

Högspecialiserad vård - en analys av konsumtionsmönster i Västra Götalandsregionen

RSK 601-2008

Januari 2009

Analysenheten

Innehållsförteckning

Bakgrund och uppdrag	3
Metoder och datakällor	5
Framtaget material med kommentarer	6
Den slutna somatiska vården vid SU, en översikt.	6
Andel högspecialiserad vård för olika medicinska verksamhetsområden	8
Andelen högspecialiserad vård för olika diagnosgrupper	9
Åldersfördelning och könsfördelning av högspecialiserad vård	10
Utveckling över tid och klassificeringsförändringar.	12
Variation mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna.....	16
Detaljerad analys av inomregionala skillnader i konsumtionen av högspecialiserad vård.	19
Konsumtion av "typisk" högspecialiserad vård.....	26
Vårdkonsumtion hos äldre.....	29
Sammanfattande diskussion.....	30

Bakgrund och uppdrag

Den högspecialiserade vården är en viktig del av det regionala hälso- och sjukvårdssystemet. Begreppet högspecialiserad vård innefattar regionsjukvård och rikssjukvård. I vårdöverenskommelsen med Sahlgrenska Universitetssjukhuset definieras regionsjukvård som högspecialiserad vård som samordnas med Västra Götalandsregionen som upptagningsområde och rikssjukvård som högspecialiserad vård som samordnas med landet som upptagningsområde. Denna regionala definition överensstämmer med den som Socialdepartementet använt i sin översyn av den högspecialiserade vården 2003. Rikssjukvård finns dessutom definierat i hälso- och sjukvårdslagen som den hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting och som samordnas med landet som upptagningsområde.

Hälso- och sjukvårdstyrelsen i Västra Götalandsregionen beslöt i februari 2003 (§27) att beställningen av högspecialiserad vård omfattar den klassning av regionsjukvård (R-vård) och högspecialiserad vård av rikskaraktär (H-vård) som sker vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset; det vill säga sjukhuset avgör hur en viss vårdkontakt, vårdtillfälle eller besök, skall klassificeras.

Definitionen av rikssjukvård har varit under förändring. År 2006 genomfördes en ändring i hälso- och sjukvårdslagen där det nu fastslås att Socialstyrelsen genom Rikssjukvårdsnämnden beslutar vilken hälso- och sjukvård som skall utgöra rikssjukvård. Sådan rikssjukvård får endast bedrivas efter tillstånd från Socialstyrelsen. Hittills har endast fem områden definierats och Rikssjukvårdsnämnden har fattat beslut om vilka vårdgivare som får utföra en av dessa (hjärtkirurgi för barn). Utöver det som definierats av Socialstyrelsen och Rikssjukvårdsnämnden förekommer och kommer alltid att förekomma vård som samordnas med riket som upptagningsområde men som inte nomineras för bedömning på detta samordnande sätt.

I Västra Götalandsregionen samordnas beställningar av högspecialiserad vård och innehållet preciseras av regionstyrelsen. Respektive hälso- och sjukvårdsnämnd beslutar sedan om beställning av högspecialiserad vård. I denna process skall nämnderna samverka före beställning. Det innebär att beställning av högspecialiserad vård är en process där ägare, beställare och utförare deltar. Regionstyrelsens tar varje år fram ett ägaruppdrag i vilket preciseras såväl vårdens inriktning som särskilda utredningsuppdrag. I ägaruppdrag högspecialiserad vård 2007 redovisas en sammanställning av konsumtionen av högspecialiserad vård för invånarna i de 12 hälso- och sjukvårdsnämndsområdena som visade att konsumtionen av högspecialiserad vård var högre i nämndområdena i och runt Göteborg. Det konstateras att det inte finns underlag för att avgöra om skillnaderna beror på skillnader i vårdbehov eller andra faktorer och uppdraget gavs att analysera variationerna i konsumtion av högspecialiserad vård och redovisa förklaringar till dessa variationer.

En sådan analys har tidigare redovisats 2005 för åren 2002-2004. I den konstaterades att Göteborgarnas högre konsumtion av regionsjukvård i viss utsträckning var skenbar och att närmare analys av några betydande DRG-grupper inte kunde påvisa att geografisk närhet till Sahlgrenska Universitetssjukhuset påverkade vårdutnyttjandet.

Praktiska konsekvenser av klassificering

Tidigare hade regionstyrelsen i uppdrag att beställa högspecialiserad vård, men från och med 2006 har hälso- och sjukvårdsnämnderna haft uppdraget att beställa all hälso- och sjukvård inklusive högspecialiserad vård med inflytande från regionstyrelsen som nämnts ovan. Förändringen innebar att det inte längre har betydelse ur ekonomisk synpunkt om förhållandet mellan länssjukvård och högspecialiserad vård är olika mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna

I den nationella vårdgarantin ingår region- och rikssjukvård, däremot gäller inte det fria vårdvalet. Enligt beslut i regionstyrelsen krävs remiss för garantivård inom region- och rikssjukvård utanför regionen. Det har därför betydelse för patienten om vård som omfattas av vårdgarantin betecknas som regionsjukvård eller länssjukvård.

Grundprincipen för ersättning till Sahlgrenska Universitetssjukhuset är att sluten somatisk länssjukvård och regionsjukvård ersätts med ett sjukhusspecifikt DRG-pris per poäng medan rikssjukvård ersätts med fullkostnadstäckande, patientspecifik debitering. Definitionen har därmed betydelse för ersättningsform till sjukhuset. Om rikssjukvård för patienter bosatta i VGR, istället skulle ersättas med en ersättning per DRG-poäng skulle det i princip innebära att samma ersättning skulle utgå eftersom DRG-vikten baseras på Sahlgrenska Universitetssjukhusets faktiska kostnader för denna vård men det skulle innebära ett risktagande för regionen och sjukhuset att ha en i förhand bestämd ersättning för denna resurskrävande vård med ofta svårförutsett vårdförlopp.

Uppdraget

Hälso- och sjukvårdsdirektören har givit chefen för Analysenheten, Hälso- och sjukvårdsavdelningen i uppdrag (bilaga) att

- analysera variationerna i konsumtionen av högspecialiserad vård per nämnd för åren 2005, 2006 och 2007 och redovisa förklaringar till skillnaderna
- ge fördjupad analys avseende vissa mer omfattande diagnoser inom högspecialiserad vård
- jämföra slutsatserna med de slutsatser som framkom i den tidigare rapporten, 2005.

Ärendets beredning

En arbetsgrupp har genomfört uppdraget under hösten 2008. Arbetsgruppen har bestått av Marie Röllgård (sammankallande), Annika Karlqvist och Staffan Björck Analysenheten Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Ing-Marie Bergbrant och Leif Sundberg Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Jan Carlström, Barbro Hedin, Katarina Orrbäck, Ingrid Nielsen och Marianne Laiberg från de lokala hälso- och sjukvårdskanslierna.

Metoder och datakällor

Analysen gäller år 2007 samt där förändringar beskrivs, åren 2005-2007. Utgångspunkten för analysen har varit den regionala vårddatabasen (VEGA) och endast den somatiska vården ingår. Det kan förekomma uppgifter om psykiatriska diagnoser men det gäller endast patienter som vårdats inom den somatiska vården med en psykiatrisk diagnos. I det följande redovisas endast vård för Västragötalänningar om inte annat påpekas. Vid jämförelser av förändringar har all slutenvård grupperats om med samma DRG-grupperare och DRG-viktlista för 2007 har använts för att få god jämförbarhet mellan åren.

I framställningen används beteckningarna läns-, region och rikssjukvård. Det baseras på den klassificering som görs på respektive vårdenhet som sedan lagras bland annat i den regionala vårddatabasen. Region- och rikssjukvård tillsammans, benämns högspecialiserad vård.

Framtaget material med kommentarer

Den slutna somatiska vården vid SU, en översikt.

Tabell 1. Den slutna somatiska vårdens omfattning vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset år 2007. Gäller all somatisk vård fördelat på inom- och utomregional vård.

	Vårdtillfällen	DRG-poängsumma
Inomregional vård	97 189	113 538
Utomregional vård	8482	14 185
Summa	105 671	127 723

Den slutna somatiska vården uppgår till drygt 100 000 vårdtillfällen. Av dessa är ca 8 % av vårdtillfällena och ca 11 % av DRG-summan utomregional vård.

Av den inomregionala slutna vården är 21 % av vårdtillfällena och 33 % av DRG-poängsumman högspecialiserad vård vilket visas i diagram 1.

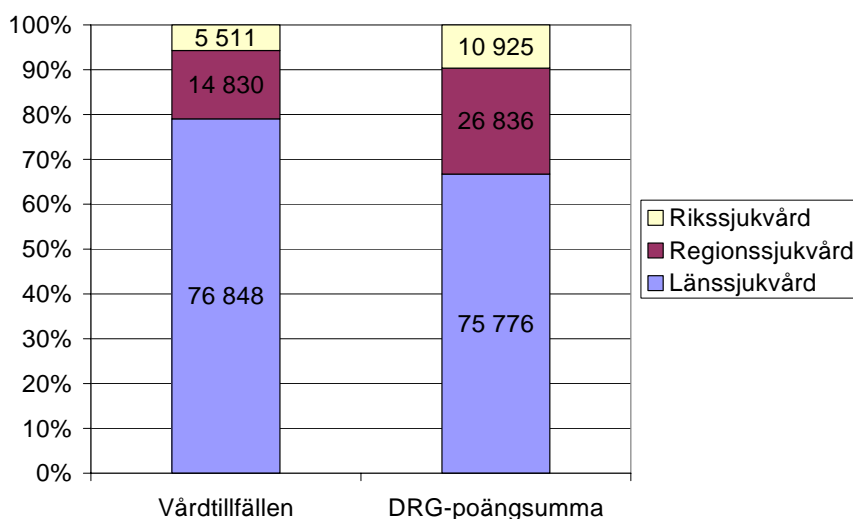


Diagram 1. Vårdtillfällen för den inomregionala somatiska slutna vården fördelad på de tre vårdnivåerna, läns-, region- och rikssjukvård år 2007 vid SU.

Som redovisas i kommande avsnitt är konsumtionen av högspecialiserad vård högre och likartad i HSN 5, 7, 11 och 12 vilka är de nämndområden som har SU som sitt primära sjukhus. Vi kallar därför dessa områden Storgöteborg även om andra definitioner förekommer i andra sammanhang. Av Sahlgrenska Universitetssjukhusets totala produktion av slutenvård till Västragötalänningar 2007 var ca 22 % vård åt regioninvånare utanför Storgöteborg. För den högspecialiserade vården vid SU var andelen vårdtillfällen för dessa "ickegöteborgare" nära 50 %.

