsökningarna som skett vid andra sjukhus för utflyttade patienter.

I den nämnda kostnaden har eventuella marginalkostnadseffekter inte vägts in men analysen har redovisat att om dessa skall ingå måste såväl marginalkostnaderna analyseras vid såväl de sjukhus som får ökade volymer som vid Alingsås lasarett som får minskade volymer. Man kan anta att en sådan beräkning ger en principiellt liknande bild som redovisas ovan men med en lägre nivå.

6.7 Personal

Den enhet som tydligast blivit berörd av förändringen är akutmottagningen. Mottagningen stängde nattetid, vilket innebar förändringar för delar av personalen.
12 personer (6 undersköterskor och 6 sjuksköterskor) blev berörda när akutmottagningen stängde på natten. 11 personer har kvar sin anställning vid Alingsås lasarett, men har flyttat till andra enheter inom sjukhuset. Några av dessa är för närvarande tjänstlediga på grund av studier, föräldraledighet eller arbetar utanför sjukhuset. 1 person har slutat sin anställning vid sjukhuset och flyttat till annat sjukhus inom VGR.

Alingsås lasarett har vid flera tillfällen genomfört psykosocial arbetsmiljökartläggning (PSO-undersökning). I mars 2004 gjordes PSO-undersökningen på hela sjukhuset och i oktober 2004 samt februari 2005 gjordes en undersökning på akutmottagningen. Undersökningen tar upp frågor om de anställdas uppfattning om mål, arbetsformer, ledning, relationer kontroll och trivsel. Undersökningarna visar att vid ett förändringsarbete, som det som Alingsås lasarett genomfört, påverkar det också hur man upplever sin arbetsmiljö och sin arbetssituation. Svaren varierar något mellan de olika mätperioderna. En verksamhetsförändring har naturligt olika skeenden och detta kan delvis utläsas i svaren.



Figur 6.7.1 Psykosocial arbetsmiljökartläggning vid Alingsås lasarett som helhet samt akutmottagning.

Resultatet av PSO-kartläggningen visar att värdena för akutmottagningen, inom samtliga delområden har gått ned mellan oktober -04 och februari -05. Bedömningen från lasarettet är att före förändringen var akutmottagningen en sammansvetsad och väl fungerande enhet. I samband med förändringen slutade några erfarna medarbetare, vilket skapade viss turbulens. Efter att förändringen har etablerat sig har enhet återgått och hittat arbetsformer.

I övrigt har framkommit att arbetsmiljön för avdelningspersonalen nattetid bedöms till det bättre bl.a. genom att det är lättare att planera verksamheten. Mindre ”ryckighet” i verksamheten och färre akuta röntgenundersökningar.
Mindre jouråtaganden påverkar arbetskvaliteten positivt för kirurger och ortopeder. De kompletterande regionala uppdragen ger en större basvolym och därigenom ett bättre underlag kompetensmässigt för de opererande specialiteterna. IVA/postoperativa vårdplatserna har

utvecklats mot fler postoperativa platser. Det upplevs också positivt med mindre nattarbetstid för sjukhusets personal genom färre jourlinjer, lägre antal insatser nattetid.

Som negativa effekter på arbetsmiljön har framförts att det är en hög arbetsbelastning mellan kl. 22.00 – 23.00 nattetid för att kunna omhänderta mottagna patienter och stänga akutmottagningen. För litet antal patienter på jourmottagningen efter kl. 02.00 upplevs som ganska tråkigt. Förlusten av den kompetenta akutmottagningspersonalen framhålls.
Det kan också framstå som att Alingsås lasarett blivit mindre attraktivt för yngre anestesiologer.

Uppgifterna för sjukfrånvaron och övertid för personal vid akutmottagningen har en omfattning så att det ej har föranlett någon fördjupad analys och bedömning.

Personalsituationen och arbetsmiljön för övriga berörda enheter som gynekologisk-mottagning, öron-, näs- och halsmottagning har inte närmare analyserats.

