

Omvärldsanalys Fyrbodal

- Vad är befolkningens behov?

Hälso- och sjukvårdsnämnden i Norra Bohuslän
Hälso- och sjukvårdsnämnden i Dalaland
Hälso- och sjukvårdsnämnden i Trestad

April 2010

Inledning

Några av hälso- och sjukvårdsnämndernas huvuduppgifter är att klarlägga befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Det är befolkningens behov som ska vara styrande för all hälso- och sjukvård som beställs.

Hälso- och sjukvårdsnämnderna har tagit fram en omvärldsanalys för att undersöka om det är rätt behovsgrupper nämnden fokuserar på utifrån de behov som finns hos befolkningen. Detta dokument innehåller den statistik, information och analys som ligger till grund för de förslag till förändringar som läggs fram i denna analys. Förändringarna innefattar både ändringar i de befintliga behovsgrupperna samt förslag på nya behovsgrupper.

Vad är en omvärldsanalys?

I arbetet med att göra en omvärldsanalys behövs en definition av vad som menas med omvärld. Analysen utgår därför från definitionen att omvärlden omfattar de tre hälso- och sjukvårdsnämndsområdena – Norra Bohuslän, Dalsland och Trestad. Vad sker inom detta geografiska område som påverkar befolkningens hälsa? En genomgång har gjorts av hur befolkningen upplever sin hälsa och hur de skattar sina levnadsvanor, hur konsumtionen av hälso- och sjukvård ser ut samt olika socioekonomiska faktorer som påverkar hälsan så som utbildningsnivå, arbetslöshet o.s.v. Trender och tendenser i bland annat konsumtionsmönster har undersökts, har konsumtionen av hälso- och sjukvård för en viss sjukdom ökat eller minskat?

Uppskattningen av behoven bygger i detta underlag på data från vårddatabasen VEGA, befolkningsuppgifter från bland annat statistiska centralbyrån, resultat från folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor”, statistik från onkologiskt centrum, samt resultat från vårdbarometern.

Nedan listas de grupper som bör fokuseras på under 2010.

- Hjärt- kärlsjukdomar/Stroke
- KOL
- Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning
- Livmoderhalscancer och lungcancer med fokus på jämlik vård
- Psykisk ohälsa bland kvinnor 16-24 år
- Depression
- Riskbruk
- Missbruk hos personer 16-24 år
- Vård av äldre
- Övervikt och fetma

Utöver dessa behovsgrupper behövs det en kartläggning över barn och ungdomars situation för att kunna bedöma barn och ungdomars behov av hälso- och sjukvård. Dessutom är ojämlikhet i hälsa något som måste belysas mer och därmed tydliggöra skillnader i befolkningens livsvillkor som är en förutsättning för en god hälsa, exempelvis våld i nära relationer, hot om våld, arbetslöshet, utbildningsnivå o.s.v. Hälsan är ojämlikt fördelad mellan olika socioekonomiska grupper och detta är något som bör belysas ytterligare.

Utöver arbetet med uppföljning av vård och behandling utifrån föreslagna behovsgrupper, kommer arbetet med uppföljning av väntetider för vård och behandling samt kvalitet utifrån regionens framtagna kvalitetsindikatorer, att ske även fortsättningsvis.

Rapporten är framtagen av Ann-Catrin Frödén och Caroline Oskarsson, Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli Uddevalla.

Demografi

Befolkningens behov av sjukvård, hälsofrämjande och förebyggande insatser bestäms i hög grad av befolkningens sammansättning. Faktorer som påverkar är ålder, kön, sjuklighet, migration, socioekonomi och levnadsvanor.

Tabell 1. Grunddata avseende demografi och sociala faktorer på nämndsområde (% av befolkningen)

	HSN 1	HSN 2	HSN 3	VGR
Antal individer	73 279	43 416	155 495	1 569 458
Barn, yngre än 5 år	4,5	4,4	5,6	5,8
Ålder över 65 år och ensamboende	9,6	10,7	8,2	7,7
Personer födda i länder utanför EU	1,9	2	4,2	5,6
Personer, 1 år eller äldre, som flyttat in i området	5,6	4,8	7,1	7,8
Ensamstående förälder med barn < 17 år	2,6	2,6	2,9	2,7
Arbetslösa eller i åtgärd, 16-24 år	9,5	12,3	10,7	9,4
Lågutbildade (25-64 år)*	10	11,2	8,1	8,5
Barnfattigdomsindex **	11,4	13,4	11,1	11,8

* Med lågutbildade menas högst 9-årig grundskola eller motsvarande, SCB

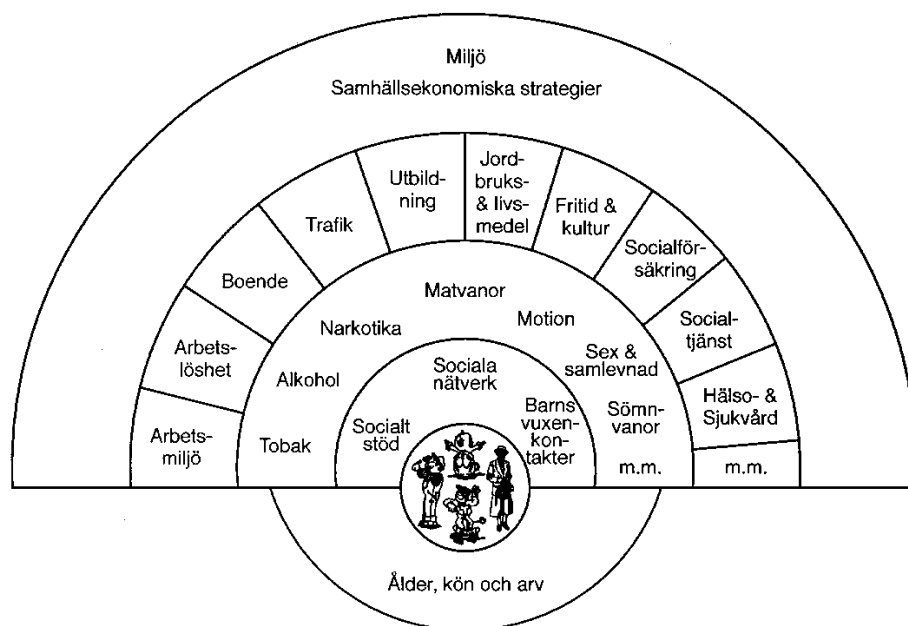
** Barnfattigdomsindex är andelen barn 0-17 år som lever i ekonomiskt utsatta hushåll dvs. hushåll med låg inkomst eller socialbidrag. Låg inkomst är baserad på socialbidragsnormen. 2006

Fyrbodal har en äldre befolkning än genomsnittligt i VGR. Störst andel av äldre över 65 år och ensamboende finns i HSN 1 och 2. Det är också de nämndsområdena som har en lägre andel av barn under 5 år. Det är förhållandevis en låg andel av befolkningen i Fyrbodal som är födda i länder utanför Europa, HSN 3 har den största andelen och ligger nära VGR genomsnittet.

