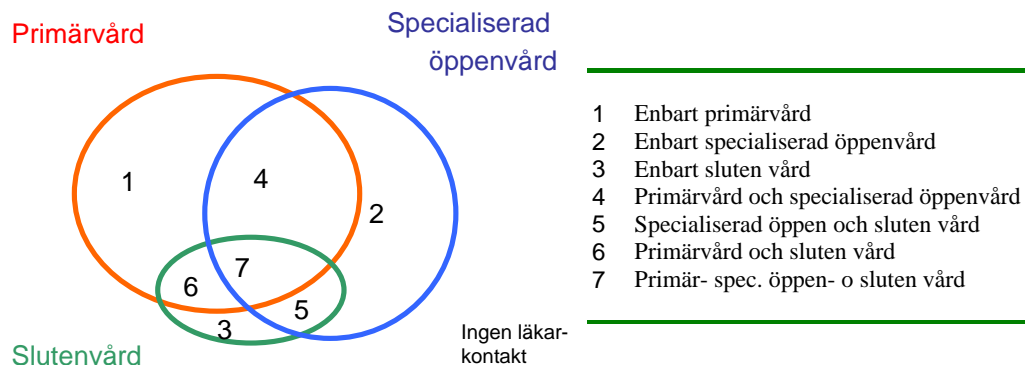


Vårdkonsumtion metoder och modeller

Rapport från utvecklingsprojekt NYSAM Vårdkonsumtion



2007-02-02

Lisbeth Isaksson, Dalarna
Rolf Forsman, Gotland
Irene Håberger, Gävleborg
Göran Hallman, Jämtland
Kerstin Bengtsson, Kronoberg
Eva Blom, Sörmland
Ingrid Nielsen, Västra Götaland
Annika Karlqvist, Västra Götaland
Christina Broman, Helseplan

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	3
2. Beskrivning av utvecklingsprojektet.....	5
3. Vårdkonsumtionsmodell – en informativ strategi.....	6
4. System, hur ser underlagen ut?.....	7
5. Vem/vilka är individer?.....	7
6. Metod/Material – hur gick vi tillväga?.....	11
7. Frågeschema – Individbaserad statistik.....	11
8. Resultat - Vad är möjligt att ta fram idag?.....	12
9. Diskussion – användningsområden.....	18
10. Erfarenheter och slutsatser.....	20
11. Rekommendation till fortsatt utvecklingsarbete	21
12. Bilagor.....	22
13. Bilaga 1 – Västra Götaland.....	23
14. Bilaga 2 – Kronoberg.....	27
15. Bilaga 3 – Gävleborg.....	36

1. Inledning

Inom ramen för NYSAM sker olika former av utvecklingsprojekt. I denna rapport beskrivs hur individbaserad vårdkonsumtionsinformation kan utveckla och förbättra uppföljningsmodeller samt metoder avseende att analysera vårdkonsumtion.

Vårdkonsumtionsgruppen inom Nysam bedrev under år 2003 - 2006 ett utvecklingsprojekt för att studera vårdkonsumtionen ur ett individ- och befolkningsperspektiv. Två delrapporter har tidigare redovisats från utvecklingsprojektet.

Syftet är att utifrån ett befolkningsperspektiv visa vårdkonsumtion baserad på presenterad modell. Avsikten är att visa på fördelar, styrkor och resultat av resonemanget på individperspektivet inför framtida användnings- och tillämpningsområden. Vi vill visa att antal besök är intressant information om de kopplas till individernas benägenhet att söka vård.

Dagens vårdkonsumtion redovisas oftast i form av ren produktionsstatistik utan att koppla individen till de förutsättningar som råder för dels den enskilde men också hur vårdstrukturen är utformad.

Detta medför att den statistik som finns tillgänglig har begränsat värde för planering men också för att se om vården utför det politiskt fastställda målsättningen att ge lika vård på lika villkor.

Inom NYSAM Vårdkonsumtionsgrupp har en modell för att kunna arbeta med individdata tagits fram. Utvecklingen inom uppföljning av vårdens verksamheter går alltmer mot att följa individuella val av olika behandlingsterapier i form av vårdkedjor. För att följa dessa vårdkedjor krävs att data runt individen kan insamlas och följas över såväl administrativa som geografiska gränser.

Konsumtionstalen används för att belysa befolkningens totala konsumtion av vård, såväl inom det egna landstinget som i andra landsting, inklusive privat vård. Dock ingår inte den primärkommunala sjukvården. Utvecklingen de senaste åren är att vårdkonsumtion har blivit allt mer intressant att följa och utveckla.

Utvecklingsgruppen Vårdkonsumtion inom NYSAM har de senaste åren diskuterat behov och områden för att utveckla beskrivningen av befolkningens konsumtion av hälso- och sjukvård.

I det vårdkonsumtionsutvecklingsprojekt som här redovisas har dels en modellstruktur för hur olika behov av information kan identifieras samt en modell för hur individinformation kan redovisas i form av ett enhetligt ringdiagram. Intentionerna med nyckeltalssamverkan är att ta fram data så att varje landsting ska kunna jämföra effekter i befolkningen av sin hälso- och sjukvård med andra landsting. Avsikten är att kunna utveckla ett generellt system för kontinuerlig uppföljning av regionens/landstingets verksamhet. Genom utvecklingsarbetet har man i betydande grad diskuterat och formulerat gemensamma krav (definitioner, metoder, registreringsrutiner, mm) på ett sådant system. I framtiden gäller det att försäkra sig om att alla driftsenheter som ingår i studien, använder de definitioner utvecklingsgruppen kommit överens om.

Nätverket Uppdrag Hälsas (f d Beställarnätverket) definition av konsumtion lyder; ”identiskt med produktion, men beskrivet och fördelat ur patienternas perspektiv”¹. Begreppet konsumtion är därmed definierat och begränsat till resultat av hälso- och sjukvårdsproduktion. Detta är inget nytt och dagens vårdkonsumtionsbegrepp bygger på uppgifter från produktionen. Patientperspektivet är dock inte representerat i dagens vårdkonsumtionsbegrepp och det är kopplingen mellan traditionell vårdkonsumtion och individ/konsument/patientperspektivet som, vårdkonsumtionsgruppen vill påvisa, har en stor betydelse för det framtida begreppet vårdkonsumtion.

Vårdkonsumtionsgruppen vill därmed ha möjligheten att:

- Identifiera individen - vem söker vård
- Karaktärisera - bakgrundsvariabler, utifrån ett individ och befolkningsperspektiv, som kan härledas till individen
- Lokalisera - varifrån och var
- Gruppera - gemensam nämnare utifrån diagnosgrupp, bakgrundsvariabler, vårdnivå

Är det möjligt att på ett strukturerat sätt få in individperspektivet i begreppet vårdkonsumtion? Därigenom kopplas inte begreppet individperspektiv enbart till produktionen och/eller utbudet av hälso- och sjukvård. Därvid blir det möjligt att koppla vårdkonsumtionen och individen. På detta sätt framträder nya frågor, exempelvis:

- Vem är den enskilda individen?
- Hur ser vårdprocessen för individen ut?
- Vad kostar individens vårdkontakter?
- På vilken vårdnivå söker individen kontakt?
- Hur mycket vård förbrukar individen?
- Vad för typ av vård konsumerar individen osv.

Denna typ av frågeställningar, där individen sätts i fokus, ger en ny dimension för att kartlägga konsumtionsmönster i landstingen.

Hur hälso- och sjukvård skall ledas och styras kan ske utifrån en mängd olika perspektiv bland annat organisatoriska, produktionsmässiga, ekonomiska, behovsmässiga osv. Vår ingång i utvecklingsprojektet är att vårdkonsumtionen skall ligga till grund som en styrmekanism bland andra, där mottagaren av resultatet kan befinna sig på olika mottagarnivåer, exempelvis politisk nivå, tjänstemannanivå, verksamhetsnivå mm. Vårdkonsumtionsbegreppet har på detta sätt olika innehåll beroende av mottagare. Exempelvis kan det vara intressant för en politiker att få en övergripande information kring vårdkonsumtionen medan verksamhetschefen är intresserad av en helt annan och mer detaljerad samt specificerad konsumtionsnivå som är mer relaterad till produktionen.

¹ Andersson, Eklund, Larsson, Maathz, Rönström. ”Uppdrag: Hälso- och Sjukvård”, s 42, Studentlitteratur Lund 2003.

2. Beskrivning av utvecklingsprojektet

Vårdkonsumtionsgruppen inom NYSAM bedriver sedan 2003 ett utvecklingsprojekt för att studera vårdkonsumtion ur ett individ- och befolkningsperspektiv. En delrapport presenterades i november 2003. Projektet ledde till ett fortsatt intresse från styrgruppen i NYSAM av vårdkonsumtionsfrågan vilket gjorde att idén till en fördjupad och mer strukturerad pilotstudie växte fram.

Studien syftade till att:

- visa mervärdet av individdata för beskrivning av vårdkonsumtion (individerna) samt ta fram modell och förslag till innehåll för beskrivning av vårdkonsumtion.
- skapa förutsättningar för beslut om vilka uppgifter som är lämpliga att begära in från medlemmarna i NYSAM vad avser vårdkonsumtion

Avsikten är att föra ett annorlunda resonemang över vårdkonsumtion utifrån presenterad modell. Syftet är att visa på fördelar, styrkor och resultat av resonemanget på individperspektivet inför framtida användnings- och tillämpningsområden. Utvecklingsgruppen vill visa på att antal besök är intressant information om det kopplas till individernas benägenhet att söka vård.

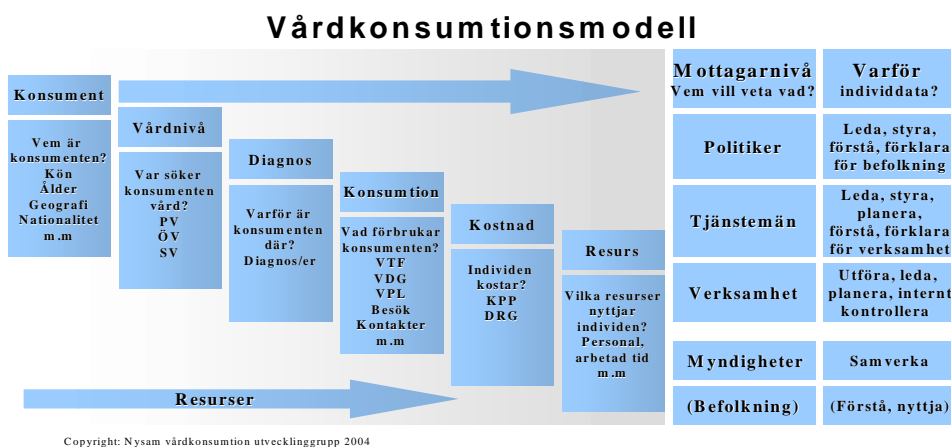
3. Vårdkonsumtionsmodell – en informativ strategi

Vårdkonsumtionsmodellen är en teoretisk modell för att fånga individen och därmed patientens väg och kontakter med hälso- och sjukvården. När data hämtas från många olika källor – administrativa såväl som medicinska - finns en tendens att informationsmängderna blir väldigt omfattande. Det kan då vara svårt att få en överblick över vilken information som är möjlig att ta fram och hur den kan användas. Inom projektet har därför utvecklats en modell för att kunna beskriva vårdkonsumtionsinformation ur ett användarperspektiv.

Vårdkonsumtionsmodellen nedan syftar till att sammanfatta den grundläggande informationsmängden som mottagaren/beställaren eller användaren kan använda sig av vid jämförande eller kartläggande studier av individbaserad konsumtion. Meningen är att modellen skall underlätta för användaren att, på ett enkelt, övergripande och strukturerat sätt, ta till sig vad som är möjligt att genomföra, se bild nedan.

