

Förändringar i slutenvården NU-sjukvården 2006-2007

Analysenheten, Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Västra Götalandsregionen, mars 2009

Bakgrund och uppdrag

I rapporten Verksamhetsanalys redovisas årligen konsumtion av hälso- och sjukvård för invånarna de 12 hälso- och sjukvårdsnämnderna (HSN). Det finns betydande inomregional variation där HSN 3 (Trestadsområdet) haft en förhållandevis hög slutenvårdskonsumtion. Mellan 2006 och 2007 har det skett en förhållandevis stor minskning av slutenvårdskonsumtionen för invånarna i HSN 1 (Norra Bohuslän) och HSN 3 Båda är områden som har NU-sjukvården som sitt primära sjukhus. För HSN 1 är minskningen påfallande, -6,9 %. Orsaken till denna minskning och vilka patientgrupper den omfattar är oklar.

Detta har uppmärksammats som ett av de områden som bör följas upp. HSU konstaterade att "Det finns anledning att under hösten 2008 närmare belysa vilka områden som omfattas av denna minskning i en särskild rapport. Sådana områden kan vara planerad/oplanerad vård, särskilda åldersgrupper, skillnader i förändring mellan kommuner" (RSK 400-2008).

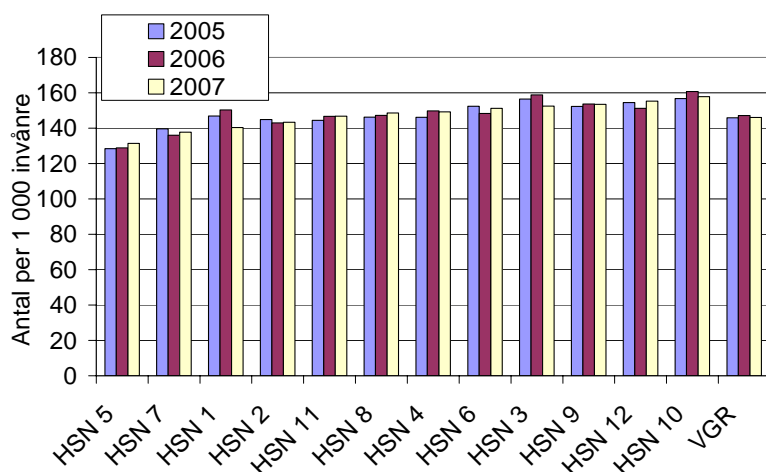
Det finns således skäl att analysera den minskade konsumtionen av slutenvård - är det en önskvärd förändring, beror det på sämre tillgång till slutenvård? Det finns också skäl att se om minskningen berör skilda patientgrupper på ett oönskat sätt och om det finns skillnader beträffande var patienten är bosatt.

Ärendets beredning

Arbetet har genomförts av en arbetsgrupp bestående av Staffan Björck, Analysenheten, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Bengt Ekelund och Doris Lundin NU-sjukvården och Anita Larsson Hälso- och sjukvårdskansliet Uddevalla.

Utgångspunkter för arbetet

Tidigare har slutenvårdskonsumtionen varit förhållandevis hög jämfört med övriga VGR i nämndområdena som har NU-sjukvården som sitt primära sjukhus, HSN 1, 2 och 3. Konsumtionen för de tre senaste åren visas i figuren nedan.



Figur 1. Återgivet från verksamhetsanalys 2007. Konsumtion av somatiska vårdtillfällen inom regionen per 1000 individer 2005 - 2007. Åldersstandardiserade data. Staplarna sorterade efter konsumtion 2007.

Av figuren framgår att det skett minskningar framförallt för HSN 1 och 3. I tabellen nedan redovisas den procentuella förändringen mellan 2006 och 2007.

Tabell 1. Förändring i slutenvårdskonsumtion 2006-2007. Från verksamhetsanalys 2007.

	Procent, 2006-2007
HSN 1	-6,9
HSN 2	0,0
HSN 3	-4,2
HSN 4	0,0
HSN 5	0,5
HSN 6	1,1
HSN 7	0,3
HSN 8	0,3
HSN 9	0,1
HSN 10	-1,6
HSN 11	-2,0
HSN 12	0,6
VGR	-0,9

Förändringen i HSN 1 och 3 avviker således markant från förändringen i övriga regionen vilket detta arbete avser att belysa närmare.

Datakälla och metod

Beräkningar har gjorts med utgångspunkt i slutenvårdsdata i den regionala vårddatabasen, VEGA. Alla vårdtillfällen för 2006 har grupperats med 2007 års grupperare för att öka jämförbarheten. Alla eventuella dubletter har exkluderats. Enbart somatisk vård beskrivs. Någon analys av skillnader mellan de olika utbudspunkterna inom NU-sjukvården har inte gjorts.