Livsvillkor

En mängd olika faktorer, som på olika sätt och på olika nivåer samspelar med varandra har betydelse för hälsan. En grundläggande förståelse för dessa samband är viktig för att påverka människors hälsa och livskvalitet i positiv riktning.

Faktorer som ålder, kön och arv kan inte påverkas men är betydelsefulla eftersom de ger individen olika förutsättningar. Närmast individen finns psykosociala resurser, att finnas i ett socialt sammanhang, känna delaktighet, trygghet och meningsfullhet är viktiga faktorer för hälsoutvecklingen. Varje individs val av levnadsvanor är beroende av individens psykosociala resurser, livsvillkor och hur samhället är utformat. Livsvillkor handlar om arbete, livsmedelsutbud, boendesituation, utbildningsmöjligheter och om hur hälso- och sjukvården fungerar (*Efter en modell av Leif Svanström och Bo Haglund, Socialmedicin Karolinska Institutet*).



Det är en hög andel lågutbildade i Fyrbodal. Alla kommuner i Fyrbodal ligger högre än VGR genomsnittet när det gäller andel av befolkningen som har högst förgymnasial utbildning. Arbetslösheten har ökat under 2009, särskilt bland ungdomar och i HSN 2 och 3. Sociala skillnader i medellivslängd mellan grupper med olika lång utbildning är betydande och skillnaderna ökade under hela 1990-talet och fortsatte att öka under 2000-talet. Könsskillnader i medellivslängd har under samma period däremot minskat. Det finns också ett starkt samband mellan utbildningsnivå och hälsa. Ohälsa i form av t.ex. värk från rygg, nacke och leder eller besvär av ångslan, oro och ångest är betydligt vanligare bland lågutbildade än högutbildade. Detsamma gäller för hjärt- kärlsjukdomar och diabetes. Dessutom minskar rökning i alla grupper utom bland kvinnor med enbart grundskoleutbildning. De största skillnaderna i ohälsa finns mellan dem som enbart har förgymnasial utbildning och dem som har eftergymnasial utbildning. Låga eller ofullständiga betyg från grundskolan är fem till sex gånger vanligare bland barn till ej facklärd arbetare än barn till högre tjänstemän. De grupper som har låga eller ofullständiga betyg från grundskolan har kraftigt förhöjda risker för framtida psykosociala problem, exempelvis kriminalitet eller missbruk.

I alla åldrar är det vanligare att arbetare upplever sitt hälsotillstånd som dåligt än att tjänstemän gör det. Det är också vanligare att uppleva sitt hälsotillstånd som dåligt med stigande ålder. De relativa skillnaderna i hälsa mellan olika sociala grupper är fortfarande stora. När det gäller exponering av riskfaktorer för ohälsa finns tydliga skillnader mellan olika socioekonomiska grupper.

Våld, hot om våld och rädsla för våld påverkar kvinnors fysiska och psykiska hälsa och innebär att många kvinnors rätt till social delaktighet och möjligheter att forma sin tillvaro allvarligt inskränks. Det gör våldet mot kvinnor till ett av våra stora folkhälsoproblem. Mörkertalet varierar kraftigt, Brottsförebyggande rådet, BRÅ uppskattar att ungefär en tredjedel av alla misshandelsfall, omkring en femtedel av alla hot och trakasserier och drygt en sjättedel av alla sexualbrott anmäls. Ungefär var tionde invånare utsattes för någon form av våld, hot eller trakasserier under år 2006 enligt en undersökning gjord av BRÅ.

Den viktigaste förklaringen till att invandrare i Sverige i högre utsträckning än sverigefödda rapporterar att de har dålig eller mycket dålig hälsa är att de ofta hamnar i bostadsområden med låg status, hänvisas till tunga och lågavlönade arbeten och är ofta socialt utsatta på grund av diskriminering.

Fattigdom¹ är ojämnt fördelad mellan olika befolkningsgrupper och de som är hårdast drabbade är unga vuxna och invandrare. Till de mest utsatta hör ensamstående mödrar med minderåriga barn, de har en tydlig förhöjd risk för såväl långvarig som upprepad fattigdom vilket innebär att de också har ökade risker för ohälsa. I Fyrbodal är 2,6-2,9 procent av befolkningen ensamstående med barn under 17 år. När det gäller barnfattigdomsindex ligger Dalsland högt, där bor 13,4 procent av barnen i hushåll med låg inkomststandard och/eller socialbidrag, genomsnittet i regionen är 11,8 procent. Det är dock stor variation mellan kommunerna i Fyrbodal. I Dalsland har Mellerud och Dals-Ed den högsta andelen (16,4 resp. 15,2 %) även Åmål och Bengtsfors ligger över riksgenomsnittet. I Norra Bohuslän ligger Strömstad, Lysekil och Munkedal över riksgenomsnittet. För Trestads del uppvisar Lilla Edet och Trollhättan värden över riksgenomsnittet. Lägst barnfattigdomsindex återfinns i Vänersborg och Orust (8,3 resp. 8,2 %).

Levnadsvanor

Levnadsvanor kan i olika hög grad ha betydelse för folkhälsan. Vilka levnadsvanor man väljer beror till stor del på den sociala och kulturella omgivning man befinner sig i. De socioekonomiska förutsättningarna är också av allra största vikt när det gäller val av goda levnadsvanor. Ekonomiskt utsatta och arbetare med kort utbildning är grupper som har sämre hälsorelaterade levnadsvanor och mer ohälsa än personer med god ekonomi, arbete och lång utbildning.

Tabell 2: Hälsa och levnadsvanor, per nämndsområde och uppdelat på män och kvinnor, 16-84 år.

