

Budgetunderlag 2011-2013

Del 1 Medborgarnas Västra Götaland



Innehållsförteckning

Medborgarperspektivet – Medborgarnas Västra Götaland	2
1 Tio år med det goda livet.....	2
1.1 Hur nöjda invånarna är med sina liv	2
1.2 Invånarnas syn på samhällets service.....	4
1.3 År 2009 – utslagning och välfärd samtidigt	4
2 Hållbar utveckling i Västra Götaland.....	5
2.1 Den ekonomiska dimensionen	6
2.2 Den sociala dimensionen.....	8
2.3 Miljödimensionen.....	12
3 Stor befolkningsökning 2009 – och fortsatt ökning.....	13
4 Hälsa och behov av hälso- och sjukvård	14
4.1 Demografi.....	15
4.2 Skillnader i hälsa	16
4.3 Att mäta hälsa och behov av hälso- och sjukvård	17
4.4 Behovsgrupper	20
4.5 Medborgarnas primärvård	22
4.6 Utvecklingsområden för hälso- och sjukvården.....	23
5 Utmaningar ur ett regionalt perspektiv.....	27

Förteckning över länkar i budgetunderlag 2011-2013 finns på webbplatsen:
<http://www.vgregion.se/budgetunderlag>

Medborgarperspektivet – Medborgarnas Västra Götaland

1 Tio år med det goda livet

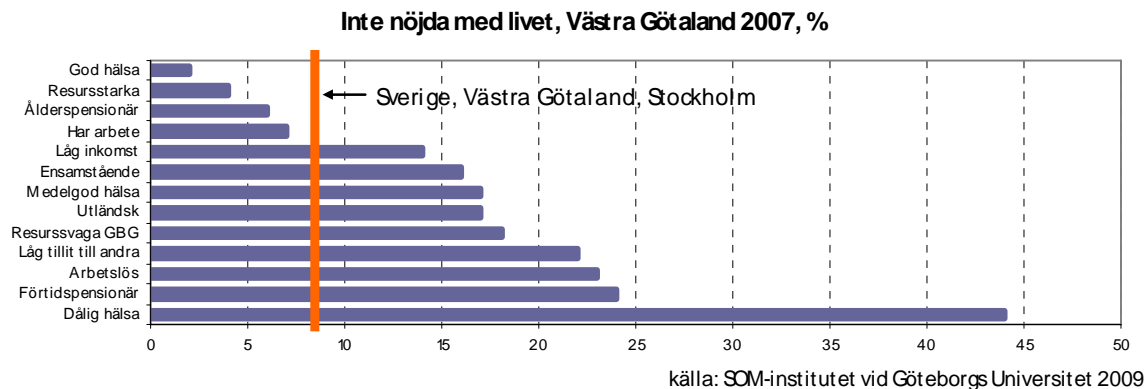
1.1 Hur nöjda invånarna är med sina liv

Det goda livet har sedan regionen bildades varit visionen för Västra Götaland. Vision Västra Götaland och Det goda livet står för en god hälsa, arbete och utbildning, trygghet, gemenskap och delaktighet i samhällslivet, en god miljö där vi värnar de förnybara systemen, möte av våra barns behov, en uthållig tillväxt och ett rikt kulturliv. Det goda livet förutsätter en hållbar utveckling, där de tre dimensionerna – den ekonomiska, sociala och miljömässiga – är sinsemellan beroende och förstärker varandra.

Hur invånarna ser på sina liv och vad som bestämmer hur nöjda de är framgår av den långa serien av SOM-undersökningar av medborgarna i Västra Götaland. Av intresse här är också den internationella så kallade lyckoforskningen, som bland annat behandlar sambanden mellan lycka och människans sociala och ekonomiska situation och samhällsstrukturen.

Nio av tio invånare i Västra Götaland är ganska eller mycket nöjda med sina liv. Nivån är densamma som det svenska genomsnittet och som Stockholm och hög vid en internationell jämförelse. Danmark, Sverige och Holland är de enda EU-länder där mer än fyra av tio invånare är mycket nöjda med sina liv. Andelen invånare som är nöjda med sina liv är relativt konstant de senaste tio åren och i stort densamma i hela Västra Götaland. De invånare som är mest nöjda är de som har gott om resurser, en god hälsa, litar på andra eller har uppnått pensionsåldern.

För de som inte är nöjda är hälsan avgörande. Närmare hälften av dem som anger att de har en dålig hälsa är inte nöjda med sina liv (se figur nedan). Att inte vara delaktig, att inte ha något meningsfullt att göra, att inte känna tillhörighet och samhörighet med andra är kompletterande faktorer. Var femte av dem som är arbetslösa, förtidspensionärer, har utländsk bakgrund eller bor i resurssvaga områden i Göteborg är inte nöjda med sina liv. Bilden ser ungefär likadan ut för både kvinnor och män.



Anm: Det tjockare strecket anger andelen invånare (medelvärde Sverige, Västra Götaland, Stockholm) som inte är nöjda med livet

Flera faktorer samvarierar. Dålig hälsa och höga dödsrisker är vanligast inom socialt och ekonomiskt eftersatta grupper. Skillnaden är störst mellan de som har respektive inte har arbete. Sämst hälsa har långtidsarbetslösa, långtidssjukskrivna och förtidspensionärer.¹ För att leva upp till visionen om det goda livet framstår det som viktigast med en väl fungerande arbetsmarknad och att invånarna har arbete. Arbete är viktigt för hälsa, delaktighet, samhörighet och tillit till andra invånare. Resultaten för Västra Götaland ligger i linje med de från andra håll i världen. Allt annat lika är insatser som bidrar till en god folkhälsa viktiga. De händelser som ger störst negativa effekter på hur nöjda människor är med sina liv är separationer och arbetslöshet tillsammans med försämrad hälsa².

Den internationella forskningen ger svar på hur lyckliga invånarna är inom de strukturella ramarna. De flesta är lyckligare när de ska gifta sig än efteråt. Konsumtion av varor och TV ger snabba positiva upplevelser som lika snabbt går över, och ibland förbyts i dess motsats. Förväntningar byggs upp till nya nivåer men följs av en återgång till normalläge. Jämförelser med omgivningen skapar oavbrutet nya referenser. En intressant iakttagelse är att hög ekonomisk tillväxt och materiell levnadsstandard inte ger mer nöjda invånare efter att en viss nivå uppnåtts.³

Forskningen visar att upplevelser och möten ger mer långsiktiga positiva effekter på människors uppfattning om sina liv än mer materiell konsumtion i de flesta de västerländska samhällena.⁴ Konkurrenskraft, ekonomisk omvandling och förändring, hög och ökad produktivitet är samtidigt en förutsättning för det som gör invånare i alla länder nöjda med sina liv på den nivå där Västra Götaland befinner sig i dag. Forskningen visar också att ökat lokalt och regionalt självstyre med decentralisering av ansvar och med ökade inslag av direktdemokrati har samband med både starkare ekonomisk tillväxt och invånare som är mer nöjda med sina liv.⁵

¹ Statens folkhälsoinstitut (2008) Sundin/Willner Samhällsförändring och hälsa i Sverige

² Layard, Happiness - Lessons from a New Science, s.64 (2005)

³ Ibid s.30, worlddatabaseofhappiness.eur.nl/

⁴ Frey, Bruno S., Happiness – A Revolution in Economics (2008)

⁵ Frey, Bruno S., Happiness – A Revolution in Economics (2008). Assembly of European Regions (AER), From Subsidiarity to success – The Impact of Decentralisation on Economic Growth (2009)

1.2 Invånarnas syn på samhällets service

I SOM-undersökningarna för Västra Götaland får vården (sjukhus, vårdcentraler och tandvård) högst betyg, följt av kultur, fritid, idrotts- och turismverksamhet. Invånarna är nöjda med skola och kollektivtrafik, även om synen på kollektivtrafiken blivit något mer negativ under senare år. Invånarna är mer kritiska till tillgång på bostäder, oroliga för hur den sociala omsorgen fungerar och missnöjda med kvaliteten på gator och vägar. I jämförelse med Sverige som helhet ges sämre betyg på tillgång till bostäder och kvaliteten på gator och vägar. De som använt sig av servicen är generellt mer positiva till verksamheten än de som inte använt den.

Det finns stöd hos medborgarna för ökade satsningar på äldreomsorg, vård och skola men också för åtgärder som skapar fler alternativ på arbetsmarknaden. Sjukvård, kommunikationer, utbildning, miljö och sysselsättning anges som de viktigaste regionala frågorna. Listan är i stort identisk för de kommunala verksamheterna.

1.3 År 2009 – utslagning och välfärd samtidigt

De två senaste åren har Västra Götalands andel av öppet arbetslösa och i åtgärder i Sverige ökat från 16,5 till 18 procent.⁶ I november 2009 var drygt 30 000 fler utan jobb jämfört med ett år tidigare, en ökning med närmare 80 procent. För Sverige var motsvarande ökning 65 procent. Skillnaden motsvarar en extra effekt av nedgången i världsekonomin och den följande strukturomvandlingen för Västra Götaland på 5 000 fler nya arbetslösa fram till inledningen av 2010. I november 2009 var cirka 72 000 personer i Västra Götaland arbetslösa eller i åtgärder. Männens arbetslöshet har ökat mest. Det samlade värdet av produktionen (bruttoregionprodukt, BRP/invånare) bedöms ha minskat med mer än fem procent i Västra Götaland.

Finanskrisen slog direkt mot investeringstunga branscher. Försäljning av tunga fordon, bilar, bygginvesteringar etcetera tvärstannade. Antalet påbörjade bostadslägenheter minskade till de lägsta nivåerna på ett decennium i Västra Götaland. Västra Götalands tyngd inom investeringsberoende industri som till exempel fordon – Sveriges dominerande regionala kluster i ett europeiskt perspektiv 2008 – bidrog till den snabbare nedgången i den västsvenska ekonomin. Nedgången hos fordonstillverkarna fortplantades till leverantörer av tjänster, material och råvaror.

Till skillnad från krisen i början av 1990-talet utvecklas kris och välstånd nu parallellt, en unik situation. Rekordlåg ränta, sänkta skatter på arbete, låg inflation och stigande börs bedöms kortsiktigt ha lett till att nio av tio invånare befinner sig i en starkare ekonomisk situation än tidigare, och det under den värsta ekonomiska krisen på 80 år. Marknaden för konsumtionsvaror klarar sig bra. Handeln slår nya rekord.

⁶ Västra Götalands andel av den svenska befolkningen är 16,8 procent

Priserna på småhus i Västra Götaland är högre vid ingången till 2010 än vid motsvarande tid de två senaste åren och omsättningsnivån är i stort sett normal. Resandet till Västra Götaland har ökat och antalet gästnätter slog rekord under 2009. Kapaciteten är större än någonsin och belägningsgraden sjunker marginellt. Antalet utomeuropeiska besökare har dock minskat jämfört med hösten 2008. Antalet passagerare på flygplatserna i Västra Götaland har minskat med en femtedel.

De flesta konjunkturbedömare räknar med minskad sysselsättning och ökad arbetslöshet även 2010 och 2011, även om Arbetsförmedlingen bedömer att arbetslöshetskurvan för riket vänder i slutet av 2010. Ett scenario var ytterligare 15 000 arbetslösa i Västra Götaland,⁷ men då inräknat effekterna av en stegvis bantning av verksamheten vid SAAB i Trollhättan. Detta när den västsvenska fordonsindustrin och underleverantörer redan anpassat sig till en mycket låg efterfrågenivå. Antalet varslade personer återgick hösten 2009 till relativt normala nivåer.

