

Slutenvårdskonsumtion i Hälso- och Sjukvårdsnämnd 10

Analysenheten, Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Västra Götalandsregionen, juni 2010

<i>Bakgrund och uppdrag</i> _____	3
Ärendets beredning _____	3
Utgångspunkter för arbetet _____	4
Datakälla och metod _____	5
Skillnader i planerad/oplanerad vård _____	5
Skillnad kvinnor/män _____	6
Skillnader för olika ålderskategorier _____	6
Skillnader per medicinskt verksamhetsområde _____	8
Skillnader per diagnosgrupper för hela sjukhuset _____	9
Skillnader i vårddidernas längd _____	19
Skillnader mellan kommuner i upptagningsområdet _____	22
Skillnader i registreringspraxis/vårdstruktur _____	22
Förändringar 2008-2009 _____	23
<i>Sammanfattning och diskussion</i> _____	25

Bakgrund och uppdrag

I rapporten Verksamhetsanalys redovisas konsumtion av somatisk slutenvård för invånarna i de 12 hälso- och sjukvårdsnämnderna (HSN). Det finns inomregional variation. Även om denna är påtaglig skall den inte överbetonas eftersom variationen mellan hela landsting är större än denna inomregionala variation. Ytterligheterna finns framförallt inom Göteborg där Göteborg centrum har den lägsta konsumtionen medan nordöstra Göteborg har den högsta. Bland övriga nämndområden har HSN 10 (Östra Skaraborg) den högsta konsumtion av somatisk slutenvård.

I samband med identifiering av områden som bör föranleda särskilda åtgärder med anledning av Verksamhetsanalys 2008 föreslogs ”att denna högre konsumtion beskrivs mer detaljerat i en särskild rapport samt att avvikelser från regionsnittet analyseras i syftet att söka förklaringar” (RSK 799-2009).

Analysenheten har givits i uppdrag att ta fram en analyserande rapport över den somatiska slutenvårdskonsumtionen i HSN 10 (RSK 1197-2009). Arbetet skall belysa vilka former av slutenvård som ges mer än regiongenomsnittet. Det kan bland annat gälla planerad/oplanerad vård, fördelning över åldersgrupper och kön och diagnoser/åtgärder. Vidare skall rapporten peka ut tänkbara förklaringar till avvikelser från genomsnittet.

Arbetet skall ske i samverkan med det lokala hälso- och sjukvårdskansliet samt Skaraborgs sjukhus.

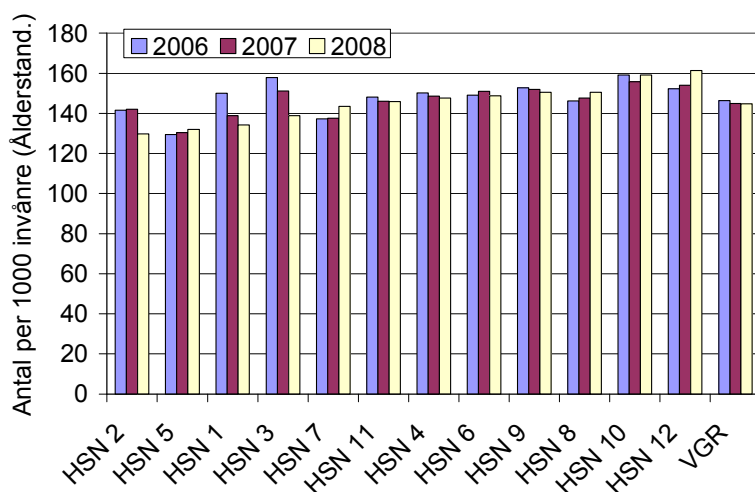
Ärendets beredning

Arbetet har genomförts av en arbetsgrupp bestående av Anna Kjellström, Mikael Kjerfve och Staffan Björck, Analysenheten, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Kristina Westerberg och Anders Hagman SkaS samt Sara Johansson Hälso- och sjukvårdskansliet i Mariestad.

Utgångspunkter för arbetet

År 2008 hade HSN 10 (Östra Skaraborg) tillsammans med HSN 12 (Göteborg Nordost) den högsta konsumtionen av somatisk slutenvård i regionen. Data för 2009 visar samma mönster (figur 9).

Genomsnittligt under de tre senaste åren har slutenvårdskonsumtionen varit högst i regionen i HSN 10. Slutenvårdskonsumtionen för de tre senaste åren visas i figur 1.



Figur 1. Konsumtion av somatiska vårdtillfällen per 1000 individer 2006 - 2008. Ålders- och könsstandardiserade data. Staplarna sorterade efter konsumtion 2008. Källa: Vega

I motsats till den bild som ges i Verksamhetsanalys 2008 är data åldersstandardiserade. Av bilden framgår att HSN 3 (Trestadsområdet) har haft en slutenvårdskonsumtion som varit jämförbar med den i HSN 10 men det har skett en påtaglig minskning i HSN 3 de senaste åren vilket varit föremål för en särskild analys¹. I den rapporten konstateras att den minskning som skett beror på att vårdtillfällen med korta vårdtider har minskat och orsaker till förändringen redovisas i rapporten.

I tabellen nedan ges en beräkning av antalet vårdtillfällen för individer i HSN 10 om konsumtionen varit densamma som i VGR.

Tabell 1. Konsumtion av vårdtillfällen för HSN 10 samt beräknad konsumtion om den varit densamma som VGR-genomsnittet, 2008.

	2006	2007	2008
HSN 10	19 652	19 317	19 729
HSN 10 omräknat till genomsnitt för VGR	18 135	18 026	17 990
Differens	1 517	1 290	1 739

HSN 10 har således 1739 fler vårdtillfällen än regiongenomsnittet 2008.

¹ Förändringar Av slutenvårdskonsumtion NU-sjukvården 2006-2007. RSK 400-2008

Datakälla och metod

Beräkningar har gjorts på data för slutenvård i den regionala vårddatabasen, VEGA. Enbart somatisk vård beskrivs. Sjukvårdskonsumtionen för HSN 10 har genomgående jämförts med den för VGR som helhet utifrån flera perspektiv. Någon analys av skillnader mellan de olika utbudspunkterna inom SkaS - produktionsperspektivet - har inte gjorts annat än undantagsvis.

Följande jämförelser mellan HSN 10/VGR mellan de två åren har genomförts och skillnader har beskrivits för:

- planerad/oplanerad vård
- kvinnor/män
- för olika ålderskategorier
- per medicinskt verksamhetsområde
- huvuddiagnosgrupp
- hemortskommun
- vårdtidernas längd

Skillnader i planerad/oplanerad vård

Den regionala vårddatabasen innehåller uppgifter om vården klassificeras som planerad eller oplanerad och i tabell 1 och 2 redovisas detta.

Tabell 2a. Antal vårdtillfällen inom planerad och oplanerad vård

Vårdtillfällen	2006		2007		2008	
	HSN 10	VGR	HSN 10	VGR	HSN 10	VGR
Antal planerade	4 423	57 691	4 425	60 462	4 428	61 855
Antal oplanerade	16 259	162 180	15 996	158 917	16 509	158 522

Tabell 2b. Andel vårdtillfällen inom planerad och oplanerad vård

Vårdtillfällen	2006		2007		2008	
	HSN 10	VGR	HSN 10	VGR	HSN 10	VGR
Andel (%) planerade	21	26	22	27	21	28
Andel (%) oplanerade	79	74	78	72	79	72

Av den somatiska slutenvården i Västra Götalandsregionen 2008 svarade den oplanerade vården för ca 72 procent medan den svarade för 79 procent i HSN 10.

Den relativt högre slutenvårdskonsumtionen i HSN 10 kan således främst tillskrivas den oplanerade vården.