Tabell 2. Andel av slutenvårdstillfällen vid SU 2007 för västragötalänningar som är vård åt regioninvånare utanför Storgöteborg (HSN 5, 7, 11, 12).

	procent
länssjukvård	14,4
regionvård	49,1
rikssjukvård	47,6
Region + riks	48,7
totalt	21,6

Invånarna i HSN 4 svarar för en förhållandevis stor del av vården åt "ickegöteborgare". Ca 6 av de 14 % länssjukvård och 8 av de 49 % högspecialiserad vård för "ickegöteborgare" utgörs av vård för invånare i HSN 4.

I tabell 3 redovisas fördelningen mellan öppen och slutna vård.

Tabell 3. Procentuell fördelning av vård till Västragötalänningar för vårdnivåer 2007.

	läkarbesök	vårdtillfällen
Länssjukv	85,3	79,1
Regionsjukv	11,4	15,3
Rikssjukv	3,3	5,7

Andelen högspecialiserad vård är större i den slutna vården. I diagram 2 redovisas fördelningen mellan öppen och slutenvård baserat på fakturerade kostnader för vården.

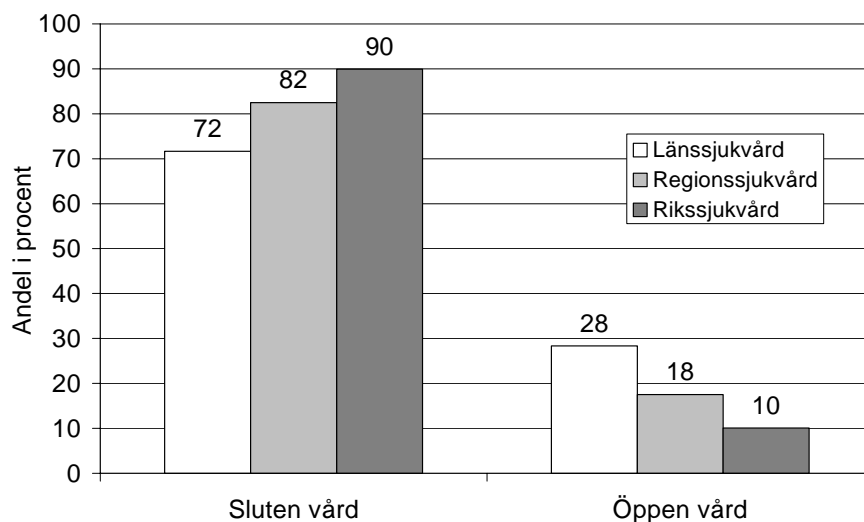


Diagram 2. Fördelningen mellan slutna och öppen vård för somatisk läns -region- och rikssjukvård vid SU år 2007 för patienter boende i Västra Götalandsregionen. Andelarna är beräknade efter den ersättning som sjukhuset erhållit.

Vid en jämförelse av resursåtgången svarar slutenvården för 84 % av de totala kostnaderna för den högspecialiserade vården.

Andel högspecialiserad vård för olika medicinska verksamhetsområden

I tabellerna nedan listas andelen region- och rikssjukvård, för slutna och öppna vård, för de medicinska verksamhetsområden som har störst inslag av högspecialiserad vård.

Tabell 4. Slutenvård - vårdtillfällen. De verksamhetsområden vid SU med störst andel vård på riks- och regionsjukvårdsnivå inom den slutna somatiska vården år 2007. Avser patienter boende i Västra Götalandsregionen.

Verksamhetsområde	Antal vårdtillfällen			Summa	Andel (%) region- och rikssjukvård
	Länssjukvård	Regionsjukvård	Rikssjukvård		
251 - Barn- och ungdomsneurologisk vård med hab.	1	125	76	202	100
211 - Hud- och könssjukvård	4	376	6	386	99
341 - Thoraxkirurgisk vård	25	1662	30	1717	99
331 - Neurokirurgisk vård	31	1146	310	1487	98
371 - Transplantationskirurgisk vård	27	1	847	875	97
131 - Reumatologisk vård	200	1710	467	2377	92
203 - Barn- och ungdomskardiologisk vård	37	4	352	393	91
076 - Eftervård	46	249	19	314	85
321 - Handkirurgisk vård	255	1060	29	1344	81
351 - Plastikkirurgisk vård	292	991	77	1360	79
511 - Ögonsjukvård	370	1118	18	1506	75
551 - Rehabiliteringsmedicinsk vård	40	69	34	143	72
221 - Neurologisk vård	1145	939	539	2623	56
741 - Onkologisk vård, allmän	1891	1316	182	3389	44
401 - Barn- och ungdomskirurgisk vård	747	376	132	1255	40

Tabell 5. Öppenvård - besök. De verksamhetsområden vid SU med störst andel vård på riks- och regionsjukvårdsnivå inom den öppna somatiska vården år 2007. Avser patienter boende i Västra Götalandsregionen.

Verksamhetsområde	Antal besök			Summa	Andel (%) region- och rikssjukvård
	Länssjukvård	Regionsjukvård	Rikssjukvård		
341 - Thoraxkirurgisk vård		593	6	599	100
171 - Yrkesmedicinsk vård	2	321		323	99
371 - Transplantationskirurgisk vård	255		5556	5811	96
331 - Neurokirurgisk vård	36	1	615	652	94
251 - Barn- och ungdomsneurol vård med hab.	919	7157	270	8346	89
351 - Plastikkirurgisk vård	3045	8119	308	11472	73
741 - Onkologisk vård, allmän	25969	37923	565	64457	60
321 - Handkirurgisk vård	7751	10582	63	18396	58
221 - Neurologisk vård	6600	5216	746	12562	47
431 - Gynekologisk vård	35711	12349	2	48062	26
401 - Barn- och ungdomskirurgisk vård	10006	912	2391	13309	25
971 - Omhändertagande enligt smittskyddslagen	1797	527		2324	23
541 - Foniatrisk vård	3121	863	28	4012	22
161 - Endokrinologisk vård	4461	929	5	5395	17
231 - Kardiologisk vård	14581	688	1288	16557	12

Det finns en mycket stor spridning av innehållet av högspecialiserad vård. För t.ex. den slutna hudsjukvården avspeglar andelen 99 % högspecialiserad vård snarare en rutinmässig klassificering till denna vårdform eftersom endast 4 vårdtillfällen har hänförs till länssjukvård. Den reumatologiska vården har också en högre andel högspecialiserad vård än vad skulle kunna förväntas.

Andelen högspecialiserad vård för olika diagnosgrupper

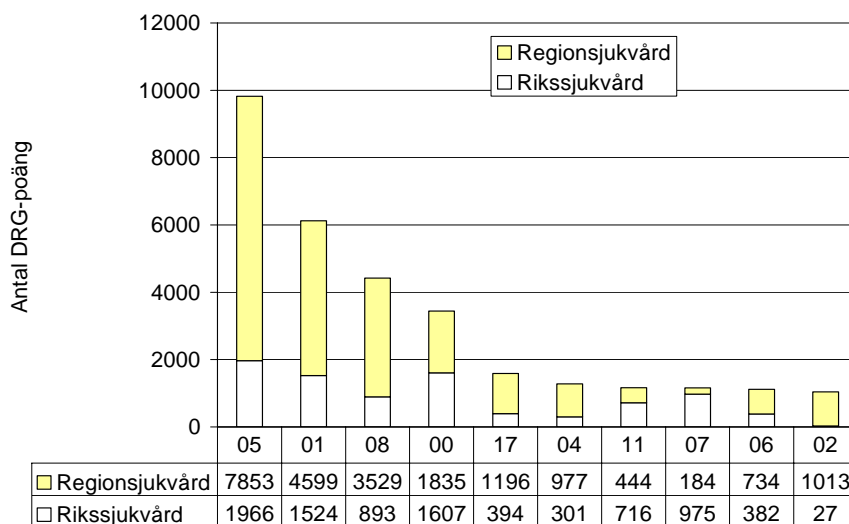


Diagram 3. Antal DRG-poäng. De 10 största huvuddiagnoskategorierna (MDC) inom vårdnivåerna region- och rikssjukvård vid SU år 2007 sorterade efter antal poäng.. Avser patienter boende i Västra götalandregionen.

Tabell 6. Förklaringar till MDC-nummer i diagram 3 ovan samt antal vårdtillfällen 2007.

MDC	Text	Regionsjukv.	Rikssjukv.	Summa
05	Cirkulationsorganens sjukdomar	1663	839	2502
01	Sjukdomar i nervsystemet	2429	1016	3445
08	Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven	2998	729	3727
00	Transplantationer mm; Pre-MDC	142	94	236
17	Myeloproliferativa sjukdomar och icke specificerade tumörer	1431	399	1830
04	Andningsorganens sjukdomar	619	248	867
11	Sjukdomar i njure och urinvägar	311	211	522
07	Sjukdomar i lever, gallvägar och bukspottkörtel	84	478	562
06	Matsmältningsorganens sjukdomar	478	227	705
02	Sjukdomar i öga och närliggande organ	1102	39	1141

Diagrammet visar andelen högspecialiserad vård i form av DRG-poäng och speglar därmed resursförbrukningen. I tabell 6 visas antalet vårdtillfällen.

Åldersfördelning och könsfördelning av högspecialiserad vård

I diagram 4 redovisas fördelningen av högspecialiserad vård i förhållande till ålder.

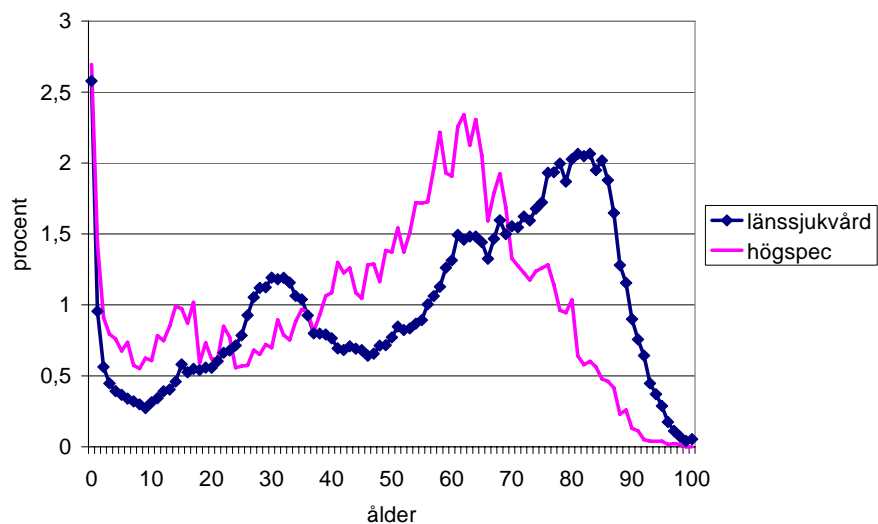


Diagram 4. Andelen av alla vårdtillfällen som ges till varje enskilt ett-års ålderintervall 2007. Redovisas för läns- och högspecialiserad vård. Avser patienter boende i Västra Götalandsregionen.