Sammanfattning av personal
Undersökningarna visar att ett förändringsarbete påverkar hur man upplever sin arbetsmiljö och sin arbetssituation. Den psykosociala kartläggning som utförts på Alingsås lasarett och akutmottagning visar på lägre värden inom samtliga delområden för perioden. Arbetsmiljön för avdelningspersonalen nattetid bedöms efter verksamhetsförändringen till det bättre bl.a. genom att det är lättare att planera verksamheten. Mindre jouråtaganden påverkar arbetskvaliteten positivt för kirurger och ortopeder. Mindre nattarbetstid för sjukhusets personal genom färre jourlinjer. De kompletterande regionala uppdragen ger lasarettet en större basvolym och därigenom ett bättre underlag kompetensmässigt för de opererande specialiteterna. Som negativa effekter på arbetsmiljön har framförts att det är hög arbetsbelastning mellan klockan 22-23 nattetid, för att kunna omhänderta mottagna patienter och stänga akutmottagningen.

6.8 Intervju med verksamhetsansvariga

Nedan följer en sammanfattning av ett samtal med chefsläkaren för Alingsås lasarett samt verksamhetscheferna för medicin och kirurgi.

För kirurgin upplever man att man funnit bättre och effektivare arbetsformer. Man vill inte gå tillbaka till tidigare arbetssätt. Man tycker sig ha uppfyllt strukturplaneringens önskan om att flytta resurser från lågfrekvent tid till planerade operationer. Trots förändringen upplever man att bara ett litet antal akuta kirurgiska slutenvårdsfall behöver komma till andra vårdgivare under de tider som akutmottagningen har stängt. Det är få överflyttningar av patienter från andra vårdgivare att det inte upplevs som ett problem. Sammanlagt har man minskat akuta operationer med 61 stycken och ökat planerade operationer med 588 stycken. I några enstaka fall har dagkirurgiska patienter behövt söka andra vårdgivare för komplikationer nattetid. Man har därför arrangerat för att dessa skall kunna omhändertas av kirurgisk bakjour efter hänvisning från jourmottagningen i likhet med så kallade öppna returer. Man upplever inga rekryteringsproblem bland läkare. Man ser det som mycket viktigt för den kirurgiska verksamhetens helhet att man behållit merparten av den akuta vården. Den behövs av volymskäl och för balans mellan akut och planerad vård. Från den akuta vården rekryteras

också en hel del av den planerade vården. Det gäller främst allmänkirurgin medan ortopedin däremot har bättre möjligheter att förlita sig på volymer av planerad vård.

För invärtesmedicinen har man vunnit när det gäller arbetsmiljö med mindre belastning på den sjukhusbundna jourläkaren samt på den medicinska bakjouren under främst vardagar. På minussidan upplever man fenomenet att man i betydligt högre utsträckning tar omhand patienter som tidigare vårdats på andra enheter. Det rör sig om ca en patient per dag. Särskilt i början har man upplevt bristande förståelse från andra vårdgivare för att man inte alltid kan ta hand om "sina" patienter vilket kan bero på att det tagit tid för strukturbeslutet att nå ner i organisationen. Man har inte kännedom om, och kontakt med, någon annan invärtesmedicinsk enhet som har samma struktur. Strukturförändringen har haft olika effekter på den medicinska och kirurgiska vården. Man är på invärtesmedicin inte främmande för tanken på att åter öppna för dygnetruntinskrivning av invärtesmedicinska patienter men menar att ett sådant steg kräver förberedelser.

Beträffande patientens perspektiv så upplever man att den mycket akuta vården ges på ett för patienten bra sätt. Man uppfattar det som att patienten känner sig trygg och omhändertagen när ambulansen väl är på plats och var vården sker är mindre viktigt. För den inte lika akuta vården kan oklarhet över vad som görs på olika ställen och var man skall vända sig ge otrygghet. Från patientsynpunkt är det inte bra med delning av vårdepisoder men samtidigt upplevs det ofta positivt av patienter att få avsluta vården på sitt "hemsjukhus". Man upplever att en hel del av de överflyttningar som sker är på grund av att vårdplanering skall ske gentemot kommunen och att de mer avlägsna storsjukhusen har svårigheter här. Ibland väntar patienter på att sjukhuset i Alingsås skall öppna för att de skall kunna söka där. Det har även gällt symtom som kan vara allvarliga, såsom bröstsmärtor. Även om det kan innebära en risk så känner man inte till att sådan fördröjning har lett till patientskada.