		HSN 1	HSN 2	HSN 3	VGR
Uppskattat hälsoläge – bra, mycket bra	kvinnor	65,5	62,4	67,6	69,1
	män	67,8	63,4	74	73,5
Självordstankar	kvinnor	16,1	14,3	14	14
	män	10	10,4	12,41	11,8
Svåra besvär av ängslan, oro, ångest	kvinnor	4,6	6	5,2	5,9
	män	2,3	2,4	4,1	3,7
GCHQ12*, nedsatt psykiskt välbefinnande	kvinnor	15,2	15,9	18,5	19,7
	män	11,9	11,3	14,7	14,2
Dagligrökare	kvinnor	18	14,4	16,4	14,2
	män	11,9	15,4	11,4	12
Riskabla alkoholvanor	kvinnor	9,8	6,9	9,2	10
	män	14,1	13,1	16,2	17
Stillasittande fritid	kvinnor	11,9	15,1	14,2	13,6
	män	14,2	13,2	14,7	14
Kostvanor – lite frukt och grönt	kvinnor	15,9	17	16,4	16,3
	män	33,3	37,2	33,3	32,5
Övervikt och fetma	kvinnor	44,5	45,9	44,3	38,8
	män	60,1	60,3	49,7	52,6
Fetma	kvinnor	14,2	14,7	15,2	14
	män	15,1	17,1	14,5	14

* GCHQ12, 12 frågor som avser att mäta psykiskt välbefinnande och psykiska reaktioner på påfrestningar.

Källa: Nationella Folkhälsoenkäten 2006-2008

¹ Fattigdom (relativ), andel personer med disponibla inkomster under 60 procent av medianinkomsten

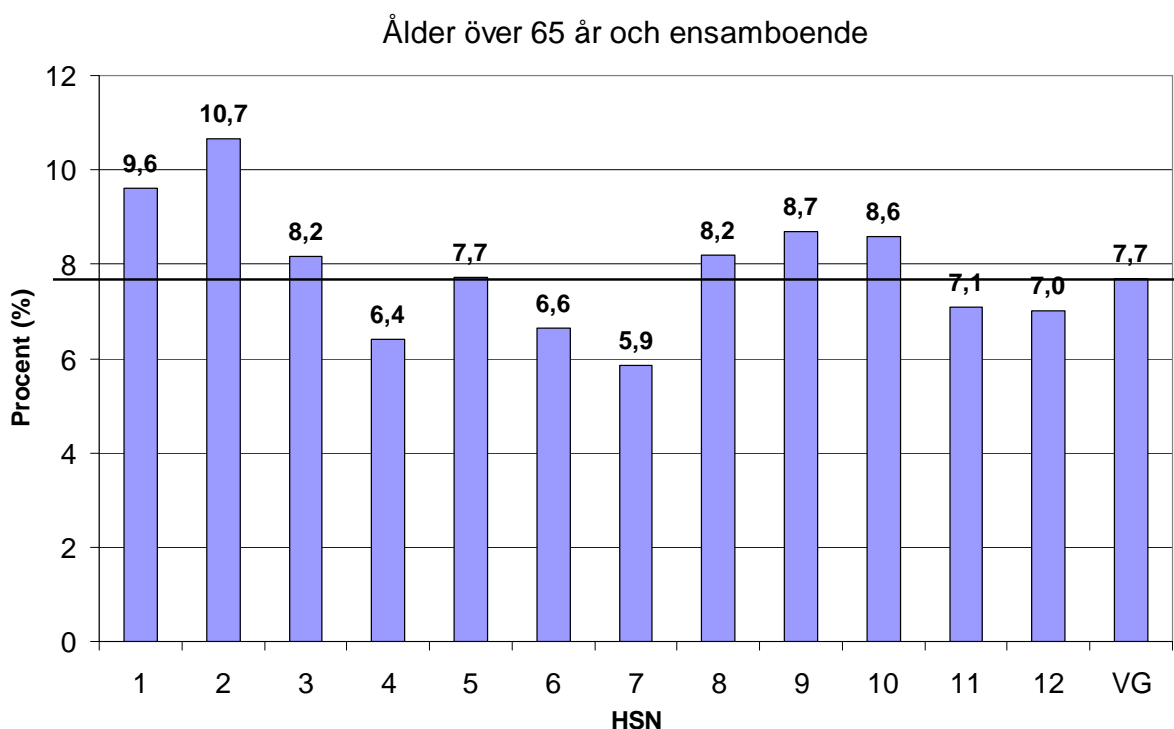
Hög andel av invånarna i Fyrbodal har uppskattat sitt hälsoläge som dåligt jämfört med övriga i regionen. Dessutom är det en hög andel som uppger att de har svåra besvär av ängslan, oro och ångest. Störst problem ses hos kvinnorna i åldersgruppen 16-24 år, där 8,4 procent uppger att de har svåra besvär av ängslan, oro eller ångest och över 20 procent uppger att de någon gång har funderat på att ta sitt liv.