Detta avsnitt är delvis en återkoppling till den tidigare presentationen av vår vårdkonsumtionsmodell från delrapport 2. Modellen kommer dock att utvecklas samt förändras under det fortsatta utvecklingsarbetet. Denna förbättring av modellen är föranledd av att då material produceras, redovisas och diskuteras kommer nya perspektiv fram på nyttan.

Modellen visar principen för vilken övergripande information som finns tillgänglig för användaren av datamängden. Det finns också ett syfte att modellen skall användas likt en trappa som utgår från individen/individerna och sedan bygger på med de variabler som är relevant för studien. Se bild nedan.



Modellen bygger på att i den vänstra delen redovisa och beskriva konsumenten. Sedan tillförs kompletterande information stegvis från olika källor. Dessa källor är av olika struktur och behöver därför kopplas samman med den enskilde individen. Denna sammankoppling sker utan att enskilda redovisas utan endast de sammanförda data. Avsikten med modellen är att styra bort intresset från antal besök till ett individperspektiv och därmed till ett mer dynamiskt perspektiv. Detta åskådliggörs i modellen genom att olika intressenter/mottagare av kunskap baserad på individinformationen redovisas hierarkiskt med en relation till inom vilka områden dessa kunskaper kan komma att nyttjas. Modellen beskriver därför i form av en grov struktur hela kedjan från data till beslutsunderlag.

4. System, hur ser underlagen ut?

För att kunna prova modellen användes Västra Götalands regions databas i projektets grundmaterial. Informationsmängden valdes ut gemensamt av vårdkonsumtionsgruppen och uppgifter avser år 2002.

Som underlag för studien har två olika områden inom Västra Götalandsregionen valts ut (2 hälso- och sjukvårdsområden med cirka 125 000 invånare). Någon närmare presentation av respektive områden redovisas inte med avseende på åldersstruktur, kön, tillgång till hälso- och sjukvård, ohälsotal etc. Siffrorna och diagrammen är avsedda att förtydliga och exemplifiera beskrivningen av vårdkonsumtion utifrån modellen.

Inledningsvis identifieras individen (diagram 1) med information om benägenheten att söka vård med uppdelning i åldersgrupper. Diagram 2 och 3 beskriver på vilken/vilka vårdnivåer som individen får sin vård med uppdelning i åldersgrupper och kön. I diagram 4 beskrivs om kontakten med vården varit vid ett eller flera tillfällen uppdelat i åldersgrupper. Slutligen visar vi i diagram 5 genomsnittligt antal besök per invånare på olika vårdenheter och därmed hur många besök individerna konsumerat. Samtliga uppgifter avser år 2002.

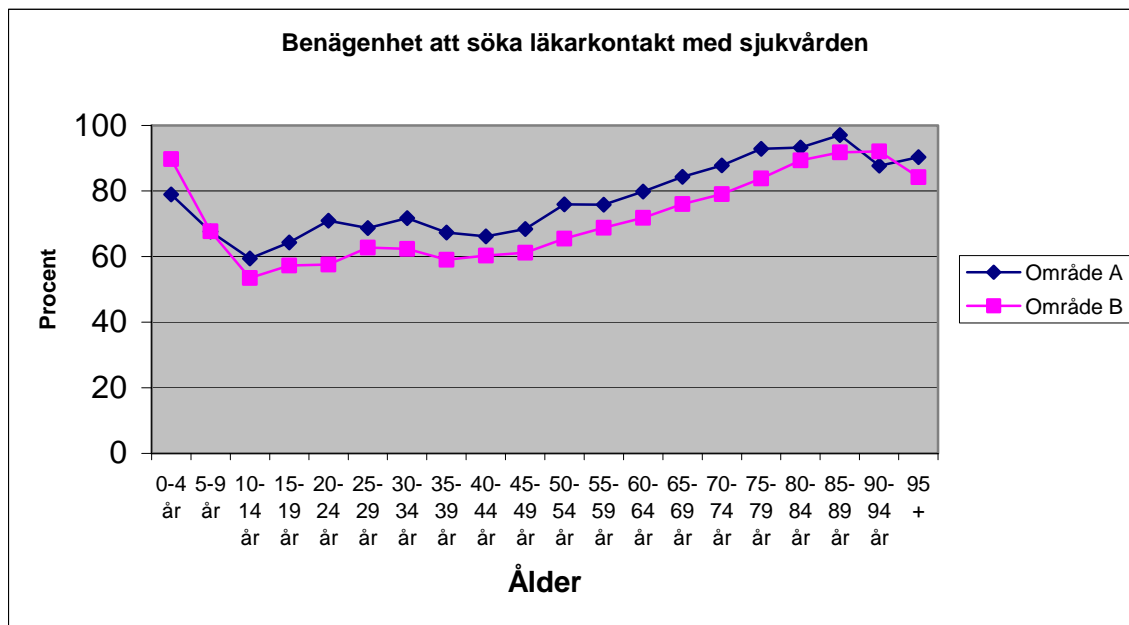
5. Vem/vilka är individer?

Ett moment i att beskriva vårdkonsumtionen är att belysa den med kontaktgrad utifrån åldersfördelning. Kontaktgraden - individens kontakt med hälso- och sjukvård - beskriver individens samlade kontakter under år 2002 inom primärvård, öppen sjukhusvård samt slutenvård.

Tabell 1

	Män	Kvinnor	Totalt
Område A	67.2	78.0	72.6
Område B	62.1	72.6	67.3

Tabellen visar hur stor del av befolkningen könsfördelat som har haft läkarkontakt med sjukvården under ett år. Kontakten avser primärvård samt sjukhusens öppenvård och slutenvård. Olika studier har visat på att kvinnor gör fler läkarbesök än männen. Denna studie visar att kvinnorna inte bara haft fler läkarbesök utan även att fler kvinnor än män har haft läkarkontakt med sjukvården.

Diagram 1

Diagrammet visar hur stor del av befolkningen i olika åldersgrupper som haft minst en läkarkontakt med hälso- och sjukvården (avser både primärvård och sjukhusvård). Diagrammet visar en förvånansvärt hög kontaktgrad i de olika åldersgrupperna. Ökningen i kontaktgrad i befolkningen inträffar i en lägre ålder än vi hade förväntat oss, redan vid 50-årsåldern.

Möjlighet finns att fördjupa studierna över kontakten för olika åldersgrupper könsfördelat för de som enbart eller kombinerat söker primärvård, öppenvård eller sjukhusens slutenvård.

Vid analys av uppgifterna inställer sig frågor som:

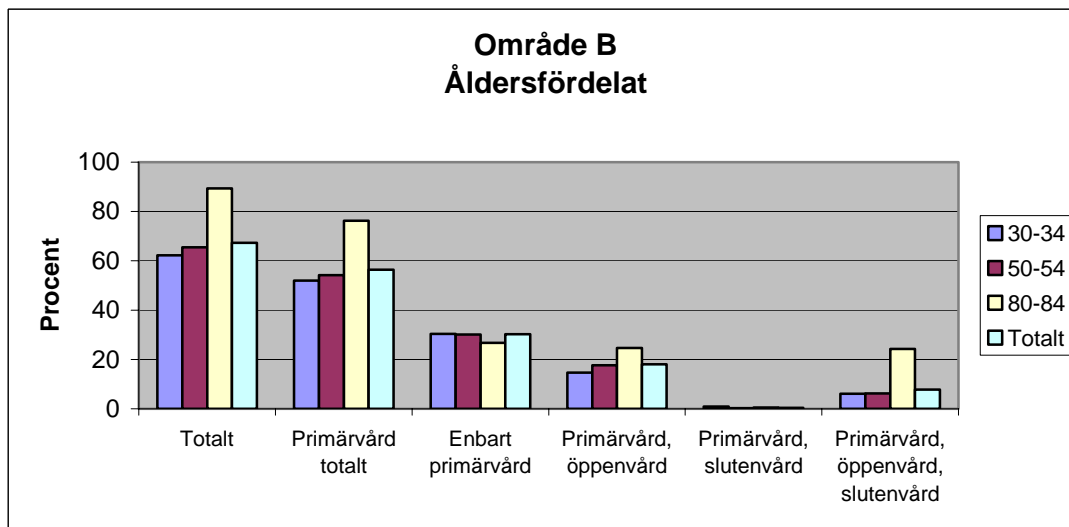
- Vad kan påverka skillnader i benägenheten att kontakta sjukvården i olika områden?
- Finns det skillnader mellan män och kvinnor?
- Hur påverkar socioekonomiska faktorer, geografiska skillnader och utbud benägenheten att söka kontakt med sjukvården?

Information om benägenheten att söka läkarkontakt med sjukvården har olika betydelse för olika mottagare som politiker, tjänstemän, ledningspersoner och verksamhetschefer.

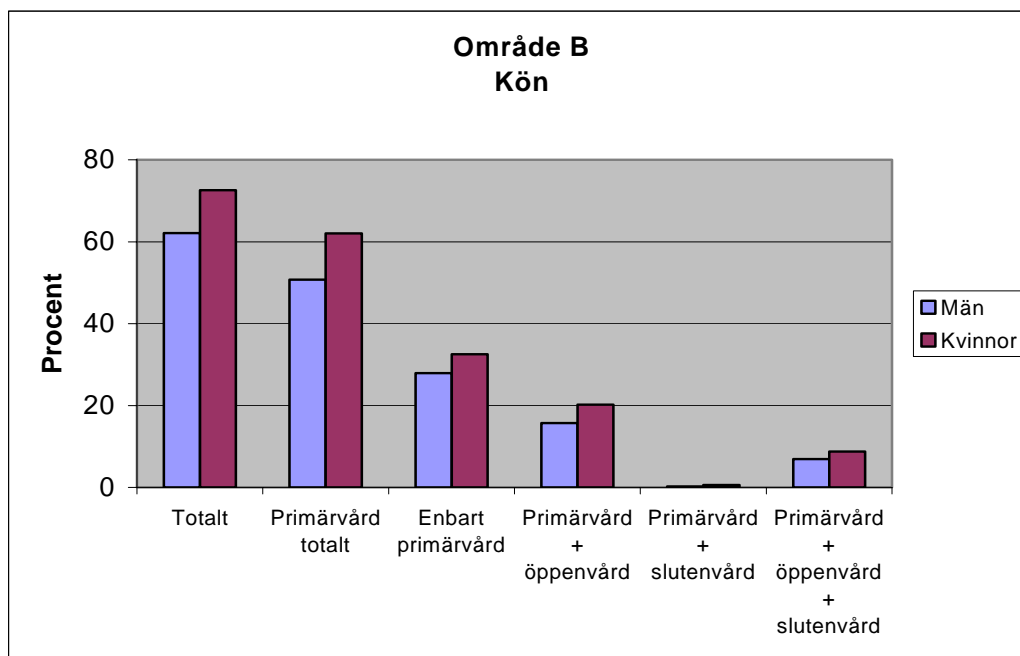
En fråga är vilken den förväntade nivån på benägenheten att söka hälso- och sjukvård. Hur stor del av befolkningen tror vi söker vård under ett år och hur stor del av befolkningen bör primärvården ha kontakt med?

Ett annat moment för att komplettera beskrivning av vårdkonsumtion är att visa i vilken vårdform individerna har erhållit vård och därmed haft läkarkontakt med hälso- och sjukvården. Kontakten med sjukvården kan avse enbart primärvård, sjukhusens öppenvård eller sjukhusens slutenvård.

Diagrammet visar på skillnader med avseende på vissa åldersgrupper.

Diagram 2

Av tidigare diagram framgår att benägenheten att söka vård ökar från 50-års åldern. Dessa diagram ger information som visar benägenhet i olika åldersgrupper att söka vård i olika vårdformer. Genomgående är det fler kvinnor som söker vård oavsett vårdform. Det är åldersgruppen 80-84 år som i störst utsträckning har kontakt med både primärvården och sjukhusvårdens öppna och slutna vård.

Diagram 3

Diagrammen 2 och 3 visar även hur stor andel av individen som enbart har kontakt med primärvården samt med andra vårdformer.

