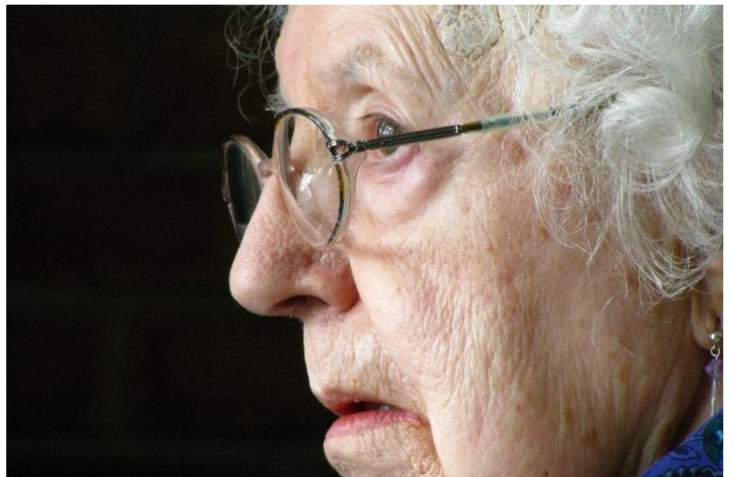


Behovsstyrning

Behovsanalys med åtgärdsförslag 2015



Innehåll *Behovsanalys med åtgärdsförslag 2015*

Att styra efter behov	3
Hälsa hos personer med funktionsnedsättning.....	21
Hälsa hos personer med funktionsnedsättning – barn med autism	36
Tjock- och ändtarmscancer	41
Prostatacancer.....	59
Sköra nyfödda	86
Sköra äldre.....	92
Palliativ vård.....	119
Munhälsa bland äldre	137
Öppen gynekologi	157
Långvarig icke malign smärta	171

Kontaktperson och samordnare:

Kajsa-Mia Holgers, professor, medicinsk rådgivare,

Koncernkontoret Hälsa- och sjukvård

Västra Götalandsregionen

072-250 10 64

kajsa-mia.holgers@vgregion.se

Kontaktpersoner för respektive delrapport är angivet i dess sammanfattning

Att styra efter behov

Målsättningen med behovsanalysen är att med spårbara åtgärdsförslag vara ett verktyg och ett transparent beslutsstöd för att styra efter behov. Den avser att ge en sammanhållen bild över behovsområden och att beskriva skillnader i hälsoläget för invånarna och för under-privilegierade grupper. Verktuget ger också evidensbaserade åtgärdsförslag som syftar till att bidra till en ökad och jämlik hälsa hos invånarna, där det övergripande syftet är ett gott liv i regionen.

Urvalet av behovsgrupper som belysts, har tagits fram genom ett stegvist förfarande, liksom de evidensbaserade åtgärdsförslagen. Dessa har i sin tur prioriterats och rangordnats genom en stegvis modell. Där gör vi också horisontella prioriteringar där angelägenhetsgraden för åtgärdsförslaget bedömts. Principerna för bedömningarna finns redovisade i syfte att göra prioriteringen transparent.

Här ges också en överblick över regionens uppföljningar av ”den goda vården för ett gott liv” och ställer dem i relation till målområden och aktiviteter i syfte att skapa en ”röd tråd” mellan definitioner, mål, åtgärder och resultat.

Områden för behovsanalyserna är: Tjocktarms- och ändtarmscancer, Prostatacancer, Sköra äldre, Sköra nyfödda, Funktionsnedsättning, Munhälsa, Långvarig smärta, Palliativ vård, och Gynekologi.

Åtgärdsförslagen är grupperade i fyra områden: a) Beställning, b) Begära förbättring av överenskommen vård, c) Stödja och bevaka, d) Fördjupad analys och utredning. Resultaten beskrivs i tabellerna med motsvarande namn.

Kontaktperson: Kajsa-Mia Holgers kajsa-mia.holgers@vgregion.se

Innehåll *Att styra efter behov*

Det övergripande syftet	5
Behov.....	5
Styrande principer	5
Användningsområde för behovsanalysen	6
Hälsobegreppet	7
Att följa upp.....	8
God vård för det goda livet.....	8
Tre-stegsmodell för behovsanalys med åtgärdsförslag	9
En utvidgad modell för urval till behovsanalys.....	9
En stegvis modell för prioritering av åtgärdsförslag	12
Prioritering och rangordning	12
Brister och åtgärdsförslag.....	14
Beställningar.....	15
Begära förbättring av överenskommen vård	16
Stödja och bevaka.....	17
Fördjupad utredning	18
Uppföljning av tidigare behovsanalys 2014	19
Referenser:.....	20