Skillnad kvinnor/män

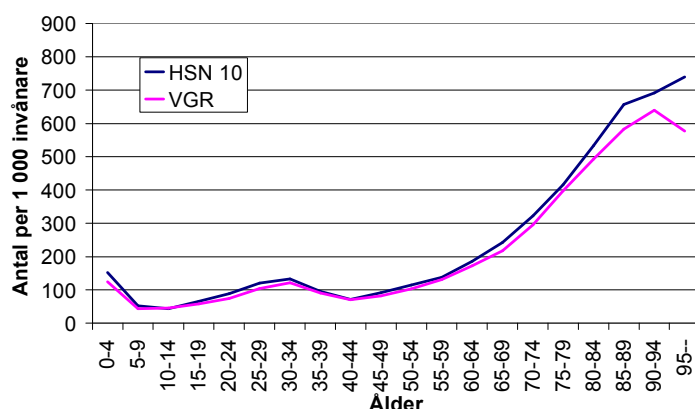
Tabell 3. Vårdtillfällen för kvinnor/män vid HSN 10 och VGR

Andel (%)	2006		2007		2008	
	HSN 10	VGR	HSN 10	VGR	HSN 10	VGR
Kvinnor	54	55	54	56	54	56
Män	46	45	46	44	46	44

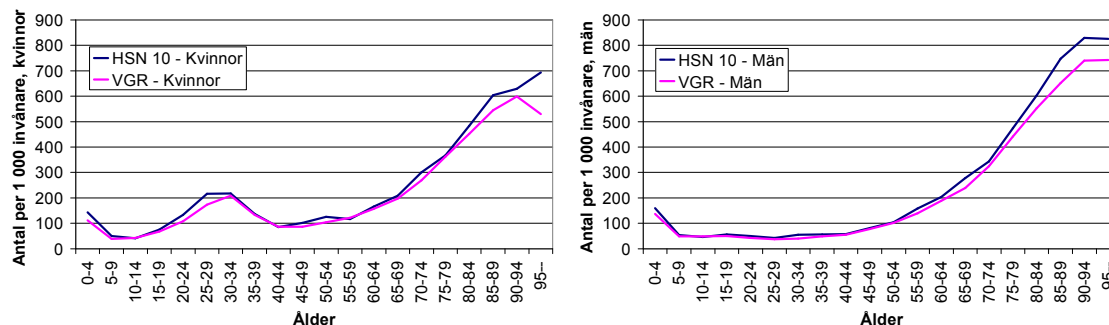
Av alla vårdtillfällen i HSN 10 svarar kvinnorna för cirka 54 procent och den andelen är stabil över de tre senaste åren. Det finns en tendens att andelen som konsumeras slutenvård är marginellt högre för män i HSN 10. Det kan bero på de diagnoser som oftare förekommer i HSN 10 vilket framgår av kommande avsnitt.

Skillnader för olika ålderskategorier

I de flesta åldersgrupper är slutenvårdskonsumtionen för invånarna i HSN 10 högre än regionsnittet. Skillnaden är som störst i de äldre åldersgrupperna. Detta illustreras i figur 2a. I figur 2b och c redovisas skillnader för olika ålderskategorier för kvinnor och män.



Figur 2a. Antal vårdtillfällen per 1 000 invånare redovisade per ålder i femårsintervall 2008 för HSN 10 och Västra Götalandsregionen.



Figur 2b. Antal vårdtillfällen per 1 000 invånare, kvinnor (vänster) och män (höger). Redovisade per ålder i femårsintervall 2008 för HSN 10 och Västra Götalandsregionen.

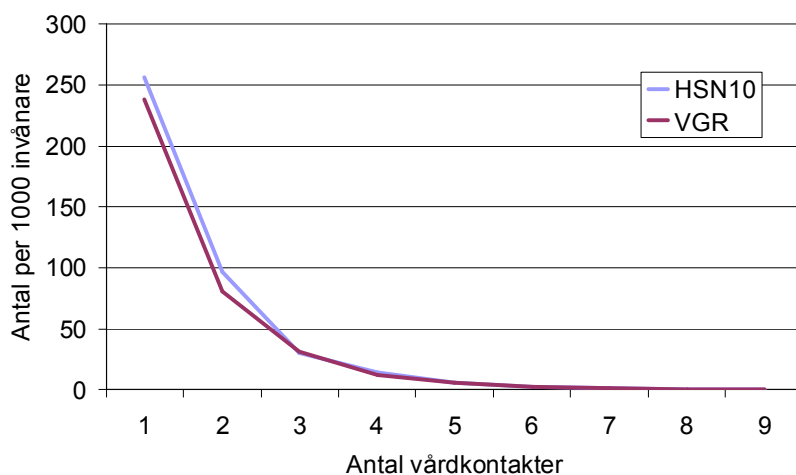
Vid en jämförelse i de äldsta åldergrupperna har invånarna i HSN 10 den högsta konsumtionen i åldergrupperna 85-89 år och 95 år och äldre.

Tabell 4. Antal vårdtillfällen/1 000 invånare per åldergrupp och HSN, 2008. Högsta värdena fet stil.

HSN	Åldergrupper			
	80-84	85-89	90-94	95--
HSN 1	460	532	645	515
HSN 2	390	440	561	465
HSN 3	482	561	651	622
HSN 4	538	590	581	689
HSN 5	411	565	559	548
HSN 6	525	579	622	535
HSN 7	464	622	751	630
HSN 8	523	582	683	523
HSN 9	539	611	626	490
HSN 10	533	657	692	740
HSN 11	492	576	623	535
HSN 12	538	608	684	677
VGR	493	583	639	577

Multipla vårdkontakter hos de äldre

För att se om det är upprepade vårdkontakter hos ett fåtal multisjuka äldre som förklarar den högre slutenvårdskonsumtionen hos de äldsta så har antalet vårdkontakter per individ analyserats. I figur 3 redovisas detta.



Figur 3. Antal individer per 100 invånare med 1, 2 etc. vårdtillfällen under 2008. Invånare 85 år och äldre.

Figuren visar att av de sjukhusvårdade så vårdas de flesta individer en till 2 gånger under ett år. Figuren antyder inte att det är de multisjuka med många vårdtillfällen som förklarar den högre slutenvårdskonsumtionen i HSN 10.

Skillnader per medicinskt verksamhetsområde

Att korrekt jämföra statistik över vårdtillfällen för de medicinska verksamhetsområden mellan olika HSN som är bundna till olika sjukhus är inte möjligt. Behandling av olika sjukdomar sker inom olika medicinska verksamhetsområden beroende på hur vården är organiserad vid respektive sjukhus. Man kan dock jämföra HSN 10 över tid. Antalet vårdtillfällen ökar mellan 2006 och 2008 för Internmedicinsk vård med 5 procent och för Kirurgisk vård med 3 procent medan Barn- och ungdomsmedicinsk vård minskar med 9 procent.

Tabell 5. Vårdtillfällen för de tio största medicinska verksamhetsområden i HSN 10.

Kliniker	2008	Förändring (%) mellan 2006-2008
Internmedicinsk vård	7694	5 %
Kirurgisk vård	3481	3 %
Obstetrisk och gynekologisk vård	2258	1 %
Ortopedisk vård	2020	- 2 %
Barn- och ungdomsmedicinsk vård	1265	- 9 %
Infektionssjukvård	829	3 %
Urologisk vård	780	- 1 %
Öron-, näs- och halssjukvård	652	-22 %
Medicinsk njursjukvård	254	-11 %
Rehabiliteringsmedicinsk vård	234	38 %

Skillnader per diagnosgrupper för hela sjukhuset

Skillnaden mellan HSN 10 och Västra Götalandsregionen har granskats per huvuddiagnosgrupper i DRG-systemet (MDC). Antalet vårdtillfällen är lägre än vad som redovisas i andra sammanhang eftersom vårdtillfällen utan DRG-grupp inte tagits med. Bortfallet av vårdtillfällen som inte kunnat DRG-grupperas är dock jämt fördelat i regionen ca 3 %. Ett något större bortfall finns dock i Göteborgsområdet (4 %).

Tabell 6. Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare för huvuddiagnosgrupper i DRG-systemet 2006 – 2008. Redovisade för HSN 10, VG totalt och skillnaden mellan HSN 10 och VG totalt. Rangordnat efter den största skillnaden (åldersstandardiserat).