Med öppen vård avses här öppen specialiserad vård på sjukhus.

Med Primärvård totalt avses här alla som har varit i kontakt med primärvården.

Hur många vårdkontakter och hur ofta

Ett ytterligare moment för att komplettera beskrivningen av vårdkonsumtion är att visa individperspektivet på frekvensfördelningen av läkarbesök i en utvald kommun. Diagrammet visar på skillnader i antalet vårdkontakter samt olikheter i vissa åldersgrupper.

Diagram 4

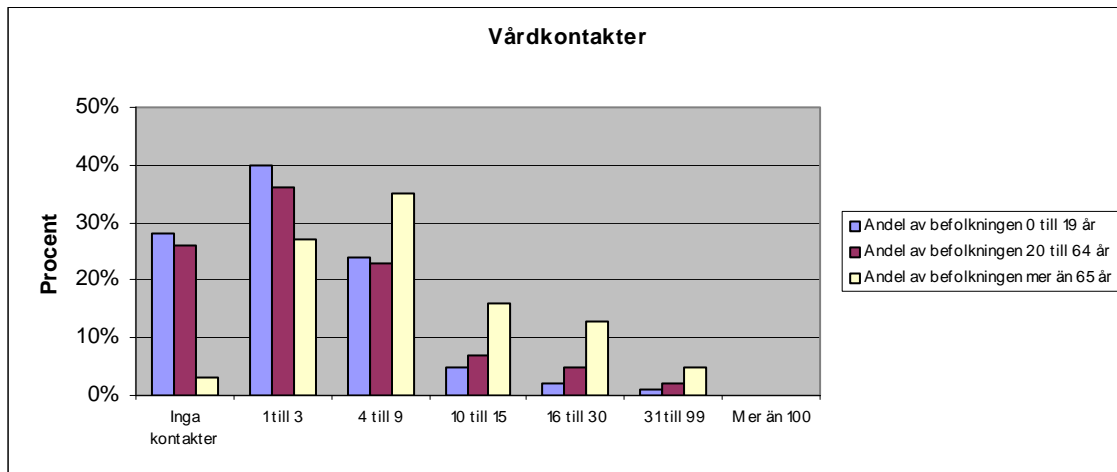
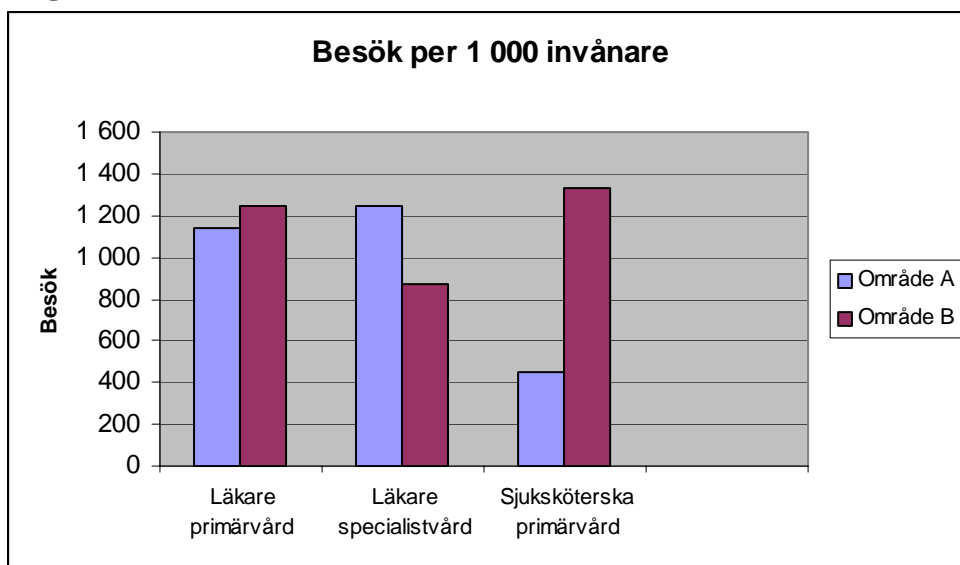


Diagram 5



Det finns skillnader i antalet per besök mellan områdena vad avser läkarbesök inom primärvård och specialistvård. Det finns en tydlig skillnad vad avser sjuksköterskebesök i primärvård. Analys diagram 5 bör ske tillsammans med information om benägenheten att söka vård.

6. Metod och material – hur gick vi tillväga?

För att beskriva vårdkonsumtion ur ett individperspektiv valde vi att använda modellen ”Kontaktgrad”². Kontaktgrad definieras som den andel av befolkningen som kommit i kontakt med sjukvården under en given tidsperiod. Kontaktgradsmåttet är mer stabilt avseende bortfall av registerdata än andra konventionellt använda nyttjandemått.

7. Frågeschema - Individbaserad statistik

Nysams styrgrupp har beviljat medel till en fortsättning/utveckling av de 2 projekt inom individdata som Nysams vårdkonsumtionsgrupp genomfört under åren 2003-2004. Ett första steg var att undersöka om landstingen hade tekniska förutsättningar att fånga data på individnivån. Detta har nu gjorts med några få undantag.

Respektive landsting försökte att ta fram data inom ett testområde till exempel hela landstinget, en kommun, eller en eller flera vårdcentraler. De variabler som var aktuella i sammanhanget framgår av bilaga 1. Resultatet ser olika ut beroende på testområde. Resultaten visar hur stor andel av individerna som enbart har kontakt med primärvården, enbart specialiserad öppen vård, enbart slutenvård och olika kombinationer av vårdformer.

Den valda redovisningsperioden sattes till 1 år, förslagsvis år 2005, detta var ej möjligt för alla medverkande landsting.

Den vård som redovisas avser sjukdom och skada. Förebyggande vård såsom MVC, BVC, vaccinationer och hälsokontroller ingår inte. Däremot ingår förlossningsvård.

Resultatet anges i antal unika individer

- Primärvård, läkarbesök
- Specialiserad öppenvård läkarbesök
- Sluten vård avslutade vårdtillfällen

Intentionen är att de redovisade resultaten skall omfatta både privat och offentlig vård. Detta var inte möjligt för alla medverkande landsting. Se kommentar för varje redovisat diagram.

Patientens ålder. När data samlades in så redovisades patienten endast en gång i varje grupp. (Om patienten förekom fler gånger så redovisades den högsta åldern).

Patientens kön anges.

² Nordin, Lappas, Lindström, Maesel och Krantz, Läkartidningen nr 32-33 2004, Volym 101, s 2485-2488

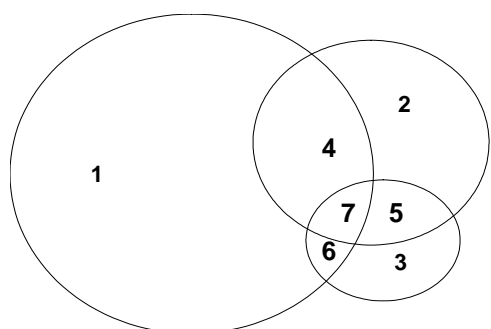
8. Resultat - Vad är möjligt att redovisa?

Med kontaktgrad menas andel av befolkningen som haft någon form av kontakt med läkare (besök och/eller vårdtillfälle). Primärvård innefattar läkare med allmänmedicinsk kompetens, både i offentlig och privat verksamhet. Specialiserad öppenvård innefattar läkare med andra specialiteter som arbetar inom sjukhusens öppenvårdsverksamhet, vid vårdcentraler samt privata läkare med avtal. Slutenvård innefattar vårdtillfällen då patient varit inskriven vid vårdenhet och vårdplats ställts till förfogande. Besök hos läkare på BVC, MVC, vaccinationer och hälsokontroller ska inte ingå men har inte kunnat exkluderas i vissa fall.

Det är möjligt att fånga och redovisa individstatistik enligt den framtagna ringmodellen som ger en tydlig bild av fördelningen mellan olika vårdnivåer. Tydligheten skulle förstärkas om ringarnas och fältens storlek kunde göras exakt proportionerliga. Ringarna visar hur stor andel av individerna som enbart haft kontakt med primärvården (1), enbart specialiserad öppen vård (2), enbart slutna vård (3) eller i kombinationer av primärvård, specialiserad öppenvård och specialiserad slutna vård. Primärvård och specialiserad öppenvård redovisas i fält 4, specialiserad öppenvård och slutna vård redovisas i fält 5, primärvård och slutna vård i fält 6 samt de som varit i kontakt med alla vårdnivåerna som återfinns i fält 7 (figur 1).

För att få all primärvård adderas $1+4+6+7$. För den specialiserade öppna vården adderas $2+4+5+7$ och för den slutna vården $3+5+6+7$.

Figur 1



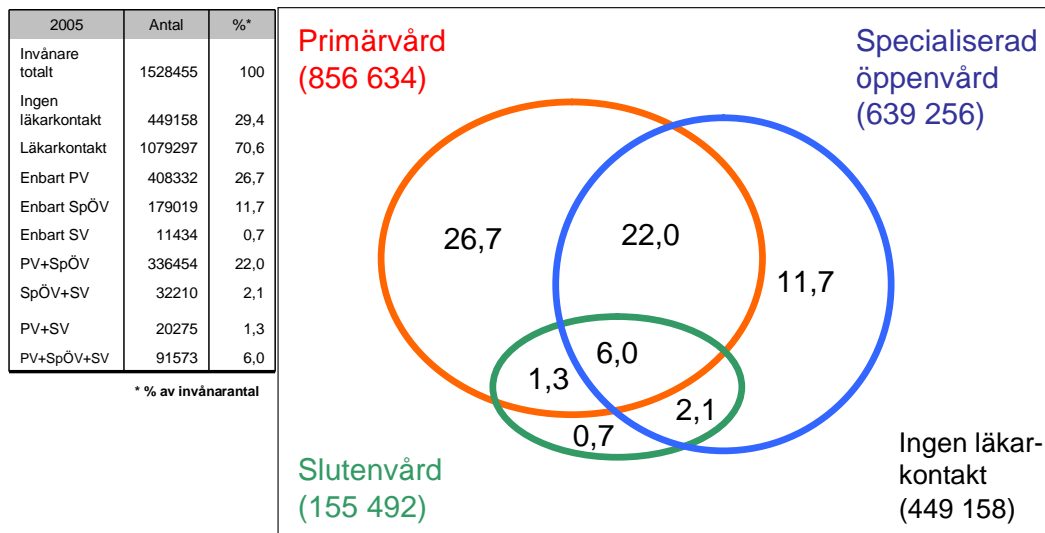
-
- 1 Enbart primärvård
 - 2 Enbart specialiserad öppenvård
 - 3 Enbart slutna vård
 - 4 Primärvård och specialiserad öppenvård
 - 5 Specialiserad öppen och slutna vård
 - 6 Primärvård och slutna vård
 - 7 Primär- spec. öppen- o slutna vård
-

För något landsting måste ett omfattande kvalitetssäkringsarbete utföras innan data kan användas i skarpt läge. Västra Götaland har kommit längst, de har databasen VEGA där all vårddata samlas. Flera landsting har hämtat uppgifterna direkt ur sina vårdadministrativa system det vill säga man har inget datalager med därtill hörande lämpligt utskrivningsverktyg till sin hjälp. Andra landsting har manuellt hämtat uppgifter från olika databaser och bearbetat sina data med hjälp av något statistikprogram. För att få en heltäckande bild krävs data från samtliga interna och privata vårdgivare inklusive privata etableringar samt data för vård utanför det egna landstinget. Även här har landstingen kommit olika långt, de flesta saknar data från vården utför det egna länet och många privata vårdgivare.

När materialet bearbetats framgår att det finns vissa överensstämmande mönster men också vissa olikheter i andelsfördelningen. Primärvårdsdelen är störst men kanske inte alltid så stor som man förväntat i de landsting där man gjort särskilda primärvårdssatsningar. Andelen som sökt enbart primärvård och enbart specialiserad öppen vård varierade ganska mycket och även kombinationerna av dessa.