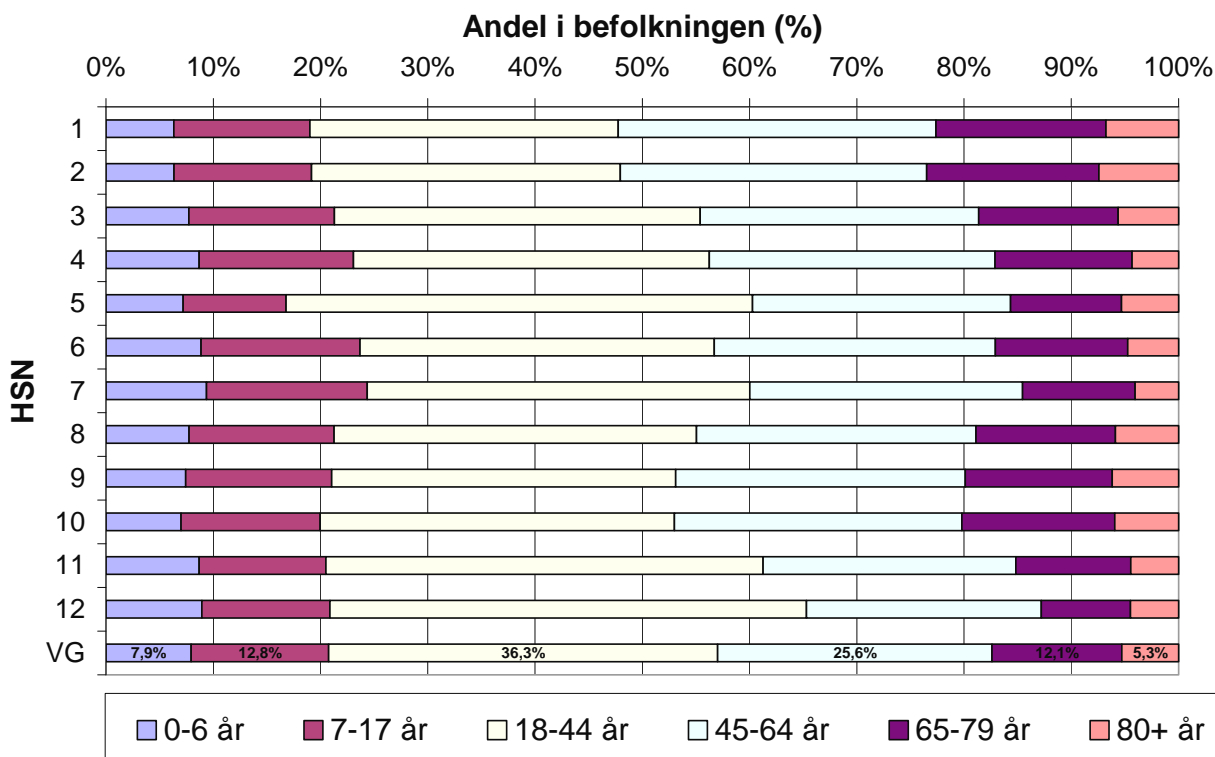
Det är en hög förekomst av övervikt och fetma i alla kommuner i Fyrbodal. Det är endast män i Vänersborg som uppger en lägre förekomst av övervikt och fetma än genomsnittligt i VGR. Högst förekomst av fetma återfinns bland män i åldersgruppen 45-64 år. Andelen med stillasittande fritid är högre i de flesta kommuner i Fyrbodal jämfört med övriga regionen. Störst andel med stillasittande fritid bedöms det vara bland män i Trollhättan och Lilla Edet samt bland kvinnor i Bengtsfors och Mellerud. När det gäller kostvanor uppger män i högre utsträckning än kvinnor att de äter lite frukt och grönt.

Det finns en lägre andel invånare med riskabel alkoholkonsumtion i Fyrbodal jämfört med VGR. Däremot finns stora skillnader i alkoholkonsumtionen mellan kommunerna. Bland kvinnor förekommer en högre konsumtion i Strömstad, Tanum, Sotenäs och Åmål och bland män i Trollhättan, Lilla Edet och Lysekil. Personer i åldersgruppen 16-24 år uppvisar störst andel med riskabla alkoholvanor bland både män och kvinnor (>30 %).

När det gäller tobaksrökning uppvisar Fyrbodal en högre andel rökare jämfört med regionen, och de flesta återfinns i åldersgruppen 45-64 år där 21 procent av kvinnorna uppger att de röker dagligen och 18 procent av männen.

Äldre i Fyrbodal





Andelen äldre i Fyrbodals tre nämndsområden är hög och beräknas öka eftersom antalet inflyttade yngre personer är lågt. I alla tre nämndsområden är antalet ensamboende äldre högre än VGR i genomsnitt. De äldres behov varierar. De flesta har en god hälsa men en grupp har både stora och komplexa behov som ställer krav på kunskap inom flera olika områden. Många äldre får stora insatser såväl från sluten- och öppenvården som från äldreomsorgen inom kommunerna – men insatserna är många gånger splittrade. Helhetssyn och konkret samverkan är på väg att utvecklas men behöver fortsatt fokus.

Vårdkonsumtion

Ett mått på befolkningens behov av vård är att studera hur stor konsumtionen har varit om man tittar bakåt i tiden. Konsumtionen grundar sig dock inte bara i behovet, utbudet och tillgången styr också konsumtionen av olika typer av vård. Om det är långt till läkare eller svårt att ta sig till vårdenheten, så resulterar det i ett färre antal besök även om behoven faktiskt har funnits där. Människor är också olika benägna att söka vård för sina besvär och åkommor vilket också påverkar konsumtionen.

**Tabell 3: Vårdkonsumtion per 1000 invånare under 2009
åldersstandardiserat jämfört med VG regionen**

2009 per 1000 invånare	Specialiserad somatisk vård	HSN 1	HSN 2	HSN 3	VGR
Vårdtillfällen		129	127	135	142
Vård dagar		707	714	754	751
Medelvårdtid i dagar		5,5	5,6	5,6	5,3
Läkarbesök länssjukvård	Totalt / inv	789	732	866	980
Varav på	Akuttmott NÄL/US	93	87	140	
Varav på	På lokalsjukhusen	106	158	22	
	Specialiserad psykiatrisk vård				
Vårdtillfällen	Länssjukvård vuxenpsykiatri	7,5	9	10,5	6,5
Vårdtillfällen/1000 barn	Länssjukvård BUP	3	1,2	1,95	1,45
Vård dagar	Länssjukvård vuxenpsykiatri	127	154	165	120
Vård dagar/1000 barn	Länssjukvård BUP	25	9,5	34	28
Läkarbesök vuxenpsykiatri		65	40	43	61
Läkarbesök BUP/1000 barn		34	17,5	31,5	30,5
Övriga besök Vuxenpsykiatri		216	284	372	208
Övriga besök BUP		482	227	279	183
	Primärvård				
Allmänläkarbesök		1428	1540	1371	1421
Varav på jourcentral Fyrbodals		146	154	88	
Sjukgymnastikbesök		834	802	683	729
Kuratorsbesök		80	93	83	39
Psykologbesök		35	2	29	37

I tabellen på föregående sida utgår värdena från att ålderssammansättningen i Fyrbodals är lika som i VG-regionen i genomsnitt. Om vi jämför slutenvårdskonsumtionen kan vi se att invånarna i Fyrbodals har ett lägre antal slutenvårdstillfällen än VGR i genomsnitt. Inom Fyrbodals skiljer sig konsumtionen mellan nämndsområdena åt. Trestadsborna har fler vårdtillfällen än Norra Bohuslän och Dalsland. Orsaken till den lägre konsumtionen av vårdtillfällen i Norra Bohuslän och Dalsland kan bero på att avståndet till sjukhusen är längre. Ett arbete har genomförts för att minska ”korta oplanerade inläggningar” vilket resulterade i en minskning av vårdkonsumtionen mätt i antal vårdtillfällen under 2008. Minskningen har

även fortsatt under 2009. Insatser som Äldresjuksköterskor, FUT (förstärkt utskrivnings trygghet) vårdkoordinator kan också ha bidragit till minskningen.