Den högspecialiserade vården ges i större utsträckning till yngre individer men 11 % av den högspecialiserade vården ges till individer över 75 år. Motsvarande siffra för länsjukvård är 31 %.

I diagram 5 jämförs åldersfördelningen mellan invånarna i Storgöteborg och övriga regionen.

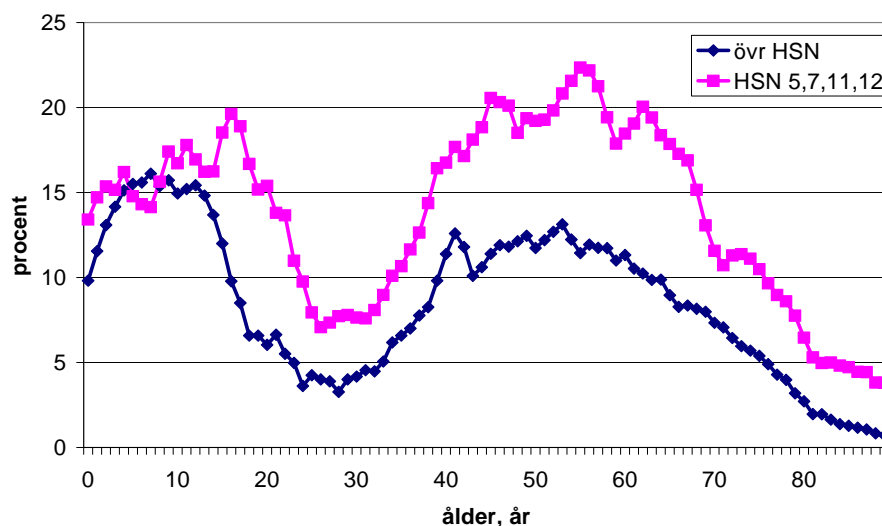


Diagram 5. Andelen av alla vårdtillfällen för varje ett-års åldersintervall som klassificerats som läns- respektive högspecialiserad vård 2007. Redovisas för invånare i Storgöteborg och övriga regionen.

För barn under 10 års ålder är andelen högspecialiserad vård är lika i regionen. Det är en ålderskategori som konsumerar minst slutenvård. För de allra äldsta individerna är konsumtionen av högspecialiserad vård minst men här ses den procentuellt största skillnaden mellan invånarna i Storgöteborg och övriga regionen.

Konsumtionen av högspecialiserad vård för kvinnor och män visas i diagram 6.

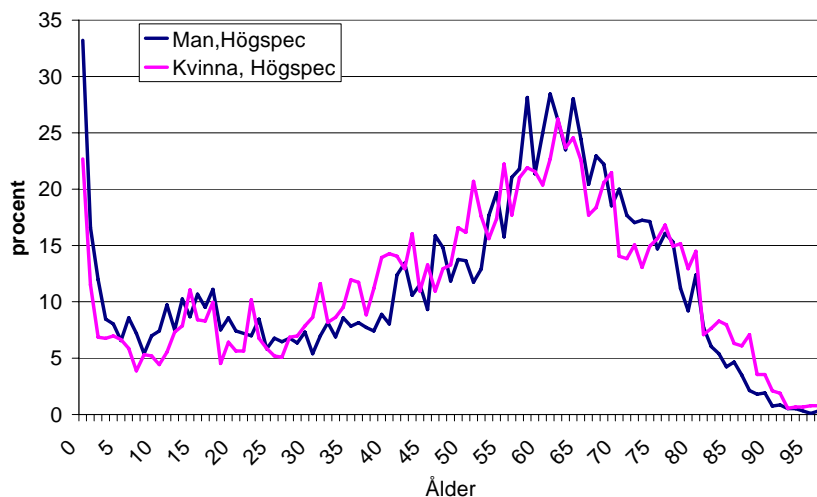


Diagram 6. Andelen av alla vårdtillfällen för varje ett-års åldersintervall som klassificerats som läns- respektive högspecialiserad vård 2007. Redovisas för män och kvinnor.

Det finns ingen skillnad mellan könen i konsumtion förutom under första året totalt sett. Skillnaden där förklaras främst med att pojkarna har en högre total konsumtion av slutenvård.

Utveckling över tid och klassificeringsförändringar.

Det har skett en liten ökning av antalet vårdtillfällen men en betydligt större ökning av DRG-poängsumman för produktionen av högspecialiserad vård åt Västragötalänningar vilket visas i diagram 7 nedan men även i tabell 8.

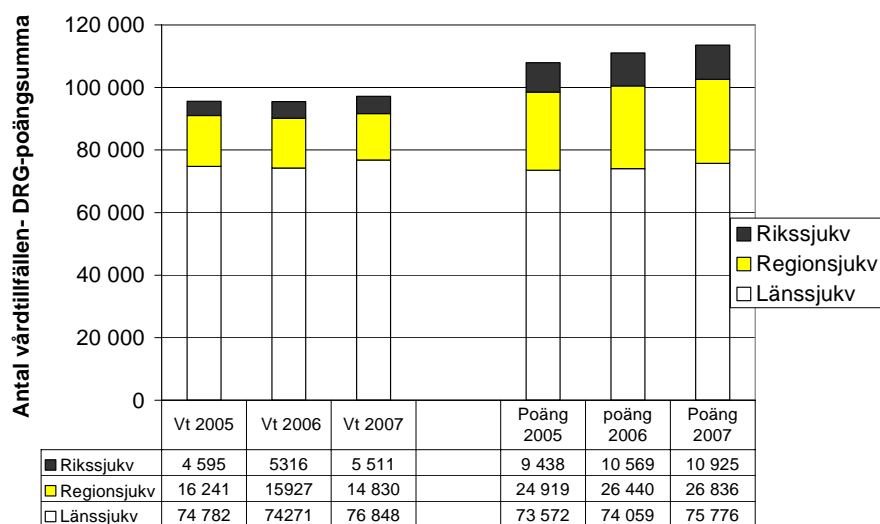


Diagram 7. Antal vårdtillfällen och DRG-poängsumma för somatisk slutenvård vid SU för patienter bosatta i Västra Götalandsregionen fördelad på läns-, region- och rikssjukvård åren 2005-2007.

Det som klassificerats som regionsjukvård har blivit väsentligt tyngre från resursförbrukningssynpunkt. Casemix (genomsnittlig DRG-vikt) har ökat med ca 18 % mellan 2005 och 2007.

Tabell 7. Genomsnittlig DRG-vikt för de tre vårdnivåerna för Västra Götalänningarnas vård 2005-2007.

	2005	2006	2007
Länssjukvård	0,98	1,00	0,99
Regionsjukvård	1,53	1,66	1,81
Rikssjukvård	2,05	1,99	1,98

Totalt sett har antalet vårdtillfällen för Västragötalänningar ökat med 1,6 % och DRG-summan med 5,2 %. Under de tre senaste åren har det skett stora förändringar mellan vårdnivåerna framförallt inom den högspecialiserade vården med en minskning av regionsjukvård med 8,7 % och en ökning av rikssjukvård med 19,9 %. Vårdtillfällen för regionsjukvård minskade mellan 2005 till 2007 med ca 1400 vårdtillfällen.

Tabell 8. Förändring i procent av vårdtillfällena och DRG-poängsumma under åren 2005-2007 för inomregional somatisk vård på läns- region- och risksjukvårdsnivå vid SU.

	Vårdtillfällena	DRG- poängsumma
	2005-2007	2005-2007
Länssjukvård	2,8	3,0
Regionsjukvård	-8,7	7,7
Rikssjukvård	19,9	15,8
Summa	1,6	5,2

För att närmare granska förändringen har förändringen mellan 2005 och 2007 jämförts för samtliga DRG-grupper beträffande andelen som klassificerats som region och rikssjukvård. Granskningen visar att det ibland sker betydande förskjutningar mellan de olika vårdnivåerna för enskilda DRG-grupper.

Störst förändring ses för DRG 410 (kemoterapi utan leukemi). Vårdtillfällena som klassificeras som regionsjukvård minskade med 1279 vårdtillfällena (tabell 9) och förklarade således nästan hela minskningen i regionsjukvård.

Tabell 9. Vårdtillfällena för DRG-grupper med betydande minskning av andelen regionsjukvård 2005-2007.

	2005			2007			förändring		
	riks	region	läns	riks	region	läns	riks	region	totalt
410 - Kemoterapi utan akut leukemi som bidiagnos	179	1868	14	87	589	931	-92	-1279	-454
409 - Strålbehandling	48	967	9	218	651	240	170	-316	85

Samtidigt ökade den del av DRG 410 som klassificerats som länssjukvård med över 900 vårdtillfällena. Det totala antalet vårdtillfällena för kemoterapi minskade med 450 vårdtillfällena. Samtidigt har det skett en ökning av motsvarande DRG i öppenvård. Här finns det således en väsentlig minskning av kemoterapi på SU som klassificeras som regionvård trots att volymerna kemoterapi är väsentligen oförändrade. För kemoterapi har det också ha skett förskjutningar mellan olika sätt att sätta diagnos. Här har det skett en förändring mot att förstadiagnos i större utsträckning blir patientens grundsjukdom och kemoterapi registreras på annat sätt. Det gör att denna regionsjukvård skulle kunna återfinnas i andra diagnosgrupper vilket gör att eventuell förändring är svår att mäta. För strålbehandling minskar regionsjukvården med 30 % med oförändrad totalvolym vilket sannolikt är en förändrad klassificering av likartad vård. Det sker också förändringar på grund av ändrade regler för, och som led i satsning på utbildning i klassifikation.

Stora förändringar ses också inom den kardiologiska vården för DRG som rör perkutana operationer, främst PCI. Dessa listas i tabell 10 nedan.

Tabell 10. Vårdtillfällen för DRG-grupper med betydande minskning av andelen regionsjukvård 2005-2007.