Följande jämförelser mellan de två åren har gjorts:

- Produktion/konsumtion
- Fördelning planerad/oplanerad vård
- Förändring för olika ålderskategorier
- Förändring kvinnor/män
- Förändring per medicinskt verksamhetsområde
- Förändring per huvuddiagnosgrupp
- Förändring per hemortskommun
- Förändring av vårdtidernas längd

Produktion/konsumtion

Mellan 2006 och 2007 minskade slutenvårdskonsumtionen för HSN 1 och 3 vilket är utgångspunkt för arbetet. För invånare från andra nämndområden än 1, 2 och 3 minskade antalet vårdtillfällen vid NU-sjukvården med 5,8 % mellan 2006 och 2007. Denna minskning är av samma storleksordning som den som skett för invånarna i NU-sjukvårdens primära upptagningsområde. Minskningen i slutenvården står således att finna i NU-sjukvårdens hantering av patientflöden och i det följande analyseras därför i första hand produktionen av slutenvård oberoende av var patienten kommer ifrån, för att finna orsakerna till konsumtionsminskningen.

Fördelning planerad/oplanerad vård

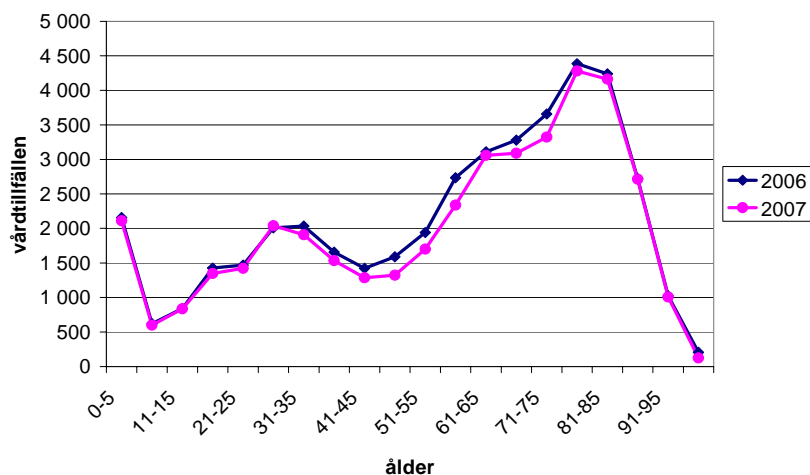
Den regionala vårddatabasen innehåller uppgifter om vården klassificeras som planerad eller oplanerad och i tabell 2 redovisas detta.

Tabell 2. vårdtillfällen inom planerad och oplanerad vård

vårdtillfällen	2006	2007	differens	procent
planerade	7 087	6 653	-434	-6,1
oplanerade	35 436	33 567	-1 869	-5,3
andel planerade	16,7	16,5		
Totalt	42 523	40 220	-2 303	-5,4

Den oplanerade vården svarar för 83 % av slutenvårdstillfällena. Procentuellt sett minskar den planerade vården något mer men genom sin större volym svarar den oplanerade vårdens förändring för 81 % av minskningen av slutenvårdstillfällena.

Förändring för olika åldersgrupper



Figur 2. antal vårdtillfällen för varje ett-års ålderintervall 2006 och 2007 vid NU-sjukvården.

Förändringen ses tydligast i åldersspannet 45-80 år. Ingen förändring ses för de yngre och de 85 år och äldre.

Förändring kvinnor/män

Tabell 3. Vårdtillfällen för kvinnor/män vid NU-sjukvården

	2006	2007	differens	procent
män	19 386	18 174	-1 212	-6,3
kvinnor	23 137	22 046	-1 091	-4,7
summa	42 523	40 220	-2 303	-5,4
andel män	45,6	45,2		

Minskningen av slutenvård är något större för män men skillnaden kan förklaras av den diagnosanalys som följer nedan som pekar på att de orsaker till vård som minskar mest är för sjukdomar där män överväger i slutenvård.

Förändring per medicinskt verksamhetsområde

Tabell 4. Vårdtillfällen för de medicinska verksamhetsområden som registrerats i VEGA.

	2006	2007	differens	%
Internmedicinsk vård	16 600	15 416	-1 184	-7,1
Infektionssjukvård	1 094	1 039	-55	-5,0
Barn- och ungdomsmedicinsk vård	3 901	3 775	-126	-3,2
Geriatrisk vård	2 285	2 046	-239	-10,5
Kirurgisk vård	8 664	8 106	-558	-6,4
Ortopedisk vård	2 503	2 478	-25	-1,0
Obstetrisk och gynekologisk vård	5 370	5 393	23	0,4
Ögonsjukvård	186	157	-29	-15,6
Öron-, näs- och halssjukvård	1 847	1 722	-125	-6,8
Rehabiliteringsmedicinsk vård	73	78	5	6,8
Summa	42 523	40 220	-2 313	-5,4

Det ses en minskning i antalet vårdtillfällen för de flesta kliniker. Viktigast för det sammantagna resultatet är internmedicin/geriatrik. Minskningen inom kirurgisk vård är också markant. För att se att inte minskningen till en del förklaras av en överströmning till Kungälvssjukhus som en eventuell följd av mindre vård vid Uddevalla sjukhus har slutenvårdskonsumtionen tagits fram för HSN 1, 2, 3 vid Kungälvssjukhus. Någon reell förändring har inte setts mellan åren.

Tabell 5. Vårdtillfällen för invånarna i HSN 1, 2 och 3 som skett vid Kungälvssjukhus.

mvo	2006	2007
Internmedicinsk vård	144	166
Geriatrisk vård	60	62
Kirurgisk vård	179	172

De 15 DRG med störst minskning inom invärtesmedicin (klinikkod 101) listas i tabellen nedan. Förändringen överensstämmer väl med den totala förändringen för sjukhuset vilket kommenteras ytterligare nedan.