Den lägre konsumtionen i Fyrbodal jämfört med övriga VGR leder till frågan om vi har för låg konsumtion alternativt om VGR igenomsnitt har för hög konsumtion av slutenvård?

Intressanta skillnader ses också i konsumtionsmönstret av öppenvårdstillfällen inom länssjukvård där VGR invånarna i genomsnitt konsumerar ett betydligt högre antal läkarbesök jämfört med invånarna i Fyrbodal. Också inom de tre nämndsområdena ses stora skillnader. Invånarna i Dalsland gör 134 färre läkarbesök per 1000 invånare än invånarna i Trestad. Liknande skillnader ses också om man jämför läkarbesöken mellan invånarna i Norra Bohuslän och Trestad. Trestadsborna besöker också akutmottagningen på Uddevalla sjukhus och NÄL betydligt oftare än invånarna i Norra Bohuslän och Dalsland, även där kan konsumtionsmönstret säkert bottna i det korta avståndet till akutmottagningarna på sjukhusen. Invånarna i Norra Bohuslän och Dalsland besöker istället i större utsträckning jourmottagningarna inom primärvården.

Inom psykiatrin ses inte de stora skillnaderna som vi kan se inom den somatiska sjukvården. Här ligger konsumtionen av läkarbesök inom vuxenpsykiatri och Barn- och ungdomspsykiatri högre inom Norra Bohuslän än inom de övriga nämndsområdena. Samma förhållande ses också för besök hos andra yrkeskategorier inom BUP. Barn och ungdomar inom Norra Bohuslän har ett högt ohälsotal gällande psykisk hälsa, men frågan är om skillnaderna är så stora om man jämför ohälsotalen bland ungdomar inom Fyrbodal och skillnaderna i konsumtion, eller om behandlingskulturen ser olika ut?

För Dalslänningen är primärvårdsläkaren på vårdcentralen och jourcentralen förstahandsalternativet vid problem med hälsan. Besök hos kurator inom primärvården är också vanligare inom primärvården i Dalsland jämfört med Norra Bohuslän och Trestad där man istället besöker psykologen i högre utsträckning, orsaken till detta är säkert skillnader i kompetensutbudet.

Utöver vad som framkommer i ovanstående tabell, är konsumtionen betydligt högre hos kvinnor än hos män, dessa skillnader ses såväl inom VGR i genomsnitt som inom Fyrbodal. Skillnaderna i vårdkonsumtion mellan könen ses inom de flesta vårdnivåer. När det gäller besök på jour- och akutmottagning, är dock konsumtionen mellan könen i stort sett lika. Dessa skillnader står inte att finna i en motsvarande större sjuklighet hos kvinnor, utan snarare i att man i större utsträckning söker vård för att få hjälp med sina besvär .

Befolkningens bedömning av vården mäts årligen genom vårdbarometern. Vid mätningen första kvartalet 2010 hade det skett en ökning av andelen av befolkningen i Norra Bohuslän och Dalsland som ansåg att de hade tillgång till den vård de behövde jämfört med 2009. Störst ökning hade skett i Norra Bohuslän vilket kan bero på flertalet nya vårdenheter som etablerat sig i området i och med införandet av VG primärvård. Under 2009 var det i Fyrbodal befolkningen i Trestad som var mest nöjd med tillgängligheten (77 %), hade störst förtroende för vården (59 %) och i högre utsträckning sökte vård vid behov jämfört med befolkningen i Norra Bohuslän och Dalsland.

Vårdkonsumtion utifrån några vanliga diagnoser

Hjärt-kärlsjukdomar

Antal åtgärder/ individ med diagnos I20-I25, I50

2009	Hjärt- kärl sjukdomar	HSN 1	HSN 2	HSN 3
Läkarbesök inom läns, region och rikssjv.		0,23	0,16	0,18
Läkarbesök primärvård		0,44	0,48	0,42
Vårdtillfällen		0,21	0,23	0,23
Vård dagar		1,21	1,45	1,36

Antal personer med diagnoserna akut hjärtinfarkt och kärlkramp i bröstet, minskar i alla tre nämndsområden. Däremot ökar antalet som lever med diagnosen kronisk ischemisk hjärtsjukdom och hjärtinsufficiens, vilket är en sjukdom där hjärtat inte fungerar fullt ut utan ger ett antal kännbara symtom. Konsumtionen uträknad på antalet patienter med diagnosen hjärt-kärlsjukdom, visar inga större skillnader mellan nämndsområdena, de flesta läkarbesöken sker inom primärvården.

Cancer

Antal åtgärder/individ med cancerdiagnos

2009	Cancer	HSN 1	HSN 2	HSN 3
Läkarbesök inom läns, region och rikssjv.		1,11	1,14	1,14
Läkarbesök primärvård		0,35	0,50	0,44
Besök övriga personalkategorier		0,22	0,17	0,21
Vårdtillfällen		0,25	0,25	0,22
Vård dagar		1,84	2,11	1,75

Antal personer med diagnosen cancer har ökat något under de sista åren. Mellan åren 2005 - 2009 ses en 9 % ökning i Norra Bohuslän, 12 % ökning i Dalsland och en ökning med 10 % i Trestad. Man bör ha i beräkning att en ökning av antalet registreringar kan ha betydelse för det ökade antalet, men ökningen stämmer i stort med nationella beräkningar.

Ovanstående siffror belyser konsumtionen av olika typer av besök hos individer med cancerdiagnos inom respektive nämndsområde. De flesta läkarbesök sker hos specialist inom länssjukvården, endast ett fåtal utförs inom Primärvården. Antalet vård dagar är något högre i Dalsland. Bakgrunden till detta kan vara att någon eller flera patienter med mer komplicerad sjukdom vårdats inlaggande på sjukhus.