Akutmottagningen med primärvårdjour saknar möjlighet att skriva in patienter.
Strukturförändringen har inneburit vissa problem för akutmottagningens funktion.
I planeringen har förutsatts en avvecklingstid av den ordinarie mottagningen under en timme efter stängningen klockan 22.00. Ibland innebär det svårigheter om ett flertal patienter kommer in strax före klockan 22.00 vilket kan ge arbete långt efter klockan 23.00. För andra personalkategorier kan öppettiderna medföra schematekniska problem. Man är inte helt tillfreds med hur jourverksamheten bedrivs för närvarande. Främst därför att den drivs av bemanningsföretag samt för att förhållandevis få patienter, oftast med enklare åkommor, tas omhand nattetid.

6.9 Synpunkter från övriga vårdgivare

Övriga vårdgivare har bidragit med faktauppgifter och underlag med anledning av uppföljningen och har också haft möjlighet att lämna synpunkter och kommentarer under arbetets gång.

SU/Östra bekräftar att antalet sökande och inlagda patienter från Alingsås närområde ökat. SU/Östra anger att det som totalt kan ses som en marginell ökning av intermedicinsk slutenvård vid SU område Östra, är en faktisk ökning av såväl patienter som vårddagar jämfört med tidigare. Man noterar också att antalet sökande till akutmottagningen från det aktuella området procentuellt sett har fördubblats.

SÄS bekräftar att det skett en ökning av antalet besök vid akutvårdcentralen från Mittenälvsborg. Framförallt består ökningen av patienter från Alingsås och Vårgårda kommuner. I slutenvården har andelen akutinskrivna patienter från Mittenälvsborg ökat. Från primärvården i Mittenälvsborg anger man att stängningen av kirurg- och medicinakuten nattetid på Alingsås lasarett inte har haft någon direkt påverkan på primärvårdens verksamhet under dagtid men indirekt lett till inköpt allmänläkarmottagning nattetid vars kostnadseffektivitet ifrågasätts. Trots ”öppen dörr ” på natten omhändertas ett relativt fåtal besök till en hög kostnad. Triagefunktionen är inte fullt utvecklad, en hel del patienter med låg prioritet rent medicinskt har också tagits emot på dyr jourtid.

Primärvården betonar vidare att under perioden då primärvårdens jourcentral var stängd på kvällstid ökade antalet patienter på AVC i Borås ändå marginellt för att sedan åter minska då Alingsås lasaretts akutmottagning är öppen både kväll och natt. Primärvården noterar också att tillgängligheten till ögon- och öronkonsulter ej varit tillfyllest, då mottagningarna på Alingsås lasarett inte varit tillräckligt bemannade. Under en period hade även gynekologimottagningen en neddragning vilket också märktes i primärvården.

7. Samlad diskussion

Uppföljningen har fokuserat på hur vården för Mittenälvsborgarna har utvecklat sig med anledning av verksamhetsförändringarna vid Alingsås lasarett 2004. Eventuella förändringar för övriga Västra Götalänningar med anledning av förändringen har ej följts upp i denna rapport.

Konsumtion
Verksamhetsförändringen har inte lett till en minskning av Mittenälvsborgarnas konsumtion av sjukhusvård. Konsumtionen av hälso- och sjukvård för Mittenälvsborgarna är väsentligen oförändrad för öppen vård vid akutmottagningar. Det vårdbehov som tidigare togs omhand vid Alingsås lasarett på natten tas nu omhand i första hand vid SU/Östra och SÄS men en stor del får sannolikt fortfarande sin vård vid Alingsås lasarett men vid andra tider på dygnet. Den geografiska närheten för Mittenälvsborgarna till SU/Östra och SÄS påverkar.

Figur 7.1 Karta över Mittenälvsborg och vårdgivarna Alingsås lasarett, SU/Östra och SÄS.