Fler utbildningsplatser i högre utbildning och utrymme för långsiktig kompetensutveckling kan mildra effekterna för dem som förlorar arbetet. Klyftorna mellan de som är inne på arbetsmarknaden och de som står utanför kan trots det väntas öka. Mest utsatta är ungdomar, särskilt från områden i Västra Götalands större städer med många resurssvaga invånare, ofta med utländsk bakgrund. Bland Västra Götalands nya medborgare från utomeuropeiska länder finns det en grupp med hög utbildning som kan tillvaratas bättre. Det är grupper som sedan länge haft svårt att få fäste på arbetsmarknaden. Känslan av övergivenhet, utanförskap och brist på framtidstro framstår här som ett fundamentalt samhällsproblem. Att bryta den utvecklingen är en utmaning de kommande åren.

De som drabbats i övrigt är yrkesarbetare (ofta män) i industri- och byggsektorn med relativt hög inkomst i förhållande till utbildningslängd. För många av dessa som arbetat i internationellt konkurrensutsatt industriproduktion kommer motsvarande jobb inte tillbaka. Pensionsavgångarna är nu 30 procent större än för fem år sedan samtidigt som lika stora ungdomskullar efterhand söker sig ut på arbetsmarknaden. De närmsta fem åren sker stora förändringar på arbetsmarknaden. På längre sikt är en svag ökning av arbetskraftsutbudet oroande.

Sammantaget bedöms cirka fem procent av invånarna i Västra Götaland ha fått bära merparten av bördan av finanskris och lågkonjunktur fram till i dag. I ett längre perspektiv är det framförallt ungdomar, särskilt de som lever i utsatta områden som riskerar att bli förlorare.

2 Hållbar utveckling i Västra Götaland

Hållbar utveckling är ramen för visionen Det goda livet. Mänskliga behov i dag ska uppfyllas utan att framtida generationers möjligheter äventyras. I Vision Västra Götaland finns en modell för att följa upp om utvecklingen är hållbar.

⁷ Handels utredningsinstitut, Konjunkturinstitutet, Riksbanken, Handelsbanken, Svenskt Näringsliv, Arbetsmarknadsprognos 2010 Arbetsförmedlingen, Konjunkturbarometer Västra Götaland (SCB)

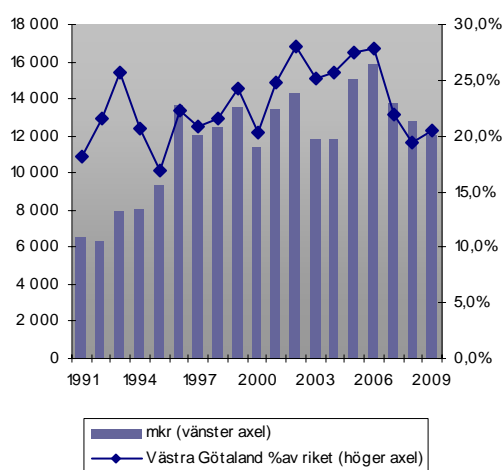
Sex variabler i varje dimension analyseras. För att utvecklingen ska ses som hållbar ska de flesta variabler utvecklas i rätt riktning.

2.1 Den ekonomiska dimensionen

Värdet av produktionen (BRP) bedöms 2009 ha minskat med mer än fem procent. En starkare konjunktur gör att ekonomin förväntas växa något under 2010. Utvecklingen fram till 2008 präglades av stadig ekonomisk tillväxt och BRP/invånare utvecklades bättre än i de flesta strukturellt och befolkningsmässigt jämförbara regionerna i Europa. Till två tredjedelar förklaras tillväxten med ökad produktivitet och till en tredjedel med att fler arbetade. Jämfört med de europeiska regionerna utvecklades produktiviteten genomsnittligt, arbetskraften växte snabbt och arbetstidminskningen var liten.⁸ Utvecklingen i Västra Götaland var i nivå med riket, svagare i Skaraborg och Fyrbodalen.⁹ Framför allt ökade tillväxten inom handel/turism, företagstjänster, offentlig service och investeringsvaror. I förhållande till jämförbara regioner i Europa utvecklades handel och turism särskilt starkt, investeringsvarusektorn svagare.

Industrin i Västra Götaland stod under 2001-2006 för mer än 25 procent av de svenska industriinvesteringarna. I dag är andelen 20 procent, men nivån är fortsatt hög. Koncentrationen till Göteborgsregionen ökar. Den kommunala sektorns investeringar ökade kontinuerligt mellan 2000 och 2008. Nivån motsvarar i dag befolkningsandelen efter några år med lägre nivå. Västsverige är samtidigt en av de ledande regionerna i världen när det gäller investeringar i forskning och utveckling, FoU, i förhållande till befolkning och produktion. Enligt OECD är det enbart i Maryland (USA) som ligger före. Sverige och Västsverige skiljer ut sig genom näringslivets höga andel av investeringarna. Skillnaden mot till exempel USA är stor.¹⁰

Industrins investeringar i Västra Götaland 1991-2009



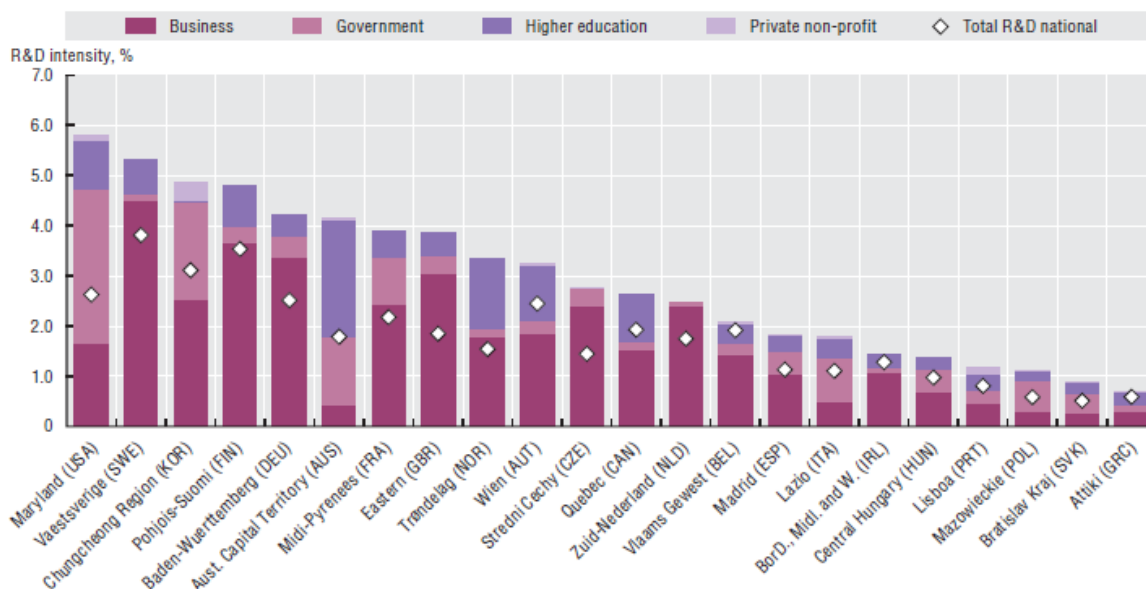
Källa: Regionfakta, 2009 prognos. Löpande priser.

⁸ BAK Basel Economics, Driving Forces in the Economy, Feasibility Study, November 2009

⁹ BRP per invånare i Västra Götaland är näst högst i Sverige efter Stockholm. Skillnaderna i Västra Götaland är stora. Göteborgsregionen 15 procent över riksvärdet. Skaraborg, Sjuhärads och Fyrbodalen 15-20 procent under.

¹⁰ OECD, Regions at a Glance, s.17 (2009)

Regioner med högst FoU-intensitet



Källa: OECD, Regions at a Glance, 2009

Den finansiella stabiliteten är fortsatt god. Den offentliga sektorns samlade skuld ökar men i stort är det en återgång till situationen 2006 och en bra nivå i förhållande till de flesta andra europeiska länder. Överskott under en rad år på 2000-talet har skapat en buffert som nu utnyttjas för att överbrygga krisen.

Ekonomi har relativt snabbt förskjutits i riktning mot tjänstesektorn vilket innebär att nyskapande och omvandling fungerat väl i ekonomin fram till senaste året. Outsourcing av verksamheter från många större industriföretag samt den snabba utvecklingen av bemanningsföretag har ökat flexibiliteten och konkurrenskraften på den västsvenska arbetsmarknaden.¹¹ Sett på lite längre sikt har synen på entreprenörskap och företagande genomgått ett paradigmskifte. Nyföretagandet har ökat till nivåer som ansågs orealistiska bara för några år sedan. Hälften av dem som startar ett nytt företag i Västra Götaland har akademisk utbildning. I omvandlingen av ekonomin är det viktigt att könsstereotyper inte befästs och att jämställdhet och mångfald används som tillväxt drivande faktorer.

Den relativt sett lägre produktiviteten, jämfört med liknande regioner globalt, har uppmärksammats i flera analyser. Huvudförklaringen är att Västra Götaland har en för liten och utspridd befolkning i sin kärna.¹² Statusen på infrastrukturen, främst kring Göteborg, begränsar invånarnas valmöjligheter när det gäller arbete, utbildning etcetera. Investeringar typ utbyggnaden av väg och järnväg mellan Trollhättan och Göteborg och utbyggd tågtrafik bidrar till en större arbetsmarknad. Fortsatta insatser behövs i denna riktning.

¹¹ Ett exempel på outsourcing är när Volvo IT under 2009 vann upphandlingen om att sköta Stockholms stads IT-service. Ett kontrakt värt mer än en halv miljard kronor per år, nio år framåt.

¹² Se till exempel Visionspanel Västra Götaland, McKinsey (2008).

Möjligheterna att nå europeiska och globala destinationer med flyg behöver förbättras. I jämförande internationella analyser är tillgängligheten internationellt en av Västra Götalands största svagheter. En benchmarking av 130 västeuropeiska regioner visar att bättre tillgänglighet till betydelsefulla delar av övriga Europa och världen är centralt för att säkra Västra Götalands förmåga att skapa en bra framtid för sina invånare på lång sikt.¹³

2.2 Den sociala dimensionen

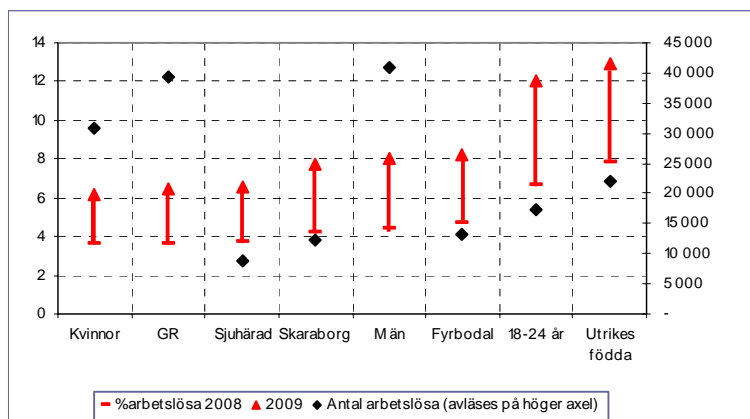
Tre av hundra med arbete i Västra Götaland har varslats om uppsägning under de två senaste åren. Antal sysselsatta i Västra Götaland minskade 2009 med cirka 30 000 till 750 000. Ökningen med 37 000 jobb mellan 2005 och 2008 beräknas därmed vara uttraderad 2010. Tre av fyra nya jobb i Västra Götaland 2005-2008 skapades i Göteborgsregionen. I Skaraborg tillkom 4 400 nya jobb, i Sjuhärad 3 300 och i Fyrbodal svagare 1 800. I Strömstad och Ed ökade dock jobben. Bland kommuner med negativ utveckling finns Åmål, Färgelanda och Bengtsfors i Dalsland, Mariestad, Töreboda och Gullspång i Skaraborg samt Herrljunga och Svenljunga i Sjuhärad.