	2005			2007			förändring		
	riks	region	läns	riks	region	läns	riks	region	totalt
112A - Andra perkutana kardiovaskulära åtgärder	49	2	4	61		2	12	-2	8
112B - Perkutan ablation för hjärtarytmi	25	162	11	31	93	85	6	-69	11
112C - Perkutan vidgning av kranskärl, ej hjärtinfarkt, ej komplicerat	3	121	412	7	3	392	4	-118	-134
112D - Perkutan vidgning av kranskärl, ej hjärtinfarkt, komplicerat	2	16	72	7		86	5	-16	3
112E - Perkutan vidgning av kranskärl vid hjärtinfarkt, ej komplicerat	10	113	418	3	3	560	-7	-110	25
112F - Perkutan vidgning av kranskärl vid hjärtinfarkt, komplicerat	2	39	140	1	2	168	-1	-37	-10
summa	91	453	1057	110	101	1293	19	-352	-97

Rimligen är det också här frågan om förändrad klassificering i takt med att andra sjukhus än SU tillägnar sig tekniken. Det är förvånande att förändringen också gäller DRG 112 B som borde vara regionsjukvård i sin helhet.

DRG som gäller gynekologiska tumörer har också förändrats påtagligt. Från att ha helt dominerats av högspecialiserad vård klassificeras de nu huvudsakligen som länssjukvård

Tabell 11. Vårdtillfällen för DRG-grupper med betydande minskning av andelen regionsjukvård 2005-2007.

	2005			2007			förändring		
	riks	region	läns	riks	region	läns	riks	region	totalt
366 - Maligna tumörer i kvinnliga genitalia, komplicerat		115	17	1	25	64	1	-90	-42
367 - Maligna tumörer i kvinnliga genitalia, ej komplicerat	2	285	80	1	49	319	-1	-236	2

Även om vårdtillfällen för regionsjukvård har minskat kraftigt har antalet DRG-poäng totalt sett ökat. Den viktigaste förklaringen till det är en stor ökning av kranskärlsoperationer som har en hög DRG-vikt.

Detta är några exempel på enskilda DRG-grupper. Det finns ytterligare ett stort antal DRG-grupper med förändrad andel högspecialiserad vård mellan åren.

I motsats till minskning av regionsjukvården har det skett en betydande ökning av vårdtillfällen för rikssjukvård (tabell 8). I tabellen nedan har listats de DRG-grupper som har den största ökningen av vårdtillfällen klassificerade som rikssjukvård.

Tabell 12. Vårdtillfällen för de fem DRG-grupper med den största ökningen av vårdtillfällen klassificerade som rikssjukvård. 2005-2007.

	2005			2007			förändring		
	riks	region	läns	riks	region	läns	riks	region	totalt
409 - Strålbehandling	48	967	9	218	651	240	170	-316	85
241N - Bindvävssjukdomar och vaskuliter, ej komplicerat	10	209	108	145	520	108	135	311	446
240N - Bindvävssjukdomar och vaskuliter, komplicerat	8	144	47	142	468	70	134	324	481
019 - Sjukdomar i hjärnnerver och perifera nerver, ej komplicerat	32	34	90	137	51	67	105	17	99
013 - Multipel scleros och cerebellär ataxi	25	55	37	112	112	417	87	57	524

För strålbehandling är antalet vårdtillfällen relativt oförändrade men det har skett en förskjutning från region till rikssjukvård. Förändringen av DRG 241 diskuteras närmare i anslutning till tabell 19.

Variation mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna

Konsumtionen av högspecialiserad vård har beräknats för invånarna i respektive hälso- och sjukvårdsnämndsområde. För beskrivningen på sidan 13-16 har värden vid olika kliniker och sjukhus lagts samman till ett vårdtillfälle när de gäller en sammanhängande vårdepisod för en patient. Ett vårdtillfälle som börjar vid t.ex. Kungälv's sjukhus och som fortsätter på SU och sedan fortsätter igen vid Kungälv's sjukhus utgör i denna jämförelse ett vårdtillfälle. Om det någonstans i vårdkedjan förekommer ett högspecialiserat vårdtillfälle räknas hela vårdepisoden som region eller rikssjukvård. Om det förekommer både region- och rikssjukvård i vårdkedjan betecknas vårdtillfället som rikssjukvård.

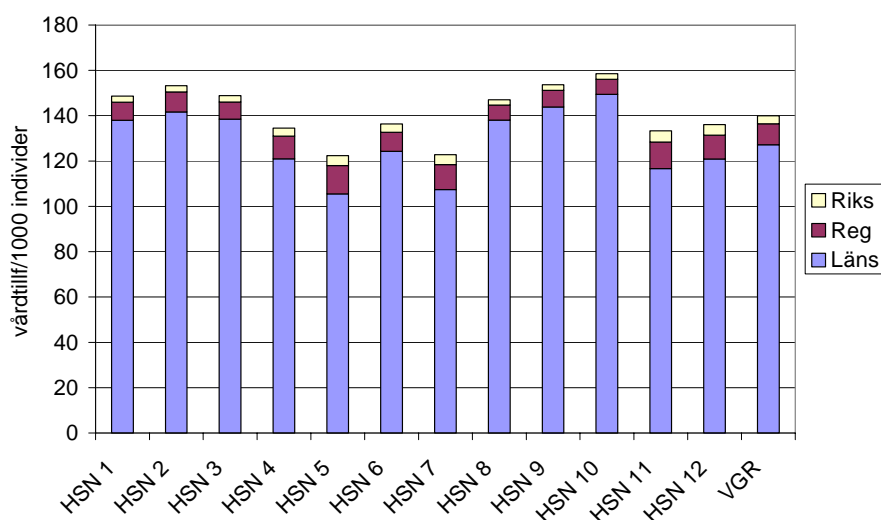


Diagram 8. Konsumtion av somatiska vårdtillfällen per 1000 invånare år 2007 per Hälso- och sjukvårdsnämnd vid samtliga sjukhus. För definition av vårdtillfälle se text ovan. Data är ej ålders eller könsstandardiserade.

Tabell 13. Data från diagram 8. Konsumtion av slutenvårdstillfällen per 1000 individer.

HSN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	VGR
Länssjukvård	138	142	138	121	106	124	107	138	144	149	117	121	127
Regionvård	8,0	8,9	7,5	10,0	12,5	8,4	11,0	6,6	7,4	6,7	11,8	10,5	9,3
Rikssjukvård.	2,6	2,7	2,9	3,6	4,4	3,6	4,4	2,3	2,5	2,5	4,9	4,7	3,5
Reg+Riks	10,6	11,6	10,4	13,6	16,8	12,0	15,4	8,9	9,8	9,2	16,6	15,2	12,7
Summa	149	153	149	135	122	136	123	147	154	159	133	136	140

Som tidigare beskrivits är slutenvårdskonsumtionen högst för invånarna i HSN 2 och 10 och lägst i HSN 5 och 7. Detta har tidigare beskrivits i Verksamhetsanalys 2007. Den lägre slutenvårdskonsumtionen förklaras sannolikt till stor del av mindre sjuklighet i dessa nämndområden. Samtidigt har nämnderna inom Storgöteborg en högre konsumtion av specialiserad öppenvård. Konsumtionen av högspecialiserad vård är högst och relativt likartad i de HSN som kan räknas till Storgöteborg (HSN 5, 7, 11 och 12)

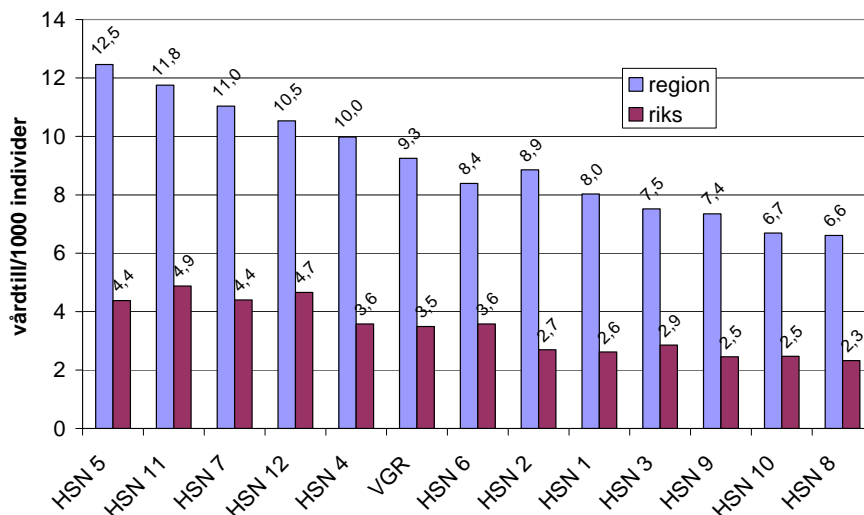


Diagram 9. Konsumtion av vårdtillfällen på region- och rikssjukvårdsnivå per 1000 invånare i respektive Hälso- och sjukvårdsnämnd vid SU år 2007. För definition av vårdtillfälle se text ovan.

I diagram 10 redovisas konsumtionen av högspecialiserad vård för individer 75 år och äldre.

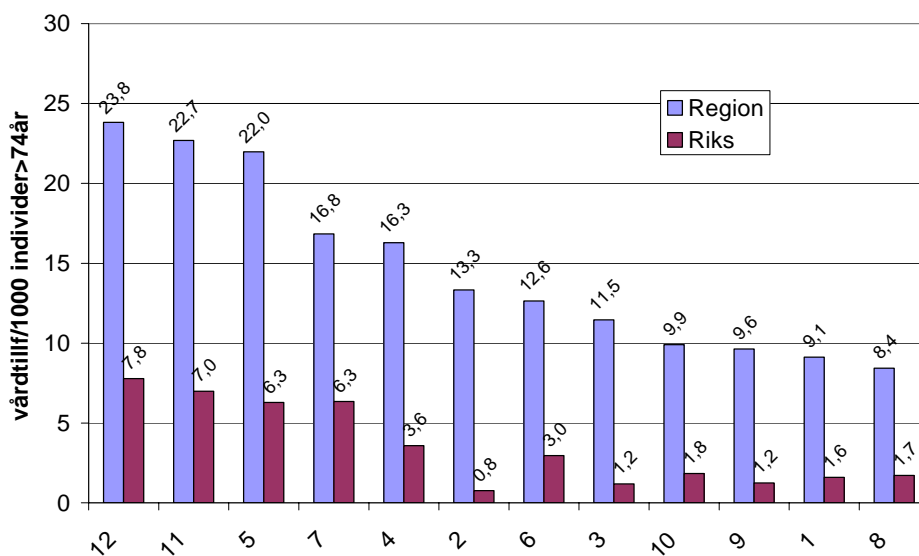


Diagram 10. Individer äldre eller lika med 75 år gamla. Konsumtion av vårdtillfällen på region- och rikssjukvårdsnivå per 1000 invånare i respektive Hälso- och sjukvårdsnämnd vid SU år 2007. För definition av vårdtillfälle se text ovan.