Konsumtionen av slutenvård har ökat beroende på en ökning av den planerade vården vid Alingsås lasarett. Konsumtionen av oplanerad slutenvård är oförändrad men en ökad andel av den oplanerade vården sker vid SU/Östra och SÄS. Även här tas en stor del av vårbehovet fortsatt omhand vid Alingsås lasarett men vid andra tider på dygnet.

Produktion
Alingsås lasarett är fortfarande framförallt ett sjukhus för närområdet som tar omhand både akut och planerad vård. Även om andelen planerad vård ökat domineras produktionen av oplanerad vård. Den totala produktionen av vård mätt som DRG-poäng har ökat något. Det invärtesmedicinska området vårdar samma sjukdomspanorama men har stängt nattetid för inskrivning vilket lett till en viss minskning av antalet vårdtillfällen. De kirurgiska specialiteterna allmän kirurgi, ortopedi och urologi har minskat antalet jourlinjer. Den frigjorda kapaciteten har utnyttjats genom ökad produktion av planerad vård.

Sammanställningen visar att stängning av akutmottagningen på natten har haft störst konsekvenser för den invärtesmedicinska vården trots att jourbemanningen för läkare är oförändrad. Det är de invärtesmedicinska patienterna som i störst utsträckning måste tas omhand vid andra sjukhus under jourtid. Det är också för dessa som vårdepisoder delas

mellan flera sjukhus. Den primärvårdsjour som till hög kostnad ersatt tidigare akutmottagningsverksamhet på sjukhuset, har inte befogenhet att skriva in de invärtesmedicinska patienterna för slutenvård, utan tar nattetid omhand ett litet antal patienter.

De opererande specialiteterna har förändrats genom att flera jourlinjer tagits bort, viss minskning av den akuta vården och genom det resurstillskott som skett för ökad produktion av planerad vård.

Patientströmmar
De ändringar av patientströmmar efter stängningen av akutmottagningen på natten är betydligt mindre än det tidigare vårdbehovet på natten. Den största delen, nära hälften, av det sjukvårdsbehov som tidigare tagits omhand nattetid vid Alingsås lasarett tas sannolikt fortfarande omhand på Alingsås lasarett men vid andra tider på dygnet. Men både akutbesök och oplanerad slutenvård sker i ökad utsträckning vid andra sjukhus där ökningar framförallt ses vid SU/Östra och SÄS. Patienter vårdas i större utsträckning på ett annat sjukhus för senare förflyttning till Alingsås. Av den konsumtionsökning som skett på 6,6 % så förklaras en fjärdedel av sådana omflyttningar.

Det invärtesmedicinska området har påverkats mer än de kirurgiska specialiteterna. Tre fjärdedelar av ökningen av vårdtillfällen, för invånare i Mittenälvsborg, vid övriga sjukhus är vård för invärtesmedicinska patienter.

Patientperspektiv
För patienter i behov av planerad vård har verksamhetsförändringen inneburit förbättringar. Detta beror på att utrymme tillskapats vid Alingsås lasarett via förändringen men framförallt genom ett tillskott av resurser. Någon vidare bedömning av om kvaliteten i vården förändrats har inte gjorts. Det har noterats att patienter som tidigare kunnat omhändertas nattetid väntat med att söka vård tills akutmottagningen öppnat, om detta inneburit nackdel eller risk för patienterna har inte kunnat klarläggas. Verksamhetsförändringen har inneburit längre resväg vid akuta tillstånd på nätter och att vården sker längre hemifrån. Det är inget som i sig har kopplats till incidenter med risk för patienterna. Det kan också innebära fördelar att primärt vårdas för akuta tillstånd på enheter med bredare sjukvårdsutbud. Vårdtillfällen delas efter verksamhetsförändringen oftare upp mellan Alingsås lasarett och andra vårdgivare vilket kan innebära en nackdel ur patientsynpunkt. Vård längre hemifrån och delning av vårdepisoder är bieffekter som kan vara besvärliga framförallt för de allra äldsta patienterna och multisjuka patienter.