Mdc Id	MDC i klartext	2006		2007		2008		Skillnad HSN10/VGR, 2008	
		VGR	HSN10	VGR	HSN10	VGR	HSN10	Antal	Andel (%)
6	Matsmältningsorganens sjukdomar	1519	1893	1496	1855	1533	1953	421	27%
23	Andra och ospecificerade hälsoproblem	320	431	303	461	340	482	142	42%
5	Cirkulationsorganens sjukdomar	2406	2410	2388	2424	2348	2488	141	6%
15	Nyfödda och vissa perinatale tillstånd	146	229	151	316	143	265	122	86%
11	Sjukdomar i njure och urinvägar	643	726	621	684	611	709	98	16%
1	Sjukdomar i nervsystemet	1151	1269	1137	1187	1140	1237	97	8%
3	Sjukdomar i öra, näsa, mun och hals	737	762	722	808	655	751	96	15%
8	Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven	1487	1677	1598	1698	1557	1639	82	5%
10	Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbingar och ämnesomsättningsjukdomar	292	327	288	335	295	367	72	24%
4	Andningsorganens sjukdomar	1029	1052	1037	960	1019	1085	66	6%
12	Sjukdomar i manliga könsorgan	186	244	170	224	162	221	59	36%
9	Sjukdomar i hud och underhud	328	363	324	323	326	379	54	16%
18	Infektions- och parasitsjukdomar inklusive HIV	279	360	275	333	294	341	46	16%
19	Psykiska sjukdomar, beteendestörningar och alkohol- eller drogberoende	177	212	181	223	186	216	30	16%
7	Sjukdomar i lever, gallvägar och bukspottkörtel	421	510	419	522	411	436	26	6%
17	Myeloproliferativa sjukdomar och icke specificerade tumörer	395	361	354	335	371	384	13	3%
24	Multipelt trauma utom ytliga skador och sårskador	14	12	12	14	14	16	2	13%
22	Brännskador	15	24	12	9	12	9	-3	-24%
90	Post-MDC	34	25	25	28	27	23	-3	-12%
30	Bröstkörtelsjukdomar	140	130	147	138	138	134	-4	-3%
0	Pre-MDC	26	14	29	16	26	17	-9	-36%
2	Sjukdomar i öga och närliggande organ	133	105	137	104	138	127	-11	-8%
14	Graviditet, förlossning och barnsängstid	1377	1429	1437	1389	1436	1424	-13	-1%
16	Sjukdomar i blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar i immunsystemet	155	136	152	122	165	149	-16	-10%
13	Sjukdomar i kvinnliga könsorgan	381	347	347	329	311	295	-16	-5%
21	Skador, förgiftningar och toxiska effekter	300	282	277	276	273	248	-25	-9%
99	Saknas	75	21	68	2	121	14	-107	-88%

Den huvuddiagnosgrupp i DRG-systemet där HSN 10 har störst skillnad i antalet vårdtillfällen jämfört med VGR är MDC 6, Matsmältningsorganens sjukdomar. I denna grupp har HSN 10 drygt 400 fler vårdtillfällen per 100 000 invånare 2008 än regionen totalt.

I ytterligare ett antal MDC-grupper har HSN 10 fler vårdtillfällen per 100 000 invånare än regionen totalt. I tabell 7 visas slutenvårdskonsumtionen för samtliga HSN.

Tabell 7. Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare för huvuddiagnosgrupper i DRG-systemet 2008. Redovisade per HSN och Västra Götalandsregionen totalt (åldersstandardiserat). Högsta värdet fetmarkerat. Sorterat enligt ordningen i tabell 6. MDC-förklaring finns i tabell 6

MDC Id	HSN												VG
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
6	1521	1435	1660	1500	1337	1333	1388	1544	1741	1953	1440	1565	1533
23	333	377	389	443	258	280	277	317	324	482	316	329	340
5	2096	1970	2124	2352	2142	2680	2289	2480	2323	2488	2348	2834	2348
15	153	135	172	97	111	134	80	150	261	265	95	124	143
11	600	551	623	558	504	623	523	796	642	709	520	595	611
1	1043	1069	1036	1183	987	1248	1181	1152	1196	1237	1177	1243	1140
3	722	639	605	635	644	579	619	614	678	751	617	808	655
8	1374	1155	1350	1761	1584	1629	1535	1497	1656	1639	1686	1671	1557
10	276	252	245	277	277	286	311	296	308	367	302	340	295
4	898	843	983	967	816	985	971	1143	1034	1085	1186	1298	1019
12	152	183	156	171	107	148	128	215	202	221	127	107	162
9	322	212	285	341	351	362	290	295	354	379	350	347	326
18	316	312	357	289	248	281	271	281	336	341	245	279	294
19	112	118	168	190	172	207	180	168	159	216	237	243	186
7	353	387	421	474	344	443	413	451	449	436	350	416	411
17	316	301	314	337	405	393	388	325	413	384	405	428	371
24	13	19	13	17	13	14	14	12	22	16	15	12	14
22	22	29	12	13	10	13	10	17	11	9	6	12	12
90	27	23	28	35	24	35	25	32	26	23	20	24	27
30	65	98	102	140	192	144	163	106	119	134	163	195	138
0	34	35	28	19	34	21	35	25	18	17	28	27	26
2	131	113	135	147	166	122	165	119	104	127	153	160	138
14	1361	1390	1582	1550	1234	1734	1583	1637	1491	1424	1316	1443	1436
16	155	136	132	160	151	177	190	151	125	149	157	291	165
13	246	226	272	295	320	252	358	351	339	295	301	350	311
21	280	284	364	259	207	295	272	282	299	248	253	283	273
99	73	73	71	148	150	59	203	53	27	14	330	233	121

I sju av 27 MDC-grupper har HSN den högsta noteringen av alla hälso- och sjukvårdsnämnder i regionen.

De sex huvuddiagnosgrupper där skillnaden mot VGR är störst i absoluta tal har analyserats vidare. De 10 volymmässigt största DRG-grupperna inom varje MDC redovisas i tabeller samt ytterligare DRG-grupper med stora relativa skillnader i mellan HSN 10 och regionen kommenteras.

MDC 6 Matsmältningsorganens sjukdomar

MDC 6 består i sin tur av 42 DRG-grupper. De grupper som förklarar största delen av skillnaden mot VGR redovisas i tabell 8a.

Tabell 8a. Antal vårdtillfällen för de för de 10 DRG-grupper inom MDC 6 Matsmältningsorganens sjukdomar. Redovisade för HSN 10, VG totalt och skillnaden mellan HSN 10 och VG totalt (åldersstandardiserat).

DRG id	DRG i klartext	2006		2007		2008		Skillnad HSN10/VGR, 2008	
		VGR	HSN10	VGR	HSN10	VGR	HSN10	Antal	Andel (%)
183	Buksmärtor och gastroenteriter, >17 år, ej komplicerat	378	693	387	679	381	739	359	94%
184B	Buksmärtor och gastroenteriter, 0-17 år, ej komplicerat	132	208	115	170	134	237	103	77%
167	Appendektomi, ej komplicerat	67	67	71	82	74	100	27	36%
175	Blödning i matsmältningsorganen, ej komplicerat, utgår fr o m 2009	52	53	57	53	53	69	16	30%
162	Operationer av inguinala och femorala bräck, >17 år, ej komplicerat	32	26	31	38	28	42	14	49%
173	Maligna tumörer i matsmältningsorganen, ej komplicerat	42	37	40	50	39	52	13	34%
178	Ej komplicerat magsår, utan komplicerande bidiagnos, utgår fr o m 2009	17	23	19	30	20	28	8	42%
172	Maligna tumörer i matsmältningsorganen, komplicerat	52	66	51	45	63	70	7	11%
148	Större tunn- och tjocktarmsoperationer, komplicerat	41	51	37	41	41	47	7	16%
184A	Buksmärtor och gastroenteriter, 0-17 år, komplicerat	16	18	13	20	16	21	5	94%

Inom MDC 6 Matsmältningsorganens sjukdomar är det främst DRG-grupperna 183 och 184B - Buksmärtor och gastroenteriter, ej komplicerat för vuxna respektive barn - som HSN 10 har ett betydligt högre antal vårdtillfällen per 100 000 invånare än regionen totalt. För dessa DRG har HSN 10, 462 vårdtillfällen fler per 100 000 invånare än för regionen totalt.

Det finns två motsvarande DRG-grupper vuxna/barn med tillägget komplicerat (DRG 182 och 184A). Om dessa grupper läggs samman är konsumtionen 408 vårdtillfällen per 100 000 invånare fler än i VGR. Det är alltså de okomplicerade DRG-grupperna av dessa DRG som är väsentligt vanligare i HSN 10.

Vård inom dessa DRG-grupper innebär oftast vård för potentiellt kirurgiska sjukdomar där ett kirurgiskt ingrepp inte utförts. I tabellen nedan redovisas antalet vårdtillfällen för de 10 huvuddiagnoser inom DRG 182 och 183 där skillnaden HSN 10/VGR är störst.

Tabell 8b. Antal vårdtillfällen för 10 huvuddiagnoser inom MDC 6 och DRG 182 och 183. Redovisade för HSN 10, VG totalt och skillnaden mellan HSN 10 och VG totalt (åldersstandardiserat).