Västra Götaland gick in i den ekonomiska krisen från en stark position med mer än 78 procent av den arbetsföra befolkningen i arbete. I Skaraborg och Sjuhärad var fler än åtta av tio invånare i åldern 20-64 år i arbete 2008. Undantaget är de norra delarna av Dalsland med värden kring 75 procent och minskat deltagande i arbetslivet också 2005-2008. Men i övrigt är skillnaderna mellan olika delar av Västra Götaland små.

Den ökade arbetslösheten från hösten 2008 har drabbat alla grupper och delar i Västra Götaland. Utvecklingen följer väl kända långsiktigt ohållbara mönster. Ungdomar och invånare födda i andra länder drabbas mest och snabbast. För båda grupperna är situationen sämst i Skaraborg och Fyrbodal. Trollhättan, Grästorp, Mellerud, Vänersborg och Färgelanda har drabbats hårdast, med sin koppling till bilindustrin, samt vidare Tibro och Tidaholm. Här har arbetslösheten ökat med runt fem procentenheter. I Trollhättan är redan i dag mer än en av tio i åldern 16-64 år arbetslös. De flesta kommuner runt Göteborg och längs västkusten har klarat sig bättre med ökning kring två procentenheter. Varselsituationen återgick dock hösten 2009 till relativt normala nivåer. Personer med funktionsnedsättning har en högre arbetslöshet än befolkningen i övrigt.

¹³ BAK Basel Economics, Driving Forces in the Economy, Feasibility Study, s.32, 2009

Arbetslösa Västra Götaland 2008 och 2009 – antal, andel, utveckling %

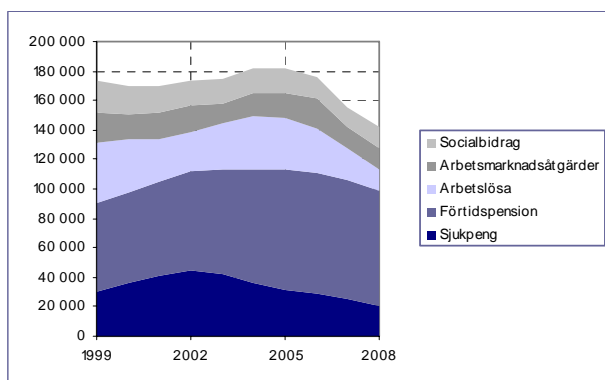


Källa: Arbetsförmedlingen Anm: Sorterat efter andel arbetslösa. Arbetslösa = Öppet arbetslösa + i arbetsmarknadsåtgärder. Värden för nov respektive år, bearbetning Västra Götalandsregionen

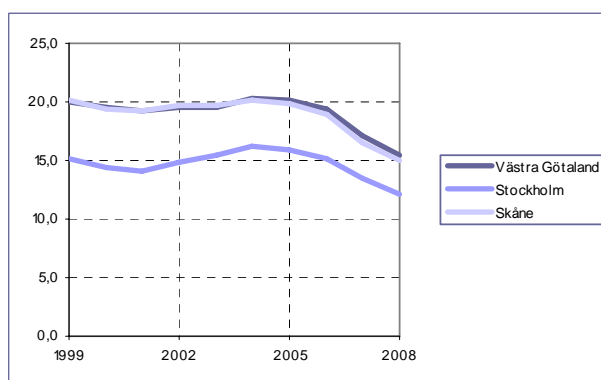
Trenden med en ökande eller konstant andel invånare som försörjs med bidrag bröts först under andra halvan av 00-talet efter en period med mer än tio års ekonomisk tillväxt. Utvecklingen 2009 tillsammans med en snabbt ökande befolkning i 20-årsåldern medför risk för att den tidigare situationen kommer tillbaka 2010 och 2011. Det skulle innebära att en av fem invånare i Västra Götaland är beroende av bistånd från det offentliga för sin försörjning på grund av sjukdom, arbetslöshet, oförmåga att arbeta etcetera.

Antal och andel helårspersoner i åldern 20-64 år som försörjs med bidrag 1999-2008

Antal



Andel



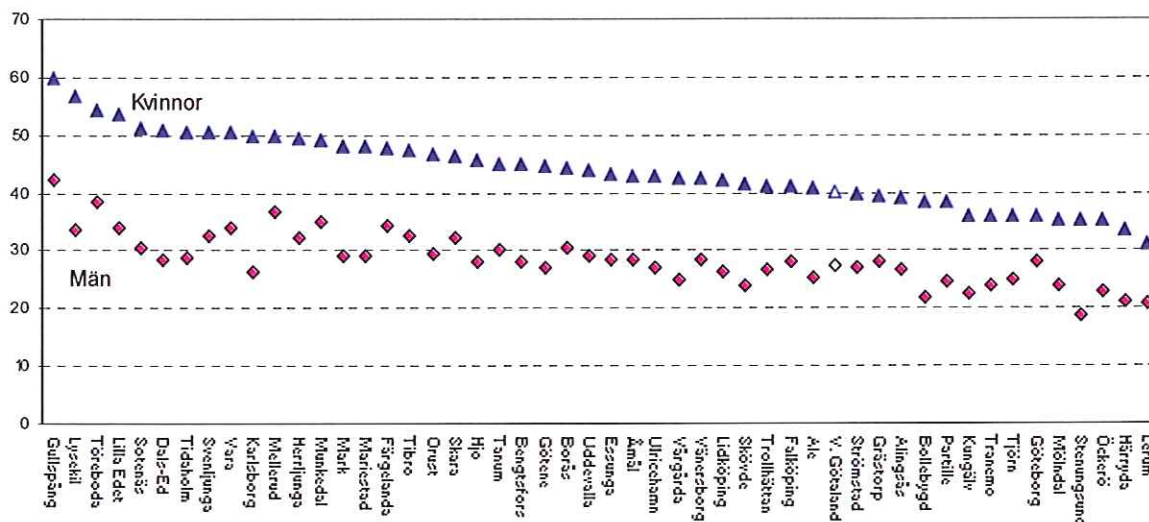
Källa: SCB, egen bearbetning

Ohälsotalet (antalet utbetalade ersättningsdagar från försäkringskassan, per person och år) fortsatte att sjunka det senaste året från 37 till knappt 34 dagar i Västra Götaland. Minskningen är något snabbare än för riket och Västra Götaland ligger nu bara en halvdag över riksvärdet, och på ett "normalvärde" inom EU. Stockholm redovisar 28 dagar och Skåne 32.

Skillnaderna inom Västra Götaland och mellan kvinnor och män är fortsatt stora. Kvinnor har i genomsnitt 13 dagars större sjukfrånvaro från jobbet än män.

På mindre lokala arbetsmarknader och i kommuner med mer traditionella arbetsmarknad och där invånarna har lägre utbildning är sjukskrivning och förtidspension vanligare. Där är också skillnaderna mellan kvinnor och män större. En förväntad ökad arbetslöshet riskerar att ge ytterligare ojämlikheter i hälsa.

Ohälsotal i Västra Götaland, förtidspension och sjukpeng, kvinnor och män, nov 2009



Källa: Försäkringskassan, egen bearbetning. Dagar för befolkningen 16-64 år.

Enligt en studie av Folkhälsoinstitutet¹⁴ är det tio gånger vanligare med dålig hälsa bland personer med funktionsnedsättning än befolkningen i övrigt. Framst är det sociala faktorer som inflytande, ekonomisk otrygghet, diskriminering och brist på tillgänglighet och inte själva funktionsnedsättningen som sätter ner livskvaliteten. Folkhälsoinstitutet visar också att fysiska hälsoproblem bland barn var 60 procent vanligare bland socialt mindre gynnade barn jämfört med mer gynnade. Psykiska hälsoproblem var 70 procent vanligare och riskfaktorer för ohälsa var 80 procent vanligare¹⁵.

Realinkomsterna fortsatte att öka för den absoluta merparten invånare 2009. De disponibla inkomsterna ökade dessutom i "alla grupper" mellan 2000 och 2008. Då utjämnades också den sammanräknade förvärvsinkomsten mellan kvinnor och män. Även de som haft sin huvudsakliga inkomst från ersättningsystem ökade sin realinkomst med cirka en procent per år. En genomsnittlig tvåbarnsfamilj i hyresrätt bedöms ha 8 400 kr mer kvar i månaden att leva på, efter inflation och när de nödvändigaste utgifterna är betalda, en ökning med 140 procent mellan 2000 och 2008.¹⁶

Den förväntade livslängden fortsätter att öka och är nu 79 år för män och 83 för kvinnor i Västra Götaland. Värdena är bland de högsta i världen och skillnader-

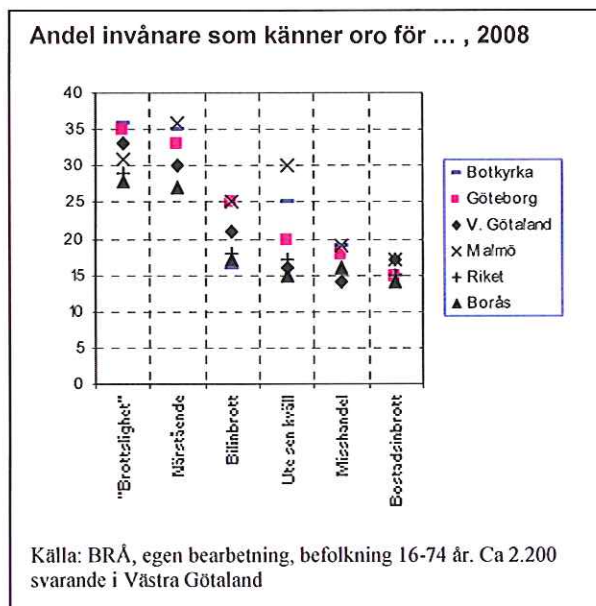
¹⁴ Statens folkhälsoinstitut (2008). Onödig ohälsa. Hälsoläget för personer med funktionsnedsättning. 2008:20. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

¹⁵ S.Bremberg 2002. Sociala skillnader i hälsa bland barn och unga i Sverige; En kunskapsöversikt. Stockholm Statens Folkhälsoinstitut.

¹⁶ Institutet för privatekonomi, Swedbank 2009-12-28

na mellan könen minskar. De sociala skillnaderna kvarstår och tenderar att öka. En 30-årig kvinna med akademisk utbildning förväntas i dag leva till 88 års ålder och en 30-årig kvinna med grundskoleutbildning till 81 år.

En av tre invånare i Västra Götaland uttrycker oro för brottsligheten i samhället. En av fem i Göteborg är oroliga då de är ute sent på kvällen. En nästan lika stor andel känner oro för att drabbas av överfall/misshandel. Situationen i Borås är bättre. Oron är större i Göteborg än i till exempel Stockholm. 3 procent av invånarna i Västra Götaland anger att de utsatts för brott det senaste året. Värdet är högst i landet tillsammans med övriga storstadsregioner. En av tio bedömer att brottsligheten har en negativ påverkan på livskvaliteten i stort. Dessa värden ligger på rikssnittet.¹⁷



Möten mellan människor där upplevelser och lärande står i centrum, stärker det sociala kapitalet. I det perspektivet är det oroande att deltagandet i studiecirkel minskat med en tredjedel i Västra Götaland de senaste tio åren, även om nya möjligheter till fortbildning och kontaktskapande utvecklats. Minskningen är större än i riket. Skaraborg och Göteborgsregionen har den högsta föreningsaktiviteten i förhållande till antalet invånare i Västra Götaland.