Västra Götaland redovisar Regionnivå

I Västra Götaland har 1 079 297 individer av 1 528 455 invånare haft läkarkontakt 2005. Kontaktgrad 70,6 procent.

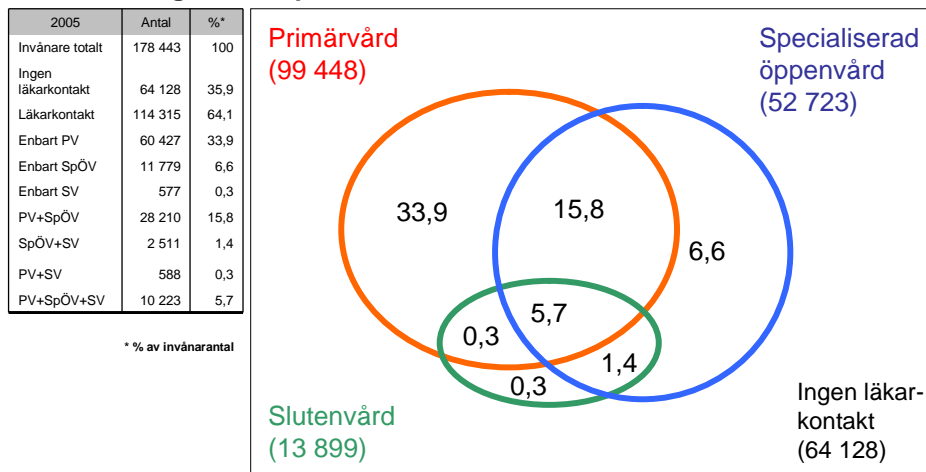


Anmärkningar:

- Kontaktgrad: Andel av befolkningen som haft någon form av kontakt med läkare (besök eller vårdtillfälle).
- Primärvård innefattar läkare med allmänmedicinsk kompetens inom den offentliga primärvården, jourcentraler samt hos privata läkare som Västra Götalandsregionen har avtal med.
- Öppenvård innefattar läkare med andra specialiteter än allmänmedicin vid sjukhusens öppenvårdsverksamhet, vid vårdcentraler samt hos privata läkare som Västra Götalandsregionen har avtal med.
- Slutenvård innefattar vårdtillfällen då patient varit inskriven vid vårdenhet och vårdplats ställts till förfogande.
- Vård i och utanför Västra Götalandsregionen ingår.
- Besök hos läkare vid BVC och MVC ingår ej. I Västra Skaraborg gjordes besök av 3 574 personer, d v s en total kontaktgrad om 2,8 procent.
- Telefonkonsultation samt inskrivningsbesök ingår ej.
- Besök hos privata vårdgivare som levererat data utanför Vega ingår ej, 236 000 besök. Förutsatt att varje person gör drygt 0,4 besök innebär det 94 496 personer. Dock finns inga uppgifter om att de personer som beräknas på detta sätt har besökt andra vårdgivare än de privata som registrerat besöket! "Kontaktgraden" för båda könen och alla åldersgrupper blir därmed 6,2 procent.
- Ca 500 vårdkontakter tillkommer i form av SkaS köpta ortopedi. Det är okänt hur många individer vårdkontakterna representerar.
- Antal kvinnor 31 dec 2005: 1 528 455
- Källa: Regionens vårddatabas Vega, separatlevererade datafiler, faktureringsunderlag samt befolkningsstatistik från SCB.

Kronoberg redovisar landsting nivå

Lanstinget Kronoberg har 114 315 individer av
178 443 invånare haft läkarkontakt 2005-06-01 – 2006-05-31.
Kontaktgrad 64,1 procent.

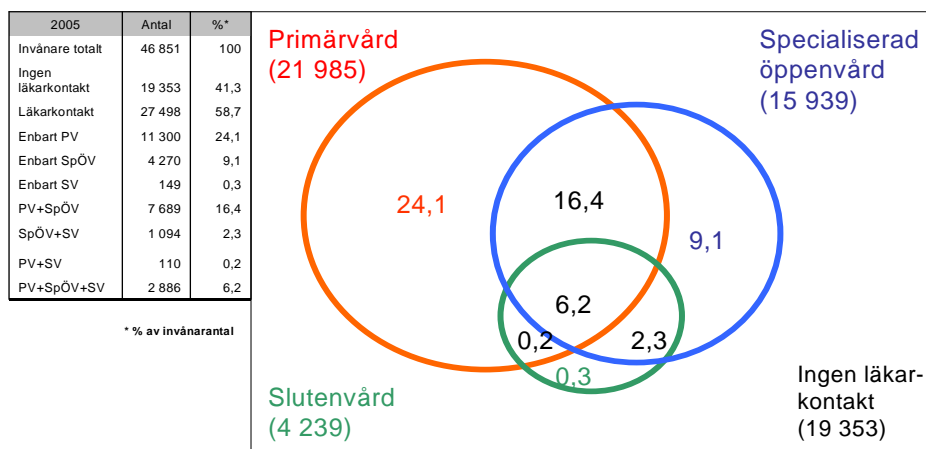


Anmärkningar:

- Kontaktgrad: Andel av befolkningen som haft någon form av kontakt med läkare (besök eller vårdtillfälle)
- Primärvård innefattar läkare med allmänmedicinsk kompetens inom den offentliga primärvården, jourcentraler samt två av lanstingets tre privata vårdcentraler. Vårdcentralen som ej ingår finns inom Växjö kommun med ett upptagningsområde på 10 000 inv. Övriga offentligt finansierade privata läkare ingår inte.
- Öppenvård innefattar läkare med andra specialitéer än allmänmedicin vid sjukhusens öppenvårdsverksamhet.
- Slutenvård innefattar vårdtillfällen då patient varit inskriven vid vårdenhet och vårdplats ställts till förfogande.
- Vård utanför Landstinget Kronoberg ingår inte.
- Läkarbesök vid BVC ingår inte.
- Läkarbesök vid MVC ingår.
- Siffrorna från 2005-06-01-2005-12-31 är inte fullt kvalitetssäkrade pga. ändrat datasystem.

Gävleborg redovisar närvårdsområde

I Hudiksvall - Nordanstigs närvårdsområde har 27 498 individer av 46 851 invånare haft läkarkontakt 2005. Kontaktgrad 58,7 procent.



Hudiksvall och Nordanstigs närvårdsområde i Gävleborg

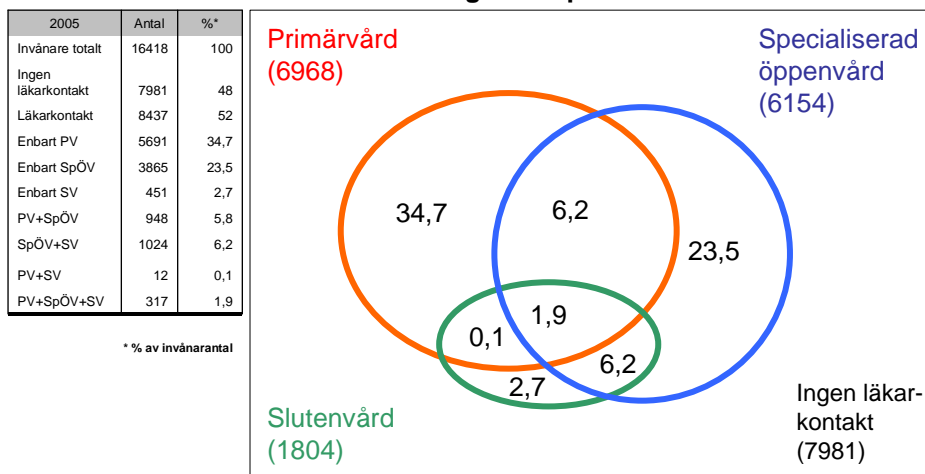
Sedan hösten 2006 pågår ett arbete med att bygga ett datalager där bl.a. all vårdstatistik kommer att samlas. I samband med uppbyggnaden av datalagret sker också ett omfattande kvalitetssäkringsarbete. I avvaktan på att individdata kan hämtas från datalagret har vårddata hämtats från ett flertal olika databaser och bearbetats i ett statistik program. Ett visst kvalitetssäkringsarbete har gjorts men inte i den omfattning som borde göras.

Det är med ovan beskrivna material som kontaktgraden i diagrammen har beräknats. I materialet från Gävleborg ingår specialiserad öppen vård och sluten vård samt all offentligt driven primärvård inklusive sex av sju privata familjeläkare/hälsocentraler. Sluten primärvård, privata specialister med avtal, samtliga etableringar och all vård utanför länet saknas. MVC, BVC, vaccinationer och hälsokontroller är till största delen exkluderade. Trots vissa kvalitetssäkringsbrister och avsaknad av vissa data ger det ändå en bild av hur patientströmmar och kontaktgrad mm ser ut i länet.

I Gävleborg finns sex närvårdsområden där Hudiksvall – Nordanstig är det nordligaste och består av kommunerna Hudiksvall och Nordanstig. Inom närvårdsområdet finns grupperingar av tjänstemän och politiker med huvudsaklig uppgift att få den nära vården att fungera genom samarbete och kreativa lösningar mellan kommun och landsting. Inom närvårdsområdet finns ingen privat familjeläkare men däremot tre allmänläkare och en specialist med etablering. Från dessa fem privata vårdgivare saknas data när kontaktgraden i diagrammet har beräknats.

Sörmland redovisar kommunnivå

I landstinget Sörmland/Flens kommun har 8437 individer av 16418 invånare haft läkarkontakt 2005. Kontaktgrad 52 procent.



Anmärkningar:

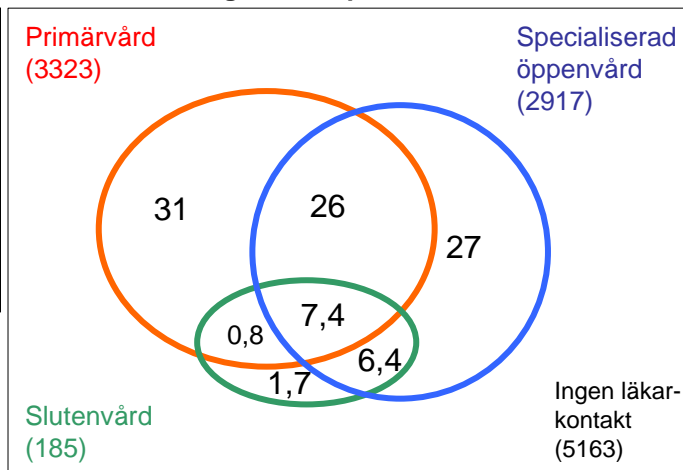
- Kontaktgrad: Andel av befolkningen som haft kontakt med läkare i den egna landstingsdrivna verksamheten (besök eller vårdtillfälle).
- Primärvård innefattar läkare med allmänmedicinsk kompetens inom den egna landstingsdrivna verksamheten även läkarbesök vid primärvårdens jourmottagningar.
- Öppenvård innefattar läkare med andra specialiteter än allmänmedicin vid sjukhusens öppenvårdsverksamhet.
- Slutenvård innefattar vårdtillfällen då patient varit inskriven vid vårdenhet och vårdplats ställts till förfogande.
- Vård utanför landstinget Sörmland ingår ej.
- Läkarbesök vid BVC och MVC ingår ej.

Dalarna redovisar VC/Upptagningsområde

I Dalarnas landsting/Falu kommun/VC Tisken har 10843 individer av 16 006 invånare haft läkarkontakt 2005. Kontaktgrad 67,8 procent.