Diagnos id	Diagnos i klartext	2006		2007		2008		Skillnad HSN10/VGR, 2008	
		VGR	HSN10	VGR	HSN10	VGR	HSN10	Antal	Andel (%)
R10	Smärtor från buk och bäcken	226	366	237	356	233	407	174	75%
K59	Andra funktionsrubbnings i tarmen	60	87	55	93	59	109	51	86%
A09	Diarré och mag-tarmsjukdom där infektiös orsak förmodas	31	47	35	49	40	82	41	102%
K22	Andra sjukdomar i matstrupen	13	29	16	25	13	32	19	139%
K57	Divertikel (fickbildning) i tarmen	59	105	56	87	55	73	18	33%
R11	Illamående och kräkningar	29	39	28	35	29	40	11	37%
K20	Esofagit (inflammation i matstrupen)	7	9	8	10	9	14	5	55%
K21	Gastroesofagal refluxsjukdom (återflöde avmagnnehåll tillmatstrupen)	16	20	15	29	14	18	5	33%
K52	Annan icke infektiös inflammation i magsäcken och tarmen	25	35	22	26	21	25	4	20%
A04	Andra bakteriella tarminfektioner	21	33	25	33	21	23	2	7%

Tabellen visar att dessa DRG främst är observation och vård för sjukdomar inom verksamhetsområde kirurgi men där kirurgiska ingrepp inte genomförts. För att komplettera bilden redovisas några andra kirurgiska diagnoser i slutenvård. Syftet är att med två enkla mått jämföra sjukligheten i kirurgiska sjukdomar HSN 10/VGR.

Tabell 8c. Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare för vissa diagnoser* år 2008 uppdelad på HSN 10 och VGR (ej ålderstandardiserat).

	VGR	HSN 10
Sår i magsäck/tolvfingertarm*	16	12
Ileus (tarmvred)*	28	19

*Sår avser diagnoserna:

K251	Sår i magsäcken, akut med perforation
K252	Sår i magsäcken, akut med både blödning och perforation
K260	Sår i tolvfingertarmen, akut med blödning
K261	Sår i tolvfingertarmen, akut med perforation
K262	Sår i tolvfingertarmen, akut med både blödning och perforation

*Ileus avser diagnoserna:

K560	Paralytisk ileus
K561	Invagination
K562	Volvulus
K563	Gallstensileus
K564	Annan tilltäppning av tarmen
K565	Adherensileus

För dessa diagnoser är konsumtionen inte högre i HSN 10 än i VGR. Detta talar ytterligare för att vård för konstaterad sjuklighet inte skiljer sig åt i motsats till kirurgiska observationsfall.

MDC 6 som är Matsmältningsorganens sjukdomar är den viktigaste förklaringen till den högre slutenvårdskonsumtionen i HSN 10. Inom denna grupp är det DRG 183 och 184B - "Buksmärtor och gastroenteriter...-ej komplicerat" som är den viktigaste förklaringen. Dessa DRG-grupper innebär oftast patienter med misstanke på mag/tarmsjukdom där någon operation inte genomförts. Det är osannolikt att skillnaden beror på skillnader i sjuklighet.

MDC 23 Andra och ospecificerade hälsoproblem

Denna huvuddiagnosgrupp är den näst viktigaste för skillnaden HSN 10/VG beträffande slutenvårdskonsumtion. MDC 23 består i sin tur av 9 DRG-grupper. De med störst skillnad för HSN 10 mot VGR listas i tabell 10a.

Tabell 9a. Antal vårdtillfällen för de 10 DRG-grupper inom MDC 23 Andra och ospecificerade hälsoproblem där skillnaden mellan HSN 10 och VGR är störst. Redovisade för HSN 10, VG totalt och skillnaden mellan HSN 10 och VG totalt (åldersstandardiserat).

DRG id	DRG i klartext	2006		2007		2008		Skillnad HSN10/VGR, 2008	
		VGR	HSN10	VGR	HSN10	VGR	HSN10	Antal	Andel (%)
467	Andra faktorer med påverkan på hälsotillståndet	152	251	142	288	148	279	130	88%
463	Kliniska fynd & symtom, komplicerat	30	38	34	38	31	44	12	40%
464	Kliniska fynd & symtom, ej komplicerat	28	38	26	26	32	39	6	19%
461	Operationer utförda i samband med andra kontakter med sjukvården	21	14	18	24	19	25	6	30%
465	Efterbehandling med malign sjukdom i sjukhistorien som bidiagnos	6	11	6	12	5	7	3	53%

Skillnaden förklaras helt av DRG 467. I tabell 10b redovisas de 10 huvuddiagnoser som är viktigast inom denna DRG-grupp.

Tabell 9b. Antal vårdtillfällen för 10 diagnoser inom MDC 23 och DRG 467. Redovisade för HSN 10, VG totalt och skillnaden mellan HSN 10 och VG totalt (åldersstandardiserat).

Diagnos id	Diagnos i klartext	2006		2007		2008		Skillnad HSN10/VGR, 2008	
		VGR	HSN10	VGR	HSN10	VGR	HSN10	Antal	Andel (%)
Z03	Medicinsk observation och bedömning för misstänkta sjukdomar och tillstånd	43	126	56	155	65	174	109	167%
Z95	Förekomst av implantat och transplanterat i hjärta och kärl	11	56	10	46	7	39	32	439%
Z71	Kontakt med hälso- och sjukvården för medicinsk och annan rådgivning som ej klassificeras annorstädes	3	1	3	2	4	11	7	163%
Z34	Övervakning av normal graviditet	1	1	2	6	3	5	2	92%
Z51	Annan medicinsk vård	34	10	8	8	7	9	2	28%

På samma sätt som inom MDC 6 förklaras den högre slutenvårdskonsumtionen inom MDC 23 av vårdtillfällen för observation för misstänkt sjukdom. Skillnaden är att detta DRG till två tredjedelar förekommer inom verksamhetsområdet invärtesmedicin.

En närmare granskning av de ingående diagnoserna visar att skillnaden HSN 10/VGR för huvuddiagnosen Z95 helt förklaras av att den diagnosen används som förstadiagnos (och inte som bidiagnos) oftare i HSN 10. Den högre konsumtionen av Z03 förklaras dock framförallt av diagnosen Z038 inom DRG 467 vid SkaS. Z038=Observation för andra misstänkta sjukdomar och tillstånd. Tre fjärdedelar av regionens vårdtillfällen med denna som förstadiagnos skedde 2007 vid SkaS och de allra flesta av dessa inom verksamhetsområde invärtesmedicin. Den enda rimliga förklaringen är skillnader i diagnospraxis där man vid de övriga sjukhusen haft en mer preciserad diagnos.

Skillnaden i MDC 23 kan sannolikt förklaras av regionala olikheter i diagnospraxis inom invärtesmedicinsk vård. Om dessa vårdtillfällen hade registrerats annorlunda hade de klassificerats inom andra invärtesmedicinska DRG-grupper.

MDC 5 Cirkulationsorganens sjukdomar

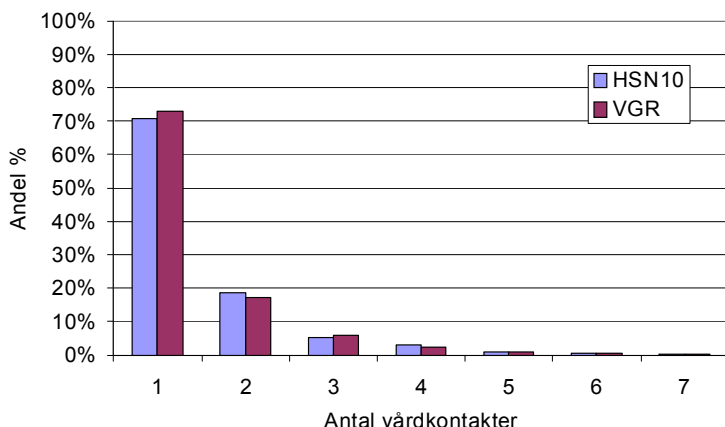
Den kvantitativt största MDC-gruppen är cirkulationsorganens sjukdomar. För 2006 är skillnaden HSN10/VGR försumbar men skillnaden ökar till 6 % 2008 och den blir i rangordningen den tredje största gruppen i skillnad HSN 10/VGR. Även om konsumtionen procentuellt sett bara är något högre än i VGR så blir skillnaden ändå betydelsefull i absoluta tal därför att hjärtsjukdomar svarar för en mycket stor del av den slutna somatiska vården.

Tabell 10. Antal vårdtillfällen för de 10 DRG-grupper inom MDC 5 Cirkulationsorganens sjukdomar där skillnaden mellan HSN 10 och VGR är störst. Redovisade för HSN 10, VG totalt och skillnaden mellan HSN 10 och VG totalt (åldersstandardiserat).