Personalperspektiv – Arbetsmiljö Alingsås lasarett
Nattstängningen av akutmottagningen har inneburit en arbetsmiljövinst genom mindre nattarbete inom internmedicin och kirurgi men också anestesi och röntgen. Även vårdavdelningarna har ett minskat inslag av akutvård nattetid. Akut vård har överförts till närliggande större sjukhus. Det är en förändring i enlighet med ambitionen i regionens utvecklingsstrategi. Men samtidigt innebär det ny nattjänstgöring för läkare och personal vid jourcentralen som etablerats på sjukhuset efter att Mittenälvsborg varit utan jourcentral under två månader.

Ekonomiska aspekter
Det har skett en betydande ökning av kostnaderna för slutenvård främst på grund av större volymer av planerad vård till större kostnader. Det är en förändring som i sig inte beror på verksamhetsförändringen. Verksamhetsförändringen har genom omfördelningen av den

oplanerade vården till fler sjukhus lett till ökade kostnader på grund av högre DRG-pris, högre kostnader för transporter och högre kostnader på grund av uppdelning av vårdtillfällen mellan flera sjukhus. Dessa kostnader täcks inte av de besparingar som har gjorts genom nattstängning av akutmottagningen vid Alingsås lasarett. Alingsås lasarett har dock ett lägre DRG-pris än genomsnittet i regionen år 2004 samt lägst DRG-pris år 2005, som ger besparingar på planerad vård.

Stängningen av akutmottagningen ingår i en strukturförändring som föranletts av ett sparbeting. Tvärtemot avsikten har kostnaderna ökat. Det beror inte i första hand på strukturförändringen i sig, utan på samtidiga ökningar av den planerade vården vilket dock strukturförändringen givit bättre möjligheter till.

Jourcentralen vid Alingsås lasarett drivs med höga personalkostnader som är flerfaldigt högre än kostnaden för den tidigare akutmottagningen. Bidragande är att Alingås lasarett inte driver verksamheten i egen regi utan valt att anlita bemanningsförtag. Vid jourcentralen tas nattetid omhand ca 6 patienter per dygn och jourläkaren saknar möjlighet att skriva in patienter till sluten vård.

Bilagor

1. Uppdragshandling
2. Uppföljningsplan

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Regionkansliet
Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Maria Gabrielsson Fredrikson
Bo Hallin

Dnr RSK 81-2004

Uppföljning av verksamhetsförändringar vid Alingsås lasarett – uppdragshandling

Bakgrund

Hälso- och sjukvårdsnämnden i Mittenälvsborg (HSN 6) och styrelsen för Alingsås lasarett träffar årligen överenskommelser om den sjukvård som ska utföras vid lasarettet. I arbetet med 2004 års överenskommelse konstaterade nämnden och styrelsen att åtta miljoner kronor fattades för att upprätthålla oförändrad verksamhet vid lasarett. Förslag för att anpassa verksamheten till tillgängliga medel arbetades gemensamt fram. I februari 2004 beslöt Hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för lasarettet att genomföra tre verksamhetsförändringar för att minska kostnaderna. En förändring var att stänga lasarettets akutmottagning mellan kl. 22:00 och 08.00. De andra två förändringarna var att minska verksamheten vid lasarettets gynekologiska respektive Öron-Näs-Halsmottagningen. Minskningarna innebär att färre patientbesök kommer att ske på mottagningarna. Nattstängningen av akutmottagningen har sket från den 1 april 2004 och förändringarna på de båda andramottagningarna genomförs successivt under andra kvartalet 2004.

I regionen pågår ett arbete för att förändra vårdstrukturen. Strukturarbetet handlar om att använda de regiongemensamma resurserna så effektivt som möjligt. Enligt förslaget till ny vårdstruktur ska Alingsås lasarett vara ett specialistsjukhus med mer planerad vård. Alingsås lasaretts profilområde blir höft- och knäledsoperationer. Akut kirurgi, ortopedi och akut internmedicin bedrivs nattetid för inneliggande patienter. Alingås lasarett i samarbete med primärvården föreslås få ett områdesansvar för befolkningens behov av närsjukvård. Den beslutade stängningen av akutmottagningen nattetid är i enlighet med regionens strukturförslag.