Samma skillnad mellan nämnderna ses för de äldre individerna men skillnaderna är större.

Den högspecialiserade vården sker ofta i samverkan med sjukhusen utanför SU. Diagram 11 visar hur stor andel av vårdtillfällen vid SU som följs av ytterligare ett vårdtillfälle på ett annat sjukhus än SU. I genomsnitt följs 21 % av vården vid SU följs av ytterligare vård på närmare sjukhus för patienter utanför Storgöteborg.

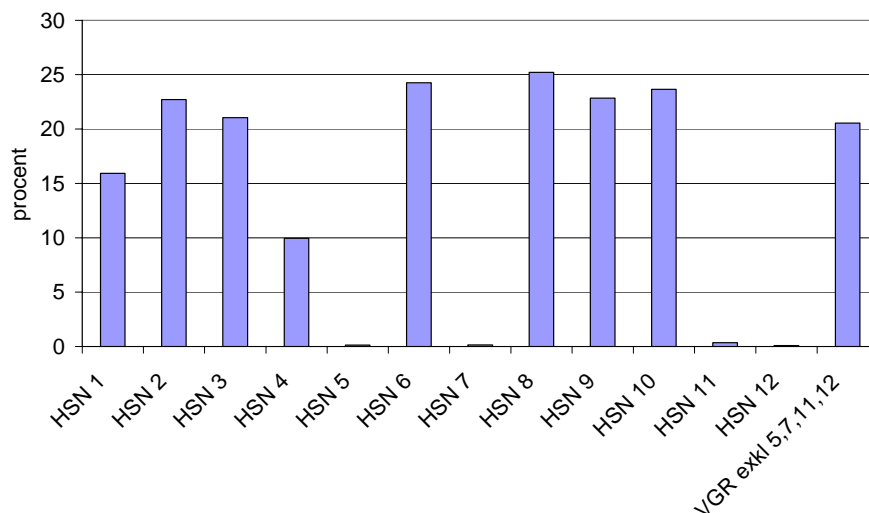


Diagram 11. Andel vårdtillfällen (alla åldrar) inom den somatiska vården på region- och rikssjukvårdsnivå vid SU som följts av vård vid annat sjukhus i VGR än SU år 2007 redovisade per Hälso- och sjukvårdsnämnd.

Av den totala slutenvården vid sjukhusen utanför SU svarar vård i samband med högspecialiserad vård för 2,4 % av vårdtillfällena.

Totalt sett så klassas ca 11 % av vårdtillfällena i regionen som högspecialiserad vård. Det gäller vårdkedjor mellan sjukhus där någon del klassats som högspecialiserad vård. För vårdkedjor som startat utanför SU är det 2,4 %.

Tabell 14. Andel av vårdtillfällen som startat vid respektive sjukhus som klassats som högspecialiserad vård därför att sådan vård ingått i en vårdkedja.

sjukhus	procent
Alingsås	2,7
Kungälv	2,5
NU	2,4
SkaS	2,3
SU	21,0
SÄS	2,6
Totalt	10,7
exkl SU	2,4

Detaljerad analys av inomregionala skillnader i konsumtionen av högspecialiserad vård.

En detaljerad analys blir med nödvändighet komplex eftersom både vårdvolymerna och antalet diagnoser och åtgärder är mycket stora. I tabell 15 redovisas konsumtionen av vårdtillfällen för högspecialiserad vård aggregerat till respektive MDC (huvuddiagnosgrupperna i DRG-systemet) uppdelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde.

Tabell 15. Antal somatiska vårdtillfällen per 100 000 invånare på region- och rikssjukvårdsnivå vid SU år 2007 fördelade efter MDC. Avser patienter boende i Västra Götalandsregionen.

MDC	HSN												Sum
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
00 Pre-MDC	14	11	10	17	16	15	21	12	16	13	20	17	15
01 Sjukdomar i nervsystemet	199	197	177	225	320	227	270	136	188	138	297	249	222
02 Sjukdomar i öga och närliggande organ	94	89	77	75	71	61	81	66	70	67	82	71	74
03 Sjukdomar i öra, näsa, mun och hals	26	14	25	48	67	45	49	25	20	31	73	67	44
04 Andningsorganens sjukdomar	27	30	37	49	95	49	71	49	21	17	87	83	56
05 Cirkulationsorganens sjukdomar	140	181	158	125	161	133	148	172	178	163	195	168	161
06 Matsmältningsorganens sjukdomar	33	25	30	57	67	38	70	29	26	19	65	62	46
07 S i lever, gallvägar och bukspottkörtel	31	25	35	38	44	38	37	35	23	33	35	46	36
08 S i muskuloskeletala systt och bindv	168	121	165	297	359	252	314	126	159	175	346	281	240
09 Sjukdomar i hud och underhud	16	25	21	46	87	19	63	14	16	16	85	74	44
10 Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbnings- och ämnesomsättningssjukdomar	29	46	28	54	37	62	56	31	24	21	50	31	38
11 Sjukdomar i njure och urinvägar	22	64	19	41	39	28	38	27	30	24	38	47	34
12 Sjukdomar i manliga könsorgan	4	16	3	3	8	8	11	2	16	5	3	10	7
13 Sjukdomar i kvinnliga könsorgan	8	2	10	9	13	5	12	10	5	5	15	16	10
14 Graviditet, förlossning och barnsäng	0	2	4	6	11	5	9	5	4	4	11	13	7
15 Nyfödda och vissa perinatale tillstånd	4	11	3	6	15	3	7	3	6	3	10	8	7
16 Sjukdomar i blod immunsystemet	3	9	8	14	18	6	13	3	4	2	6	23	10
17 Myeloproliferativa sjukdomar och icke specificerade tumörer	151	199	156	93	132	84	112	94	101	122	103	118	118
18 Infektions- och parasitsjukdomar HIV	3	7	6	14	14	8	15	2	7	7	20	23	11
19 Psykiska sjukdomar, beteendestörningar och alkohol- eller drogberoende	3	2	3	14	11	3	12	4	2	3	14	8	7
21 Skador, förgiftnings- och toxiska	16	25	14	21	22	32	25	14	23	9	25	24	20
22 Brännskador	4	2	2	10	2	6	5	1	1	0	8	1	3
23 Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården	38	25	26	50	77	26	69	17	16	26	77	61	45
24 Multipelt trauma utom ytliga skador	0	2	3	7	5	5	5	3	2	1	9	7	4
30 Bröstkörtelsjukdomar	30	18	24	34	47	26	58	18	27	16	43	36	33
90 Post-MDC	3	7	2	7	7	8	6	6	3	3	6	6	5
99 Saknas	10	16	13	22	14	16	25	11	6	4	22	22	15
Summa	1076	1174	1059	1383	1759	1213	1603	914	994	926	1744	1574	1312

Som tidigare redovisats så finns den största skillnaden i konsumtion av högspecialiserad vård mellan å ena sidan nämndområdena 5, 7, 11 och 12 (Storgöteborg) och övriga regionen. Det är nämnderna i Storgöteborg som har SU som sitt primära sjukhus som har ett likartat mönster. För den fortsatta analysen jämförs därför detta Storgöteborg med övriga regionen. I Tabell 16 listas konsumtionen och konsumtionsskillnaden per MDC för dessa båda huvudområden. Observera att MDC inte kan översättas till klinikbegrepp. MDC för t.ex. sjukdomar i nervsystemet kan förekomma inom såväl neurologi som invärtesmedicin och även andra specialiteter.

Tabell 16. Konsumtion av vårdtillfällen för högspecialiserad vård respektive all slutenvård i HSN 5, 7, 11 och 12 (Storgöteborg, S-GBG) och övriga regionen 2007. Vårdtillfällen per 100 000 invånare.

	Högspecialiserad vård				All vård		
	HSN	S-GBG	övriga	diff	S-GBG	övriga	diff
00 Pre-MDC		18	13	5	30	28	2
01 Sjukdomar i nervsystemet		288	179	109	1 016	1 271	-255
02 Sjukdomar i öga och närliggande organ		76	73	3	148	132	17
03 Sjukdomar i öra, näsa, mun och hals		65	29	35	667	771	-104
04 Andningsorganens sjukdomar		86	36	49	952	1 135	-183
05 Cirkulationsorganens sjukdomar		167	157	10	2 099	2 673	-575
06 Matsmältningsorganens sjukdomar		66	32	34	1 273	1 677	-405
07 Sjukdomar i lever, gallvägar och bukspottkörtel		41	33	8	333	477	-144
08 Sjukdomar i muskuloskeletala systemet/bindväven		329	181	148	1 468	1 735	-267
09 Sjukdomar i hud och underhud		79	21	58	333	334	-2
10 Endokrina sjukd., nutritionr/ämnesomsättnin		42	35	7	257	310	-53
11 Sjukdomar i njure och urinvägar		41	29	12	502	725	-223
12 Sjukdomar i manliga könsorgan		8	6	2	109	214	-104
13 Sjukdomar i kvinnliga könsorgan		14	8	6	345	355	-10
14 Graviditet, förlossning och barnsängstid		11	4	7	1 565	1 296	269
15 Nyfödda och vissa perinatale tillstånd		11	4	6	131	187	-57
16 Sjukd. i blod och blodbildande organ/ immunsystemet		16	6	10	162	151	11
17 Myeloproliferativa sjukd. / icke specificerade tumörer		119	118	1	338	367	-28
18 Infektions-och parasitsjukdomar inklusive HIV		18	6	11	232	312	-80
19 Psykiska sjukdomar, beteendestörningar och alkohol- eller drogberoende		11	5	6	176	188	-12
21 Skador, förgiftningar och toxiska effekter		24	18	6	246	313	-67
22 Brännskador		4	3	1	9	15	-6
23 Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården		71	27	45	245	350	-105
24 Multipelt trauma utom ytliga skador och sårskador		6	3	4	11	14	-2
30 Bröstkörtelsjukdomar		46	24	22	162	140	22
90 Post-MDC		6	5	2	22	28	-6
99 Saknas		20	12	8	184	176	7
Summa		1681	1 066	615	12992	15369	-2377

Som tidigare beskrivits är den totala slutenvårdskonsumtionen lägre i Storgöteborg än i övriga regionen. Det förstärks i tabell 16 av att data ej är åldersstandardiserade.