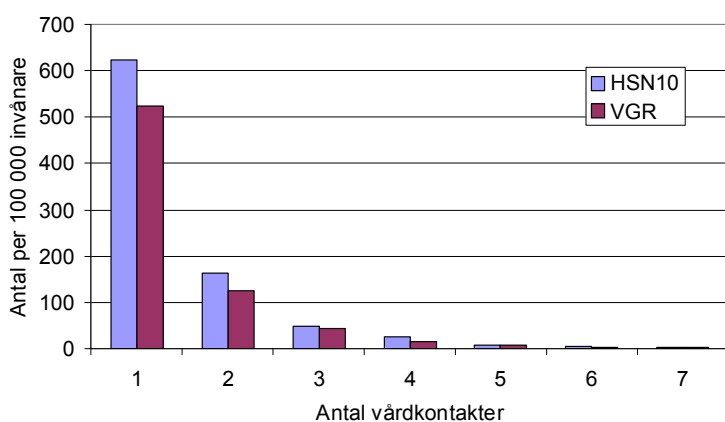
DRG id	DRG i klartext	2006		2007		2008		Skillnad HSN10/VGR, 2008	
		VGR	HSN10	VGR	HSN10	VGR	HSN10	Antal	Andel (%)
127	Hjärtsvikt och chock	298	402	283	381	281	404	123	44%
143	Bröstmärtor, ej angina pectoris	383	386	380	388	338	403	66	19%
140	Angina pectoris	146	206	133	185	113	163	50	44%
121	Cirkulationssjukdomar med hjärtinfarkt, med kardiovaskulär komplikation	84	73	79	95	72	92	19	26%
122	Cirkulationssjukdomar med hjärtinfarkt, utan kardiovaskulär komplikation	95	120	95	122	97	113	16	16%
107C	Koronar bypass-operation med annan komplicerande åtgärd/diagnos	16	28	19	22	21	36	14	67%
144	Andra cirkulationssjukdomar, komplicerat	18	28	18	29	21	29	8	35%
135	Sjukdomar i hjärtklaffar och medfödda hjärtsjukdomar, >17 år, komplicerat	15	16	15	10	17	24	7	44%
112E	Perkutan vidgning av kranskärl vid hjärtinfarkt, ej komplicerat	63	63	63	65	63	69	5	9%
479	Övriga kärloperationer, ej komplicerat	25	23	26	31	25	30	4	17%

Den största skillnaden ses för hjärtsvikt, bröstsmärtor och kärlkramp. På fjärde och femte plats kommer DRG 121 och 122, hjärtinfarkt. Om alla DRG som innehåller hjärtinfarkt inkluderas är skillnaden ca 15 % fler vårdtillfällen i HSN 10. Om dessa tas som mått på faktisk kardiovaskulär sjuklighet så är konsumtionen av de tre första DRG grupperna i listan ovan oproportionerligt hög.

Vårdtillfällen för hjärtsvikt har analyserats vidare. I de följande figurerna redovisas fördelningen och konsumtionen av vårdtillfällen beroende på antalet vårdtillfällen per individ under 2008.



Figur 4a. DRG 127 - hjärtsvikt. Procentuell fördelning av antalet vårdtillfällen per individ 2008.



Figur 4b. DRG 127 - hjärtsvikt. Antal individer som slutenvårdats per 100 000 invånare fördelat på antal slutenvårdskontakter per individ, 2008.

Dessa figurer talar för att skillnaden mot VGR inte förklaras av individer med många slutenvårdstillfällen. Den största skillnaden ses för individer med ett vårdtillfälle under året.

Det finns en något högre konsumtion av vård inom hjärtsjukdomar i HSN 10 än VGR. Hjärtsvikt, bröstsmärtor och kärlkramp leder till slutenvård i större utsträckning för invånarna i HSN 10 än i övriga regionen.

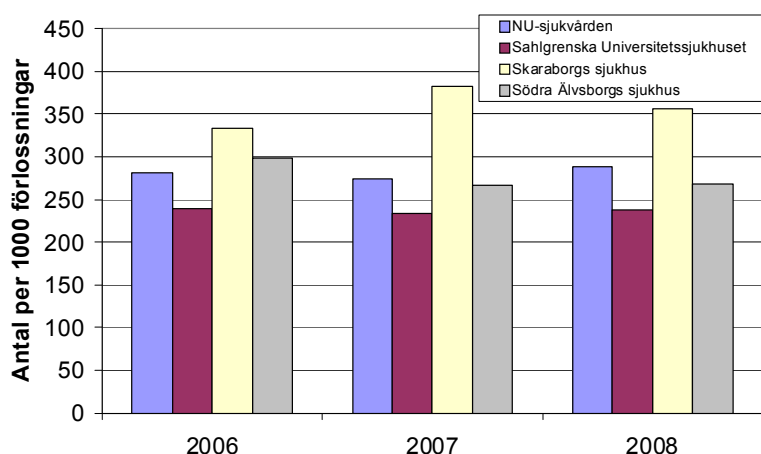
MDC 15 Nyfödda och vissa perinatala tillstånd

På fjärde plats som förklaring till den högre konsumtionen i HSN 10 kommer MDC 15 vilket är vård i nyföddhetsperioden. MDC 15 består i sin tur av 10 DRG-grupper. De med störst skillnad för HSN 10 mot VGR listas i tabell 11.

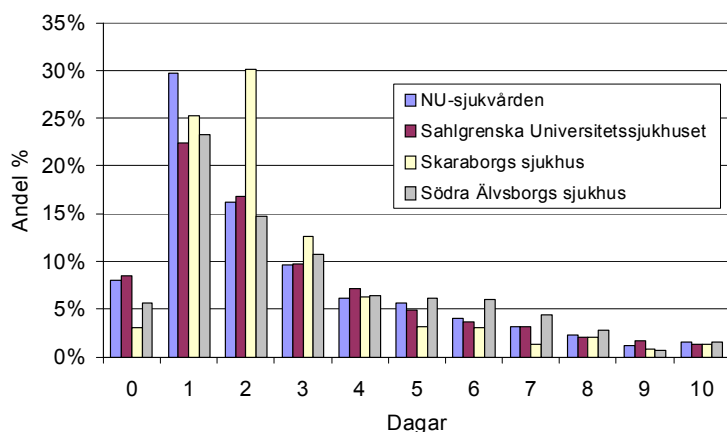
Tabell 11. Antal vårdtillfällen för de 10 DRG-grupper inom MDC 15 Nyfödda och vissa perinatala tillstånd där skillnaden mellan HSN 10 och VGR är störst. Redovisade för HSN 10, VG totalt och skillnaden mellan HSN 10 och VG totalt (åldersstandardiserat).

DRG id	DRG i klartext	2006		2007		2008		Skillnad HSN10/VGR, 2008	
		VGR	HSN10	VGR	HSN10	VGR	HSN10	Antal	Andel (%)
390	Nyfödd, födelsevikt 2500 g eller mer, med annat signifikant problem	62	104	65	164	50	112	62	123%
391	Normal nyfödd	12	46	15	67	17	67	50	294%
388B	Nyfödd, födelsevikt 1500-2499 g, utan multipla problem	31	48	33	50	34	51	17	50%
386N	Nyfödd, födelsevikt under 1000 g	3	2	3	5	3	8	5	171%
385B	Eftervård för neonatala problem, sent inträffande neonatala problem	9	10	9	12	9	14	5	50%

Skillnaden HSN 10/VGR förklaras framförallt av normalviktiga barn med eller utan problem. Konsumtionstal av vård för barn påverkas självklart av hur många barn som föds. Detta korrigeras inte helt av den åldersstandardisering som gjorts eftersom den är gjord i 5-årsklasser. I figurerna nedan ställs konsumtionen av slutenvård i relation till antalet förlossningar som skett vid respektive sjukhus.



Figur 5a. Antalet individer med ålder < 1år som slutenvårdats i förhållande till antalet förlossningar vid sjukhuset (DRG 370-375) 2008.



Figur 5b. Vårdtillfällen för individer med ålder < 1år. Procentuell fördelning mellan vårdtillfällen med olika vårdtid.

Skillnaden för HSN 10 mot VGR förklaras av att barn i högre utsträckning skrivs in för slutenvård än i övriga regionen. Vid en tidigare jämförelse av vården vid SkaS och NU-sjukvården 2003, konstaterades tvärtom att antalet vårdtillfällen av nyfödda vid SkaS var mycket lågt. Mellan 2005 och 2006 skedde en förändring i registreringspraxis. Vårdtillfällen för DRG 391 (frisk nyfödd) ökade från 5 till 126 och för DRG 390 (Normalviktig nyfödd med vissa problem) från 105 till 280. Det är osannolikt att detta beror på större sjuklighet utan snarare ett annat arbetssätt.