Diabetes

Antal åtgärder/individ med diagnosen diabetes

2009	Diabetes	HSN 1	HSN 2	HSN 3
Läkarbesök inom läns, region och rikssjv.		0,67	0,56	0,59
Läkarbesök inom primärvård		0,79	0,95	0,89
Vårdtillfällen		0,30	0,28	0,32

Antalet personer med Diabetes typ 2 ökar i alla tre nämndsområden. Patienter med diabetes får till övervägande del vård inom primärvården och då framförallt genom besök hos diabetessjuksköterska. Patienter i Dalsland gör fler besök hos sin vårdcentralsläkare än i övriga områden, det kan bero på att man har en högre andel patienter registrerade i NDR, nordiska diabetesregistret. För slutenvårdstillfällen ses en något högre andel i Trestad, jmf med högre slutenvårdskonsumtion i Trestad i tidigare tabell

Astma/Kol

Andel åtgärder/individ med diagnosen Astma eller Kol

2009	Astma /KOL	HSN 1	HSN 2	HSN 3
Läkarbesök inom läns, region och rikssjv.		0,30	0,30	0,34
Läkarbesök primärvård		0,50	0,44	0,52
Besök övr. pers. kategorier		0,17	0,36	0,19
Vårdtillfällen		0,52	0,34	0,54
Vård dagar		0,37	0,30	0,40

Antalet invånare inom Fyrbodal med diagnosen Astma ökar.

I åldersgruppen >20 år är Astma och Kol vanligare bland kvinnor än bland män, och antalet kvinnor som har diagnosen KOL ökar. Den största ökningen av antalet patienter med Kol ses i Dalsland där antalet har ökat med 62 % sedan 2005.

De flesta patienter får vård inom primärvården och tillgång till specialistkompetens i form av Astma/Kol sköterska skall finnas på varje vårdcentral.

Genomgång av befintliga behovsgrupper

Här följer en genomgång av de befintliga behovsgrupperna med förslag på förändringar samt argument för nya behovsgrupper.

Kroniska sjukdomar

Andningsorganens sjukdomar

Antalet invånare inom våra nämndsområden som har diagnosen Astma har ökat med 35-46% sedan 2005, den största ökningen ses i Norra Bohuslän. I Norra Bohuslän och Dalsland är astma vanligare bland pojkar än flickor, medan förhållandet är det omvända i Trestad. I åldersgruppen >20 år är Astma och Kol vanligare bland kvinnor än bland män, och antalet kvinnor som har diagnosen KOL ökar. Den största ökningen av antalet patienter med Kol ses i

Dalsland där antalet har ökat med 62 % sedan 2005. Då Fyrbodals har en hög andel rökare jämfört med övriga VGR kommer antalet med KOL i Fyrbodals med all sannolikhet att öka, speciellt bland kvinnor. Dessutom finns det anledning att tro att det i dag finns ett antal personer som ännu inte fått diagnosen men känner av symtom.

För astma finns väl inarbetade behandlingsriktlinjer och vårdprogram. Användning av moderna inhalationsläkemedel har förbättrat livskvaliteten betydligt för patientgruppen. De flesta patienter får vård inom primärvården och tillgång till specialistkompetens i form av Astma/Kol sköterska skall finnas på varje vårdcentral.

Ur gruppen kroniska sjukdomar kommer fokus riktas mot behoven hos patienter med Kol.

Diabetes

Förekomsten av diabetes typ 2 fortsätter att öka bland invånarna i alla tre nämndsområden. Framförallt ökar sjukdomen hos män mellan 20-64 år, samt hos bägge könen äldre än 65 år. För barn och ungdomar upp till 19 år minskar dock insjuknandet i diabetes. Nya riktlinjer för vård och behandling har presenterats under året. De presenterar en annan syn på behandling i form av undervisning för att åstadkomma en bättre kontroll av blodsockret där gruppundervisning ledd av sjuksköterska med pedagogisk kompetens ger det bästa resultatet. Diabetespatienter kontrolleras och sköts inom primärvården och diabetes sjuksköterska finns på varje vårdcentral. Kvalitetsindikatorer kopplade till vård och behandling följs upp årligen.

Vården för diabetiker bedöms i dag vara väl tillgodosedd inom vårt område.

Stroke

I Norra Bohuslän har antalet personer med stroke minskat mellan 2006-2009. I Dalsland har antalet ökat med 34 % mellan 2006 och 2009, den grupp som ökar mest är blödning eller infarkt. I Trestad har antalet fall ökat med 15 % även här är det blödning och infarkt som ökar mest. Den på senare år tillkomna behandlingsmetoden vid propp i hjärnan så kallad trombolys eller proppupplösning har ökat. Sedan år 2008 finns möjlighet till trombolys vid NU-sjukvården dygnet runt, året om. Andelen personer med diagnosen stroke (huvudorsak) som vårdats på strokeenhet ökar men når inte riktigt upp till det nationella målet på 90 %. Antalet besök inom Primärvården ökar.

Hjärt-kärlsjukdomar

Antal personer med diagnosen akut hjärtinfarkt samt kärlkramp i bröstet har minskat de senaste åren. Däremot ökar antalet personer med diagnosen kronisk ischemisk hjärtsjukdom i alla tre nämndsområden. Största ökningen mellan åren 2005 och 2009 ses i Dalsland där antalet ökade med 36 %. Vård och behandling ges både inom primärvård och inom specialistsjukvård. Uppföljning av hjärtinfarktvården i regionen har visat ett sämre resultat för Uddevalla sjukhus och NÄL jämfört med övriga hjärtenheter inom VG-regionen. Dödlighet inom 30 dagar efter hjärtinfarkt har för NU-sjukvårdens del tidigare legat på 17 %. Uppföljning under hösten 2009 visar på ett betydligt förbättrat behandlingsresultat. Man bör ändå fortsätta att följa behandlingsresultat för NU-sjukvården eftersom det fortsatt kan förbättras.

Antalet PCI-ingrepp (ballongsprängning) som används som behandling vid hjärtinfarkt, visar för Fyrbodalsinvånare en fortsatt svagt sjunkande trend troligen beroende på det minskade antalet infarkter. Planerade ingrepp på Sahlgrenska sjukhuset har också minskat märkbart.

Antal utförda PCI	År 2006	År 2007	År 2008	År 2009
Planerade	139	168	167	130
Oplanerade	424	321	537	344

I Primärvården har samtliga vårdcentraler i Fyrbodalen under år 2009 haft sjuksköterskeledd hjärt-kärlmottagning. I Krav- och kvalitetsboken för VGPV är detta i dagsläget inget krav så man bör vara uppmärksam på hur denna patientgrupp får sin vård framgent.

Ur gruppen kroniska sjukdomar kommer fokus riktas mot behoven hos patienter med Hjärt-kärlsjukdomar och Stroke.