Det övergripande syftet

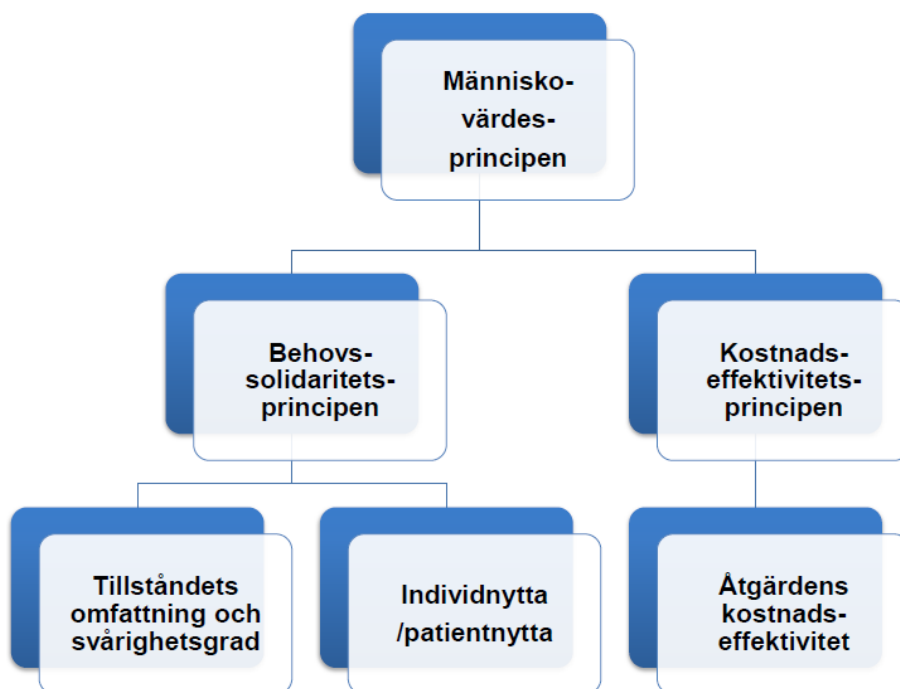
Syftet med verktyget är att undersöka behoven hos regionens invånare av hälso- och sjukvårdsinsatser i syfte att uppnå jämlik hälsa i befolkningen och ett gott liv i regionen.

Ett underliggande syfte är att identifiera de brister/behov och prioritera sådana brister där behoven är störst och ge förslag på evidensbaserade åtgärder som kan bidra till en förbättrad hälsa och minska skillnader i hälsoläget.

Behov

Brist eller behov definieras här som en skillnad mellan önskvärt och aktuellt läge och som kan påverkas av åtgärder inom hälso- och sjukvårdssystemet

De etiska principerna bygger på den etiska plattform som beskrevs av Socialdepartementets prioriteringsutredning 1995, och som successivt förtydligats inom Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet (LiU:s websida).



Styrande principer

Människovärdesprincipen är överordnat och innebär att vård ska ges på lika villkor för hela befolkningen.

Behovs- och solidaritetsprincipen innebär att den som har störst behov av vård ska ges företräde i vården.

Kostnadseffektivitetsprincipen bör först göras när de två ovanstående principerna använts.

Användningsområde för behovsanalysen

Att säkra behovsstyrning av beställningar och uppföljning av hälso- och sjukvårdsuppdragen inom Västra Götalandsregionen är hälso- och sjukvårdsnämndernas huvuduppdrag.