Ungefär vart tredje barn som föds vid SkaS skrivs in i slutenvård mot vart fjärde i övriga regionen. Vårdvolymen för den inomregionala vården av nyfödda kan inte jämföras på grund av skillnader i praxis för inskrivning i slutenvård.

MDC 11 Sjukdomar i njure och urinvägar

På femte plats som förklaring till den högre konsumtionen i HSN 10 kommer MDC 11.

Tabell 12. Antal vårdtillfällen för de 10 DRG-grupper inom MDC 11 Sjukdomar i njure och urinvägar där skillnaden mellan HSN 10 och VGR är störst. Redovisade för HSN 10, VG totalt och skillnaden mellan HSN 10 och VG totalt (åldersstandardiserat).

DRG id	DRG i klartext	2006		2007		2008		Skillnad HSN10/VGR, 2008	
		VGR	HSN10	VGR	HSN10	VGR	HSN10	Antal	Andel (%)
331	Andra njur- och urinvägssjukdomar, >17 år, komplicerat	17	33	15	35	16	40	24	153%
321	Njur- och urinvägsinfektioner, >17 år, ej komplicerat	90	88	90	108	85	105	21	24%
320	Njur- och urinvägsinfektioner, >17 år, komplicerat	95	109	89	89	88	99	11	13%
324	Urinvägssten, ej komplicerat	32	51	32	39	36	45	9	24%

Den högre konsumtionen av slutenvård för sjukdomar i njure och urinvägar förklaras framförallt av att fler invånare vårdas i slutenvård för urinvägsinfektioner, DRG 320 och 321. Det har dock liten betydelse för helheten.

MDC 1 Sjukdomar i nervsystemet

På sjätte plats som förklaring till den högre konsumtionen i HSN 10 kommer MDC 1. MDC 1 består i sin tur av 43 DRG-grupper. De med störst skillnad för HSN 10 mot VGR listas i tabell 11.

Tabell 13. Antal vårdtillfällen/100 000 individer för de för de 10 DRG-grupper inom MDC 1 Sjukdomar i nervsystemet. Redovisade för HSN 10, VG totalt och skillnaden mellan HSN 10 och VG totalt (åldersstandardiserat).

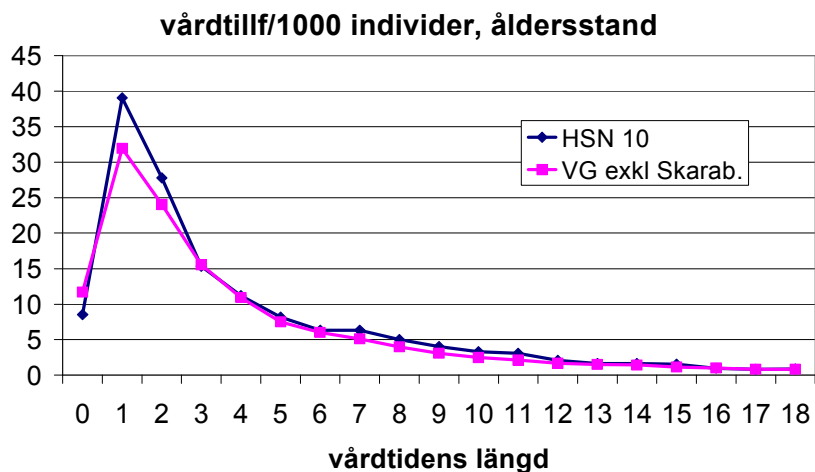
DRGid	DRG i klartext	2006		2007		2008		Skillnad HSN10/VGR, 2008	
		VGR	HSN10	VGR	HSN10	VGR	HSN10	antal	%
032	Hjärnskakning, >17 år, ej komplicerat	52	109	43	90	38	109	71	186%
025	Kramper och huvudvärk, >17 år, ej komplicerat	106	145	105	161	104	149	45	44%
027	Allvarlig traumatisk hjärnskada	33	25	33	31	31	50	18	58%
035	Andra sjukdomar i nervsystemet, ej komplicerat	51	66	52	54	52	70	18	34%
034	Andra sjukdomar i nervsystemet, komplicerat	21	24	24	31	22	36	13	60%
014A	Specifika kärlsjukdomar i hjärnan exkl TIA, komplicerat	176	197	167	184	163	171	8	5%
008	Op på hjärnnerver & andra delar av nervsystemet, ej komplicerat	27	40	25	26	25	32	7	26%
024	Kramper och huvudvärk, >17 år, komplicerat	49	55	49	65	52	58	6	12%
026	Kramper och huvudvärk, 0-17 år	51	46	48	45	47	52	4	9%
005	Operationer på extrakraniella kärl	9	8	8	8	12	16	4	36%

Om man ser DRG 27, "allvarlig traumatisk hjärnskada" som ett mått på faktiska trauma mot huvudet därför att det är fall som rimligen alltid sjukhusvårdas i regionen, så skiljer sig inte HSN 10 från VGR sett över de tre åren. I detta perspektiv förefaller den konstant höga konsumtionen av vårdtillfällen inom DRG 32 som hög. Även denna MDC-grupp domineras således av en DRG-grupp som innebär observation på sjukhus, DRG 32.

Totalt sett har HSN 10, 97 fler vårdtillfällen per 100 000 invånare. DRG 32 förklarar 71 av dessa. Det är observation för trauma mot huvudet. Det är en diagnos där praxis i det primära omhändertagandet kan spela stor roll för om patienten behöver slutenvårdas.

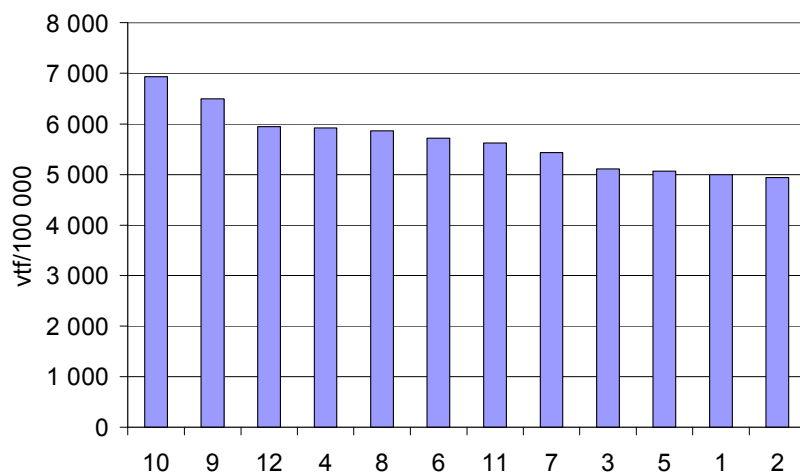
Skillnader i vårdtidernas längd

Hur vårdtillfällena fördelar sig över olika vårdtider har undersökts vilket kan vara ett indirekt mått på svårighetsgraden av sjukdomarna i slutenvård.



Figur 6. antal vårdtillfällen per 1000 individer i förhållande till vårdtidens längd.

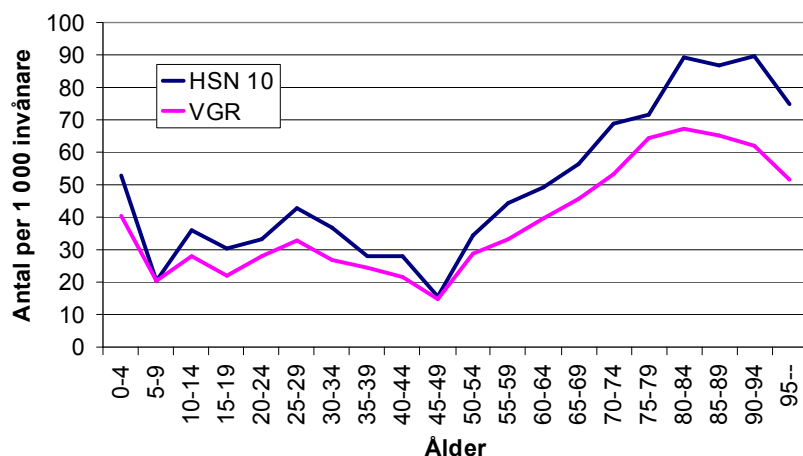
Bilden visar att den högre konsumtionen av slutenvård i HSN 10 nästan helt förklaras av vårdtillfällen med kort vårdtid, 1-2 dagar. I figuren nedan redovisas konsumtionen av vårdtillfällen med vårdtid 1-2 dagar för alla HSN.