Uppdrag

De beslutade verksamhetsförändringarna på Alingsås lasarett är viktiga att följa upp för att få kunskap om hur de påverkar befolkningen i Mittenälvsborg och berörda verksamheter. Uppföljningen bör belysa hur verksamhetsförändringarna påverkar befolkningens tillgänglighet och vårdkonsumtion samt hur patientströmmarna förändras. Verksamhetsförändringarnas konsekvenser för personalens arbetsmiljö på de berörda mottagningarna på Alingsås lasarett bör även studeras. Vidare bör förändringarnas ekonomiska effekter på Alingsås lasarett samt andra vårdgivare undersökas och belysas. I planeringen och genomförandet av uppföljningen bör även vårdgivare som primärvården i Mittenälvsborg, SÄS, NU-sjukvården och SU ges möjligheter at lämna synpunkter och delge sina erfarenheter av verksamhetsförändringarna. En grupp med representanter för Alingås lasarett, hälso- och sjukvårdskansliet i Borås och med region-kansliet som ansvariga ges i uppdrag att genomföra en uppföljning av verksamhets-

förändringarna vid lasarettet. Sammankallande i gruppen är Bo Hallin. Som underlag för genomförandet bör ett särskilt uppföljningsprogram utarbetas. Programmet som utarbetas i Alingsås kan komma att användas vid andra förändringsarbeten inom regionen. Uppföljningen av verksamhetsförändringarna bör ske under ett år från genomförandet av verksamhetsförändringarna, det vill säga till och med den 31 mars 2005. Resultatet av uppföljningen bör rapporteras vid tre tillfällen, i september 2004 samt i januari och maj 2005.

Västra Götalandsregionen
2004-05-24

Ulla Stjernlöf
Sjukhusdirektör
Alingsås lasarett

Marie Röllgårdh
T f Hälso- och sjukvårdschef
Hälso- och sjukvårdskansliet, Borås

Lars-Olof Rönnqvist
Direktör
Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Regionkansliet

Uppföljning av verksamhetsförändringar vid Alingsås lasarett

Medborgarperspektiv Frågor	Metod - datakälla	Tid	Ansvar
1. Förtroende för hur vård och behandling fungerar på sjukhusens akutmottagningar och på andra sjukhusmottagningar	Vårdbarometern, fråga 50, 51 Mätningar 4 ggr per år, 150 pers i i Mittenälvsborg. Jämför SOM-undersökningar	2002-04-01 – 2005-03-31	HSK
2. Trygghet/tillgång till vård vid akut sjukdom eller olycka	Vårdbarometern, fråga 46	2002-04-01 – 2005-03-31	HSK
3.Hur förändras mittenälvsborgarnas tillgång till sjukvårdsupplysningen - antal telefonsamtal (kontakt, ej kontakt) kl 17-08 samt lördag–söndag, väntetid i telefon	Statistik från sjukvårdsupplysningen, sökning per riktnummer (0302, 0322, 0513)	2003-10-01 – 2005-03-31	AL
4.Hur förändras mittenälvsborgarnas tillgänglighet till ambulanssjukvård kl 22-08?	Intern statistik från SÄS	2003-04-01 – 2005-03-31	HSK
5.Vilka förändringar sker av mittenälvsborgarnas konsumtion av akutsjukvård? A. Öppen vård – antal läkarbesök vid Akutmottagning Alingsås lasarett, Jourmottagning primärvård Jourmottagning lasarett Vårdcentraler i Lerum, Alingsås, Vårgårda och Herrljunga Akutmottagning SU/Område Östra Akutmottagning Borås lasarett inkl AVC	Vårddatabasen VEGA Oplan läkarbesök medicin, kirurgi, ortopedi, urologi, kardiologi Intern statistik från akutmott, Alingsås lasarett, antal patienter per natt 2003-04-01 – 2004-03-31	2001-04-01 – 2005-03-31	HSK AL