De offentliga satsningarna på kultur i Västra Götaland är landets största och ökar snabbast. En inriktning är att sprida kulturinstitutionerna över hela Västra Götaland. Medborgarna ska kunna uppleva och delta i kultursammanhang oavsett var man bor. I centrum för kulturlivet står Göteborg som också är landets mest attraktiva besöksmål och evenemangsstad. Fler kommuner arbetar med kulturen som verktyg för att stärka delaktighet och demokrati.

Utbildningsnivån i Västra Götaland är fortfarande något lägre än rikssnittet men ökade i samma takt som i riket under 00-talet. Andelen kvinnor 25-64 år med högskoleutbildning ökade med 15 procentenheter till drygt 45 procent. Motsvarande ökning för män var från 28 till 33 procent. I Västra Götaland är utbildningsnivån hos invånare födda i andra länder något lägre än genomsnittligt i Sverige. Utrikes födda kvinnor har dock genomsnittligt högre utbildning än män födda i Sverige. De inomregionala skillnaderna är stora. Utbildningsnivån är i ett nationellt perspektiv hög i Göteborgsregionen men låg eller mycket låg i de norra delarna av Dalsland och i Skaraborg.

En förutsättning för att arbetsmarknaden ska försörjas med kvalificerad arbetskraft är att tillräckligt många studerar vidare efter gymnasiet. 45 procent av

¹⁷ BRÅ, Rapport 2009:2, NTU 2008 – Om utsatthet, trygghet och förtroende, 2009

kvinnorna och 35 procent av männen har inlett högre studier tre år efter avslutad gymnasieutbildning. Skillnaderna i förhållande till riket minskar och är nu relativt små. De inomregionala skillnaderna är större, särskilt för män där fyra av tio läser vidare i Göteborg men endast tre av tio i Skaraborg och Sjuhärad och en tredjedel i Fyrbodal.

2.3 Miljödimensionen

Den ekonomiska nedgången tillsammans med klimatfrågan har stärkt fokuseringen på betydelsen av en hållbar miljö. Fler är engagerade i miljöarbetet och med fler motiv än tidigare. I Västra Götaland finns positiva inslag i utvecklingen av miljödimensionen, men det finns också problem som måste fortsatt angripas. Klimatfrågan kastar sin skugga även över oss, och om den inte bringas under kontroll äventyras den hållbara utvecklingen på alla plan.

När det gäller miljöpåverkan på invånarnas hälsa finns positiva drag. Halten av skadliga organiska ämnen i bröstmjölk har halverats det senaste decenniet. Halten av tungmetaller minskar och ligger generellt under gränsvärden. Kvaliteten på luft, mark och vatten är genomgående hög och utvecklas oftast i rätt riktning. Halten av partiklar i luft i Göteborgs centrum ligger under kritiska gränsvärden. Skyddet av den biologiska mångfalden har stärkts. Sveriges första marina nationalpark, Kosterhavet, invigdes 2009.

Sverige är ett av de länder i världen som har de lägsta skadeverkningarna på människors hälsa av miljö och som har biologiska system i relativt sett gott skick.¹⁸ Länsstyrelsen konstaterar i sin miljömålsbedömning 2009 att miljötillståndet förbättras på flera områden. Det innebär inte att miljöproblemen är lösta. Till exempel har luftens innehåll av flera skadliga föroreningar minskat det senaste decenniet. Luftföroreningar är samtidigt en orsak till förkortad livslängd och hälsoproblem som problem i luftvägarna och ökad risk för cancer och hjärt- och lungsjukdomar. De ger även skador på växter, kulturföremål och olika typer av material.¹⁹

Svensk produktion är miljöeffektiv och ger överlag små utsläpp i förhållande till produktionens värde. Västra Götalands näringsliv får allt fler kvalitetscertifierade företag och har landets tydligaste miljöprofil. I Västra Götaland finns i dag 2 500 företag med 12 000 anställda som helt eller delvis karakteriseras som miljöföretag. Tillväxten i sysselsättning i denna del av näringslivet var fyra procent per år 2003- 2007. De omsätter mer än 30 mdr kronor, varav 6 mdr är export. Industrins energieffektivitet har ökat och hushållens energiförbrukning för uppvärmning har halverats sett över en längre period.

Utsläppen av växthusgaser minskar långsiktigt i Västra Götaland och Sverige. Konsumenterna har under de två senaste åren gått från ord till handling i miljö-

¹⁸ Environmental Protection Index (EPI) rangordnar 149 länder på 25 indikatorer fördelade på miljöns påverkan på människors hälsa samt utifrån livskraften i de ekologiska systemen, <http://epi.yale.edu>,

¹⁹ Länsstyrelsen Västra Götalands län – miljömålsbedömning 2009, s.5 (2009)

och klimatfrågan.²⁰ 2009 innebar ett genombrott för mer energieffektiva bilar. Utsläppen av koldioxid minskar sannolikt också från transportsektorn under 2009 och 2010, delvis beroende på en lägre ekonomisk aktivitet. Resandet med kollektivtrafik har ökat med cirka 20 procent det senaste decenniet. Samtidigt finns inte någon vilja hos invånarna att, med dagens förutsättningar, ändra beteende så att man uppnår en 50-80 procentig reduktion av växthusgaser.²¹

Länsstyrelsen bedömer sammantaget att fem av femton miljömål kan uppnås till 2020 medan 9 av 66 regionala delmål kan nås under 2010.²² Internationella Havsforskningsrådet (ICES) konstaterade under 2009 att torskpopulationen i Kattegatt är en femtedel av vad den var för 40 år sedan, med en tillväxt som är den lägsta som uppmätts. För att beståndet ska återhämta sig rekommenderar ICES inget fiske alls.²³ Frågetecken finns också då det gäller havsvattenkvaliteten. 45 procent av sjöar och vattendrag har sämre än god status, för kustvattnen gäller 95 procent.²⁴

3 Stor befolkningsökning 2009 – och fortsatt ökning

Snabbaste befolkningsökningen under 2000-talet

Befolkningsökningen 2009 i Västra Götaland var den största under det nyss avslutade decenniet. Ökningen är en följd av fortsatt stor nettoinflyttning från andra länder (största gruppen är återflyttande svenskar) och ett stort födelseöverskott, med fler födda än avlidna i närmare hälften av Västra Götalands kommuner. Efter tre kvartal 2009 hade Västra Götaland 1 568 000 invånare, 10 000 fler invånare än året före. Befolkningen ökade i samtliga fyra regiondelar. Nio av tio nya invånare tillkom liksom senare år i Göteborgsregionen.

Göteborgsregionen med betoning på Göteborgs stad är en magnet för invånare från andra delar av Sverige. Flyttningsrörelserna inom Västra Götaland innebär i första hand tillväxt i kommuner i Göteborgsregionen, med invånare från Göteborg. Skaraborg har ett negativt flyttnetto mot resten av Västra Götaland och Sverige på cirka 500 personer. Den svagaste utvecklingen har perifera mindre kommuner. Dalsland förlorade närmare en procent av sin befolkning. Uddevalla och Borås är de enda kommuner som 2009 hade ett positivt födelsenetto och positivt flyttnetto från övriga delar av Västra Götaland, från Sverige och från andra länder.²⁵

²⁰ Germanwatch rangordnar Sverige som tvåa globalt efter Brasilien i Climate Change Performance Index 2010 baserat på utsläppstrender, nivåer och klimatpolitik.

www.germanwatch.org/ccpi

²¹ Konsumentverket, Vardagen och Miljön, 2009

²² Länsstyrelsen i Västra Götalands län, Miljömålsbedömningar 2009 Västra Götalands län, 2009

²³ www.ices.dk/committe/acom/comwork/report/2009/2009/cod-kat.pdf

²⁴ Länsstyrelsen Västra Götalands län – miljömålsbedömning 2009, s.18 (2009)

²⁵ Analysen av befolkningsutvecklingen bygger på de tre första kvartalens utveckling.

50 000 fler till 2015

Folkmängden i Västra Götaland beräknas öka med 50 000 personer till 1 620 000 år 2015 (Västra Götalandsregionens befolkningsprognos). Befolkningsstillväxten i Västra Götaland blir i nivå med den befolkningsstillväxt som SCB prognostiserar för hela riket. Störst är ökningen i Göteborgsregionen, 8 500 personer årligen. En viss ökning väntas i Sjuhärad medan Fyrbodalen och Skaraborg i stort behåller sin befolkning under perioden.

Befolkningsutveckling i Västra Götaland och i riket

	Befolkning efter delregion, tusental		
	1996	2008	Prognos 2015
Göteborgsregionen	822	907	966
Sjuhärad	204	209	213
Skaraborg	261	256	257
Fyrbodalen	260	259	259
Västra Götaland	1 485	1 558	1 620

Antalet personer i yrkesaktiv ålder ökar det närmaste decenniet, men i förhållande till totala befolkningen minskar andelen. Sammantaget ökar försörjningskvoten (antalet i åldersgrupperna 0–19 och 65 år och äldre i förhållande till antalet 20–64 år), från en nivå idag på 70 personer per 100 personer i arbetsför ålder till en nivå på 75 personer år 2020. Försörjningskvoten och andelen äldre kommer att fortsätta att öka fram till 2050. Detta kommer på sikt att påverka tillgången på arbetskraft och utvecklingen av skatteunderlag och servicebehov. De närmaste åren kommer antalet unga som ska in på arbetsmarknaden att öka. Det kommer att ställa stora krav på arbetsmarknaden med risk för hög ungdomsarbetslöshet de närmaste åren.

4 Hälsa och behov av hälso- och sjukvård

God hälsa och livskvalitet är eftersträvarvärda mål och bibehållen hälsa är en förutsättning för mycket annat i en människas liv. Befolkningen i Västra Götaland och i Sverige mår, generellt sett, bra. Sverige har en av världens äldsta befolkningar och många lever med god fysisk och psykisk hälsa till hög ålder. Men det finns noterbara skillnader i hälsa utifrån bland annat socioekonomi, kön och geografi.

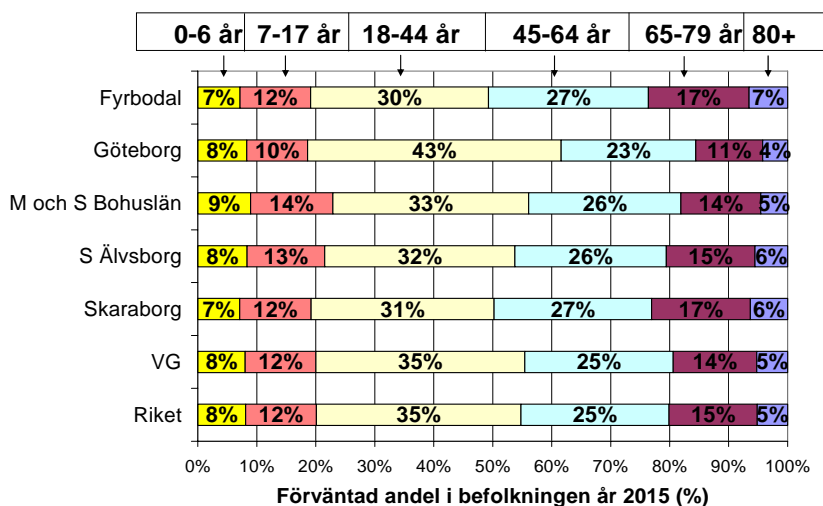
Flera faktorer har betydelse och samverkar för hälsa. Förståelse för detta ökar förutsättningarna för god hälsa och livskvalitet. Delaktighet och inflytande i samhällslivet och över sina livsvillkor är grundläggande för god hälsa. Goda levnadsvanor har positiva effekter på hälsan. I arbetet med att främja hälsa och förebygga ohälsa är det angeläget att se individens hela situation och livsmönster och inte enskilda faktorer var och en för sig²⁶. Människor med funktionsnedsättning riskerar, bland annat beroende på ekonomisk otrygghet, diskriminering och brist på tillgänglighet, att i större omfattning drabbas av ohälsa²⁷.