Figur 7. Vårdtillfällen/100 000 invånare med vårdtid 1-2 dagar för HSN-områdena.

Figuren visar att konsumtionen är högst i regionen i HSN 10. Näst högst är den i HSN 9 som är västra Skaraborg. I figuren nedan visas vårdtillfällen med 1-2 dagars vårdtid och deras fördelning över olika ålderskategorier. Frågan är om vårdstrukturen med relativt självständiga enheter i Lidköping och Skövde kan ha betydelse? Kan överflyttningar mellan dessa enheter leda till skenbart fler vårdtillfällen? En särskild analys har gjorts av vården 2007. Vårdtillfällen för invånare i HSN 9 och 10 hade i omedelbar följd ytterligare ett vårdtillfälle i 0,7 % av fallen. Det är lika med regiongenomsnittet vilket innebär att omflyttningar mellan kliniker och sjukhus inte är en förklaring till den högre konsumtionen.

I figuren nedan redovisas fördelningen över olika åldrar av viss korttidsvård.



Figur 8. konsumtion av vårdtillfällen med 1-2 dagars vårdtid fördelat för olika åldersgrupper 2008.

Figuren visar att konsumtionen är högre för de flesta åldersgrupper.

I tabellen nedan har konsumtionen av vårdtillfällen per MDC-grupp med 1-2 vårddagar sammanställts. Konsumtionen per 100 000 invånare har listats i fallande ordning efter differensen mellan HSN 10 och VGR.

Tabell 14. konsumtion av vårdtillfällen med vårdtid 1-2 dagar för de mdc med störst skillnad mellan HSN 10 och VGR.

MDC	VGR	HSN 10	differens	procent
6 Matsmältningens sjukdomar	690	1 087	396	36
1 Sjukdomar i nervsystemet	336	528	193	36
5 Cirkulationsorganens sjukdomar	980	1 138	158	14
23 Andra och ospecificerade hälsoproblem	129	255	126	49
3 Sjukdomar i öra, näsa, mun och hals	438	552	115	21
15 Nyfödda och vissa perinatale tillstånd	41	140	99	71
4 Andningsorganens sjukdomar	260	355	95	27
11 Sjukdomar i njure och urinvägar	224	282	58	21
10 Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbnings- och ämnesomsättningsjukdomar	98	151	53	35
9 Sjukdomar i hud och underhud	132	176	44	25
7 Sjukdomar i lever, gallvägar och bukspottkörtel	121	160	39	24
8 Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven	431	466	35	8

Ungefär samma mönster ses som när alla vårdtillfällen analyseras som beskrivits i de tidigare avsnitten. Den procentuella skillnaden mellan HSN 10 och VGR blir emellertid större för detta urval.

I tabell 15 kompletteras med konsumtionen av DRG-grupper med vårdtid 1-2 dagar för de DRG-grupper där skillnaden är störst..

Tabell 15. konsumtion av vårdtillfällen med vårdtid 1-2 dagar för de drg med störst skillnad mellan HSN 10 och VGR. Observera att den procentuella jämförelsen naturligtvis är behäftad med större statistisk osäkerhet på grund av många gånger små tal.

drg		kons 10	VGR	differens	%
183	Buksmärtor och gastroenteriter, >17 år, ej komplicerat	504	202	302	149
467	Andra faktorer med påverkan på hälsotillståndet	179	71	108	153
143	Bröstmärtor, ej angina pectoris	355	258	96	37
184B	Buksmärtor och gastroenteriter, 0-17 år, ej komplicerat	167	91	76	83
390	Nyfödd, födelsevikt 2500 g eller mer, med annat signifikant problem	70	15	55	359
391	Normal nyfödd	59	9	50	560
065	Balansproblem, yrsel	126	78	48	61
032	Hjärnskakning, >17 år, ej komplicerat	66	22	45	206
025	Kramper och huvudvärk, >17 år, ej komplicerat	101	59	42	71
140	Angina pectoris	93	57	36	62
281	Trauma utan djupare skador, >17 år, ej komplicerat	53	21	32	155
059	Tonsillektomi och adenoidektomi enbart, >17 år	52	21	31	145
127	Hjärtsvikt och chock	74	48	26	55
014B	Specifika kärlsjukdomar i hjärnan exkl TIA, ej komplicerat	48	23	26	115
520	Obstruktivt sömnapné syndrom	130	106	25	23
208	Gallvägssjukdomar, ej komplicerat	45	21	24	117
175	Blödning i matsmältningsorganen, ej komplicerat, utgår fr o m 2009	46	23	23	103
288A	Mag-tarmoperationer mot fetma	25	3	22	866
243	Medicinska ryggsjukdomar	61	40	21	52
100	Onormala fynd och symtom i andningsorganen, ej komplicerat	40	19	20	106
494	Laparoskopisk kolecystektomi utan koledokusexploration, ej komplicerat	69	50	19	39
294	Diabetes, >35 år	34	15	19	131

Den högre konsumtionen av vårdtillfällen med kort vårdtid är således den viktigaste förklaringen till den högre slutenvårdskonsumtionen i HSN 10.

Skillnader mellan kommuner i upptagningsområdet

Den somatiska slutenvårdskonsumtionen har brutits ner på kommunnivå för HSN 9 och 10.

Tabell 16. Somatisk slutenvårdskonsumtion 2008 för invånarna i HSN 9 och 10. vårdtillfällen per 1000 invånare, ålderstandardiserat. Till höger vårdtillfällen med kort vårdtid

Alla somatiska vårdtillfällen		Vårdtillfällen med vårdtid 1-2 dagar	
Kommunnamn	Antal	Kommun	Antal
Essunga	137	Essunga	58
Falköping	146	Falköping	62
Grästorp	139	Grästorp	62
Gullspång	149	Gullspång	65
Götene	151	Götene	67
Hjo	146	Hjo	61
Karlsborg	153	Karlsborg	65
Lidköping	145	Lidköping	62
Mariestad	156	Mariestad	67
Skara	158	Skara	66
Skövde	154	Skövde	68
Tibro	153	Tibro	72
Tidaholm	150	Tidaholm	64
Töreboda	169	Töreboda	75
Vara	146	Vara	65

Det finns inget uppenbart mönster att mer avlägsna kommuner från sjukhus skulle ha en högre eller lägre slutenvårdskonsumtion än de som har nära till sjukhuset fransett den höga slutenvårdskonsumtionen i Töreboda. Detsamma gäller för vårdtillfällen med korta vårdtider.

Skillnader i registreringspraxis/vårdstruktur

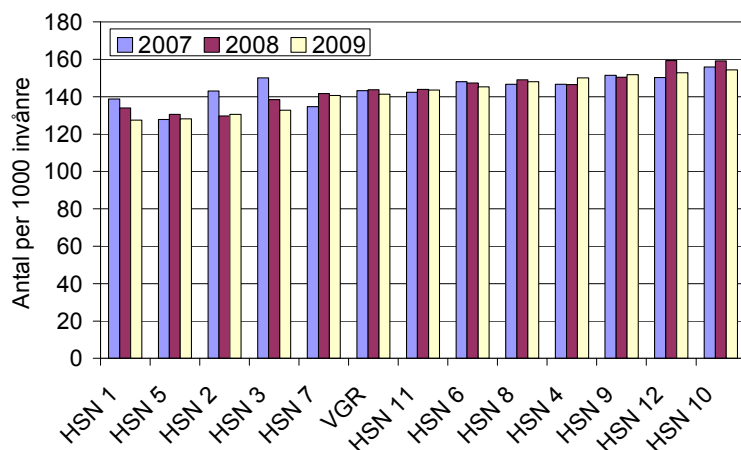
Under arbetet har frågan kommit upp om det förekommer vård på observationsplatser vid vissa sjukhus som inte skrivs in i slutenvård. Sådan vård skulle kunna påverka jämförelser om principiellt samma vård inte hanteras i slutenvård vid vissa sjukhus.

En förfrågan till samtliga akutsjukhus visar att särskilda observationsplatser finns vid SÄS och NU-sjukvården. Dessa båda sjukhus har 12 platser vardera. SU som svarar för mycket stor andel av regionens oplanerade vård saknar observationsplatser. I Borås inrättade dessa platser i mars 2009. Inom NU-sjukvården finns endast observationsplatser vid Uddevalla sjukhus och dessa startade sommaren 2007. Vid analys av minskning av slutenvård i NU-området skedde minskningen oberoende av patienternas hemkommun varför det då bedömdes att enheten inte kunde påverka konsumtionsjämförelser annat än marginellt.