Uppföljning av verksamhetsförändringar vid Alingsås lasarett

Medborgarperspektiv Frågor	Metod - datakälla	Tid	Ansvar
Akutmottagning, NÄL inkl jourcentral NÄL Axessakuten, Göteborg			
B. Sluten vård, kirurgisk, ortopedisk och internmedicinsk vård. Vårdtillfällen och vårddagar (oplanerad och planerad vård) vid - Alingsås lasarett - SU/område Östra - Borås lasarett - NÄL	Vårddatabasen VEGA Med verksamhetsområden nr 301, 311, 101, 105, 107 MVO 311 ingår i MVO 301	2001-04-01 – 2005-03-31	HSK
6. Vilka kritiska händelser ur patient-synpunkt inträffar till följd av nattstäng-ningen av akutmottagningen?	Analys av information i massmedia Avvikelse rapportering jourmott	2004-04-01 – 2005-03-31	Alla i arbetsgruppen
7. Hur förändras mittenälvsborgarnas konsum-tion av gynekologisk öppenvård? Antal läkarbesök vid - Alingsås lasarett - SU - SÄS - Privata mottagningar	Vårddatabasen VEGA Med verksamhetsområde nr 431, 451	2001-04-01 – 2005-03-31	HSK

Uppföljning av verksamhetsförändringar vid Alingsås lasarett

Medborgarperspektiv Frågor	Metod - datakälla	Tid	Ansvar
8. Hur förändras tillgängligheten till vård på den gynekologiska mottagningen vid Alingsås lasarett? Väntetider till läkarbesök vid - Alingsås lasarett - SU - SÄS - NU - Privata vårdgivare	Databasen Väntetider i vården, Landstingsförbundet	2003-04-01 – 2005-03-31	AL
9. Hur förändras tillgängligheten till vård på den gynekologiska mottagningen vid Alingsås lasarett för respektive prioriteringsgrupp? Tillgängligheten mäts för fyra prioriteringsgrupper till mottagningsbesök inkl dagkirurgi. Antal hänvisningar till annan vårdgivare för resp prioriteringsgrupp	Intern statistik	2003-04-01 – 2005-03-31	AL
Gynekologiska läkarbesök i primärvård			HSK

Uppföljning av verksamhetsförändringar vid Alingsås lasarett

Medborgarperspektiv Frågor	Metod	Tid	Ansvar
10. Hur förändras mittenälvsborgarnas konsumtion av ÖNH öppen vård? Antal läkarbesök vid - Alingsås lasarett - SU - SÄS - Privata mottagningar	Vårddatabasen VEGA Med verksamhetsområde nr 521	2001-04-01 – 2005-03-31	HSK
11. Hur förändras tillgängligheten till läkarbesök inom ÖNH-verksamheten? Väntetider till läkarbesök vid - Alingsås lasarett - SU - SÄS - Privata mottagningar	Databasen Väntetider i vården, Landstingsförbundet	2001-04-01 – 2005-03-31	HSK

Uppföljning av verksamhetsförändringar vid Alingsås lasarett

Verksamhetsperspektiv Frågor	Metod - datakälla	Tid	Ansvar
1. Vilka överföringar av patienter sker från jourmottagningen Alingsås lasarett till akutmottagningar på SU, SÄS och NU? Antal överföringar, diagnoser, destinationer	Manuell registrering på akutmottagning och jourmottagning lasarett	2004-04-01 – 2005-03-31	AL
2. Hur förändras ambulanstransporterna till följd av nattstängningen av akutmottagningen? Antal transporter, prioriteringsgrad, från – till (off plats/bostad/sjukhus)	Intern statistik ambulanssjukvården Beskrivning av transportmönster före och efter förändring 2004-04-01	2003-04-01 – 2005-03-31	HSK
3. Hur förändras vårdkedjan för mittenälvsborgare med följande diagnoser - hjärtinfarkt? - stroke? - höftfraktur? Antal vårdtillfällen, antal pat i sluten vård Antal kopplade vårdtillfällen (hos mer än en vårdgivare), total vårdtid per vårdtillfälle, antal vårdtillfällen per vårdgivare - blindtarmsinflammation? Antal vårdtillfällen och vårdgivare (operation)	Vårddatabasen VEGA Beskrivning av vårdkedjor före och efter förändring 2004-04-01	2003-04-01– 2005-03-31	RK AL