För den högspecialiserade vården visar tabellen att den kvantitativt största skillnaden ses för MDC 1, 8 och 9. MDC 1 och 8 är grupper med hög total konsumtion i motsats till MDC 9 som har en förhållandevis låg total konsumtion. För MDC 9 är den totala konsumtionen av slutenvård i Storgöteborg dock inte större än övriga regionen utan det är den del som klassificeras som högspecialiserad vård.

I tabell 17 visas hur stor andel av vården som klassificeras som högspecialiserad vård. Störst skillnad, fyrfaldig, mellan Storgöteborg och övriga regionen ses för MDC 9.

Tabell 17. Procentuell andel av vårdtillfällena som klassificerats som högspecialiserad vård 2007.

	HSN 5,7,11 12	övriga
00 Pre-MDC	60	47
01 Sjukdomar i nervsystemet	32	17
02 Sjukdomar i öga och närliggande organ	29	29
03 Sjukdomar i öra, näsa, mun och hals	10	4
04 Andningsorganens sjukdomar	9	3
05 Cirkulationsorganens sjukdomar	8	6
06 Matsmältningsorganens sjukdomar	5	2
07 Sjukdomar i lever, gallvägar och bukspottkörtel	12	7
08 Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven	22	10
09 Sjukdomar i hud och underhud	24	6
10 Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbnings- och ämnesomsättningsjukdomar	16	11
11 Sjukdomar i njure och urinvägar	8	4
12 Sjukdomar i manliga könsorgan	8	3
13 Sjukdomar i kvinnliga könsorgan	4	2
14 Graviditet, förlossning och barnsängstid	1	0
15 Nyfödda och vissa perinatale tillstånd	8	2
16 Sjukdomar i blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar i immunsystemet	10	4
17 Myeloproliferativa sjukdomar och icke specificerade tumörer	35	32
18 Infektions- och parasitsjukdomar inklusive HIV	8	2
19 Psykiska sjukdomar, beteendestörningar och alkohol- eller drogberoende	6	2
21 Skador, förgiftningar och toxiska effekter	10	6
22 Brännskador	40	19
23 Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården	29	8
24 Multipelt trauma utom ytliga skador och sårskador	57	20
30 Bröstkörtelsjukdomar	28	17
90 Post-MDC	28	16
99 Saknas	11	7

Kvantitativt största skillnaden ses dock inom sjukdomar i nervsystemet (MDC 1) och sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven (MDC 8). För dessa gäller att det inte

finns någon sådan skillnad när det gäller den totala konsumtionen utan tvärtom är totala konsumtionen lägre i Storgöteborg.

Mdc 1 och 8 svarar således för den viktigaste skillnaden i konsumtion inom den högspecialiserade vården mellan Storgöteborg (HSN 5, 7, 11 och 12) och övriga regionen.

MDC 8 innehåller 54 DRG-grupper. De första av dess listas i tabell 18 nedan i fallande ordning efter skillnaden mellan Storgöteborg och regionen.

Tabell 18. MDC 8, Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven. Vårdtillfällen per en miljon invånare i de DRG-grupper där skillnaden mellan Storgöteborg och övriga regionen är störst 2007.

DRG	Högspecialiserad vård			All slutenvård		
	Stor-GBG	övriga	differens	Stor-GBG	övriga	diff
242C - Specifika inflammatoriska artropatier, ej komplicerat	479	148	332	610	458	152
240N - Bindvävssjukdomar och vaskuliter, komplicerat	549	291	258	652	420	232
241N - Bindvävssjukdomar och vaskuliter, ej komplicerat	568	337	231	720	541	179
229 - Hand- och handledsoperationer utom på större leder, ej komplicerat	374	164	211	734	409	326
242B - Specifika inflammatoriska artropatier, komplicerat	215	47	167	320	212	107
243 - Medicinska ryggsjukdomar	128	63	65	1089	1675	-586
227 - Bindvävsoperationer, ej komplicerat	160	115	44	334	334	0
256 - Andra sjukdomar i muskler, ben & bindväv	87	43	44	187	194	-7
228 - Större tum- & ledoperationer eller andra hand- & handledsoperationer med komplicerande bidiagnos	61	34	27	118	108	10
215C - Andra rygg- och halsoperationer, ej komplicerat	79	64	15	270	464	-194
247 - Symtom från muskulatur, ben och bindväv	23	8	15	268	452	-184
253 - Fraktur, stukning el luxation i överarm eller underben exkl fot, >17 år, komplicerat	15	1	13	182	217	-34
220 - Operationer på fotled, underben eller överarm, 0-17 år	21	8	13	160	166	-6
236 - Höft- och bäckenfrakturer	13	0	13	450	451	0

Skillnaden domineras av DRG-grupper som förekommer inom reumatologi. Dessa skiljer ut sig på sådant sätt att såväl den högspecialiserade delen som all slutenvård är högre för Storgöteborg. Som framgår av tabell 12 tidigare i framställningen, har det skett en kraftig ökning av vårdtillfällen inom grupperna 240N och 241N där volymökningen inom dessa DRG-grupper utgörs av högspecialiserad vård.

Störst skillnad i inomregional konsumtion inom reumatologiska DRG ses för 240 och 241 N tillsammans. Merparten av dessa förklaras av de diagnoser som redovisas nedan i tabell 19.

Tabell 19. De vanligaste förstadiagnoserna för alla vårdtillfällen inom DRG 240 och 241N vid SU 2007.

ICD 10	vårdtillfällen	
M321	372	Systemisk lupus erythematosus med engagemang av organ och organsystem
M313	331	Wegeners granulomat
M353	164	Polymyalgia rheumatica
M329	117	Systemisk lupus erythematosus, ospecificerad
M350	106	Siccasyndromet
M340	72	Progressiv systemisk skleros

Diagnoserna ovan representerar ovanliga och ibland livshotande sjukdomar som fordrar ett kvalificerat omhändertagande. Det finns en betydande inomregional variation i antalet individer med dessa diagnoser varför betydelsen är oklar.

DRG 242C består av vårdtillfällen som i 60 % av fallen har reumatoid artrit som förstadiagnos. Här är den totala konsumtionen av vårdtillfällen 33 % högre för Storgöteborgare men konsumtionen av vårdtillfällen som klassificerats som högspecialiserad mer än tre gånger så hög.

Inom området reumatologi förefaller såväl antalet högspecialiserad vård som all slutenvård vara vanligare i Storgöteborg.

Den slutna reumatologiska vården omfattar exklusivt patienter med reumatologiska sjukdomar. Klassificeringen i regionvård sker utifrån ett skriftligt PM. Som högspecialiserad vård klassificeras: Ovanliga systemiska vaskulitiska sjukdomar och reumatiska systemsjukdomar med allvarligt organengagemang, mycket ovanliga reumatiska sjukdomar och särskilda problempatienter.

Från verksamhetschefen reumatologi inhämtas att den vanliga länssjukvården för Göteborgare framförallt sker som öppenvård medan slutenvården innefattar särskilda patienter vilket motiverar att en hög andel klassas som högspecialiserad vård. Det är sannolikt också så att kända patienter vid enheten i högre utsträckning än annars i regionen får nya behandlingsmetoder som ännu inte är etablerade. Det gäller t.ex. behandling vid reumatoid artrit med den nya antikroppen Mabthera som ännu inte är godkänd på denna indikation. Det gäller också tillgång till nya behandlingar inom ramen för kliniska prövningar. Avgränsningen mellan riks- och regionsjukvård är diffus. Behandling med Mabthera klassificeras t.ex. som rikssjukvård.

MDC 1 Sjukdomar i nervsystemet innehåller 38 DRG-grupper. De första av dess listas i tabellen nedan i fallande ordning efter skillnaden mellan Storgöteborg och regionen.

Tabell 20. MDC 1 Sjukdomar i nervsystemet. Vårdtillfällen per en miljon invånare i de DRG-grupper där skillnaden mellan Storgöteborg och övriga regionen är störst.

	Högspecialiserad vård			All slutenvård		
	Stor-GBG	övriga	diff	Stor-GBG	övriga	diff
027 - Allvarlig traumatisk hjärnskada	157	24	133	332	360	-28
011 - Tumörer i nervsystemet, ej komplicerat	197	72	125	544	434	109
014A - Specifika kärlsjukdomar i hjärnan exkl TIA, komplicerat	145	23	123	1430	1924	-494
012 - Degenerativa sjukdomar i nervsystemet	263	142	121	786	836	-50
014B - Specifika kärlsjukdomar i hjärnan exkl TIA, ej komplicerat	229	117	112	1215	1757	-542
013 - Multipel scleros och cerebellär ataxi	208	102	106	688	332	356
019 - Sjukdomar i hjärnnerver och perifera nerver, ej komplicerat	173	87	85	274	283	-9
025 - Krampor och huvudvärk, >17 år, ej komplicerat	136	58	77	778	1281	-503
032 - Hjärnskakning, >17 år, ej komplicerat	66	11	55	253	606	-352
024 - Krampor och huvudvärk, >17 år, komplicerat	63	9	54	395	563	-167
035 - Andra sjukdomar i nervsystemet, ej komplicerat	160	109	51	441	592	-151
015 - TIA och ocklusion av precerebrala artärer	60	33	26	689	881	-192
010 - Tumörer i nervsystemet, komplicerat	45	19	26	165	172	-8
020 - Infektioner i nervsystemet exkl virusmeningit	68	44	24	187	268	-81
026 - Krampor och huvudvärk, 0-17 år	37	23	14	458	492	-33
018 - Sjukdomar i hjärnnerver och perifera nerver, komplicerat	15	3	11	56	75	-19

Skillnaden är störst för tumörer i nervsystemet (2 DRG-grupper) och allvarlig traumatisk hjärnskada. Om man istället ser på de DRG-grupper som innebär hjärnkirurgi så finns det ingen skillnad, 386 och 472 vårdtillfällen per miljon för Storgöteborg respektive övriga regionen. Delar av skillnaden inom MDC 1 behöver därför inte innebära en reell skillnad i tillgång till högspecialiserad vård. Det finns betydande skillnader inom degenerativa sjukdomar och DRG för MS. Verksamhetschefen för neurologi menar att detta kan bero på en faktisk inomregional skillnad i tillgång till vård. MS behandlas enligt en behandlingstrappa med ofta nya dyra läkemedel, t.ex. Tysabri. Ibland används försöksvis cellgiftsbehandlingar och det kan vara så att invånare i Storgöteborg får tillgång till nyare behandlingar i större utsträckning vid behandlingssvikt. Ett annat område där tillgången till kvalificerad behandling och stöd skiljer sig är t.ex. ALS.