2005	Antal	%*
Invånare totalt	16006	100
Ingen läkarkontakt	5163	31
Läkarkontakt	10843	67,8
Enbart PV	3323	31
Enbart SpÖV	2917	27
Enbart SV	185	1,7
PV+SpÖV	2831	26
SpÖV+SV	696	6,4
PV+SV	89	0,8
PV+SpÖV+SV	802	7,4

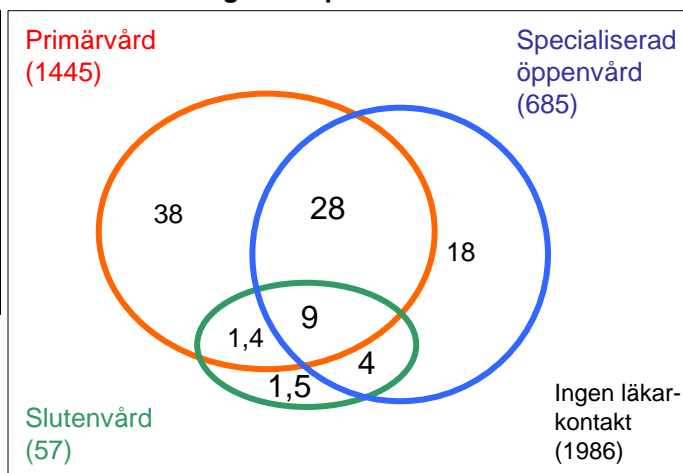
* % av invånarantal



I Dalarnas landsting/Falu kommun/VC Grycksbo har 3848 individer av 5834 invånare haft läkarkontakt 2005. Kontaktgrad 66 procent.

2005	Antal	%*
Invånare totalt	5834	100
Ingen läkarkontakt	1986	34
Läkarkontakt	3848	66
Enbart PV	1445	38
Enbart SpÖV	685	18
Enbart SV	57	1,5
PV+SpÖV	1071	28
SpÖV+SV	175	4
PV+SV	53	1,4
PV+SpÖV+SV	362	9

* % av invånarantal



Anmärkningar:

I Falu kommun finns fem vårdcentraler. Vårdcentralen Tisken är den största med 16 000 invånare i sitt upptagningsområde. Vårdcentralen ligger mitt i centrala Falun men har också ansvar för områden utanför Falu stad. I Falun ligger också länsjukhuset, Falu lasarett ca 1 km från Tiskens Vårdcentral. Tisken har under flera år haft bekymmer med läkarbemanningen och har några vakanta tjänster varvid man köper in stafett läkare. Grycksbo vårdcentral ligger ca 1,5 mil utanför Falun. Grycksbo är en full bemannad och stabil vårdcentral. Grycksbo är en liten vårdcentral med ett upptagningsområde med 5834 invånare.

9. Diskussion – användningsområden

De viktigaste punkterna att beakta i diskussionen inför varför data bör insamlas på individnivå är:

- Vi har för första gången flyttat fokus från ett produktionsperspektiv till förmån för ett mer konsumtionsorienterat redovisningssätt.
- Det ovanstående medför att vi kan:
 - Analysera **var medborgaren** väljer att utföra sin konsumtion av erbjuden produktion
 - Underlätta analyserna inför **vårdformsprioriteringar** genom att vi nu på individ/konsumtionsmönsternivå kan följa hur dessa **förändringar yttrar sig** – över kön, ålder och geografisk hemvist!
 - Att en **återrapportering och analys av de politiska besluten** – t ex ”jämlig vård på lika villkor” – kan redovisas för **att underlätta den politiska styrningen** av verksamhetens inriktning

Detta leder oss in på följande slutsats att analysera vårdkonsumtionen baserat på individuell information är att:

- kunna beskriva omfattningen av den vård som konsumeras,
- få förbättrad kunskap om fördelningen av befolkningens konsumtion av hälso- och sjukvård,
- tidigt få signaler om geografiska skillnader,
- beskriva ålders- och könsrelaterade variationer,
- följa variationer/trender över tid
- öka möjligheten till att beskriva vårdkonsumtion relaterat till sjukdomsgrupp,
- studera samband mellan utbud och konsumtion,
- öka möjligheten att följa patientströmmar (vårdkedjor)
- studera förändringar i befolkningens konsumtionsmönster.
- att följa upp effekter av genomförda förändringar (före – efter)

Viktigt är att betona behovet av individuell information – men att den avidentifieras och används i olika former av grupperingar/aggregeringar för att beskriva de olika karaktäristika som är kopplade till olika former av vårdkonsumtion. Denna kunskap om vårdkonsumtion skall sedan kunna tillgängliggöras inför för planering och fördelning av resurser inom respektive landsting.

Traditionellt har antalet besök varit en viktig information som redovisats när man försökt beskriva befolkningens vårdkonsumtion. Begränsningen har varit att en individ kunnat utföra flera besök. Antalet besök är intressant information ur flera aspekter. Men genom att utnyttja individen, kombinerat med information om hur denna individ verkligen utnyttjar utbudet av olika verksamheter ökar kunskapen om hur medborgaren konsumerar. En viktig vinst är att för första gången kommer det vara möjligt att beskriva de som väljer att inte konsumera genom att befolkningsbasen är känd. Sammantaget ger informationen enligt vår modell för beskrivning av vårdkonsumtion kunskap om hur god täckningen av behov i relation till konsumtion är, om det är särskilda grupper som konsumerar mer/mindre och hur resurser skall fördelas i relation till dessa grupper.

Vårdkonsumtionsgruppen har genom att beskriva vårdkonsumtion i en modell skapat underlag för att på ett strukturerat sätt - identifiera individen (vem som söker vård), studera vad som karaktäriserar (bakgrundsvariabler, utifrån ett individ och befolkningsperspektiv, som kan härledas till individen), studera konsumtionen lokalisera (varifrån samt var), medge grupperingar (gemensam nämnare utifrån diagnosgrupp, bakgrundsvariabler, vårdnivå osv.)

Projektet har i sitt arbete gått från att beskriva individerna i formen av hur många som söker och hur ofta - till att beskriva enskilda medborgares val vilket medger möjlighet att beskriva hur konsumtionsmönstren ser ut för olika sammansatta grupper beroende på enskildas karaktäristika avseende kön, ålder, geografisk lokalisering osv.

Till detta knyts information om vilka vårdnivåer som individen har haft kontakt med. Bilden förtydligas ytterligare genom information om vad individen varit i kontakt med inom sin egen vårdkedjekonsumtion av hälso- och sjukvården. Till detta kan information om hur många besök som har producerat vid de enheter som individerna har haft kontakt med utnyttjas för att avgöra vilka grupper som utgör storkonsumenter resp. lågkonsumenter av just denna vårdform.

Kontaktgraden hos den enskilde (dvs. benägenheten att söka vård och hur många ggr den enskilde gör så) ger en kompletterande bild. Denna bild kompletteras ytterligare med annan information om hur många besök per individ, diagnos(er), utbudspunkter, befolkningens sammansättning, ursprungsland etc.

Beskrivning av antalet besök visar mer organisationen av sjukvården och hur öppettiderna är fördelade.

Beskrivning över benägenheten att söka vård, kompletterad med annan information blir ett utmärkt planeringsinstrument. Det medger att landstingen kan planera verksamheten efter hur många som söker och hur ofta - och inte enbart på antalet besök.

Vid analys av siffror bör man komplettera informationen med uppgifter avseende åldersstruktur, kön, tillgång till hälso- och sjukvård, ohälsotal, utbud, väntetider, läkemedelskonsumtion etc.

Övrig information som kan vara värdefull vid analysarbetet är om besöken är akuta eller elektiva, om det finns sjukvårdsupplysning och hur kontakten med sjukvården sker via telefonkontakter istället för besök.

10. Erfarenheter och slutsatser

Utvecklingen som har skett de senaste åren är att vårdkonsumtion har blivit allt mer intressant att följa och utveckla. En av svårigheterna har varit att belysa och att värdera invånarnas konsumtion av hälso- o sjukvård. Enl. HSL (Hälso- o sjukvårdslagen) skall landstingen planera sin hälso- o sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov. Redovisningen sker i flertalet fall enbart genom att redovisa produktionssiffror och inte i kombination med individbaserad statistik. Uppföljningen bör inriktas mot ett befolkningsperspektiv snarare än ett produktionsperspektiv. Det finns ett stort behov av bättre uppföljning i hälso- och sjukvården för att belysa dessa aspekter. En av förutsättningarna för att få till stånd önskade förbättringar i uppföljningen är en ökad vilja och högre prioritering av sådana insatser hos huvudmännen. I arbetet med individbaserad statistik krävs en samverkan mellan primärvården, specialiserade vården och den administrativa ledningen för att öka medvetenheten och därmed kompetensen i dessa frågor. En annan viktig åtgärd är ett gott samarbete med IT-enheterna för att få fram bra informationssystem.

Några områden där utvecklingsinsatser behövs är:

- Genomtänkt och strukturerad verksamhetsplanering och beslutsprocess
- Bra informationssystem och IT-stöd för planering och uppföljning
- Ökad framtagning av nyckeltal
- Uppföljning i nya former som ett komplement till nuvarande former.

11. Rekommendation till fortsatt utvecklingsarbete

Genom det arbete som nu genomförts samt de olika vidareutvecklingar som kommer prövas för att fastställa kvaliteten på underlagen kan det anses vara tydligt att det går att nyttja individstatistik i uppföljningen av svensk hälso- och sjukvård. Sannolikt så kommer denna utveckling att kunna ske i olika takt men med stöd av vårdkonsumtionsgruppens rapporter föreslås att samtliga landsting i NYSAM i en nära framtid levererar in individstatistik över kontaktgraden (benägenheten att söka/efterfråga vård), fördelning på geografiska områden (upptagningsområden eller motsv.), kön och ålder.

De möjligheter detta medför i samordning av analyser av genomförda politiska beslut så väl som de medicinska insatserna i relation till olika befolkningsgrupper kommer att kunna utgöra underlag för helt nya perspektiv på prioriteringar. Därför är det viktigt att det snarast skapas en tillräckligt stor datavolym för att kunna göra en sluten analys över tid och därefter använda densamma för benchmarking avseende produktionsformer samt konsumtionsmönster.

De möjligheter som redan framskyntar av att utveckla möjligheter att studera diagnos/åtgärdsmonster kommer att ge de olika huvudmännen nya infallsvinklar på hur vården skall organiseras samt genomföras.

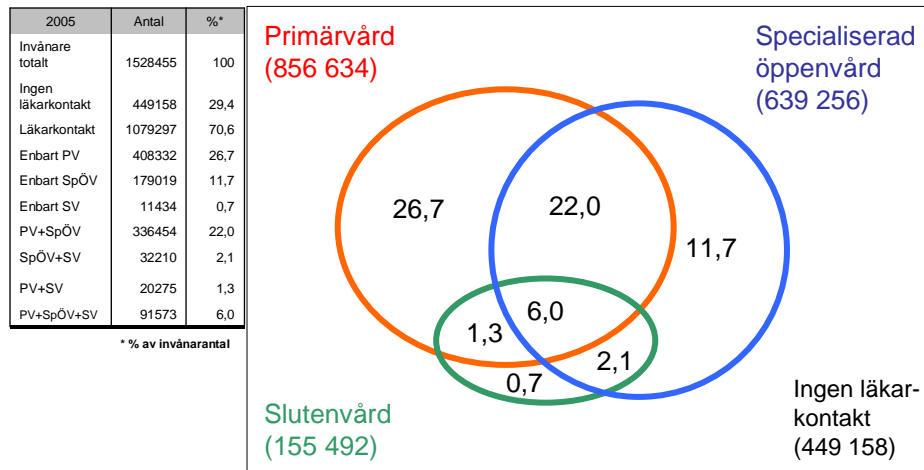
Rekommendationen från utvecklingsprojektet blir därför:

- att NYSAMs styrgrupp fattar beslut om att införa försök i full skala med individbaserad statistik
- att kontakter tas med de kommunala vårdverksamheterna för att se om underlag kan utbytas inför framtida prioriteringar
- att metoder och modeller som tagits fram under utvecklingsprojektet börjar användas hos samtliga medverkande landsting

12. BILAGOR

13. Bilaga 1 VÄSTRA GÖTALAND

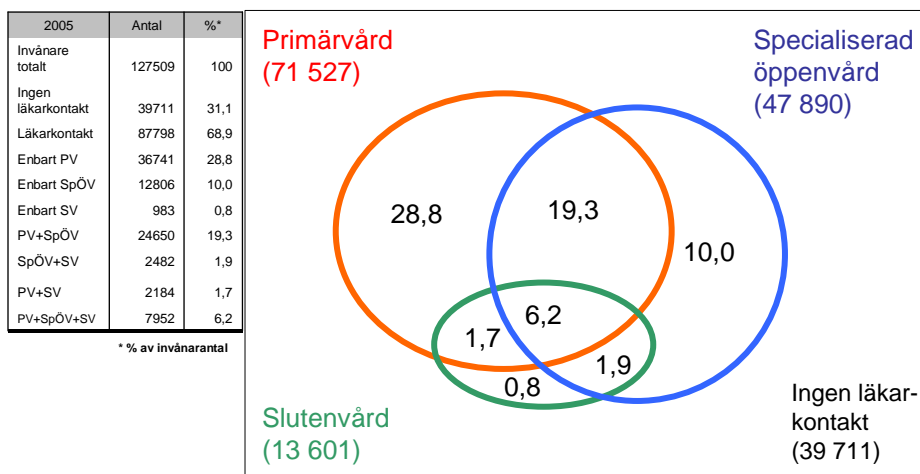
I Västra Götaland har 1 079 297 individer av 1 528 455 invånare haft läkarkontakt 2005. Kontaktgrad 70,6 procent.