Uppföljning av verksamhetsförändringar vid Alingsås lasarett

Verksamhetsperspektiv Frågor	Metod - datakälla	Tid	Ansvar
- äldre multisjuka patienter, dvs äldre än 75 år med tre eller flera slutenvårdsvistelser det senaste året och diagnoser från tre eller fler diagnosgrupper (SoS EpC) Vårdtillfällen och vårdgivare			
4. Vilka kritiska händelser ur verksamhets-perspektiv inträffar till följd nattstäng-ningen av akutmottagningen?	Avvikelserapportering med kod för koppling till nattstängning. Följs upp på AL, SU och SÄS.	2004-04-01 – 2005-03-31	Alla i arbetsgruppen

Uppföljning av verksamhetsförändringar vid Alingsås lasarett

Personalperspektiv Frågor	Metod - datakälla	Tid	Ansvar
1. Hur förändras arbetsmiljön för personalen på Alingsås lasarett till följd av verksamhetsförändringarna?	PSO-enkät (Frågeformulär Psykosocial arbetsmiljökartläggning)	Våren 2002, 2003, 2004, 2005, extra enkät hösten 2004 på akutmottagning	AL
	Enkät ”Temperaturmätning” Gynekologi och ÖNH-mottagningar	Hösten 2004, våren 2005	AL
2. Övertid på akutmottagning efter kl 2300	Intern personalstatistik	2004-04-01 – 2005-03-31	AL
3. Sjukfrånvaro vid akutmottagning, gynmottagning, ÖNH-mottagning och vid hela lasarettet	Intern personalstatistik	2001-04-01 – 2005-03-0	AL

Uppföljning av verksamhetsförändringar vid Alingsås lasarett

Ekonomiperspektiv Frågor	Metod - datakälla	Tid	Ansvar
1. Vilka ersättningsförändringar medför verksamhetsförändringarna för hälso- och sjukvårdsnämnd 6. Fakturerade belopp, oplanerad vård, planerad vård för följande områden - kirurgisk vård - ortopedisk vård - internmedicinsk vård - gynekologisk vård - ÖNH vård uppdelat per vårdgivare främst AL, SU, SÄS	Vårddatabasen VEGA Med verksamhetsområden nr 301, 311, 101, 105,107, 431, 451, 521	2001-04-01 – 2005-03-31	HSK
2. Vilka kostnadsförändringar medför verksamhetsförändringarna för Alingsås lasarett? Redovisade personalkostnader (särskilt jour och beredskap, övriga kostnader vid - akutmottagning - jourmottagning lasarett - gynmottagning - ÖNH mottagning - sluten vård - andra verksamheter	Uppföljning av ekonomiskt utfall Jämförelse med ekonomiska mål	2003-04-01 – 2005-03-01	AL

Uppföljning av verksamhetsförändringar vid Alingsås lasarett

Ekonomiperspektiv Frågor	Metod - datakälla	Tid	Ansvar
3. Vilka kostnadsförändringar medför verksamhetsförändringarna för andra aktörer - Primärvården i mittenälvsborg - SU - SÄS bl a ambulanssjukvården - NU - Privata vårdgivare	Analysera fasta och rörliga kostnader Marginalkostnader per patientgrupp Analys tillsammans med respektive verksamhetsekonom	2003-04-01 – 2005-03-31	RK

Uppföljning av verksamhetsförändringar vid Alingsås lasarett

Gemensamma frågor Frågor	Metod	Tid	Ansvar
1. Andra förändringar inom och utom VGR som kan ha påverkat här aktuell konsumtion, produktion och ekonomi Till exempel: Förändrad bemanning inom primärvården, Stängning av gynekologisk akutmottagning Östra sjukhuset Förändrade riktlinjer vid hjärtinfarkt (ST-höjning)	Identifiering och dokumentation	2003-04-01 – 2005-03-31	Alla i arbetsgruppen
2. Jämförelser med andra liknande verksamhetsförändringar	Insamling av dokumentation	2001-04-01 – 2005-03-31	Alla i arbetsgruppen

Västra Götalandsregionen

Regionstyrelsens kansli · Hälso- och sjukvårdsavdelningen · Analysenheten
www.vgregion.se