Långvarig funktionsnedsättning

Personer med långvarig funktionsnedsättning är en utsatt grupp i samhället. Det finns stora skillnader i levnadsförhållanden jämfört med övriga befolkningen. Genomgång nationellt visar bland annat när det gäller den självupplevda hälsan, att dålig hälsa är 10 gånger vanligare bland personer med funktionsnedsättning än för övriga i befolkningen. Nedsatt psykisk ohälsa och dålig tandhälsa är mer än dubbelt så vanlig.

Antalet med långvariga funktionsnedsättningar förväntas öka då den medicintekniska utvecklingen medför att personer med funktionsnedsättning lever längre, liksom resten av befolkningen. Det finns brister i övergången från barn till vuxenhabiliteringen och det är dålig tillgång till läkarresurser för denna grupp. NU-sjukvården uppger långa väntetider till utredning för neuropsykiatriska funktionshinder för vuxna. För barn klarar man tid för utredning inom vårdgarantin. Vuxna med Neuropsykiatriska funktionshinder är en förbisedd och tämligen okänd grupp i vårt samhälle. Tidigare trodde man att funktionshinder som exempelvis ADHD växte bort med åren, men idag vet man att dessa problem kvarstår i varierande grad. Behoven behöver synliggöras så att vård och behandling möter behoven hos barn såväl som vuxna.

Ur gruppen långvarig funktionsnedsättning kommer fokus riktas mot behoven hos personer med Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Cancer

Antal personer med diagnosen cancer i åldrarna 0-19 år minskar i alla tre nämndsområden. I åldrarna 20-64 år drabbas kvinnor i högre grad än män av cancer. I Norra Bohuslän och Dalsland finns 63 % fler kvinnor än män med cancer i åldrarna 20-64 år. För Trestad är motsvarande siffra 58 %. Den vanligaste cancerformen bland kvinnor är bröstcancer. I åldersgruppen över 65 år, är cancer något mer vanligt bland män än bland kvinnor. Om man jämför antal personer med diagnosen cancer mellan åren 2005 och 2009, kan man se en ökning på mellan 6-23 % i åldersgruppen >20 år. Den största procentuella ökningen av antalet individer med cancer, 23 % ses hos män >65 år i Dalsland och kvinnor samma åldersgrupp i Trestad 20 %. Konsumtionen av besök hos läkare och övrig personal samt vårdtillfällen per individ med cancer som huvuddiagnos uppvisar inga skillnader mellan nämndområdena.

Överlevnadssiffrorna för cancer har förbättrats markant under åren. Det finns flera förklaringar till den positiva utvecklingen, men framförallt har behandlingen blivit effektivare och diagnostiken förbättrad och intensifierad.

Den förväntade återstående livslängden för personer som får diagnosen cancer är i dag cirka sju år längre än för personer som diagnostiserades i mitten av 60-talet .

Under 2009 har nya nationella riktlinjer för cancer presenterats. Riktlinjerna betonar vikten av att tillvarata möjligheterna att minska insjuknandet i cancer och att säkra och förbättra cancersjukvårdens kvalitet och resultat. Man vill bland annat lägga fram arbetsätt och organisation som bygger på multidisciplinärt omhändertagande samt ledtider som inte innehåller några onödiga och för patienten oklara väntetider vilket leder till bättre utvecklade vårdprocesser. NU-sjukvården arbetar för närvarande med att bygga upp ett processinriktat arbetsätt kring cancerpatienter.

I Öppna jämförelser 2009 pekade man på oacceptabla skillnader i överlevnad hos patienter med livmoderhalscancer, där kvinnor med kort utbildning och låg socioekonomisk status uppvisar kortare överlevnad än kvinnor med högre socioekonomisk status. Skillnaderna är inte medicinskt motiverade.

Ur gruppen cancer kommer fokus riktas mot vården av Livmoderhalscancer och Lungcancer ur ett jämlikhetsperspektiv

Psykisk ohälsa

Hög andel av invånarna i Fyrbodal har uppskattat sitt hälsoläge som dåligt jämfört med övriga i regionen. Antal som uppger sig känna ångslan, oro och ångest är hög i många kommuner. Det är kvinnor i åldersgruppen 16-24 år som upplever sig känna ångslan, oro och ångest i högre utsträckning än andra, det är också i den gruppen där många har nedsatt psykiskt välbefinnande och där en hög andel har haft självmordstankar.

Ungdomsarbetslösheten är högre än VGR i alla kommuner i Trestad och Dalsland. Arbetslösheten (totalt) har ökat i de allra flesta kommuner i Fyrbodal under 2009.

Under 2009 har NU-sjukvården periodvis haft problem att klara vårdgarantin och har vissa månader haft ett antal personer inom allmänpsykiatrin som väntat mer än 90 dagar eller för patientvald väntan mer än 180 dagar. Inom barn- och ungdomspsykiatrin har man med undantag för augusti-september klarat vårdgarantin för besök.

Depression

En person av fem drabbas någon gång under livet av depression. Livskvaliteten hos en deprimerad person halveras. Många personer slutar att fungera socialt och förlorar förmågan att arbeta, vilket också innebär en enormt tung börda för anhöriga och närstående.

Människor med psykisk ohälsa vill i första hand vända sig till vårdcentralerna, problemet ligger i att kunna erbjuda evidensbaserad psykologisk behandling där människor söker den i den omfattning som människor har behov av den. I dagsläget arbetar en stor del av landets psykologer inom privat verksamhet. Större delen av de insatser som ges nationellt utförs av privatpraktiserande psykologerna som betalas av arbetsgivare, försäkringsbolag eller av den enskilde själv. Det har fått till resultat att möjlighet till behandling kan bli en klassfråga. Under 2010 kommer nya nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom att presenteras. Enligt dessa bör Hälso- och sjukvården i större utsträckning kunna erbjuda KBT, kognitiv beteendeterapi, som ett alternativ till läkemedel vid behandling av depression och ångest. Ett effektivt omhändertagande i primärvården är också viktigt.

Förekomsten av psykisk ohälsa är relativt hög i våra tre nämndområden varför det är viktigt att säkerställa att behovet av vård med hög kvalitet, evidens och tillgänglighet tillgodoses. Särskilt viktigt är att arbeta för en vård som förebygger den ojämlikhet i tillgång på vård och behandling som har sin grund i ekonomiska skäl.

Ur gruppen psykisk ohälsa kommer fokus riktas mot behoven hos kvinnor 16-24 år samt personer med depression.