Tabell 6. Antal vårdtillfällen för de volymmässigt största DRG-grupperna inom verksamhetsområdet invärtesmedicinsk vård

DRG	2006	2007	differens	%	
143	1 297	1 076	-221	-17,0	Bröstmärtor, ej angina pectoris
127	931	792	-139	-14,9	Hjärtsvikt och chock
121	341	263	-78	-22,9	Cirkulationssjukdomar med hjärtinfarkt, med kardiovaskulär komplikation
14B	311	256	-55	-17,7	Specifika kärlsjukdomar i hjärnan exkl TIA, ej komplicerat
122	319	265	-54	-16,9	Cirkulationssjukdomar med hjärtinfarkt, utan kardiovaskulär komplikation
15	201	150	-51	-25,4	TIA och ocklusion av precerebrala artärer
65	469	423	-46	-9,8	Balansproblem, yrsel
182	196	151	-45	-23,0	Buksmärtor och gastroenteriter, >17 år, komplicerat
25	360	316	-44	-12,2	Kramper och huvudvärk, >17 år, ej komplicerat
395	226	184	-42	-18,6	Anemi och andra sjukdomar i röda blodkroppar, >17 år
447	72	31	-41	-56,9	Allergiska reaktioner, >17 år
99	113	73	-40	-35,4	Onormala fynd och symtom i andningsorganen, komplicerat
82	279	246	-33	-11,8	Tumörer i andningsorganen
247	77	46	-31	-40,3	Symtom från muskulatur, ben och bindväv
297	85	54	-31	-36,5	Nutritionssjukdomar och diverse metabola sjukdomar, >17 år, ej komplicerat

De diagnosgrupper som svarar för den största minskningen inom det internmedicinska området är främst hjärt-kärlsjukdomar. Minskningen av DRG 14B är skenbar eftersom fler vårdtillfällen för stroke klassificerats som komplicerade och hamnar i annan DRG-grupp.

De 15 DRG med störst minskning inom kirurgisk vård (klinikkod 301) listas i tabellen nedan. Förändringen består av både planerad och oplanerad vård och överensstämmer väl med den totala förändringen för sjukhuset vilket kommenteras ytterligare nedan.

Tabell 7. Antal vårdtillfällen för de volymmässigt största DRG-grupperna inom verksamhetsområdet kirurgisk vård

drg	2 006	2 007	differens	procent	text
183	947	862	-85	-9,0	Buksmärtor och gastroenteriter, >17 år, ej komplicerat
32	196	113	-83	-42,3	Hjärnskakning, >17 år, ej komplicerat
337	203	144	-59	-29,1	Transuretral prostatektomi, ej komplicerat
494	325	270	-55	-16,9	Laparoskopisk kolecystektomi utan koledokusexploration, ej komplicerat
208	181	128	-53	-29,3	Gallvägssjukdomar, ej komplicerat
455	116	82	-34	-29,3	Andra sjukdomar efter skador, förgiftningar & toxiska effekter, ej komplicerat
336	77	44	-33	-42,9	Transuretral prostatektomi, komplicerat
260	137	105	-32	-23,4	Subtotal mastektomi för malign tumör, ej komplicerat
174	154	123	-31	-20,1	Blödning i matsmältningsorganen, komplicerat
173	87	59	-28	-32,2	Maligna tumörer i matsmältningsorganen, ej komplicerat
239	76	48	-28	-36,8	Maligna tumörer i muskel, bindväv och skelett samt patologiska frakturer
184B	26	2	-24	-92,3	Buksmärtor och gastroenteriter, 0-17 år, ej komplicerat
189	108	88	-20	-18,5	Andra diagnoser i matsmältningsorganen, >17 år, ej komplicerat
280	42	24	-18	-42,9	Trauma utan djupare skador, >17 år, komplicerat
27	79	62	-17	-21,5	Allvarlig traumatisk hjärnskada

Den största förändringen ses för DRG 183 som är observation för buksmärtor som ej lett till operation under samma vårdtillfälle. Det kan noteras att DRG 182 som innebär samma vårdorsak med komplikation inte förändrats alls (414 vs 415 vårdtillfällen). Näst störst

förändring ses för DRG 32 som är okomplicerad hjärnskakning. Motsvarande DRG med komplikation (DRG 31) minskar något från 58 till 44 vårdtillfällen. Vissa DRG-grupper i tabellen ovan rör planerad vård. Här har det skett ökning av ingrepp som skett i öppen vård. DRG 494 har minskat med 55 vårdtillfällen medan DRG 494 O ökat med 52 öppenvårdsbesök.

Förändring diagnosgrupper för hela sjukhuset

Förändringen har granskats per huvuddiagnosgrupper i DRG-systemet (MDC), totalt för sjukhuset.

Tabell 8. Förändring av vårdtillfällen för de volymmässigt största DRG-grupperna inom hela den somatiska vården.