²⁶ Västra Götalandsregionen 2009. [Länk till Folkhälsopolitisk policy Västra Götaland](#).

²⁷ Statens Folkhälsoinstitut. Onödig ohälsa. Hälsoläget för personer med funktionsnedsättning. R. 2008:13

4.1 Demografi

Befolkningstillväxten i Västra Götaland beskrivs på ett generellt plan i kapitel 3 ovan. Under denna rubrik belyses några förväntade förändringar som bör påverka hälso- och sjukvården. Inom regionen finns betydande variationer i befolkningstillväxt och i hur åldersprofilen förväntas utvecklas.



Figur 4:1 Förväntad andel i befolkningen år 2015 i sex åldersgrupper. Källa: VGR's befolkningsprognos basår 2008, Regional utveckling, VGR, Statistikdatabasen och SCB (riket)

Befolkningen i Västra Götaland förväntas öka med fyra procent fram till år 2015. Gemensamt för alla geografiska delområden är att antalet personer 65-79 år kommer att öka i störst utsträckning, totalt med 22 procent fram till år 2015 (tabell 4:1). Ökningen förväntas vara större bland män än bland kvinnor, men det kommer fortfarande att finnas fler äldre kvinnor än äldre män år 2015. Andelen äldre kommer att öka mest i Storgöteborg, men trots det kommer Göteborg fortfarande ha lägst andel 65-79-åringar i befolkningen, 11 procent jämfört med 17 procent i Skaraborg och Fyrbodal (figur 4:1).

Tabell 4:1 Prognostiserad procentuell förändring i antalet individer mellan åren 2008 och 2015, fördelat på fyra åldersgrupper och totalt. Källa: VGR's befolkningsprognos basår 2008, Regional utveckling, VGR, Statistikdatabasen och SCB (riket)

Område	Förväntad förändring 2008-2015 (%)				Totalt
	0-6 år	7-17 år	65-79 år	80 år och äldre	
Fyrbodal (HSN 1-3)	0,6%	-9,4%	20,0%	4,9%	0,2%
Göteborg (HSN 5, 11, 12)	10,2%	1,7%	23,3%	-6,2%	7,1%
M och S Bohuslän (HSN 4, 7)	5,3%	0,9%	24,3%	15,0%	6,3%
Södra Älvsborg (HSN 6, 8)	6,1%	-2,6%	21,5%	3,8%	3,3%
Skaraborg (HSN 9-10)	-1,3%	-8,9%	19,9%	4,5%	0,1%
VG	5,3%	-3,1%	21,8%	2,6%	3,9%
Riket	5,4%	-2,3%	25,0%	0,7%	4,1%
VG kvinnor	5,3%	-2,9%	19,3%	-0,4%	3,5%
VG män	5,3%	-3,2%	24,4%	7,7%	4,3%

Äldres livserfarenhet, kunskap och kompetens är en samhällsresurs som är angelägen att tillvarata. Stärkt och bevarad hälsa ökar förutsättningarna att leva ett självständigt och aktivt liv. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser

leder till att funktionsnedsättningar hos äldre skjuts upp, vilket också medför ekonomiska besparingar i hälso- och sjukvården²⁸.

4.2 Skillnader i hälsa

Sverige har som helhet en hög välfärd och god folkhälsa, främst tack vare minskad dödlighet i ett flertal diagnoser, i synnerhet bland hjärt- och kärlsjukdomar. Utvecklingen av värk, självrapporterad psykisk ohälsa samt förekomst av övervikt och fetma är däremot negativ.

Drygt 20 år efter den första folkhälsorapport som uppmärksammade stora sociala skillnader i ohälsa kvarstår dessa skillnader, i alla åldrar och oavsett kön. Skilda livsvillkor och levnadsvanor är sannolikt den främsta förklaringen. Även samhällets struktur kan vara en utlösande faktor för ohälsa. Specifika medicinska insatser och genetiska faktorer kan också vara förklaringsfaktorer, om än i lägre grad²⁹.

Fördelningen i hälsa skiljer sig mellan geografiska områden i Västra Götaland. Det kan bland annat bero på skillnader i socioekonomiska faktorer som utbildningsnivå, medelinkomst och arbetsmarknad mellan olika områden.

Levnadsvanor

Levnadsvanor som rökning, motion, kost och alkoholbruk ger avtryck i individens hälsotillstånd och är till stor del självvalda, men formas också av den omgivning som individen vistas i.

Arbetsförhållanden

Brist på arbete är en riskfaktor för sämre hälsa. Låg utbildning begränsar möjligheterna att skaffa jobb. Begränsade val av arbete påverkar inkomsten. Knappa ekonomiska resurser begränsar i sin tur den enskildes valmöjligheter i livet, att bestämma hur och var han eller hon ska leva, vilken mat personen kan äta och hur fritiden ska tillbringas. Att ständigt känna att valmöjligheterna är begränsade kan skapa oro och stress, vilket i sin tur triggar psykosociala mekanismer som kan påverka hälsan, både den psykiska och den fysiska, negativt. En kombination av svag ekonomi och andra faktorer som ålder (barndom eller ålderdom), funktionsnedsättning eller minoritetsbakgrund, ökar hälsoriskerna ytterligare.

Utbildningsnivå

Risken att dö i förtid är nästan dubbelt så hög för dem med endast förgymnasial utbildning jämfört med dem som har eftergymnasial utbildning. Hjärt- och kärlsjukdomar och cancer är mindre vanligt bland högutbildade.

Nästan hälften av befolkningen i åldersgruppen 20-74 år i Västra Götaland har en kort utbildning (mindre än tvåårig gymnasial utbildning). Det finns en tydlig geografisk variation. Andelen med kort utbildning är högst i ett antal glesbefolkade kommuner och lägst i Göteborgs centrala och västra stadsdelar³⁰.

²⁸ Statens Folkhälsoinstitut. Det är aldrig för sent! Förbättra äldres hälsa med möten, mat och aktivitet. R 2009:18

²⁹ Länk till Vård på olika villkor – en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård. ISBN 978-97-7164-4374. Sveriges kommuner och landsting 2009

³⁰ Länk till GIS-karta

Födelseland

Personer födda utanför västvärlden har ofta sämre hälsa och större behov av sjukvård samt hälsofrämjande och förebyggande insatser än svenskfödda. Risken är stor att flyktingar lider av psykiska besvär orsakade av den tillvaro de lämnat. De saknar också sociala nätverk med kontakt med det traditionellt svenska samhället i högre grad än svenskfödda. Språksvårigheter, kulturkrockar, svårighet att få arbete och att betala sina löpande utgifter vittnar om utlandsföddas sociala ställning. En stor del av ohälsan i denna grupp kan förklaras av olikheter i socioekonomi, levnadsvanor och livsvillkor, jämfört med svenskfödda.

Socioekonomi och tillgång till vård

En kunskapsöversikt från SKL³¹ visar att det finns ojämlikhet i hälso- och sjukvården, ofta till socialt utsattas nackdel. Patientens socioekonomiska status tycks påverka behandlingsmetod efter hjärtinfarkt och högutbildade hjärtsviktspatienter tenderar att behandlas med nyare och dyrare preparat. Det finns också skillnader i hur och när människor söker vård, där socialt utsatta grupper oftare avstår från att söka vård.

4.3 Att mäta hälsa och behov av hälso- och sjukvård

Att mäta ojämlikhet i hälsa är ett steg mot effektiva åtgärder³². Det finns flera sätt att kartlägga befolkningens hälsa och behov av hälso- och sjukvård. Befolkningsenkäter och registerdata är viktiga pusselbitar. Det utvecklas även nya metoder för att mäta och värdera dessa faktorer. I detta avsnitt beskrivs självskattat allmänt hälsotillstånd, den samlade sjukdomsburden, åtgärdbar dödlighet, socioekonomiskt index och vårdtyngd. En kombination av dessa faktorer ger en bild av hälsoläget i befolkningen och illustrerar olikheter inom Västra Götaland.

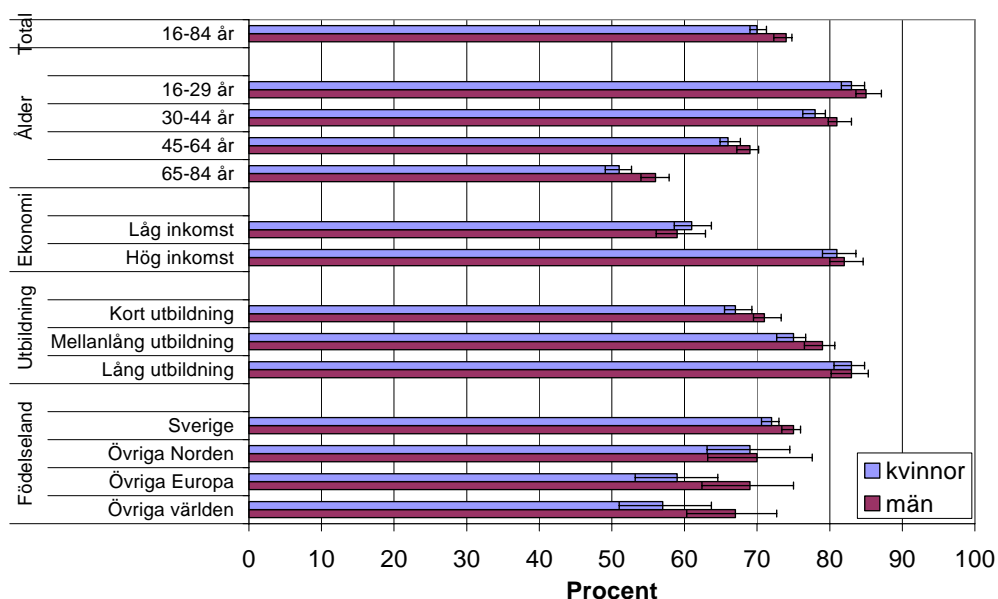
Självskattat allmänt hälsotillstånd

Hur en person upplever sitt allmänna hälsotillstånd är ett bra mått på den mer objektivt bedömda hälsan. Samtidigt är det viktigt att poängtera att upplevelsen av en god respektive dålig hälsa är oberoende av om personen har fått en medicinsk diagnos eller inte. I folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor” ger frågan ”Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?” en uppfattning om hur invånarna uppfattar sin hälsa.

Mer än två tredjedelar av befolkningen i Västra Götaland uppger att de mår bra eller mycket bra. Andelen har ökat något de senaste åren. Männerna uppger i något högre utsträckning än kvinnorna att de mår bra. Som väntat finns ett tydligt samband mellan ålder och allmänt hälsotillstånd. Äldre skattar sin hälsa som bra i mindre utsträckning än yngre (figur 4:2). Andelen som uppger att de mår bra är lägre bland personer med kort utbildning, låg inkomst och bland kvinnor födda utanför Norden.