I Västra Götalandsregionen har 1 079 297 individer av 1 528 455 invånare haft läkarkontakt 2005 uppdelat på kön och ålder. Kontaktgrad 70,6 procent.

2005	Män				Kvinnor				Totalt
	0 - 19	20 - 64	65 - 79	80 -	0 - 19	20 - 64	65 - 79	80 -	
Invånare totalt	187933	458750	83478	29976	177736	443582	94828	52172	1528455
Ingen läkarkontakt	67361	186116	11200	416	61616	111094	9131	2224	449158
Läkarkontakt	120572	272634	72278	29560	116120	332488	85697	49948	1079297
Enbart PV	46917	123303	23243	8066	49279	115875	26411	15238	408332
Enbart SpÖV	28950	47911	8264	2125	25078	55361	8286	3044	179019
Enbart SV	1151	1855	885	657	983	3353	1574	976	11434
PV+SpÖV	34632	72760	23842	8646	32832	115364	33010	15368	336454
SpÖV+SV	3305	7295	2695	1062	2718	11501	2261	1373	32210
PV+SV	1146	3400	2025	2367	1018	4504	1924	3891	20275
PV+SpÖV+SV	4471	16110	11324	6637	4212	26530	12231	10058	91573

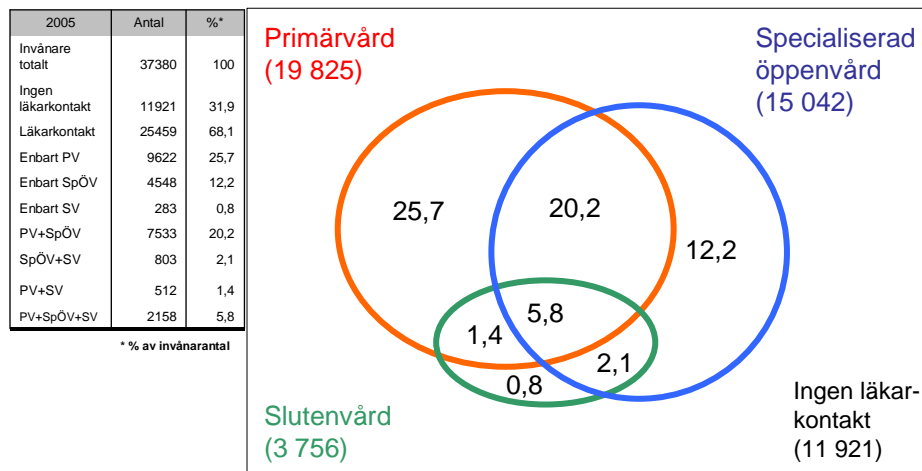
I HSN Västra Skaraborg har 87 798 individer av 127 509 invånare haft läkarkontakt 2005. Kontaktgrad 68,9 procent.



I HSN Västra Skaraborg har 87 798 individer av 127 509 invånare haft läkarkontakt 2005 uppdelat på kön och ålder. Kontaktgrad 68,9 procent.

2005	Män				Kvinnor				Totalt
	0 - 19	20 - 64	65 - 79	80 -	0 - 19	20 - 64	65 - 79	80 -	
Invånare totalt	16049	36671	7915	3014	15287	34710	8863	5000	127509
Ingen läkarkontakt	6315	14916	1299	119	5751	9695	1258	358	39711
Läkarkontakt	9734	21755	6616	2895	9536	25015	7605	4642	87798
Enbart PV	4478	10584	2353	844	4170	10100	2692	1520	36741
Enbart SpÖV	1768	3265	687	195	2158	3642	774	317	12806
Enbart SV	117	143	87	82	96	261	76	121	983
PV+SpÖV	2647	5476	1936	714	2518	7626	2525	1208	24650
SpÖV+SV	193	553	252	129	202	782	233	138	2482
PV+SV	98	345	239	288	114	421	232	447	2184
PV+SpÖV+SV	372	1389	1062	643	339	2183	1073	891	7952

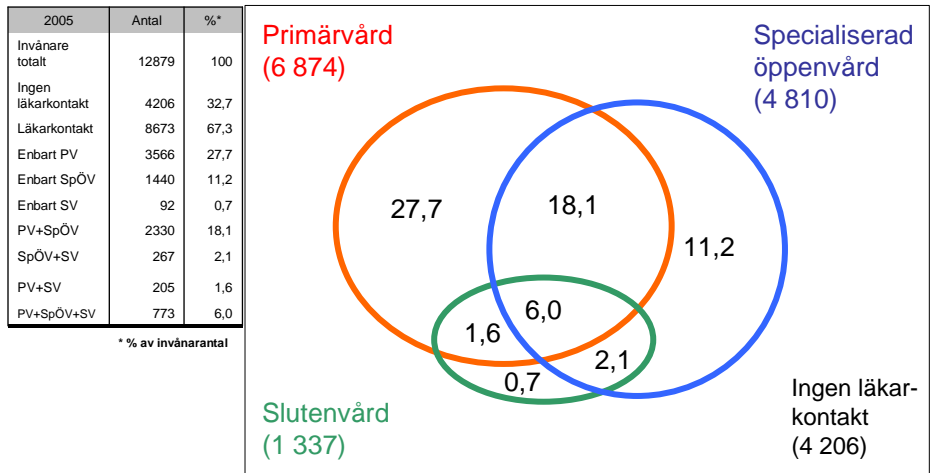
I Lidköpings kommun har 25 459 individer av 37 380 invånare haft läkarkontakt 2005. Kontaktgrad 68,1 procent.



I Lidköpings kommun har 25 459 individer av 37 380 invånare haft läkarkontakt 2005 uppdelat på kön och ålder. Kontaktgrad 68,1 procent.

2005	Män				Kvinnor				Totalt
	0 - 19	20 - 64	65 - 79	80 -	0 - 19	20 - 64	65 - 79	80 -	
Invånare totalt	4646	10874	2201	808	4459	10439	2513	1440	37380
Ingen läkarkontakt	1931	4571	316	34	1781	2894	281	113	11921
Läkarkontakt	2715	6303	1885	774	2678	7545	2232	1327	25459
Enbart PV	946	2893	609	219	1057	2727	735	436	9622
Enbart SpÖV	830	1139	217	52	688	1295	229	98	4548
Enbart SV	24	43	20	34	13	76	33	40	283
PV+SpÖV	742	1638	622	194	757	2449	773	358	7533
SpÖV+SV	63	163	71	40	59	278	79	50	803
PV+SV	20	84	66	68	16	97	57	104	512
PV+SpÖV+SV	90	343	280	167	88	623	326	241	2158

I Götene kommun har 8 673 individer av 12 879 invånare haft läkarkontakt 2005. Kontaktgrad 67,3 procent.

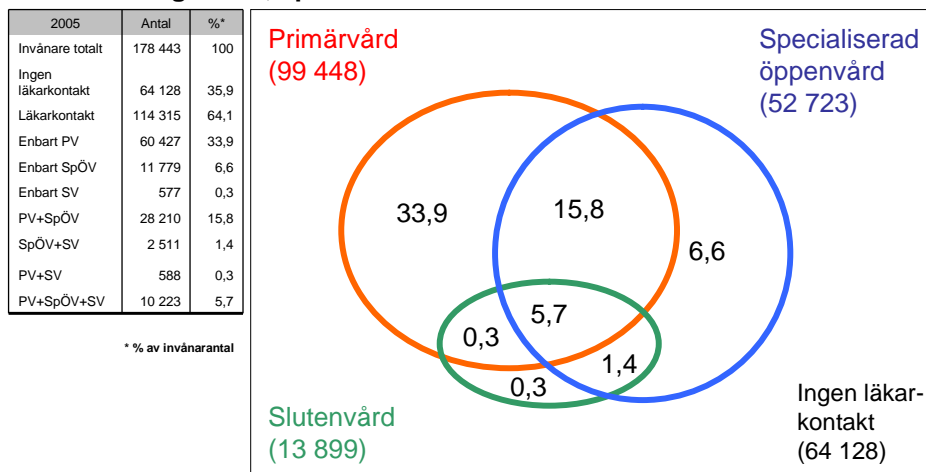


Götene kommun har 8 673 individer av 12 879 invånare haft läkarkontakt 2005. uppdelat på kön och ålder. Kontaktgrad procent.

2005	Män				Kvinnor				Totalt
	0 - 19	20 - 64	65 - 79	80 -	0 - 19	20 - 64	65 - 79	80 -	
Invånare totalt	1709	3737	807	293	1549	3506	854	424	12879
Ingen läkarkontakt	680	1530	154	13	595	1071	144	19	4206
Läkarkontakt	1029	2207	653	280	954	2435	710	405	8673
Enbart PV	401	1023	238	90	443	975	251	145	3566
Enbart SpÖV	271	353	77	16	198	409	79	37	1440
Enbart SV	11	18	9	4	9	27	7	7	92
PV+SpÖV	283	555	165	63	240	702	230	92	2330
SpÖV+SV	14	81	36	7	18	74	28	9	267
PV+SV	7	38	22	27	9	43	19	40	205
PV+SpÖV+SV	42	139	106	73	37	205	96	75	773

14. BILAGA 2 KRONOBERG

Lanstinget Kronoberg har 114 315 individer av
178 443 invånare haft läkarkontakt 2005-06-01 – 2006-05-31.
Kontaktgrad 64,1 procent.



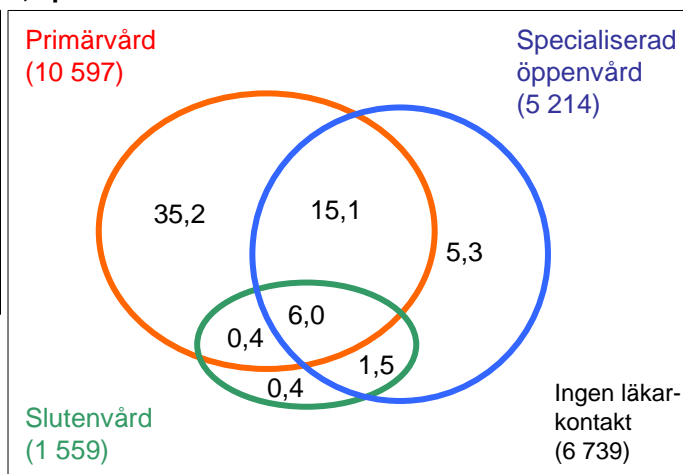
I Landstinget Kronoberg har 114 315 individer av 178 443
invånare haft läkarkontakt 2005 uppdelat på kön och ålder.
Kontaktgrad 64,1 procent.