Differens, vtf	Diff. %	mdc	text
-437	-5,8	5	Cirkulationsorganens sjukdomar
-328	-9,4	1	Sjukdomar i nervsystemet
-305	-23,1	21	Skador, förgiftningar och toxiska effekter
-289	-5,6	6	Matsmältningsorganens sjukdomar
-275	-7,0	8	Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven
-233	-21,1	23	Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården
-115	-18,3	12	Sjukdomar i manliga könsorgan
-92	-9,4	13	Sjukdomar i kvinnliga könsorgan
-85	-6,6	7	Sjukdomar i lever, gallvägar och bukspottkörtel
-62	-6,8	9	Sjukdomar i hud och underhud
-52	-14,1	30	Bröstkörtelsjukdomar
-51	-6,6	10	Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbingar och ämnesomsättningssjukdomar
-39	-8,4	16	Sjukdomar i blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar i immunsystemet
-35	-8,5	17	Myeloproliferativa sjukdomar och icke specificerade tumörer
-31	-0,9	4	Andningsorganens sjukdomar
-30	-6,1	19	Psykiska sjukdomar och beteendestörningar
-28	-10,5	2	Sjukdomar i öga och närliggande organ
-6	-10,7	22	Brännskador
1	0,1	11	Sjukdomar i njure och urinvägar
4	0,4	18	Infektions- och parasitsjukdomar
4	12,1	24	Multipelt trauma utom ytliga skador och sårskador
19	32,8	0	Ej meningsfull gruppering
50	2,0	3	Sjukdomar i öra, näsa, mun och hals
56	13,1	15	Nyfödda och vissa perinatale tillstånd
127	3,1	14	Graviditet, förlossning och barnsängstid

Den största förändringen ses för cirkulationsorganens, nervsystemets sjukdomar och skador och förgiftningar.

MDC 5 Cirkulationsorganens sjukdomar

Tabell 9. Antal vårdtillfällen för de volymmässigt största DRG-grupperna inom MDC 5 Cirkulationsorganens sjukdomar

drg	2006	2007	DIFF	
143	1347	1118	-229	Bröstsmärtor, ej angina pectoris
127	996	846	-150	Hjärtsvikt och chock
121	367	275	-92	Cirkulationssjukdomar med hjärtinfarkt, med kardiovaskulär komplikation
122	330	279	-51	Cirkulationssjukdomar med hjärtinfarkt, utan kardiovaskulär komplikation
140	480	451	-29	Angina pectoris
112E	196	167	-29	Perkutan vidgning av kranskärl vid hjärtinfarkt, ej komplicerat
112C	225	206	-19	Perkutan vidgning av kranskärl, ej hjärtinfarkt, ej komplicerat
113	97	86	-11	Amputationer pga cirkulationssjukdomar, andra delar än övre extremitet eller tå
128	87	76	-11	Tromboflebit i djupa vener

Inom gruppen är det främst bröstsmärtor som har minskat samt hjärtsvikt och chock. Detta kan vara en faktisk skillnad i hanteringen av denna patientgrupp. Man skulle kunna spekulera kring att det sker en överströmning till andra diagnosgrupper men så förfaller inte vara fallet vid en detaljgranskning av DRG-grupperna inom MDC 5.

Dessutom minskar infarkt DRG. Här skulle det kunna röra sig om en glidning mot andra DRG än de som redovisas i tabellen ovan. Men jämförelse av alla DRG-grupper som kan förekomma vid infarkt visar på en minskning med 127 vårdtillfällen från 961 till 834.

Tabell 10. Antal vårdtillfällen för de volymmässigt största DRG-grupperna inom MDC 1 Sjukdomar i nervsystemet

drg	2006	2007	DIFF	
32	200	115	-85	Hjärnskakning, >17 år, ej komplicerat
15	283	222	-61	TIA och ocklusion av precerebrala artärer
14B	484	448	-36	Specifika kärlsjukdomar i hjärnan exkl TIA, ej komplicerat
25	396	364	-32	Kramper och huvudvärk, >17 år, ej komplicerat
20	92	64	-28	Infektioner i nervsystemet exkl virusmeningit
21	41	18	-23	Virusmeningit
12	198	179	-19	Degenerativa sjukdomar i nervsystemet
24	160	143	-17	Kramper och huvudvärk, >17 år, komplicerat
27	110	93	-17	Allvarlig traumatisk hjärnskada
18	34	18	-16	Sjukdomar i hjärnnerver och perifera nerver, komplicerat
35	139	125	-14	Andra sjukdomar i nervsystemet, ej komplicerat
23	50	37	-13	Icke-traumatisk stupor och koma

Förändringen sprider sig över många DRG och är inte så lokaliserad som MDC 5. Den största skillnaden ses inom DRG 32 som är okomplicerat skalltrauma. Minskningen gäller vuxna och inte barn som är en särskild DRG-grupp. Sannolikt är det en skillnad i medicinsk handläggning. Minskningen av 14 B är skenbar eftersom fler strokevårdtillfällen klassificeras som komplicerade och hamnar i annan DRG-grupp (14 A).