³¹ [Länk till Vård på olika villkor – en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård. ISBN 978-97-7164-4374. Sveriges kommuner och landsting 2009](#)

³² Meddelande från Kommissionen till Europaparlamentet, Rådet, Europeiska ekonomiska och sociala kommittén samt Regionkommittén: [Solidaritet i hälsa: Att minska ojämlikhet i hälsa i EU. KOM\(2009\)567/4.](#)



Figur 4:2. Andel i befolkningen som uppger att de mår bra eller mycket bra, fördelat på kön, ålder, ekonomi, utbildning och födelseland år 2008. 95% konfidensintervall. Källa Folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor", Statens folkhälsoinstitut

Personer som i lägst utsträckning skattat sin hälsa som bra eller mycket bra finns i Göteborgs stadsdelar Lärjedalen, Bergsjön, Gunnared och Biskopsgården samt i kommunerna Dals-Ed och Gullspång. I dessa områden har cirka 60 procent av befolkningen skattat sin hälsa som bra eller mycket bra. I andra änden av spektrat finns Göteborgs stadsdelar Askim och Älvsborg, där drygt 80 procent har svarat att de mår bra eller mycket bra.

Sjukdomsburda

WHO:s och världsbankens mått, sjukdomsburdan, väger samman sjukdomars påverkan på hälsotillståndet och hur mycket de bidrar till förtida död. Måttet visar vilka sjukdomar som leder till mest ohälsa. Bland både kvinnor och män i Sverige bidrar hjärt- och kärlsjukdomar mest till förtida död medan psykisk ohälsa bidrar mest till nedsatt hälsotillstånd. Det finns inomregionala skillnader i förekomst av dessa sjukdomar.

Inom måttet har olika riskfaktors betydelse för sjukdomsburdan beräknats. Högt blodtryck är den riskfaktor som har störst betydelse. Därefter kommer tobak, höga blodfetter, övervikt, alkohol och fysisk inaktivitet. Folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" visar att det finns inomregionala variationer i Västra Götaland avseende dessa riskfaktorer.

Åtgärdbar dödlighet

Medellivslängden ökar för både kvinnor och män. Dödsfall i lägre åldrar är viktiga att särredovisa eftersom de i princip kan vara möjliga att förhindra. Förtida död är mycket vanligare bland män än bland kvinnor. Det finns stora inomregionala skillnader i förtida död. I några av Göteborgs stadsdelar löper befolkningen upp till dubbelt så hög risk att dö i förtid jämfört med regionsnittet. I andra stadsdelar är risken att dö i förtid 30-40 procent lägre än i regionen som helhet.

Det finns även stora inomregionala skillnader i åtgärdbar dödlighet. Med åtgärdbar dödlighet menas dödsorsaker som anses möjliga att påverka med sjukvårdsrelaterade insatser, som tidig upptäckt och behandling, eller hälsopolitiskt relaterade insatser, som rökavvänjningskampanjer. Dessa dödsfall utgör cirka 20 procent av den förtida dödligheten. Några exempel på åtgärdbara dödsorsaker är diabetes, lungcancer och stroke. Åtgärdbar dödlighet är dubbelt så vanlig bland personer med kort utbildning jämfört med personer med längre dito. Nordöstra Göteborg har en högre dödlighet än övriga delar av regionen både i sjukvårdsrelaterade och hälsopolitiskt relaterade dödsorsaker.

Socioekonomiskt behovsindex

Care need index (CNI) är ett validerat mått som skattar sjukdomsburden i en befolkning efter demografiska och socioekonomiska variabler. Indexet har beräknats genom att ett antal svenska allmänläkare skattat olika förhållanden utifrån hur de påverkar belastningen på primärvårdsmottagningar. CNI baseras på ensamstående 65 år och äldre, utlandsfödda³³, arbetslösa, ensamstående föräldrar, individer som flyttat sista året, lågutbildade samt barn under fem år. Högt CNI i en befolkning indikerar social utsatthet som borde berättiga till mer primärvårdsresurser.

Det är stor spridning i CNI mellan personer listade vid de drygt 200 vårdcentralerna i Västra Götaland. De vårdcentraler som har ett högt CNI finns inom områden med hög socioekonomisk utsatthet också i andra mätningar. Vid drygt tio vårdcentraler är mer än 20 procent av de listade invånarna utlandsfödda, medan motsvarande siffra för hälften av vårdcentralerna är mindre än tre procent. Andelen listade barn under fem år varierar mellan två och 22 procent, medan andelen listade som är arbetslösa varierar mellan tre och 19 procent.

Vårdtyngd

Ett sätt att bedöma en befolknings vårdtyngd är att ta hjälp av det IT-baserade verktyget Adjusted Clinical Groups (ACG)³⁴. Modellen antar att de diagnoser som har registrerats bakåt i tiden avgör individernas sjuklighet framåt i tiden. ACG kan ge nya möjligheter, exempelvis att sammanställa och analysera hälsoläget i befolkningen samt att jämföra genomsnittlig vårdtyngd i olika kommuner eller för de invånare som uppsöker olika vårdgivare.

Eftersom ACG baseras på diagnoskodning kan enskilda vårdgivaren påverka utfallet i viss utsträckning. Sedan det blev känt att ACG skulle användas vid beräkning av ersättning till VG Primärvård har diagnoskodningen inom primärvård intensifierats, vilket medfört en ökning av den registrerade vårdtyngden. Denna utveckling förväntas fortsätta under de närmaste åren.

ACG kan beräknas inom hela sjukvårdssystemet eller en enskild vårdnivå. Jämförelser mellan vårdenheter inom Västra Götalandsregionen visar skillnader, dessa minskar över tid och är mindre om diagnosuttaget avser sjukvården som helhet än om det begränsas till primärvård. Det finns också avgörande skillnader mellan Göteborgsområdet och mer glesbebyggda områden i regionen. Även andra mätningar tyder på att hälsoläget är bättre i Göteborgsområdet. Men det

³³ Födda i Syd- och Östeuropa, Asien, Afrika eller Sydamerika

³⁴ <http://www.acg.jhsph.edu/>

kan inte uteslutas att lägre vårdtyngd i centrala Göteborg delvis beror på att befolkningen där konsumerar mer vård hos vårdgivare på nationella taxan, vilka hittills levererat diagnosdata i liten omfattning.

ACG-systemet kan urskilja grupper av patienter med särskilda behov. Det kan vara intressant att fånga patientgrupper med sammansatta ohälsoproblem och att väga behov av olika hälso- och sjukvårdsinsatser mot varandra.

Om alla invånare i samma utsträckning uppsökte hälso- och sjukvård vid medicinska besvär och fick relevanta diagnoser registrerade skulle ACG tämligen ensamt ge en komplett bild av sjukligheten i befolkningen. Då vissa grupper undviker eller avvaktar med att söka vård, samt då några vårdgivare inte levererar diagnosdata, behövs CNI eller motsvarande som komplement.

4.4 Behovsgrupper

Prioriteringar görs för att ge dem med stora och angelägna behov god tillgång till vård och att säkerställa att resurserna används där de ger störst effekt. Ett sätt att prioritera är att politiskt fokusera vissa behovsgrupper genom att särskilt uppmärksamma och kartlägga. Behovsgrupper kan vara diagnosgrupper som är vanliga dödsorsaker i befolkningen, men också diagnoser som orsakar mycket lidande. Inom Västra Götalandsregionen som helhet har 25-30 olika behovsgrupper fokuserats de senaste åren, ofta olika i olika nämndsområden. Beskrivning av ett antal behovsgrupper finns i tidigare års budgetunderlag^{35 36 37}.

4.4.1 Kroniska sjukdomar

De flesta nämndsområden har arbetat med diabetes, astma/KOL och stroke. I några nämndsområden har hypertoni och kranskärslsjukdom lyfts fram. Gemensamt för dessa är att de är kroniska sjukdomar. En kronisk sjukdom utvecklas långsamt och kan inte botas, endast lindras. Konsekvenserna för individen kan variera från stora inskränkningar i det dagliga livet och förtida död till symptomfrihet med hjälp av exempelvis läkemedel. Flertalet personer med kronisk sjukdom behöver en långvarig kontakt med vården. Flera av ovan nämnda behovsgrupper beskrivs i tidigare versioner av budgetunderlaget, i länkar enligt ovan.

Stroke

Stroke är ett samlingsnamn för hjärninfarkt, blodpropp i hjärnan och hjärnblödning. Det som utmärker stroke är plötsligt påkommande neurologiska symptom ofta helt utan förvarning. Talförmågan eller synen kan drabbas, liksom balansstörning och yrsel. Många avlider av följderna, men merparten överlever med varierande grad av funktionsnedsättning. Det akuta omhändertagandet av en strokepatient är mycket viktigt. Alla som insjuknar i stroke har rätt att komma till en strokeenhet med ett fullständigt specialistkompetent team. Vissa kan efter en stroke ha behov av sjukhusvård under långt tid och många har fortsatt behov

³⁵ [Länk till Budgetunderlag Hälso- och sjukvård 2008-2010](#)

³⁶ [Länk till Budgetunderlag 2009-2011 Västra Götaland – Medborgarnas region](#)

³⁷ [Länk till Budgetunderlag 2010-2012 Medborgarnas Västra Götaland](#)

av rehabilitering efter utskrivning från sjukhus. Dödligheten i stroke har under flera decennier minskat.

Astma/KOL

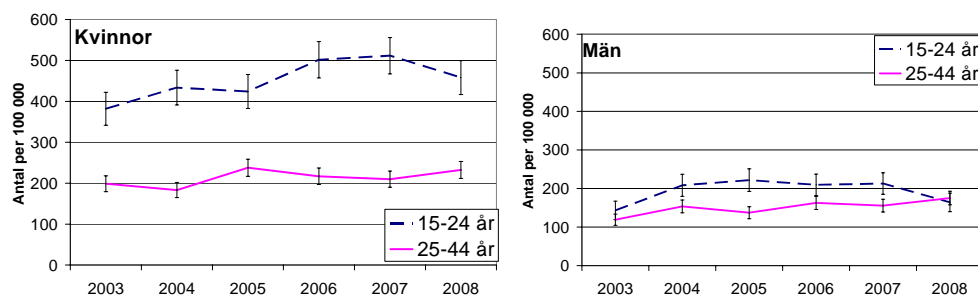
Astma drabbar de nedre luftvägarna och gör att passagen av luft till lungorna försvåras. Astma kan bero på allergi, infektioner eller andra yttre omständigheter. Oavsett typ av astma är luftvägarna känsliga och reagerar på tobaksrök, damm, kall och torr luft eller ansträngning. Cirka nio procent av befolkningen i Västra Götaland uppger, enligt Vårdbarometern, att de har astma. KOL betingas av inflammation i de stora och små luftvägarna. Alveolerna, de små lungblåsorna som sitter längst ut på luftrörsträdet, förstörs och möjligheten att ta upp syre försvåras. Cigarrettrökning är den största riskfaktorn för KOL. Cirka åtta procent av befolkningen över 50 år har KOL.

4.4.2 Psykisk ohälsa

Enligt Socialstyrelsens folkhälsorapport beräknas upp till 40 procent av Sveriges befolkning lida av någon form av psykisk ohälsa. I de flesta fall rör det sig om lättare symptom, men mellan 10 och 15 procent av dem som lider av psykisk ohälsa bedöms ha så allvarliga besvär att de behöver psykiatrisk behandling.

Förekomsten av de allvarligaste psykiska sjukdomarna har inte ändrats nämnvärt över tid, men sedan början av 1990-talet har allt fler drabbats av psykisk ohälsa i form av bland annat oro och ångest. Ökningen ses i alla samhällsgrupper men har varit mest markant hos ungdomar, särskilt kvinnor mellan 16 och 34 år i socialt utsatta grupper. Förekomst av våld i hemmet påverkar kvinnors psykiska hälsa och ger både individuellt lidande och konsekvenser för sjukvården. Förskrivningen av antidepressiva läkemedel är störst bland lågutbildade. Psykisk ohälsa är nästan tre gånger vanligare bland personer med funktionsnedsättning än i befolkningen i övrigt.³⁸

I figur 4:3 framgår att den tidigare ökningen av antalet vårdtillfällen för självtillfogade skador bland unga kvinnor i Västra Götaland tycks ha avstannat år 2006. Data från folkhälsoenkäten visar samma mönster. Kommande års mätningar får visa om kurvan faktiskt har brutits eller om det är en slumpmässig variation över tid.