Inom gruppen sjukdomar i nervsystemet kan det således finnas skillnader som dels beror på olika klassificering, dels skillnader som beror på att tillgången till nya behandlingar är olika. Här kan tillgång till neurologisk kompetens spela roll eftersom det finns en brist på neurologisk kompetens på sjukhusen utanför Göteborg vilket kan leda till skillnader i behandling och i vilken utsträckning patienter remitteras för vård. Närmare beskrivning av olika tillgång på högspecialiserad vård får göras på annat sätt än via denna översiktliga analys från den regionala vårddatabasen, och i samverkan med berörda specialister. Registret för MS-vård kan t.ex. användas för uppföljning specifikt av MS-vården och användningen av Tysabri.

Det finns ingen skriftlig instruktion för klassificeringen av högspecialiserad vård inom neurosjukvården. Bedömningen görs utifrån en rimlighetsbedömning av den patientansvarige läkaren.

Tabell 21. MDC 9 Sjukdomar i hud och underhud. Vårdtillfällen per en miljon invånare i de DRG-grupper där skillnaden mellan Storgöteborg och övriga regionen är störst.

	Högspecialiserad vård			All slutenvård		
	Stor-GBG	övriga	diff	Stor-GBG	övriga	diff
271 - Kroniska hudsår	100	3	97	236	138	98
273 - Svåra hudsjukdomar inkl malignt melanom, ej komplicerat	107	17	89	134	114	20
284 - Lättare hudsjukdomar, hudtumörer inkl skivepitelcancer, ej komplicerat	90	24	67	252	254	-3
281 - Trauma utan djupare skador, >17 år, ej komplicerat	61	6	55	447	663	-216
270 - Andra operationer i hud och underhud, ej komplicerat	84	36	48	219	180	39
272 - Svåra hudsjukdomar inkl malignt melanom, komplicerat	56	12	45	124	101	23
266 - Hudtranspl & revision utom för hudulcus el cellulit, ej komplicerat	53	10	44	115	95	20
268 - Plastikkirurgiska operationer i hud och underhud	110	69	41	147	156	-9
283 - Lättare hudsjukdomar, hudtumörer inkl skivepitelcancer, komplicerat	36	10	26	87	105	-17

MDC 9 förefaller vara ett område där klassificeringen är styrd av var vården ges snarare än innehållet. Traditionellt klassificeras vård vid hudkliniken på SU som regionsjukvård vilket även visas i tabell 4. Merparten av DRG 284 - lättare hudsjukdomar klassificeras som högspecialiserad vård.

Konsumtion av "typisk" högspecialiserad vård

Vissa välkända behandlingar är av sådan karaktär att de endast ges vid SU. I tabell 22 redovisas konsumtionen för ett urval av sådana DRG-grupper som typiskt förknippas med att de är högspecialiserad vård.

Tabell 22. Slutenvårdskonsumtion för ett urval av DRG-grupper där typiskt all vård karakteriseras som högspecialiserad 2007. Vårdtillfällen per 1 000 000 invånare. Urvalet har begränsats till de vårdtillfällen som klassificerats som högspecialiserad vård.

	MDC	HSN	övriga	differens
		5,7,11,12		
001A - Intrakraniell kirurgi för tumör	1	118	136	-18
001B - Annan intrakraniell kärlkirurgi	1	32	45	-13
004 - Operationer på ryggmärg och närliggande vävnad	1	53	72	-19
036 - Operationer på retina, Utgår fr. o m 2008	1	471	487	-16
075 - Större toraxoperationer	4	152	149	3
103 - Hjärtrtransplantation och assisterad cirkulation	5	8	11	-3
104A - Operation av enstaka hjärtklaffar, ej komplicerat	5	82	133	-50
104B - Operation av hjärtklaffar, flera eller komplicerat	5	123	167	-44
107A, B, C - Koronar bypassoperation	5	328	513	-185
109N - Operation av torakalt aortaaneurysm	5	19	26	-7
112B - Perkutan ablation för hjärtarytmi	5	82	78	5
286 - Hypofys- och binjureoperationer	10	26	45	-19
302 - Njurtransplantation	11	53	40	13
480 - Levertransplantation	0	23	18	4
481A - Annan stamcellstransplantation	0	23	27	-4
481B - Allogen stamcellstransplantation, >17 år	0	19	17	2
481C - Allogen stamcellstransplantation, 0-17 år	0	6	4	2
484 - Kraniotomi vid multipelt trauma	24	6	5	1
495 - Lungtransplantation	0	8	2	6
summa		1 733	1 911	-178

Detta urval av DRG-grupper som normalt förknippas med högspecialiserad vård är inte förknippade med en högre konsumtion för invånarna i Storgöteborg. Tvärtom är det en något högre konsumtion för övriga invånare. Till en del kan det förklaras med att data inte är ålderstandardiserade. Tabellen talar för att det inte finns någon betydelsefull skillnad mellan Göteborg och övriga regionen.

I tabell 23 har av samma skäl sammanställts några nya behandlingsmetoder inom kardiologi som fått ökad aktualitet genom att de först nu fått sin tydliga plats i terapin genom de nya nationella behandlingsriktlinjerna inom hjärtsjukvård. SU svarar för 85 % av dessa ingrepp men ändå klassificeras bara 12 % som högspecialiserad vård.

Tabell 23. Slutenvårdskonsumtion för ett urval av nya kardiologiska behandlingsmetoder per HSN. Vårdtillfällen per 1 000 000 invånare.

	Implantation av sviktpacemaker (CRT)		Behandling med implanterbar defibrillator (ICD) som sekundärprofylax		Behandling med implanterbar defibrillator (ICD) som primärprofylax	
	totalt	varav region sjukkv.	totalt	varav region sjukkv	totalt	varav region sjukkv
1 Norra Bohuslän	27	0,0	109	0,0	14	0,0
2 Dalsland	23	0,0	46	0,0	23	0,0
3 Trestad	0	0,0	39	0,0	0	0,0
4 M. Bohuslän och Ale	9	0,0	51	0,0	9	0,0
5 Göteborg - Centrum Väster	27	0,0	37	9,1	14	0,0
6 Mitten-Älvsborg	0	0,0	84	10,6	11	0,0
7 Södra Bohuslän	32	7,9	24	0,0	24	0,0
8 Sjuhärad	32	0,0	69	21,3	37	1,6
9 Västra Skaraborg	47	0,0	39	0,0	0	0,0
10 Östra Skaraborg	63	0,0	47	23,5	31	0,8
11 Göteborg - Hisingen	15	0,0	46	0,0	8	0,0
12 Göteborg - Nordöstra	28	13,9	28	0,0	0	0,0
VGR	26	1,9	48	6,5	14	0,3

Det rör sig om mycket små tal med stor slumpvariation men det finns inget som pekar på att närhet till SU skulle ge större behandlingsfrekvens.

Antalet obesitasoperationer är förhållandevis lågt i Storgöteborg (tabell 24).

Tabell 24. Obesitasoperationer VGR 2007.

	operationer/ 100 000 individer	andel högspec (%)
1 Norra Bohuslän	11	50
2 Dalsland	27	25
3 Trestad	10	81
4 M. Bohuslän och Ale	14	47
5 Göteborg - Centrum Väster	7	53
6 Mitten-Älvsborg	21	50
7 Södra Bohuslän	11	64
8 Sjuhärad	14	37
9 Västra Skaraborg	27	18
10 Östra Skaraborg	44	7
11 Göteborg - Hisingen	15	75
12 Göteborg - Nordöstra	11	69
VGR	17	40

Av obesitasoperationerna på SU klassas 98 % som högspecialiserad vård. Den största produktionen görs dock på SkaS vilket ger en låg andel högspecialiserad vård där. Här finns således en betydande skillnad i klassificeringen.

Nedan ges samma data som i tabell 22 för respektive HSN. Observera att vid sådan uppdelning blir den statistiska osäkerheten mycket stor. Exempelvis den mycket höga förekomsten av DRG 4 i HSN 2 rör sig om endast 7 vårdtillfällen för 5 patienter. Den tillsynes förhöjda konsumtionen i HSN 5 av perkutan ablation för hjärtarytmi (DRG 112B) rör endast 23 vårdtillfällen.

Tabell 25. Slutenvårdskonsumtion för ett urval av DRG-grupper där typiskt all vård karakteriseras som högspecialiserad 2007. Vårdtillfällen per 1 000 000 invånare och hälso- och sjukvårdsnämnd. Urvalet har begränsats till de vårdtillfällen för högspecialiserad vård.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	VGR
001A - Intrakraniell kirurgi för tumör	136	160	142	162	96	148	143	123	125	117	115	132	129
001B - Annan intrakraniell kärlkirurgi	14	46	26	34	41	127	32	64	23	31	23	28	40
004 - Operationer på ryggmärg och närliggande vävnad	55	160	77	43	64	53	79	85	62	78	54	14	65
036 - Operationer på retina, Utgår fr o m 2008	723	526	497	477	407	327	595	410	531	524	536	402	481
075 - Större toraxoperationer	164	183	161	153	229	169	95	187	117	70	138	97	150
103 - Hjärtrtransplantation och assisterad cirkulation	14	0	19	9	5	0	8	5	23	8	15	7	10
104A - Operation av enstaka hjärtklaffar, ej komplicerat	218	206	181	60	91	53	95	149	125	110	92	49	112
104B - Operation av hjärtklaffar, flera eller komplicerat	109	229	265	60	137	169	87	149	195	157	146	111	149
107A, B, C - Koronar bypassop.	354	664	419	358	270	401	325	629	616	618	414	340	354
109N - Operation av torakalt aortaaneurysm	27	23	19	34	27	21	24	32	23	23	23	0	23
112B - Perkutan ablation för hjärtarytmi	68	69	52	94	105	95	87	69	101	78	69	55	79
286 - Hypofys- och binjureoperationer	68	46	32	51	23	42	40	37	55	47	31	14	37
302 - Njurtransplantation	68	69	39	51	32	11	79	32	31	47	46	69	45
480 - Levertransplantation	41	0	26	26	23	11	32	21	8	8	15	21	20
481A - Annan stamcellstransplantation	27	46	32	26	14	32	48	16	39	16	31	7	25
481B - Allogen stamcellstransplantation, >17 år	27	0	6	34	23	11	32	11	16	31	8	14	18
481C - Allogen stamcellstransplantation, 0-17 år	14	23	0	9	14	0	0	5	0	0	0	7	5
484 - Kraniotomi vid multipelt trauma	0	23	19	0	5	0	16	5	0	0	0	7	6
495 - Lungtransplantation	0	0	0	9	9	0	0	0	8	0	15	7	5

Uppdelat på respektive sjukvårdsnämnd finns det en betydande variation men alla skillnader är svårbedömda på grund av den statistiska osäkerheten vid låga volymer för respektive DRG. Vid gruppering i Storgöteborg och övriga regionen blir konsumtionen bättre bedömd och det ses inte någon högre konsumtion för nämnderna inom Storgöteborg.