MDC 21 Skador, förgiftningar och toxiska effekter

Tabell 10. Antal vårdtillfällen för de volymmässigt största DRG-grupperna inom MDC 21

DRG	2006	2007	differens	
455	458	288	-170	Andra sjukdomar efter skador, förgiftningar & toxiska effekter, ej komplicerat
447	79	39	-40	Allergiska reaktioner, >17 år
452	93	60	-33	Behandlingskomplikationer, komplicerad
449	151	123	-28	Förgiftningar, toxiska effekter av mediciner, >17 år, komplicerat
453	88	68	-20	Behandlingskomplikationer, okomplicerad
454	47	28	-19	Andra sjukdomar efter skador, förgiftningar & toxiska effekter, komplicerat
446	27	18	-9	Skador, 0-17 år

Minskningen av DRG 455 markant. Ca 70 % av dessa vårdtillfällen skedde på barnmedicinsk enhet. Minskningen förklaras nästan helt vårdtillfällen med förstadiagnos Z043 = Undersökning och observation efter annat olycksfall. Det fanns 361 vårdtillfällen 2006 och 213 vårdtillfällen 2007. Det är ett svårförklarat fynd. Det skulle kunna vara förändrad diagnosättning men det går inte att belägga att någon annan traumadiagnos ökar i motsvarande grad.

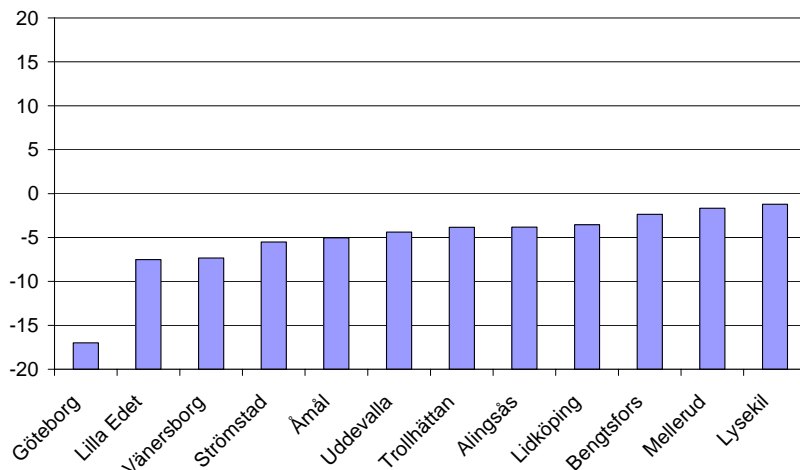
Förändring per hemortskommun

Den totala minskningen förklaras av invånarna i kommunerna i Trestadsområdet

Tabell 11. Minskning av vårdtillfällen 2006-2007 för Kommuner med mer än 160 vårdtillfällen vid NU-sjukvården

kommun	Minskning vtf
Vänersborg	-388
Uddevalla	-327
Trollhättan	-291
Lilla Edet	-120
Åmål	-86
Strömstad	-81
Göteborg	-68
Bengtsfors	-31
Lysekil	-25
Mellerud	-24
Vara	-12
Alingsås	-9
Lidköping	-6

Den procentuella minskningen är mer jämnt fördelad inom upptagningsområdet vilket visas i figuren nedan.

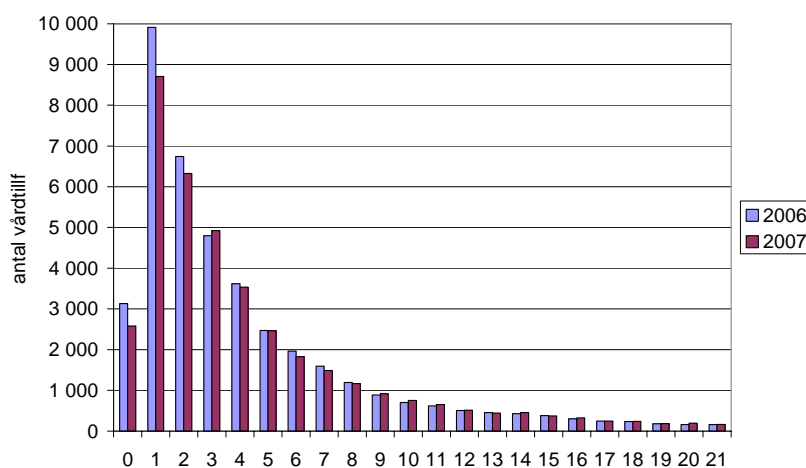


Figur 3. Procentuell förändring (2006/2007) av antal vårdtillfällen för invånare från respektive kommun. Endast kommuner med mer än 160 vårdtillfällen.

Förändring av vårdtidernas längd

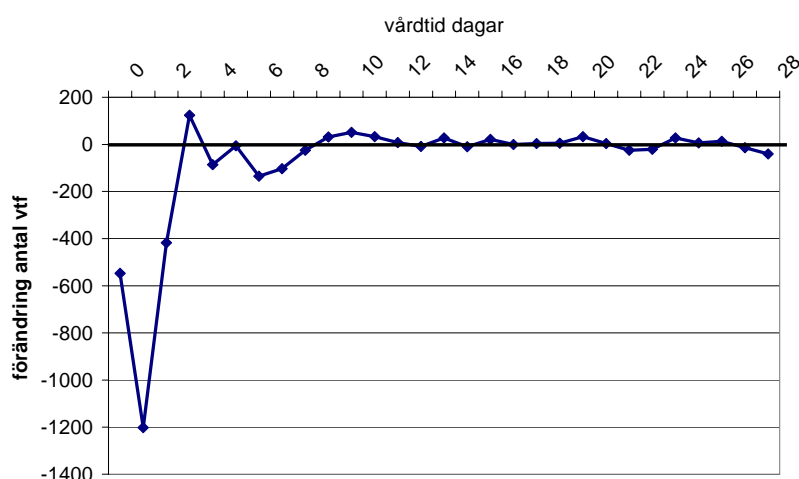
De flesta vårdtillfällen är korta. År 2007 var 28% av de somatiska vårdtillfällena 1 dygn eller kortare, det vill säga patienterna skrevs ut samma dag de skrevs in eller dagen efter.