Figur 4:3 Självtillfogad skada Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare i Västra Götalandfördelat på kön, åldersgrupper och tid. 95% konfidensintervall. Källa: Vårddatabasen Vega

³⁸ [Länk till Vård på olika villkor – en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård. ISBN 978-97-7164-4374. Sveriges kommuner och landsting 2009](#)

Det finns stora skillnader inom regionen i andel personer med nedsatt psykiskt välbefinnande. Högst andel med nedsatt psykiskt välbefinnande finns i några av Göteborgs stadsdelar³⁹.

4.4.3 Barn och ungdomar

Rökningen har minskat kraftigt bland unga, liksom i den övriga befolkningen. Cirka sex procent av pojkarna och elva procent av flickorna i årskurs 9 röker dagligen. Alkoholkonsumtionen i årskurs 9 ökade under andra halvan av 1990-talet. Den högsta nivån uppnåddes år 2005 bland flickor och år 2000 bland pojkar, men därefter har alkoholkonsumtionen i gruppen minskat.⁴⁰

Antalet anmälda fall av sexuellt överförbara sjukdomar var år 2008 något lägre än föregående år. Antalet klamydiafall har ökat sedan år 2000, men år 2008 var antalet på samma nivå som året innan. Antalet fall minskar i gruppen 15-19 år. Det finns indikationer på att provtagningen minskat i Göteborg med omnejd, vilket påverkar möjligheten att dra slutsatser. Antalet smittspårningsärenden som har överlämnats till Smittskyddsenheten har successivt ökat från cirka 200 till 1 500 ärenden under åren 2000-2008. Flertalet smittspårningsärenden rör män, vilket betyder att de hittas via smittspårning oftare än kvinnor.⁴¹

Under 1980-talet hade mindre än fem procent av barnen utvecklat övervikt eller fetma vid tio års ålder. Idag har 18 procent av barnen övervikt och tre procent fetma. Fetma hos barn ger många negativa hälsoeffekter. Risken för diabetes typ II och hjärt- och kärlsjukdomar ökar. Ett stort problem för unga individer som har fetma är låg självkänsla och dålig livskvalitet.⁴²

4.5 Medborgarnas primärvård

Under flera år har det i Västra Götalandsregionens strategiska mål framgått att en större del av patienternas vårdbehov ska tillgodoses i den nära vården. Det är önskvärt att så många som möjligt får tillgång till den hälso- och sjukvård de har behov av i rimlig närhet till bostaden. De resurser som finns inom hälso- och sjukvården ska användas på ett så effektivt sätt som möjligt. Primärvården utgör basen och en dominerande del av den nära sjukvården i Västra Götaland.

Den 1 oktober 2009 infördes VG Primärvård. Grundtankarna bakom förändringen är

- att stärka invånarens ställning och inflytande över vården
- att öka förtroendet för primärvården
- att fokusera kvalitet, såväl i de medicinska insatserna som tillgänglighet, service och bemötande samt
- att möta de framtida behoven på ett offensivt sätt

³⁹ [Länk till GIS-karta](#)

⁴⁰ Folkhälsorapport 2009

⁴¹ Statistik smittskyddsenhetens hemsida

⁴² Rekommendationer för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Västra Götaland. Västra Götalandsregionen

Samtliga vårdenheter inom VG Primärvård har likvärdiga villkor oavsett om de drivs i offentlig eller privat regi. För att en vårdgivare ska få bedriva vård krävs att den uppfyller vissa krav och blir godkänd av Västra Götalandsregionen.

VG Primärvård har medfört att Västra Götaland har fått över sextio nya vårdcentraler. Ökningen är störst i Göteborg, men nya vårdcentraler har startat i samtliga nämndområden. En mångfald av vårdcentraler ökar invånarnas möjlighet att välja en vårdcentral som möter den enskildes behov i form av exempelvis tillgänglighet och öppettider, olika inriktningar eller arbetssätt. Ersättningen för uppdraget följer invånarens val, vilket bidrar till att dennes ställning och inflytande över sin vård och behandling ökar. Medborgaren betraktas som en resurs och förutsättning för verksamhetens fortsatta bärighet.

Kvaliteten i primärvården är i fokus genom öppna jämförelser av resultat- och kvalitetsmål. Öppna jämförelser stimulerar förbättringsarbete som är till nytta för medborgarna och ger underlag inför val av vårdcentral. Ett antal kvalitetsmål kan ge målrelaterad ersättning, vilket ger extra drivkraft att uppnå god kvalitet.

4.6 Utvecklingsområden för hälso- och sjukvården

Några av de utmaningar och utvecklingsområden som har identifierats för hälso- och sjukvården ur ett medborgarperspektiv är:

- Tillgodose livslångt välbefinnande
- Välinformerade och delaktiga invånare
- Bemötande och kommunikation
- Vårdkvalitet för invånarna
- Mångfald och valfrihet
- Tillgång och tillgänglighet till hälso- och sjukvård

4.6.1 Tillgodose livslångt välbefinnande

Data talar för ett allt bättre hälsotillstånd i befolkningen och de materiella levnadsförhållandena för flertalet är bättre idag än tidigare. Trots det upplever sig många sjuka, eller åtminstone drabbade av ohälsa. Ett exempel är att all dagliga och vanliga godartade kroppsliga eller mentala reaktioner tolkas som tecken på sjukdom⁴³. För delar av sjukvården medför detta påfrestningar genom betydande efterfrågan på diagnostik och terapi, driven av oro för befarad sjukdom eller av att sjukdomsbegreppet helt enkelt fått en allt vidare innebörd. Detta när det egentligen är roten till oron och uppfattningarna som skulle behöva hanteras.

Den livsstil- och livssituationsbetingade ohälsan, framkallad av bland annat övervikt, rökning, alkoholöverkonsumtion, droganvändning samt nedstämdhet och oro leder till betydande sjukdomsutveckling, också i traditionella medicinska termer. Samtidigt finns stora möjligheter till relativt snabb hälsoförbättring, såväl på befolknings- som grupp- och individnivå. Det ger goda skäl att satsa på att uppmuntra och stödja dem som själva aktivt försöker påverka egen och närståendes livsstil- och livssituationsbetingade ohälsa i positiv riktning. Det ger samtidigt möjligheter till frigörande av medel för alternativ användning, som till forskning och utveckling kring diagnostik och terapi.

⁴³ Kairos Future – Föreläsning av Mats Olsson, Framtidsstrateg, 2009-09-29

4.6.2 Välinformerade och delaktiga invånare

Morgondagens patienter kommer att ta för självklart att både solidariskt och privat finansierad hälso- och sjukvård levereras med hög kvalitet. När patienter får möjlighet att göra val baserade på välgrundade jämförelser förändras rådande maktbalans inom hälso- och sjukvården. Patientorganisationer, enskilda patienter och andra intressenter kommer inte längre att nöja sig med att vara passiva mottagare av hälso- och sjukvård utan vill bidra med egna erfarenheter i utformningen av hälso- och sjukvården. Det finns ett engelskt uttryck för detta, ”Patient involvement”.

Ett annat begrepp är ”Health literacy” som täcker patienters, närståendes och samhällsmedborgares kunskande inom hälso- och sjukvård och förmågan att omsätta denna kunskap. Hälso- och sjukvårdssystemet kan stödja detta genom att erbjuda information. En satsning på Internet och ”e-hälsa” är ett utmärkt redskap, men kräver resurser och fungerande informations- och kommunikationssystem.

Att patientcentrera vården och organisera vårdprocesser så att de utgår från patienternas, och inte i första hand vårdstrukturernas, behov innebär utmaningar för etablerade ordningar och samband. Men att omorganisera så att diagnostiska och terapeutiska åtgärder genomförs smidigt ur i första hand patientperspektivet förbättrar den patientupplevda vårdkvaliteten väsentligt.

4.6.3 Bemötande och kommunikation

Regionens verksamheter ska kännetecknas av en fullgod service, ett professionellt bemötande och en tillgänglig och förtroendefull kommunikation. Ett gott bemötande innebär att patientens roll i vården tydliggörs. En grundförutsättning för ett gott bemötande är en god dialog mellan patienten, hälso- och sjukvårdspersonal och ofta även närstående. Det är viktigt att företrädare för sjukvården är tydliga gentemot patienter och anhöriga vad man har möjlighet att åta sig, vad som kan förväntas bli levererat respektive vad som ligger utanför det kontrakterade uppdraget

Patienten ska bli bemött och bekräftad som individ och ges möjlighet att vara delaktig i sin egen vård. Fortfarande är vården i mångt och mycket uppbyggd efter personalens arbetsschema och runt läkaren. Så måste det kanske vara i viss utsträckning, men mycket större hänsyn måste tas till patienterna och närståendes livssituation och konsumtionsmönster av vård, i organiserandet av vårdens utbud. Det kan finnas särskilda brister i bemötandet av personer med funktionsnedsättning. Osäkerhet och bristande kunskap om behov och svårigheter till följd av en funktionsnedsättning ses som den främsta orsaken.

Kommunikation och bemötande är avgörande för förtroendet för sjukvården. Men trots detta förefaller det finnas en hel del kvar att göra för att invånare, patienter och närstående ska uppleva att kommunikationen med hälso- och sjukvården är fullgod. Inte minst gäller detta invånare födda utanför Europa. Tillgång till rätt data vid rätt tidpunkt och på rätt plats, möjlighet att följa var i en process ens eget ärende befinner sig, hjälp med tolkning av egna data och möj-

lighet att enkelt få råd, boka tider och förnya recept är områden där det finns förbättringspotential.

4.6.4 Vårdkvalitet för invånarna

Kvalitet i medicinska insatser, tillgänglighet, service och gott bemötande är värdeskapande för invånaren. Under de senaste tio åren har efterfrågan på och tillgången till uppföljning av kvalitet och resultat ökat i en allt snabbare takt. Utvecklingen började inom sjukhusvården genom bland annat kvalitetsregister. Erfarenhet visar att mål som mäts och öppet redovisas på ett accepterat och kvalitetssäkrat sätt oftast stimulerar till att höja det samlade resultatet. En ökad publicering av utvalda kvalitetsmål ska ske i takt med att relevanta och kvalitetssäkrade mål och mått på kvalitet tas fram.

VG Primärvård har medfört ökad efterfrågan på mångsidig uppföljning av verksamheten. Viktiga inslag för att vårdval ska fungera väl är öppen och tillgänglig intern och extern kvalitetsuppföljning. Patienter, närstående, allmänhet, utförare och finansärer måste ha möjlighet till meningsfulla jämförelser mellan olika vårdgivare. I ett vårdvalssystem är kvalitetsuppföljning även en förutsättning för att vårdgivarna ska kunna bedriva en långsiktig och bärkraftig verksamhet.

Inom VG Primärvård har Västra Götalandsregionen ansvar för att ge relevant information till medborgarna som stöd inför val av vårdenhet. Kvalitetsmått som har värde för medborgarens val ska publiceras på ett sätt som möjliggör jämförelser mellan olika vårdenheter. Ett syfte är att stärka medborgarens ställning genom att tillföra kunskap.

En viktig, men svårfångad och ofta förbisedd, kvalitetsparameter inom hälso- och sjukvård är det förtroende som byggs upp mellan vårdgivare och den vårdade. Är förtroendet gott kan det ha avgörande betydelse för både upplevd hälsa och arbetstillfredsställelse, och därmed vara mer värt än många mätbara och mer objektiva parametrar.