Personer med risk- eller missbruksproblem

Konsumtionen av alkohol har under de senaste åren ökat nationellt. Vid sidan av tobaksbruk är miss- och riskbruk av alkohol en av de levnadsvanor som har stora konsekvenser för folkhälsan. I Fyrbodalen ligger enligt de uppskattningar som kan göras genom Folkhälsoenkäten riskabla alkoholvanor i genomsnitt på en något lägre nivå än i Västra Götalandsregionen. Stora skillnader finns dock mellan kommunerna och mellan kvinnor och män. Bland männen återfinns en större andel som har ett riskbruk än bland kvinnorna. Av kommunerna utmärker sig Lysekil, Trollhättan och Lilla Edet genom ett större riskbruk bland män. I Strömstad, Sotenäs, Tanum, Åmål och Uddevalla är riskbruket bland kvinnor högre än genomsnittet i regionen. Högst andel riskkonsumenter återfinns i åldrarna 16-24 år.

Ansvar för insatser till personer med missbruksproblematik är delat mellan kommunerna och regionen. Ibland är ansvarsgränserna otydliga vilket leder till att personer inte får den behandling och omsorg de behöver. En statlig utredning håller på att se över missbruksvården och ett förslag som innefattar en tydligare ansvarsfördelning ska presenteras hösten 2010.

För personer med samsjuklighet dvs. de som har både missbruks och psykiatrisk problematik har kommunerna och regionen inom ramen för Vårdsamverkan Fyrbodalen utarbetat ett vårdprogram som tydliggör åtgärder och ansvar. Det är dock endast personer över 18 år som omfattas av programmet.

Behovsgruppen kommer att delas på till "personer med riskbruksproblem" och "personer med missbruksproblem". Personer med missbruksproblem kommer att fokusera på unga 16-24 år".

Vård av äldre

Inom framförallt Norra Bohuslän och Dalsland består en hög andel av befolkningen av äldre personer. Många bor i eget boende långt upp i åren och drabbas förr eller senare av en rad olika sjukdomar. Vid akut sjukdom transporteras de in till sjukhus och hamnar ofta på akutmottagningen där väntetiderna ibland blir långa och omhändertagandet inte alltid det bästa. Ett annat skäl till långa väntetider är också att slutenvårdsplatserna minskat. Befolkningsutvecklingen visar att andelen äldre kommer att fortsätta stiga varför vi ser att vi i högre utsträckning behöver fokusera på hur behoven för dessa grupper skall kunna tillgodoses på bästa sätt. I dagsläget finns ett antal åtgärder och projekt som syftar till ett bättre och effektivare omhändertagande av äldre, exempelvis MÄVA, FUT (förstärkt utskrivningstrygghet) och Äldresjuksköterskor. Vi föreslår att man tar ett mer samlat grepp utifrån behoven hos äldre och föreslår därför en ny behovsgrupp som utgår från hur äldre personers behov tillgodoses inom vårt område.

Äldre blir en ny behovsgrupp.

Övervikt och fetma

Förekomsten av övervikt och fetma är hög i alla kommuner i Fyrbodal både bland män och kvinnor och man kan se en ökning de senaste åren. Fetma är vanligare bland män i åldrarna 45-64 år (19,4 %). En av orsakerna är att många i Fyrbodal har en stillasittande fritid och äter lite frukt och grönt. Det är också många i Fyrbodal som uppskattar sitt hälsoläge sämre än genomsnittligt i VGR.

Genom att minska förekomsten av övervikt och fetma kan en mängd sjukdomar förebyggas. Konsekvenser av övervikt och fetma är bland annat diabetes, hypertoni, hjärtinfarkt, stroke, psykisk ohälsa, belastningsbesvär i rörelseorganen och cancer. Personer med övervikt eller fetma löper bland annat 30 procent högre risk att drabbas av cancer. Dessutom uppskattas övervikt och fetma stå för 7 % av den totala sjukdomsördan i Sverige, vilket är ett mått som väger samman sjukdomars påverkan på hälsotillståndet och hur mycket de bidrar till förtida död.

Det är svårt att behandla redan uppkommen fetma därför är det särskilt angeläget med tidiga hälsofrämjande och förebyggande insatser för att motverka övervikt och fetma.

Personer med övervikt och fetma blir en ny behovsgrupp.

Rörelseorganens sjukdomar

Antalet höftfrakturer har inte ökat i Fyrbodal under perioden 2004-2009. Sjukdomar i rörelseorganen drabbar flest äldre och vi har en åldrande befolkning, främst i HSN 1 och 2. En ny behovsgrupp i dessa nämndsområden är "vård av äldre".

Vid höftfraktur är tidsaspekten viktig. God smärtlindring och förkortad tillfrånkomst till operation motverkar livshotande komplikationer. Det är fortfarande långa väntetider till att bli bedömd och behandlad av ortoped inom NU-sjukvården vilket är något som vi fortfarande måste ha under uppsikt. Andelen med reumatiska sjukdomar som väntar på besök är färre 2009 jämfört med 2008. Det har skett ett ökat inflöde på osteoporosmottagningen vilket visar på en ökad uppmärksamhet på området. Inom primärvården i hela Fyrbodal erbjuds artrosskola.

En viktig aspekt i att minska antalet höftfrakturer är att förebygga osteoporos vilket man främst kan göra genom att minska förekomsten av övervikt och fetma och öka den fysiska aktiviteten. Genom att minska förekomsten av övervikt och fetma minskar man risken för andra sjukdomar i rörelseorganen som bland annat Artros och RA.

Rörelseorganens sjukdomar som egen behovsgrupp kommer att tonas ner under 2010. Däremot kommer fortsatt väntetider och diverse kvalitetsindikatorer följas upp under "Tillgänglighet" och "Kvalitet".

Referenser

Beställarbokslut 2009, Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli i Uddevalla

Folkhälsorapport 2008, Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli i Uddevalla

Folkhälsorapport 2009, Socialstyrelsen

Nationell cancerstrategi för framtiden, SOU 2009:11

Nationella Folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor 2006-2008, Statens folkhälsoinstitut

Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010, Socialstyrelsen

Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010 – stöd för styrning och ledning, Socialstyrelsen

Social rapport 2010, Socialstyrelsen

VEGA, vårddatabas

Verksamhetsanalys 2008, Västra Götalandsregionen

Vårdbarometern 2009

Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2009, Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting

Öppna jämförelser 2009 Folkhälsa, Socialstyrelsen, Sveriges kommuner och landsting och Statens folkhälsoinstitut