Figuren nedan visar vårdtiderna fördelning för 2006 och 2007 vid NU-sjukvården.



Figur 4. antal vårdtillfällen redovisade efter vårdtidens längd. Vårdtid 0 = in- och utskrivning samma dag..

Av figuren framgår också att den största minskningen mellan åren gäller vårdtillfällen med kort vårdtid. Den absoluta minskningen i antalet vårdtillfällen för olika vårdtidens längd visas i bilden nedan.



Figur 5. förändring av antalet vårdtillfällen uppdelat på vårdtidens längd mellan 2006 och 2007.

Figuren visar att minskningen nästan uteslutande beror på en minskning av korttidsvården.

Tabellen nedan visar antalet vårdtillfällen med 0 eller 1 vård dag för båda åren uppdelat på medicinskt verksamhetsområde.

Tabell 12. Vårdtillfällen med 0 eller 1 vård dag 2006 och 2007 inom NU-sjukvården.

	2006	2007	differens
Internmedicinsk vård	5019	4366	-653
Infektionssjukvård	181	163	-18
Barn- och ungdomsmedicinsk vård	1977	1760	-217
Geriatrisk vård	410	151	-259
Kirurgisk vård	2293	1960	-333
Ortopedisk vård	618	526	-92
Obstetrisk och gynekologisk vård	1401	1333	-68
Ögonsjukvård	71	57	-14
Öron-, näs- och halssjukvård	1067	972	-95
Rehabiliteringsmedicinsk vård	1	0	

Samtliga medicinska verksamhetsområden får färre vårdtillfällen med korta vårdtider där invärtesmedicin har störst betydelse för hela sjukhusets resultat. Den största procentuella förändringen ses för verksamhetsområdet geriatrik.

Detta gör att den genomsnittliga vårdtiden för somatisk vård vid sjukhuset ökar från 5,53 dagar till 5,70 dagar. Det sker inte genom att antalet vårdtillfällen med långa vårdtider blir fler utan genom att vårdtillfällen med kortaste vårdtiderna minskat i antal.

Förklaringsfaktorer

Minskad slutenvårdsproduktion kan ha många orsaker. Några tänkbara är t.ex:

- Minskning av kapacitet, t.ex. minskat antal vårdplatser.
- Minskat behov/sjuklighet
- Bättre omhändertagande i öppenvård av kroniska sjukdomar
- Förbättrad tillgänglighet med möjlighet att få tidigt omhändertagande i en sjukdomsprocess innan försämringen kräver slutenvård
- Högre kompetens vid det primära akutmottagandet
- Satsning och medvetenhet med mål att undvika onödiga inskrivningar

Nedan har arbetsgruppen gjort en sammanställning av tänkbara orsaker till den minskning som observerats av slutenvårdskonsumtionen.

Strukturförändringar av betydelse

NU-sjukvården genomgår en omfattande förändring av sin vårdstruktur i vilken akutströmmarna förändras påtagligt. Detta arbete hade dock inte påbörjats 2007 och har därför inte betydelse för den minskade slutenvårdskonsumtionen. Tidigare har den akuta invärtesmedicinska jourverksamheten stundtals stängts nattetid i Uddevalla men det gäller inte heller denna period. Någon minskning av kapaciteten i form av t.ex. minskning av vårdplatser har således inte skett under perioden fränsett en marginell förändring som beskrivs nedan.

Observationsplatser. Sommaren 2007 skapades observationsplatser i anslutning till akutmottagningen vid Uddevalla sjukhus. Patienter som utnyttjar dessa platser skrivs inte in för slutenvård. Under resterande del av 2007 har 75 % av patienterna som observerats på dessa platser inte förts över till slutenvården. Motsvarande platser finns inte vid NÄL.

Korttidsvårdplatser för planerade operationer. För att kunna göra mer planerad kirurgi i öppen vård har tillskapats särskilda 24-timmarsplatser. På dessa kan korttidsövervakning göras efter t.ex. galloperationer, inkontinensoperationer och bröstkirurgi som därmed inte behöver skrivas in för slutenvård. Denna vårdenhet startade oktober 2007. Den har därmed mindre betydelse för helåret 2007 och den berör dessutom planerad vård som svarar för en mindre del av den minskade slutenvårdskonsumtionen.

Minskad vårdplatsresurs. December 2007 har en vårdavdelning om 20 vårdplatser stängt (avd 62 bröstkirurgi) från och med oktober 2007 stängdes nattakuten medicin i Uddevalla. Dessa båda vårdplatsneddragningar har kommit sent och kan inte rimligen ha stor effekt på helårsresultatet. Den minskade slutenvårdskonsumtionen är inte heller större för invånare i Uddevalla än i övriga trestadsområdet.