2005	Män				Kvinnor				Totalt
Åldersgrupp	0 - 19	20 - 64	65 - 79	80 -	0 - 19	20 - 64	65 - 79	80 -	
Invånare totalt	21 836	52 680	10 804	4 148	20 758	49 579	12 081	6 557	178 443
Ingen läkarkontakt	8 781	25 829	2 072	162	7 687	17 276	2 056	265	64 128
Läkarkontakt	13 055	26 851	8 732	3 986	13 071	32 303	10 025	6 292	114 315
Enbart PV	7 172	15 497	3 895	1 572	7 474	16 950	4 936	2 931	60 427
Enbart SpÖV	1 819	3 432	565	133	1 591	3 515	515	209	11 779
Enbart SV	34	23	12	6	43	446	10	3	577
PV+SpÖV	3 440	5 666	2 517	983	3 383	7 858	2 897	1 466	28 210
SpÖV+SV	154	604	224	105	149	931	183	161	2 511
PV+SV	27	22	34	20	45	348	51	41	588
PV+SpÖV+SV	409	1 607	1 485	1 167	386	2 255	1 433	1 481	10 223

I Landstinget Kronoberg/Alvesta kommun har 11 945 individer av 18 684 invånare haft läkarkontakt 2005-06-01 – 2006-05-31.
Kontaktgrad 63,9 procent.

2005	Antal	%*
Invånare totalt	18 684	100
Ingen läkarkontakt	6 739	36,1
Läkarkontakt	11 945	63,9
Enbart PV	6 575	35,2
Enbart SpÖV	997	5,3
Enbart SV	74	0,4
PV+SpÖV	2 814	15,1
SpÖV+SV	277	1,5
PV+SV	82	0,4
PV+SpÖV+SV	1 126	6,0

* % av invånarantal



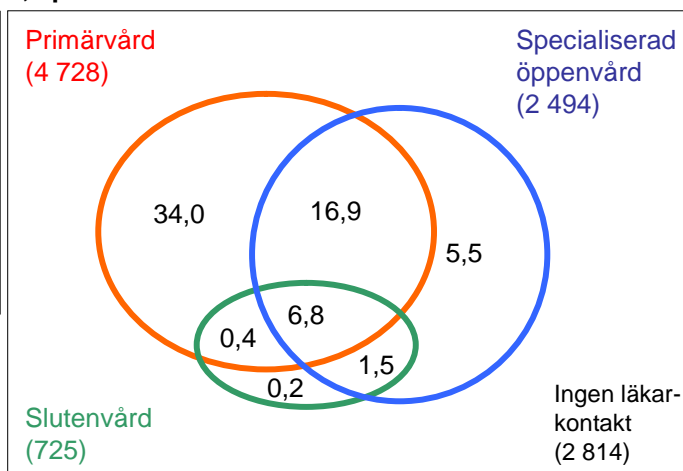
I Alvesta kommun har 11 945 individer av 18 684 invånare haft läkarkontakt 2005 uppdelat på kön och ålder.
Kontaktgrad 63,9 procent.

2005	Män				Kvinnor				Totalt
Åldersgrupp	0 - 19	20 - 64	65 - 79	80 -	0 - 19	20 - 64	65 - 79	80 -	
Invånare totalt	2397	5417	1206	457	2248	5001	1267	691	18684
Ingen läkarkontakt	935	2387	289	56	847	1702	258	65	6739
Läkarkontakt	1462	2830	917	401	1401	3299	1009	626	11945
Enbart PV	878	1709	395	187	868	1737	514	287	6575
Enbart SpÖV	145	280	61	22	129	290	45	25	997
Enbart SV	2	2	1	1	5	60	3	0	74
PV+SpÖV	2	2	4	4	330	807	276	134	2814
SpÖV+SV	17	75	25	10	18	90	14	28	277
PV+SV	2	2	4	4	7	52	6	5	82
PV+SpÖV+SV	43	202	177	99	44	263	151	147	1126

I Lanstinget Kronoberg/Lessebo Kommun har 5 313 individer av 8 127 invånare haft läkarkontakt 2005-06-01 – 2006-05-31.
Kontaktgrad 65,4 procent.

2005	Antal	%*
Invånare totalt	8 127	100
Ingen läkarkontakt	2 814	34,6
Läkarkontakt	5 313	65,4
Enbart PV	2 767	34,0
Enbart SpÖV	446	5,5
Enbart SV	19	0,2
PV+SpÖV	1 375	16,9
SpÖV+SV	120	1,5
PV+SV	33	0,4
PV+SpÖV+SV	553	6,8

* % av invånarantal



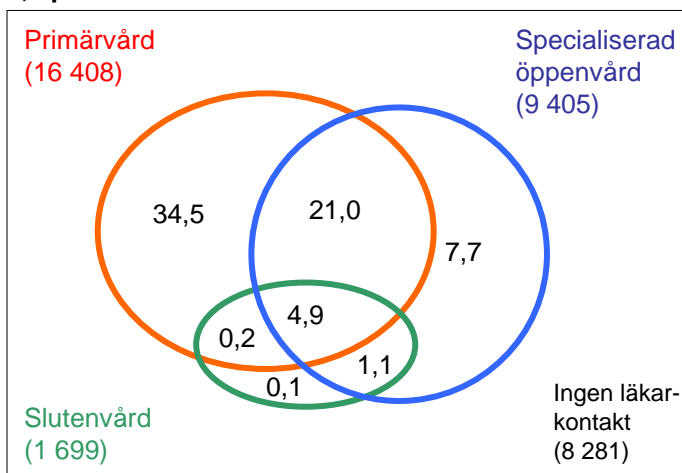
I Lessebo kommun har 5 313 individer av 8 127 invånare haft läkarkontakt 2005 uppdelat på kön och ålder.
Kontaktgrad 65,4 procent.

2005	Män				Kvinnor				Totalt
	0 - 19	20 - 64	65 - 79	80 -	0 - 19	20 - 64	65 - 79	80 -	
Invånare totalt	1084	2284	495	197	977	2161	270	359	8127
Ingen läkarkontakt	453	1061	116	10	338	702	106	28	2814
Läkarkontakt	631	1223	379	187	639	1459	464	331	5313
Enbart PV	342	694	175	61	390	790	190	125	2767
Enbart SpÖV	73	121	29	8	53	123	24	15	446
Enbart SV	1	2	0	0	1	15	0	0	19
PV+SpÖV	179	280	104	44	170	371	156	74	1375
SpÖV+SV	9	27	4	15	4	36	7	18	120
PV+SV	3	2	3	3	1	9	5	7	33
PV+SpÖV+SV	24	97	64	56	20	115	82	95	553

I Lanstinget Kronoberg/Ljungby Kommun har 18 812 individer av 27 093 invånare haft läkarkontakt 2005-06-01 – 2066-05-31.
Kontaktgrad 69,4 procent.

2005	Antal	%*
Invånare totalt	27 093	100
Ingen läkarkontakt	8 281	30,6
Läkarkontakt	18 812	69,4
Enbart PV	9 345	34,5
Enbart SpÖV	2 083	7,7
Enbart SV	19	0,1
PV+SpÖV	5 685	21,0
SpÖV+SV	302	1,1
PV+SV	43	0,2
PV+SpÖV+SV	1 335	4,9

* % av invånarantal



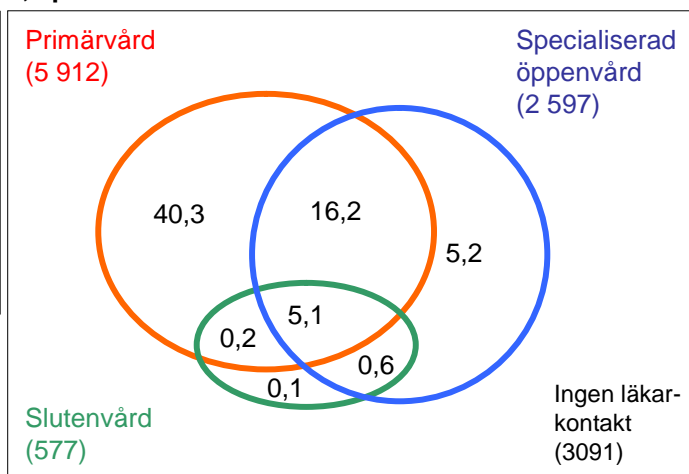
I Ljungby kommun har 18 812 individer av 27 093 invånare haft läkarkontakt 2005 uppdelat på kön och ålder.
Kontaktgrad 69,4 procent.

2005	Män				Kvinnor				Totalt
Åldersgrupp	0 - 19	20 - 64	65 - 79	80 -	0 - 19	20 - 64	65 - 79	80 -	
Invånare totalt	3322	7918	1719	663	3236	7275	1913	1047	27093
Ingen läkarkontakt	1213	3527	135	-6	990	2234	179	9	8281
Läkarkontakt	2109	4391	1584	669	2246	5041	1734	1038	18812
Enbart PV	946	2480	696	242	1074	2580	884	443	9345
Enbart SpÖV	385	577	71	26	342	589	61	32	2083
Enbart SV	4	2	0	0	3	10	0	0	19
PV+SpÖV	699	1072	560	220	758	1470	578	328	5685
SpÖV+SV	19	67	33	18	10	108	28	19	302
PV+SV	2	3	3	0	6	23	4	2	43
PV+SpÖV+SV	54	190	221	163	53	261	179	214	1335

I Lanstinget Kronoberg/Markaryd Kommun har 6 480 individer av 9 571 invånare haft läkarkontakt 2005-06-01 – 2006-05-31. Kontaktgrad 67,7 procent.

2005	Antal	%*
Invånare totalt	9 571	100
Ingen läkarkontakt	3 091	32,3
Läkarkontakt	6 480	67,7
Enbart PV	3 854	40,3
Enbart SpÖV	497	5,2
Enbart SV	11	0,1
PV+SpÖV	1 552	16,2
SpÖV+SV	60	0,6
PV+SV	18	0,2
PV+SpÖV+SV	488	5,1

* % av invånarantal



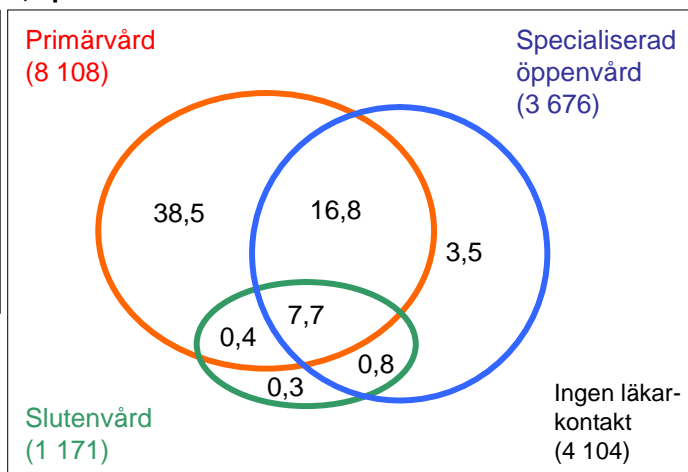
I Markaryds kommun har 6 480 individer av 9 571 invånare haft läkarkontakt 2005 uppdelat på kön och ålder. Kontaktgrad 67,7 procent.

2005	Män				Kvinnor				Totalt
	0 - 19	20 - 64	65 - 79	80 -	0 - 19	20 - 64	65 - 79	80 -	
Invånare totalt	1059	2772	691	265	1106	2522	741	415	9571
Ingen läkarkontakt	409	1254	100	-8	359	887	95	-5	3091
Läkarkontakt	650	1518	591	273	747	1635	646	420	6480
Enbart PV	401	967	313	123	463	951	398	238	3854
Enbart SpÖV	68	138	20	6	81	154	22	8	497
Enbart SV	0	2	0	0	1	8	0	0	11
PV+SpÖV	162	304	167	73	186	412	150	98	1552
SpÖV+SV	1	18	9	3	2	15	7	5	60
PV+SV	1	1	1	0	4	9	0	3	18
18PV+SpÖV+SV	17	88	81	68	10	87	69	68	488

I Lanstinget Kronoberg/Tingsryd Kommun har 8 689 individer av 12 793 invånare haft läkarkontakt 2005-06-01 – 2066-05-31.
Kontaktgrad 67,9 procent.