Vårdkonsumtion hos äldre.

I diagram 4, 5, 6 och 10 har fördelningen av högspecialiserad vård för olika åldrar beskrivits översiktligt.

I tabell 26 ges skillnaden i konsumtion av högspecialiserad vård mellan Storgöteborg och övriga regionen på samma sätt som i tabell 15 men för individer 75 år och äldre.

Tabell 26. Individer 75 år och äldre. Konsumtion av vårdtillfällen för högspecialiserad vård och all slutenvård i HSN 5, 7, 11 och 12 (Storgöteborg) och övriga regionen. Per 100 000 invånare.

	HSN 5,7,11,12	Övr. VGR	differens
01 Sjukdomar i nervsystemet	358	175	182
02 Sjukdomar i öga och närliggande organ	234	161	76
03 Sjukdomar i öra, näsa, mun och hals	66	30	36
04 Andningsorganens sjukdomar	175	32	142
05 Cirkulationsorganens sjukdomar	428	301	127
06 Matsmältningsorganens sjukdomar	217	33	184
07 Sjukdomar i lever, gallvägar och bukspottkörtel	64	29	35
08 Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven	473	128	344
09 Sjukdomar i hud och underhud	279	31	248
10 Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbingar och ämnesomsättningssjukdomar	28	14	14
11 Sjukdomar i njure och urinvägar	43	11	31
12 Sjukdomar i manliga könsorgan	2	0	2
13 Sjukdomar i kvinnliga könsorgan	21	17	4
16 Sjukdomar i blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar i immunsystemet	11	3	7
17 Myeloproliferativa sjukdomar och icke specificerade tumörer	285	249	36
18 Infektions-och parasitsjukdomar inklusive HIV	17	6	11
19 Psykiska sjukdomar, beteendestörningar och alkohol- eller drogberoende	19	3	16
21 Skador, förgiftningar och toxiska effekter	28	30	-2
23 Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården	185	16	169
24 Multipelt trauma utom ytliga skador och sårskador	15	1	14
30 Bröstkörtelsjukdomar	19	1	18
90 Post-MDC	6	6	1
99 Saknas	21	2	19

Mönstret i skillnaden mellan Storgöteborg och övriga regionen för detta urval av äldre individer är likartat som för all vård men skillnaderna är ofta större. För muskuloskeletala sjukdomar är konsumtionen tre gånger så stor i Storgöteborg som övriga regionen. Även här är det reumatologiska DRG som framförallt förklarar skillnaden. MDC nummer 23 förklaras av skillnader i DRG-gruppen rehabilitering. Det rör sig om 72 vårdtillfällen för Storgöteborgare som fick rehabilitering klassificerad som högspecialiserad vård och ingen i övriga regionen. För sjukdomar i nervsystemet är de viktigaste skillnaderna högspecialiserad vård för allvarlig hjärnskada och komplicerad stroke.

Sammanfattande diskussion

Denna analys av den inomregionala variationen i konsumtion av högspecialiserad vård har främst skett via material hämtat från den regionala vårddatabasen. Till en del har arbetsgruppen kunnat besvara de frågeställningar som ställts men endast en översiktlig bild kan erhållas med detta arbetssätt.

Klassificering av vård.

Vid varje vårdkontakt avgörs om den skall klassificeras om riks- region- eller länssjukvård. Resultatet registreras i det patientadministrativa systemet och överförs till den regionala vårddatabasen. I en tidigare kartläggning av registreringspraxis baserade ungefär en tredjedel av verksamheterna sin klassificering till rikssjukvård på Socialstyrelsens vårdkatalog medan övriga verksamheter oftast använde definitionen "vård som utförs på som mest tre universitetssjukhus i landet". För den del som klassificeras som regionsjukvård är definitionen mer flytande vilket avspeglar sig i de skillnader och förändringar som beskrivits

I den tidigare kartläggningen som gjordes 2005 fann man att definitionen av såväl region- som rikssjukvård var stabil över tid. Vi har denna gång funnit skillnader i klassificeringen inom vissa specialiteter för olika år som starkt påverkar bedömningen av förändringar av den högspecialiserade vården. Förändrad klassificering kan ske av flera skäl. Förändrat sätt att diagnoskoda kan försvåra jämförelser och vård som varit regionsjukvård kan ha fått sådan spridning att den betecknas länssjukvård. Sådana förändringar kan ske på grund av nya regler och klassifikationer, genom utbildningssatsningar men även genom omotiverade förändringar.

Dessa förändringar är sammantaget så stora att den minskning i regionsjukvården på ca 8 % som ses mellan 2005 och 2007 inte innebär att en säker minskning volymerna av denna typ av kvalificerad vård.

För den vård som klassificeras som rikssjukvård så är förhållandena likartade. En betydande del av ökningen av rikssjukvård beror på att strålbehandling, där volymen totalt är oförändrad, i mycket högre utsträckning benämns rikssjukvård. Rikssjukvård för vissa reumatologiska sjukdomar har också ökat kraftigt. Det beror på att vård för behandling med nya läkemedel som ännu inte nått allmän spridning, till exempel i samband med kliniska prövningar klassificeras som rikssjukvård. Även om denna benämning kan vara en rimlig bedömning skulle denna vård även kunna benämnas regionsjukvård.

Klassificeringen till rikssjukvård baseras således på tre olika principer enligt Socialstyrelsens vårdkatalog 2002-2003, enligt beslut i rikssjukvårdsnämnden eller enligt en bedömning vid varje enskild verksamhet om vården är tillräckligt unik i ett nationellt perspektiv.

En konsekvens av klassificering till högspecialiserad vård är att patienterna inte får tillgång till valfrihet för vård. Ett exempel på detta är när obesitaskirurgi klassificeras som högspecialiserad vård. Det är oklart hur förskjutningen mot ökad andel påverkar ersättningen till sjukhuset. Det fordras en särskild analys för att belysa detta.

Det saknas en sjukhusgemensam samordning och granskning av att klassificeringen följer gemensamma riktlinjer. Det kan bero på att det naturligt finns svårigheter för de enskilda verksamheterna att praktiskt tolka de mer principiella definitioner som finns av riks- och

regionsjukvård. Det är möjligt att ett mer detaljerat förtydligande av dessa riktlinjer skulle ge en mer enhetlig och stabilare klassificering i detta avseende.

Inomregional variation av högspecialiserad vård.

Mer högspecialiserad slutenvård konsumeras av invånarna i de hälso- och sjukvårdsnämndsområden som har SU som sitt primära sjukhus - här kallat Storgöteborg.

Den procentuellt största skillnaden gäller slutenvård för hudsjukdomar där invånarna i Storgöteborg konsumerar fyra gånger mer högspecialiserad vård än övriga invånare. SU är det enda sjukhuset i regionen som har särskilda slutenvårdsplatser för hudsjukdomar. Men det har samtidigt inneburit att all vård har betecknats som högspecialiserad även om vården varit länssjukvård för Göteborgare.

Den kvantitativt största skillnaden mellan invånarna i Storgöteborg och övriga invånare i VGR, finns inom rörelseorganens- och sinnesorganens sjukdomar. De skillnader som beskrivits kan även här bero på att

- vård som på andra sjukhus klassificerats som länssjukvård, kallas högspecialiserad när den sker på en enhet med hög andel sådan vård. Detta ger en skenbart högre konsumtion av högspecialiserad vård för invånare i Storgöteborg.
- Det finns en verklig skillnad i tillgång till nyare behandlingsmetoder.

Den sista punkten kan innebära att vård inte ges på lika villkor i regionen. Men samtidigt är det troligen oundvikligt att det finns en sådan skillnad eftersom nya behandlingsmetoder vanligen introduceras på universitetssjukhuset och tillämpas på de patienter som normalt handläggs där. Det kan gälla behandlingar till patienter som sviktar på konventionell terapi. En spridning sker senare i regionen.

Det är således rimligt att det i viss utsträckning registreras en högre konsumtion av högspecialiserad vård för invånarna i Storgöteborg men det är en komplex fråga att besvara om dessa skillnader är omotiverade. Det främsta hindret för lika tillgång till sådan nyare vård är sannolikt i vilken utsträckning patienter remitteras för sådan vård vilket i sin tur kan bero på tillgång till specialister ute i regionen. För en närmare värdering fordrar riktade studier mot specifika diagnoser i samarbete med professionella företrädare för vården. Att granska varje specialitet är en mycket omfattande uppgift men kan begränsas till områden där det finns indikationer på att vården är ojämlig. Sådana indikationer kan komma från andra uppföljningar eller identifieras inom ramen för de medicinska sektorsrådets arbete. Analys skulle till en del kunna göras via nationella kvalitetsregister som innehåller uppgifter om behandling av t.ex. MS och reumatiska sjukdomar. Som led i regional uppföljning av Öppna Jämförelser pågår en analys av inomregional variation för nya läkemedel vid reumatoid artrit.

När det gäller etablerade och välkända åtgärder inom högspecialiserad vård kan vi bekräfta slutsatserna från den föregående rapporten. En analys av ett urval av DRG-grupper som starkt förknippas med högspecialiserad vård, till exempel hjärtkirurgi, neurokirurgi, transplantationer och vissa nya behandlingar vid hjärtsjukdomar talar för att dessa behandlingar är jämt fördelade inom regionens befolkning. Detsamma gäller för vård till de yngre barnen där andelen högspecialiserad vård är lika för invånare i Storgöteborg och övriga regionen.

Jämförelse med föregående rapport, 2004 års data.

De viktigaste skillnaderna mellan föregående rapport baserad på data från 2004 är att andelen högspecialiserad vård inom hjärtsjukvården och inom tumördiagnoser minskat kraftigt vilket sannolikt beror på att denna vård i mindre utsträckning klassificeras som högspecialiserad vård. I övrigt kvarstår de inomregionala skillnader som då noterades för rörelseorganens och sinnesorganens sjukdomar. Mer detaljerade analyser av förändringar över tid försvåras av förändringar i klassificering. Liksom i föregående rapport finns det inget som tyder på att den högspecialiserade vården är ojämnt fördelat i regionen när det gäller etablerade och välkända åtgärder inom högspecialiserad vård.