Svensk sjukvård är kvalitativt världsledande. Fortsatt väl genomtänkt arbete med registrering av betydelsefulla verksamhetsdata och öppna jämförelser är viktiga förutsättningar. De sistnämnda kan stimulera till lärande och ständiga förbättringar. Det är samtidigt viktigt med en konstruktiv granskning av registren och jämförelserna, så att innehåll och användning verkligen medger seriösa analyser som leder till förbättrande åtgärder. Det kan finnas anledning att varna för övertro på de nuvarande registrens kapacitet och olika jämförelsernas relevans. Ytterligare arbete behövs för att säkerställa att jämförelserna är relevanta, analyserna hållbara och resultaten användbara. När så är fallet är de verktyg för kraftfull kvalitetsutveckling.

4.6.5 Mångfald och valfrihet

Den vårdvalsreform som har genomförts inom primärvården kan vara den första av flera förändringar i denna riktning. En statlig utredning från 2009 innehåller ett system som gör det möjligt för privata vårdgivare att etablera sig i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården, vilket i princip innebär att vårdval införs också i dessa delar av vården. Detta kan få stor betydelse för den

fortsatta utvecklingen av hela hälso- och sjukvården, i riktning mot fler alternativ och större valfrihet.

4.6.6 Tillgång och tillgänglighet till hälso- och sjukvård

En god tillgång till hälso- och sjukvård innebär att alla invånare får merparten av sina vårdbehov tillgodosedda genom snabb och bra hälso- och sjukvård i närmiljön. När det är medicinskt motiverat ska behandling sättas in utan onödiga dröjsmål. Invånarna ska också ha god tillgång till råd och stöd i medicinska frågor genom en väl fungerande sjukvårdsrådgivning via telefon och webb.

Tillgången till primärvård är god för merparten av invånarna i Västra Götaland. De flesta som har behov av läkarbesök får detta inom gällande garantiregler. Inom specialistvården har det skett en väsentlig förbättring av väntetiderna för de behandlingar som ligger inom ramen för vårdgarantin; se vidare avsnitt 2.4 i Västra Götalandsregionen – Verksamhet i utveckling. När det gäller tillgången till råd och stöd via sjukvårdsrådgivningen är avståndet fortfarande långt till det uppsatta målet om att 90 procent av samtalen ska besvaras inom tre minuter.

Det är en självklarhet att tillgången till hälso- och sjukvård ska vara lika oavsett kön. Inom Västra Götalandsregionen arbetar man aktivt för att analysera och reflektera över könsbetingade skillnader i bemötande och behandling. Arbetet behöver dock fördjupas i både beställar- och utförarledet. Ett annat område, ofta inte lika uppmärksammat, är om tillgången till vård och behandling är betingad av socioekonomiska, etniska och kulturella skillnader eller sexuella preferenser. Här finns skäl att göra en fördjupad analys.

Personer med funktionsnedsättning har ofta ett stort behov av vårdinsatser. Trots det har flera av hälso- och sjukvårdens lokaler brister i den fysiska tillgängligheten. För patienter och närstående innebär det begränsade möjligheter att komma in i, vistas i eller orientera sig i lokalerna. Alltför ofta är även informationen otillgänglig för personer med en funktionsnedsättning. Bristen på tillgänglig information är ett hinder för patienters och anhörigas delaktighet i vård och behandling. En viktig service för personer med funktionsnedsättning är att genom webben ge information om tillgängligheten till aktuella miljöer.

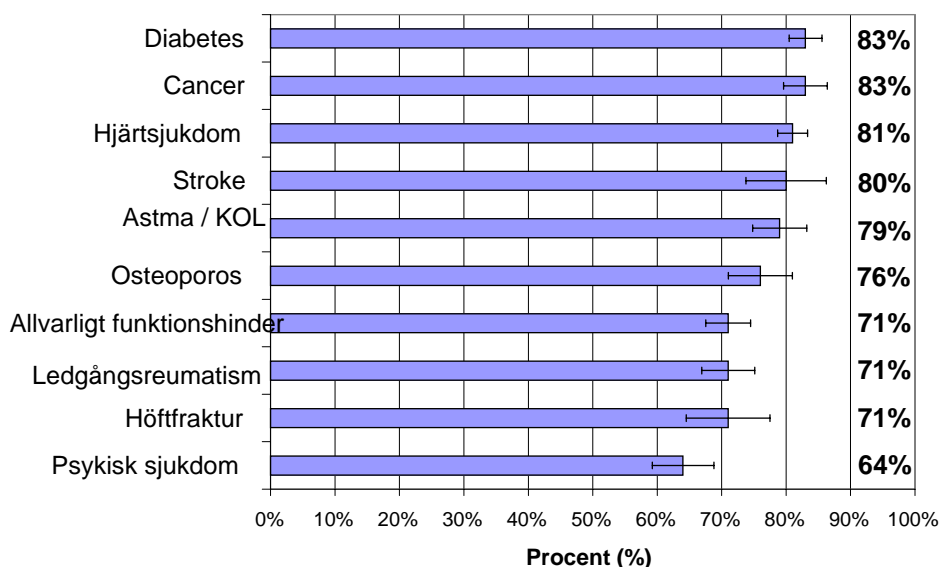
Invånarnas tillgång till hälso- och sjukvård har även en geografisk dimension. Specialistmedverkan inom primärvården och avtal med primärkommunerna om sjukvårdsinsatser är exempel på metoder som kan användas för att kompensera för långa avstånd och gles befolkning. Detta är ett utvecklingsområde som bör ägnas mer uppmärksamhet.

Genom den nationella enkätundersökningen Vårdbarometern mäts invånarnas uppfattning om tillgången till vård. Tre fjärdedelar anser att de har tillgång till den sjukvård de behöver i Västra Götaland, vilket är tre procentenheter lägre än riksgenomsnittet. Andelen som anser att de har tillgång till vård har ökat kontinuerligt sedan 2002, från 63 procent till 74 procent år 2008, men Västra Götaland har konstant legat något lägre än riket. Inom regionen har Trestad, Sjuhärad och östra Skaraborg genomgående haft högst andel som anser att de har tillgång till den vård de behöver under perioden 2002 till 2008. Lägst andel finns

genomgående i nordöstra Göteborg, Göteborg Hisingen och de senaste tre åren även norra Bohuslän.

De som besökt vården de senaste tolv månaderna anser i något högre utsträckning att de har tillgång till den sjukvård de behöver (77 procent). Bland dem som besökt vården uppger var fjärde att de har behandlats för någon eller några av sjukdomarna hjärtsjukdom, höftfraktur, cancer, diabetes, stroke, ledgångsreumatism, svår astma, KOL, osteoporos, psykisk sjukdom eller allvarligt funktionshinder. I figuren nedan framgår att andelen som instämmer i påståendet att de har tillgång till den sjukvård de behöver varierar förhållandevis kraftigt. Lägst andel som instämmer finns i gruppen med psykisk ohälsa, medan högst andel som instämmer finns bland dem som vårdats för cancer, diabetes, stroke och hjärtsjukdom. Skillnaderna är statistiskt säkerställda.

Figur 4:4 "Jag har tillgång till den vård jag behöver". Andel bland dem som besökt sjukvården senaste 12 månaderna (%) som instämmer helt eller delvis, fördelat på kroniskt sjuka och övriga, ackumulerade data 2008-2009. 95 % konfidensintervall. Källa: vårdbarometern.



5 Utmaningar ur ett regionalt perspektiv

Ett attraktivt Västra Götaland

En regions förmåga att skapa långsiktigt robusta förutsättningar för sina invånare avgörs av dess attraktivitet för invånare och företag. Attraktivitet förutsätter väl sammanhållna regioner med täta och befolkningsrika centra med arbetsfördelning och specialisering och med möjlighet att utveckla hållbara transportsystem, kvalificerad forskning, utbildning och kultur, vård etcetera. Analyser från flera fristående internationella forskningsinstitut liksom EU-kommissionens och OECD:s genomgång av framtidens utmaningar visar att Västsverige med Göteborg som centrum har förmågan att vara en attraktiv region, också för den mest kvalificerade arbetskraften.

Nya grepp för minskade klyftor

Genomgången för Västra Götaland av den sociala dimensionen i hållbar utveckling visar att samhället måste förändras så att klyftorna mellan de som lever ett

meningsfullt liv och de som befinner sig utanför inte ökar långsiktigt. Fler måste ges lika möjligheter till utveckling och en plats i samhälle och inflytande i samhällslivet och över sina livsvillkor är grundläggande för god hälsa. En huvudfråga är möjligheterna för ungdomar till kontakter och utveckling utanför den egna familjen och skolan (socialisering). Målet bör vara att alla ungdomar från tidig ålder och genom hela utbildningssystemet har en koppling till och arbetslivet och samhället i övrigt. Det leder också till en snabbare kunskapspridning mellan utbildningssystem, företag, offentliga arbetsgivare och intresseorganisationer, och till ett starkare Västra Götaland.

En bättre miljö

Miljösituationen blir bättre i Västra Götaland och miljöns negativa påverkan på invånarnas hälsa minskar överlag. Miljöintresset ökar. Att klimatmötet i Köpenhamn inte lyckades uppnå bindande gemensamma åtgärder skymmer inte denna bild. Hur regioner och städer agerar för att skapa hållbara system inom olika områden blir viktigt för klimatfrågan. Här har Västra Götaland förutsättningar att gå före.

Från passiva till aktiva patienter

Morgondagens patienter kommer, i takt med att kraven på kvalitet och innehåll ökar, inte längre att nöja sig med att vara passiva mottagare av hälso- och sjukvård utan vill bidra och vara delaktiga i sin egen vård och i utformningen av hälso- och sjukvården. Att involvera patienten i vården och organisera vården utifrån patientens egna upplevda behov kan synas självklart, samtidigt som man måste inse svårigheterna i en sådan komplex verksamhet som sjukvården utgör. Balanspunkter finns, som alltid, mellan ytterligheterna – utmaningen ligger i att i dialog med patienterna finna dessa och skapa såväl ökad patientnytta som producenttillfredsställelse och arbetsglädje. Genom att erbjuda lättillgänglig, kvalitetssäkrad och användarvänlig information kan hälso- och sjukvårdssystemet stödja detta.

Ojämlighet i hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård

Sverige har som helhet en hög välfärd och god folkhälsa. Det finns emellertid stora sociala skillnader i ohälsa, i alla åldrar och oavsett kön. Skilda livsvillkor och levnadsvanor är sannolikt den främsta förklaringen. Låg utbildningsnivå och brist på arbete är riskfaktorer för sämre hälsa. En kombination av svag ekonomi och andra faktorer, såsom funktionsnedsättning eller minoritetsbakgrund, ökar hälsoriskerna ytterligare. Det finns även ojämlikhet i tillgången till hälso- och sjukvård, ofta till socialt utsattas nackdel. Patientens socioekonomiska status tycks påverka val av behandlingsmetod och preparat. Socialt utsatta grupper avstår dessutom oftare från att söka vård.

Det finns risk att den uppmärksammade ojämlikheten i hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård kommer att öka. Personer med hög utbildning och inkomst ägnar mer tid åt att påverka den livsstilsrelaterade ohälsan än personer i socialt utsatta grupper. Det är också den förstnämnda gruppen som hittills tagit störst intryck av den kunskapsbank som görs tillgänglig via Internet och utnyttjar sin möjlighet att ställa krav på och påverka hälso- och sjukvården. Det ligger en stor utmaning i att vända utvecklingen så att skillnaderna istället minskar.