Undanträngningseffekt. En möjlighet är att det uppstått en funktionell vårdplatsminskning. Ett ökat antal äldre svårt sjuka skulle kunna minska den tillgängliga vården.

Åtgärder av betydelse för äldre vårdkedjan

Vårdsamverkan Fyrbodalen

- Så kallade äldresjuksköterskor har tillskapats med stimulansmedel från socialstyrelsen från 2006. Det har genomförts även i andra delar av regionen men startades först i Vänersborg och Lilla Edet januari 2007. Trollhättan startade maj 2007. Projektet vänder sig till patienter > 65 år som inte har några insatser från den kommunala hälso- och sjukvården. Äldresköterskan gör hembesök efter att kontaktats av personen själv, anhöriga, vårdcentralen, grannar etc. Oftast kan patientens problem avhjälpas och besök och ev. inskrivning på sjukhuset har undvikits. Äldresköterskorna är den förlängda länken av FUT.
- FUT (Förbättrad utskrivningstrygghet) är ett projekt som finansieras med stimulansmedel från socialstyrelsen och startade januari 2007. Det vänder sig till patienter 75 år och äldre som skrivs ut från sjukhuset. Ett särskilt utskrivningsteam med en utskrivningssköterska engageras för äldre patienter som krävt mycket sjukvård. En vård- och omsorgsplan upprättas under vårdtiden i samarbete med övriga vårdgivare. Detta resulterar i en informationspärm som patienten får med sig hem. läkemedelsavstämning görs tillsammans med apotekare innan utskrivning. Utskrivningssköterskan följer med patienten hem vid utskrivningen och går, i samband med hembesöket, igenom informationspärmen, medicinerna, ser över hjälpmedel etc. Äldresköterskan kontaktar patienten för hembesök efter utskrivningen. 4 – 5 dagar efter utskrivningen gör utskrivningssköterskan ett uppföljningsbesök för att stämma av att allt fungerar med hjälpmedel, sjukbesöktider, läkemedel, matdistribution etc. Ibland ringer äldresköterskan till utskrivningssköterskan om patienter som tillfälligt försämrats i sin sjukdom för att få mer information kring patienten om t.ex. föregående vårdtillfälle. Oftast kan patientens problem avhjälpas och besök och ev. inskrivning på sjukhuset har undvikits
- Samtliga kommuner i trestadsområdet har projekt som startade januari 2007 och som finansieras genom stimulansmedel. Det är projekt som handlar om rehabilitering, läkemedelsgenomgångar och nutrition.
- I Uddevalla kommun finns sedan januari 2007 en mobil läkare. Även detta projekt finansieras av stimulansmedel från socialstyrelsen. Den mobila läkaren gör framför allt akuta hembesök.

Strokeforum startade januari 2007 och finansieras av Vänersborgs kommun, Trollhättans stad, primärvården och medicinkliniken på NÄL. Strokeforum bemannas av en sjuksköterska som är kontaktperson för patienten. Sjuksköterskan är anställd på strokeenheten på NÄL. Strokeforum innebär stöd och trygghet för de strokedrabbade och deras anhöriga och förhindrar troligen också besök på akutmottagningen och kanske inskrivning i slutenvården.

Äldre patienter som kommer till akutmottagningen kvälls- eller nattetid blir som regel inskrivna för vid den tidpunkten finns inga andra alternativ. Patienten kan inte skickas hem igen för det finns ingen som tar emot. Genom äldresköterskorna, kontakten till utskrivningssköterskan, strokeforum, kommunernas olika projekt avhandlas och ordnas mycket under dagtid. Det skapar trygghet och patienten behöver inte åka till akutmottagningen.

Andra åtgärder

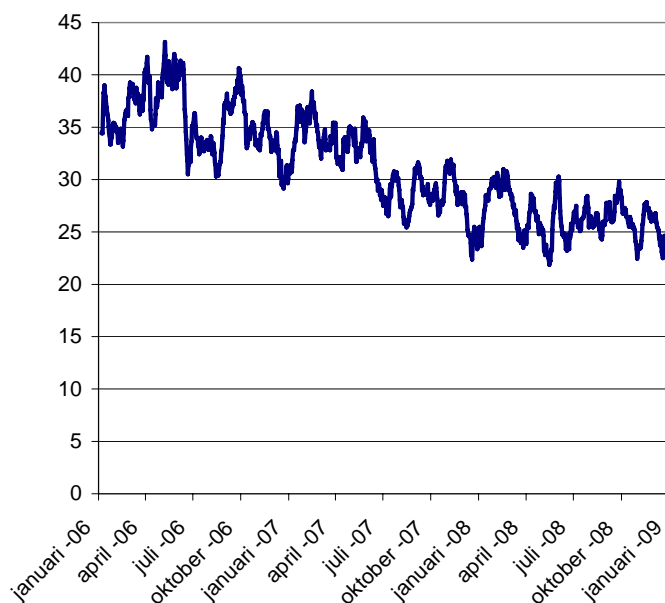
Sjuksköterskemottagningar. En särskild sjuksköterskemottagning har tillskapas inom hjärtområdet från 2006. Senare har tillskapats en särskild KOL-sjuksköterska men detta har skett först under 2008.