2005	Antal	%*
Invånare totalt	12 793	100
Ingen läkarkontakt	4 104	32,1
Läkarkontakt	8 689	67,9
Enbart PV	4 926	38,5
Enbart SpÖV	445	3,5
Enbart SV	32	0,3
PV+SpÖV	2 147	16,8
SpÖV+SV	104	0,8
PV+SV	55	0,4
PV+SpÖV+SV	980	7,7

* % av invånarantal



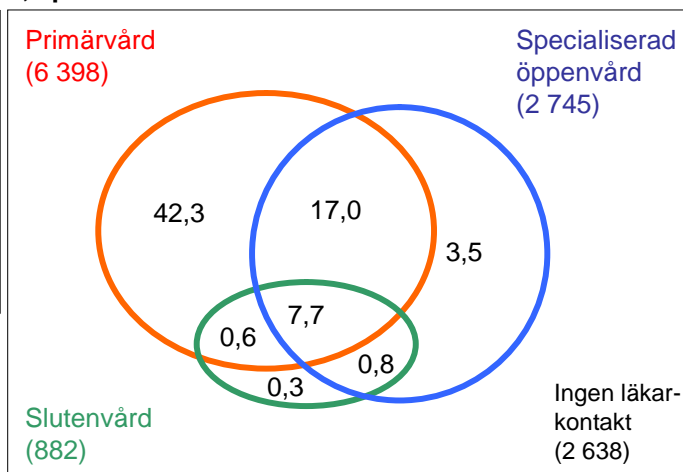
I Tingsryds kommun har 8 689 individer av 12 793 invånare haft läkarkontakt 2005 uppdelat på kön och ålder.
Kontaktgrad 67,9 procent.

2005	Män				Kvinnor				Totalt
	0 - 19	20 - 64	65 - 79	80 -	0 - 19	20 - 64	65 - 79	80 -	
Invånare totalt	1497	3565	1005	453	3236	7275	1913	1047	12793
Ingen läkarkontakt	600	1630	205	3	2297	5103	1038	426	4104
Läkarkontakt	897	1935	800	450	939	2172	875	621	8689
Enbart PV	563	1197	379	202	606	1221	441	317	4926
Enbart SpÖV	68	117	23	8	65	128	26	10	445
Enbart SV	4	1	1	0	3	22	1	0	32
PV+SpÖV	219	449	233	94	219	547	244	142	2147
SpÖV+SV	7	29	11	8	9	35	0	5	104
PV+SV	3	3	2	2	4	28	8	5	55
PV+SpÖV+SV	33	139	151	136	33	191	155	142	980

I Lanstinget Kronoberg/Uppvidinge Kommun har 6 828 individer av 9 466 invånare haft läkarkontakt 2005-06-01 – 2006-05-31.
Kontaktgrad 72,1 procent.

2005	Antal	%*
Invånare totalt	9 466	100
Ingen läkarkontakt	2 638	27,9
Läkarkontakt	6 828	72,1
Enbart PV	4002	42,3
Enbart SpÖV	332	3,5
Enbart SV	24	0,3
PV+SpÖV	1 612	17,0
SpÖV+SV	74	0,8
PV+SV	57	0,6
PV+SpÖV+SV	727	7,7

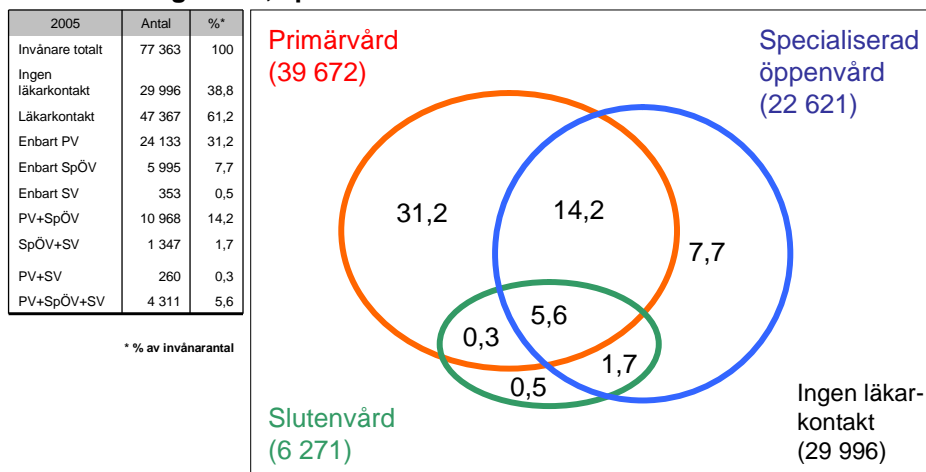
* % av invånarantal



I Uppvidinge kommun har 6 828 individer av 9 466 invånare haft läkarkontakt 2005 uppdelat på kön och ålder.
Kontaktgrad 72,1 procent.

2005	Män				Kvinnor				Totalt
Åldersgrupp	0 - 19	20 - 64	65 - 79	80 -	0 - 19	20 - 64	65 - 79	80 -	
Invånare totalt	1212	2634	666	300	1081	2408	721	444	9466
Ingen läkarkontakt	441	1049	108	1	317	643	87	-8	2638
Läkarkontakt	771	1585	558	299	764	1765	634	452	6828
Enbart PV	456	1036	296	115	476	1073	334	216	4002
Enbart SpÖV	50	91	19	5	55	89	17	6	332
Enbart SV	2	2	1	0	3	16	0	0	24
PV+SpÖV	229	322	148	63	193	381	183	93	1612
SpÖV+SV	3	22	6	3	4	22	6	8	74
PV+SV	1	3	2	2	5	37	3	4	54
PV+SpÖV+SV	30	109	86	111	28	147	91	125	727

I Lanstinget Kronoberg/Växjö Kommun har 47 367 individer av 77 363 invånare haft läkarkontakt 2005-06-01 – 2066-05-31.
Kontaktgrad 61,2 procent.



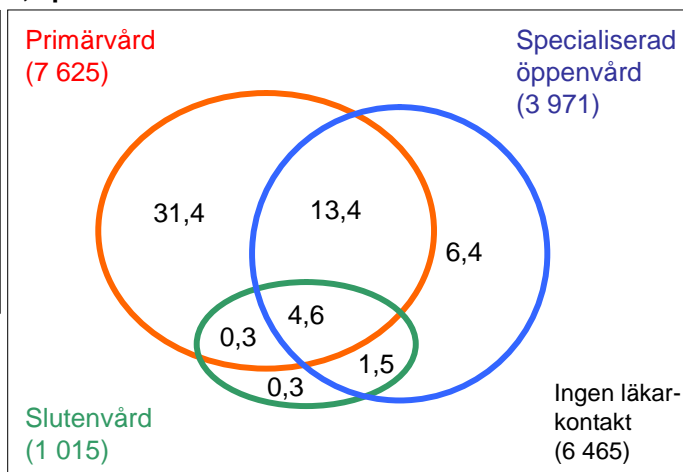
I Växjö kommun har 47 367 individer av 77 363 invånare haft läkarkontakt 2005 uppdelat på kön och ålder.
Kontaktgrad 61,2 procent.

2005	Män				Kvinnor				Totalt
	0 - 19	20 - 64	65 - 79	80 -	0 - 19	20 - 64	65 - 79	80 -	
Invånare totalt	9336	23730	4043	1369	8661	23116	4722	2386	77363
Ingen läkarkontakt	3926	12273	820	27	3429	8602	848	71	29996
Läkarkontakt	5410	11457	3223	1342	5232	14514	3874	2315	47367
Enbart PV	2881	6305	1346	512	2925	7295	1782	1087	24133
Enbart SpÖV	907	1830	268	32	730	1898	263	67	5995
Enbart SV	19	11	6	3	23	284	5	2	353
PV+SpÖV	1325	2306	866	330	1284	3269	1097	491	10968
SpÖV+SV	92	320	113	32	93	549	96	52	1347
PV+SV	10	6	16	9	14	170	23	12	260
PV+SpÖV+SV	176	679	608	424	163	1049	608	604	4311

I Lanstinget Kronoberg/Älmhult kommun har 8 881 individer av 15 346 invånare haft läkarkontakt 2005-06-01 – 2066-05-31.
Kontaktgrad 57,9 procent.

2005	Antal	%*
Invånare totalt	15 346	100
Ingen läkarkontakt	6 465	42,1
Läkarkontakt	8 881	57,9
Enbart PV	4 825	31,4
Enbart SpÖV	984	6,4
Enbart SV	45	0,3
PV+SpÖV	2 057	13,4
SpÖV+SV	227	1,5
PV+SV	40	0,3
PV+SpÖV+SV	703	4,6

* % av invånarantal

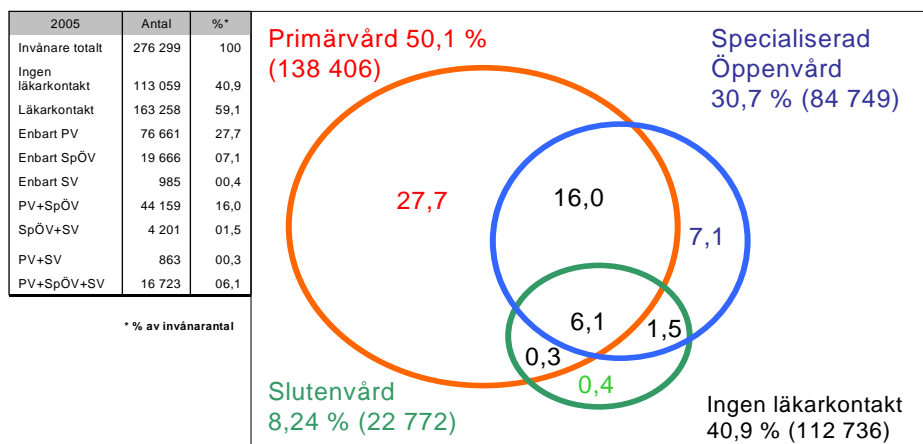


I Älmhults kommun har 8 881 individer av 15 346 invånare haft läkarkontakt 2005 uppdelat på kön och ålder.
Kontaktgrad 57,9 procent.

2005	Män				Kvinnor				Totalt
	0 - 19	20 - 64	65 - 79	80 -	0 - 19	20 - 64	65 - 79	80 -	
Invånare totalt	1929	4360	979	444	1811	4133	1095	595	15346
Ingen läkarkontakt	804	2448	299	79	703	1715	306	106	6465
Läkarkontakt	1125	1912	680	365	1103	2418	789	489	8881
Enbart PV	705	1109	295	130	672	1303	393	218	4825
Enbart SpÖV	123	278	74	26	136	244	57	46	984
Enbart SV	2	1	3	2	4	31	1	1	45
PV+SpÖV	252	373	185	81	243	601	213	109	2057
SpÖV+SV	6	46	23	16	9	76	25	26	227
PV+SV	5	2	3	0	4	21	2	3	40
PV+SpÖV+SV	32	103	97	110	35	142	98	86	703

15. BILAGA 3 GÄVLEBORG

I Gävleborg har 163 258 individer av 276 299 invånare haft läkarkontakt 2005. Kontaktgrad 59,1 procent.



För hela landstinget saknas data från totalt 12 allmänmedicinare och 13 vårdgivare med olika specialistkompetenser. Diagram över landstinget i sin helhet och de två primärvårdsförvaltningarna redovisas i bilagan.

För övrigt se text i rapporten av vad som ingår och saknas och eventuella kvalitetsbrister.