Det bedöms därför att denna strukturella skillnad inte kan påverka jämförelserna i slutenvårdskonsumtion i denna rapport.

Förändringar 2008-2009

Som komplettering har data tagits fram över utvecklingen mellan 2008 och 2009. I Verksamhetsanalys 2009 redovisas slutenvårdskonsumtionen samt förändringar de senaste tre åren.



Figur 9 från Verksamhetsanalys 2009. Konsumtion av somatiska vårdtillfällen per 1000 invånare 2007-2009- Ålderstandardiserade värden. Staplarna sorterade efter konsumtion 2009. Källa: Vega

Mellan 2008 och 2009 ses en minskning av slutenvårdskonsumtionen i HSN 10. den är dock fortfarande högst i regionen.

Tabell 17. Antalet somatiska vårdtillfällen 2008 och 2009. * summa innehåller också ett litet antal vårdtillfällen utan uppgift om planerad/oplanerad vård.

	2008	2009	Skillnad	procent
Oplanerad	16 601	16 067	-534	-3,2
Planerad	4 540	4 437	-103	-2,3
Summa*	21 608	21 002	-606	-2,8

Procentuellt men framförallt totalt svarar den oplanerade vården för den största minskningen. I tabell 18 redovisas förändringen för de största huvuddiagnosgrupperna.

Tabell 18. Somatisk slutenvårdskonsumtion 2008 och 2009 för invånarna i HSN 10. Vårdtillfällen, totalt antal, för MDC med >1000 vårdtillfällen. Ej ålderstandardiserat.

MDC	namn	2008	2009	skillnad	proc
1	Sjukdomar i nervsystemet	1 754	1 610	-144	-8,2
3	Sjukdomar i öra, näsa, mun och hals	1 036	1 090	54	5,2
4	Andningsorganens sjukdomar	1 564	1 392	-172	-11,0
5	Cirkulationsorganens sjukdomar	3 649	3 296	-353	-9,7
6	Matsmältningsorganens sjukdomar	2 649	2 538	-111	-4,2
7	Sjukdomar i lever, gallvägar och bukspottkörtel	602	639	37	6,1
8	Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven	2 396	2 517	121	5,1
11	Sjukdomar i njure och urinvägar	1 003	1 028	25	2,5
14	Graviditet, förlossning och barnsängstid	1 537	1 579	42	2,7
17	Myeloproliferativa sjukdomar och icke specificerade tumörer	543	492	-51	-9,4
23	Andra och ospecificerade hälsoproblem	677	605	-72	-10,6
99	Saknas	704	752	48	6,8

Den största minskningen ses för cirkulationsorganens sjukdomar. Det överensstämmer med den generella minskning av vård för cirkulationsorganens sjukdomar som redovisas i Verksamhetsanalys 2009.

Sammanfattning och diskussion

I ett internationellt perspektiv har Sverige en relativt låg konsumtion av slutenvård och framförallt mycket korta vårdtider med ett extremt lågt antal vårdplatser per capita för akut somatisk vård.

Nationellt har VGR en nära genomsnittlig slutenvårdskonsumtion. Inom regionen finns den högsta slutenvårdskonsumtionen i HSN 12 och HSN 10. Skillnaden mot flera andra nämndområden är dock förhållandevis liten och i ett nationellt perspektiv är inte slutenvårdskonsumtionen anmärkningsvärt hög för invånarna i HSN 10..

Arbetsgruppen har gjort en jämförelse i flera avseenden hur slutenvårdskonsumtionen skiljer sig från regionens genomsnitt för invånarna HSN 10 vilket redovisats ovan.

Arbetsgruppen vill peka på följande iakttagelser och redovisar de slutsatser som dragits.

Hög konsumtion av korta vårdtillfällen

Konsumtionen av vårdtillfällen med kort vårdtid (1-2 dagar) är fler än regiongenomsnittet vilket är den viktigaste förklaringen till den relativt högre konsumtionen av slutenvård. Det kan bero på såväl skillnader i sjuklighet som en större benägenhet att slutenvårda sjukdomar som vid andra sjukhus hanteras i öppenvård. Det överensstämmer med analys av skillnader i diagnosmönster. Även om dessa korta vårdtillfällen förklarar merparten av den högre slutenvårdskonsumtion, är dessa korta vårdtillfällen de minst resurskrävande vilket talar för att en minskning av slutenvårdskonsumtionen inte kan ge en procentuellt motsvarande minskning av resursbehov. Arbetsgruppen har inte gjort någon ekonomisk värdering av den högre slutenvårdskonsumtionen.

Matsmältningsorganens sjukdomar

Konsumtionen av slutenvård för matsmältningsorganens sjukdomar är högre än regiongenomsnittet. Analysen visar att det huvudsakligen beror på mer vård för observation av framförallt kirurgiska tillstånd som inte utvecklas till behov av operation under samma vårdtillfälle. Det rör sig främst om DRG 183 och motsvarande DRG för barn (184B) med beteckningen Buksmärtor och gastroenteriter, ej komplicerat. Inom denna diagnosgrupp finns diagnoser som smärtor från buk och bäcken, andra funktionsrubbningsr i tarmen och diareesjukdomar. För DRG 182 som heter Buksmärtor och gastroenteriter, komplikerat ses ingen ökad konsumtion jämfört med regiongenomsnittet. Den högre konsumtionen kan nästan helt hänföras till vårdtillfällen med kort vårdtid. I detta sammanhang kan också nämnas den högre konsumtionen av slutenvård inom sinnesorganens sjukdomar förklaras av vård inom akutkirurgi. Den högre konsumtionen här förklaras framförallt av vård för okomplicerad hjärnskakning.

Cirkulationsorganens sjukdomar

Konsumtionen av slutenvård är något högre än regiongenomsnittet för cirkulationsorganens sjukdomar. Inom denna grupp är det vård för hjärtsvikt, kärlkramp och bröstsmärtor som är viktigaste förklaring. Det är diagnoser som delvis ingår i begreppet undvikbar slutenvård. I Verksamhetsanalys 2009 konstateras att HSN 10 har den näst högsta konsumtionen av undvikbar slutenvård i regionen och samtidigt den lägsta konsumtionen av läkarbesök i regionen. Det kan tala för att denna slutenvårdskonsumtion kan minskas genom ett bättre omhändertagande i öppenvård. Här ingår såväl god tillgänglighet som behandling enligt riktlinjer. Det är diagnosgrupper där sjukhuset inte självständigt hanterar vården utan såväl

sjukhus som primärvård kan påverka denna slutenvårdskonsumtion. Som exempel kan nämnas den viktigaste diagnosen inom undvikbar slutenvård - hjärtsvikt. Den behandling som kan ges är effektiv för att minska slutenvårdsbehov och den hanteras såväl inom primär- som sjukhusvård. På samma sätt som inom kirurgin, vilket beskrivits under matsmältningsorganens sjukdomar, så förklaras den högre konsumtionen av vårdtillfällen med korta vårdtider.

Nyföddhetsvård

Konsumtionen av slutenvård är något högre än regiongenomsnittet för nyföddhetsvård. Det beror på en förändring i registreringspraxis där andelen nyfödda som slutenvårdas vid SkaS ökade kraftigt mellan 2005 och 2006. Det finns anledning att ge sektorsrådet för kvinnosjukvård i uppdrag att ta fram förslag till regiongemensamma riktlinjer för registrering av vård av nyfödda.

Huvuddiagnosgruppen Andra och ospecificerade hälsoproblem

Konsumtionen av slutenvård är högre än regiongenomsnittet för diagnosgruppen Andra och ospecificerade hälsoproblem. Den högre konsumtionen i denna diagnosgrupp kan helt förklaras med diagnospraxis. Det finns anledning att analysera diagnospraxis inom SkaS för att åstadkomma en mer preciserad diagnossättning för att skapa jämförbarhet med övriga sjukhus.

Denna analys ger en djupare bild över skillnader mellan vårdkonsumtionen för invånarna i HSN 10 och regiongenomsnittet. De framtagna data och deras tolkning är avsett att utgöra en grund för fortsatt diskussion och analys inom sjukhuset och mellan hälso- och sjukvårdskansli och sjukhuset. Ett annat underlag är den påtagliga minskningen av slutenvårdskonsumtionen som skett i HSN 1, 2 och 3 som föranlett en särskild rapport och som fortsatt skett även efter den rapporten färdigställts. Tidigare har slutenvårdskonsumtionen varit jämförbar för invånarna i HSN 10 och HSN 3. Inom HSN 3 har slutenvårdskonsumtionen minskat till att vara en av de lägsta i regionen 2009.