Särskild läkarresurs. En särskild läkarresurs har inrättats i form av en delvis friställd läkare som kan ta sig an utvalda patienter från akutmottagningen. Syftet är att minska slutenvårdskonsumtionen genom mer insatser akut och möjlighet att ordna snara återbesök efter första handläggningen

Riktad satsning. Det finns en medvetenhet i organisationen att slutenvårdskonsumtionen är hög i området. Det har varit föremål för analys och diskussion mellan beställarkansliet och NU-sjukvården. Tidigare har material tagits fram som visar att det sannolikt beror på en ökad benägenhet att slutenvårda patienter som på annat sjukhus kunnat hanteras i öppen vård. Sjukhuset har haft som mål att minska onödig slutenvårdskonsumtion.

Förändring till 2008

I uppdraget ingår inte uppföljning av förändringar efter 2007. Emellertid finns data för helåret 2008 i vårddatabasen tillgängliga i samband med rapportens färdigställande varför en del data presenteras här utan närmare analys av bakgrundsfaktorer. Den mest slående förändringen i vår analys är minskningen av korttidsvården. Under 2008 ses en fortsatt minskning av denna vilket visas i följande figurer.



Figur 6. Antal utskrivna patienter/dag inom NU-sjukvården. Gäller vårdtillfällen med högst en vård dag. Flytande medelvärde över 14 dagar.

Figuren visar att det sker en gradvis minskning av vårdtillfällen med kort vårdtid under 2007 och under 2008 fås en helårseffekt av förändringen under 2007. Vårdtillfällen med kort vårdtid minskar med 26 %, 2006-2008.

Tabell 13. Antal vårdtillfällen med vårdtid 0 eller 1 dag.

2006	2007	2008
13 038	11 289	9 611

I tabellen nedan ges exempel på den fortsatta utvecklingen för några DRG-grupper som exemplifierats ovan för att de minskat påtagligt.

Tabell 14. Antal vårdtillfällen för för några utvalda DRG-grupper

DRG	2006	2007	2008	DIFF	
143	1347	1118	684	-663	Bröstsmärtor, ej angina pectoris
127	996	846	862	-134	Hjärtsvikt och chock
140	480	451	317	-163	Angina pectoris
182, 183, 184A+B	2728	2457	2260	-468	Buksmärtor och gastroenteriter, barn och vuxna med/utan komplikationer
31, 32, 33	385	283	175	-210	Hjärnskakning, barn och vuxna med/utan komplikationer

Sammanfattning och slutsatser

Minskning av slutenvårdskonsumtionen i områden med NU-sjukvården som det primära sjukhuset är i linje med sjukhusets ambition. Minskning beror på färre vårdtillfällen med korta vårdtider - två dagar eller kortare. Minskningen har skett inom såväl planerad som oplanerad vård och inom de flesta medicinska verksamhetsområden.

Mest betydelsefull är den oplanerade invärtesmedicinska vårdens förändring på grund av den specialitetens stora volym men en betydelsefull minskning ses också inom kirurgi. De diagnoser som minskat mest är hjärtsjukdomar såsom hjärtsvikt och kärlkramp. Inom kirurgi minskar framförallt observation för buksjukdom som inte lett till operation samt vårdtillfällen för trauma mot huvudet utan komplikationer.

Hjärtsvikt och kärlkramp är de största diagnoserna inom den kvalitetsindikator som benämns undvikbar slutenvård och som inkluderats i "Öppna Jämförelser". Indikatorn avses mäta kvaliteten i omhändertagandet i öppen vård.

En viss minskning kan bero på minskad sjuklighet t.ex. mindre antal hjärtinfarkter. Den förändringen har dock sannolikt liten betydelse för det samlade resultatet. Det förefaller som om minskningen av slutenvårdskonsumtion framförallt skett inom den oplanerade vården och de diagnosgrupper som överväger är sådana där ett val ofta föreligger mellan att ge öppen eller sluten vård.

Det är ovisst om minskningen av slutenvård lett till oönskade konsekvenser genom utebliven vård för patienter som behöver det. Det är svårt att mäta en sådan effekt men de som deltagit i projektet kan inte se några tecken på att så har skett.

Vårdtiden för all somatisk vård har ökat på sjukhuset vilket visar att vården blivit tyngre, genom att korttidsvården minskat, och den kvarvarande vården blir svårare att poliklinisera.

Ett flertal orsaker kan förklara den minskade slutenvårdskonsumtionen.

- Flera projekt, finansierade av stimulansmedel från Socialstyrelsen, startade i början av 2007. Dessa projekt har sannolikt bidragit till att minska antalet vårdtillfällen med korta vårdtider. Man har lyckats behandla dessa patienter i hemmet istället för inom slutenvården på sjukhuset.
- Observationsplatser på Uddevalla sjukhus i kombination med kvalificerat omhändertagande på halvvakua mottagningar och sköterskemottagningar för hjärtsvikt är riktade åtgärder som bedöms viktiga för minskad slutenvårdskonsumtion.
- En medvetenhet om att onödig slutenvård bör undvikas har sannolikt stor betydelse.

De åtgärder som satts in och ytterligare åtgärder efter 2007 kan leda till fortsatt minskning av korttidsvården. Den minskning av slutenvården som har observerats är en följd av ett flertal samverkande åtgärder initierade av sjukhuset.