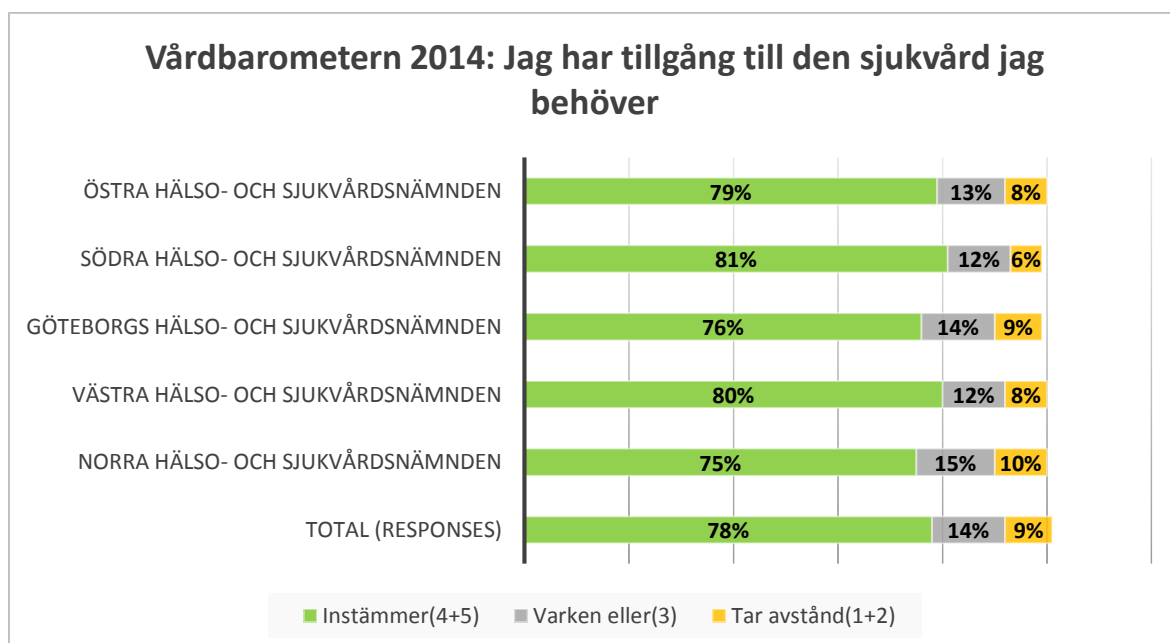
Behovsanalysen med dess åtgärdsförslag syftar till att vara ett verktyg och beslutsstöd inte enbart för nämnderna utan har användare inom andra delar av Västra Götalandsregionen.

- Stöd för Hälso- och sjukvårdsnämndernas mål och inriktningsbeslut.
- Beställningsarbetet med utförare
- Utförarens inre arbete
- Strategiska satsningar av regionala stimulansmedel
- Uppföljning av avtal och överenskommelser
- Ägarens controlling
- Utveckling av samverkande uppföljning
- Vid framtagande och uppföljning av KoK-boken inom Vårdval

I denna behovsanalys har arbetssätt utgått ifrån den modell som togs fram föregående år men som har vidareutvecklats. Vidareutvecklingen har bland annat gjorts i urvalsprocessen för att identifiera de behovsgrupper som sedan valts ut för att belysas närmare i detta arbete. Metoden är en trestegsmodell där urval, analys och horisontell prioritering är tre grundbultar för våra åtgärdsförslag i detta verktyg.

Analyserna speglar både hela regionen och nämndområden och kan användas som underlag för samtliga nämnder, men beskriver också unika förhållanden per nämnd. Detta innebär att behovet hos respektive nämnd kan bedömmas och sättas i relation till helheten.

Sedan föregående år har nämndsindelningen förändrats från tolv nämnder till fem. Invånarna i dessa fem nämnder uppfattade tillgång till den sjukvård man behöver på följande sätt:



Deltagare

I arbetet har följande personer medverkat och kontaktuppgifter finns angivna i respektive delrapport:

- Planeringsledare: Inger Ahlmark, Harriet Dimberg-Johnsson, Marika Fixell, Nina Hautanen, Eva Källen, Marianne Laiberg, Anette Ohlin-Johansson, Anna Persson, Anders Thorstensson, Anders Östlund
- Vårddataanalytiker: Stefan Svallhage och Cecilia Olbin Gard
- Epidemiolog: Barbara Rubinstein, odont.dr
- Apotekare: Anna Stoopendahl,
- Hälsoekonomisk rådgivare: Krister Järbrink, fil.dr
- Medicinsk rådgivare: Kajsa-Mia Holgers, professor, samordnare för behovsanalyserna och ansvarig för den övergripande sammanfattningen.

Hälsobegreppet

I analysens åtgärdsförslag inriktar vi oss på hälso- och sjukvårdsinsatser, men är medvetna om andra orsaker som påverkar hälsan, såsom infrastruktur, påverkansmöjligheter, socialt nätverk, arbete, utbildning etc. I analysen kan det finnas grupper som p.g.a dessa faktorer har ett ökat behov av hälso- och sjukvårds-insatser inklusive förebyggande åtgärder.

Exempel på orsaker till skillnader i hälsa kan bero bl.a. av:

- Brister i behovsprognos eller ofullständig beställning,
- Adekvat beställning, men vårdens utförare har ej genomfört avtalad eller överenskommen vård enligt beställning,
- Olika tillgång till nya behandlingsmöjligheter.
- Nya behov uppstått.
- Psykosociala faktorer som t.ex. arbetslöshet, låg inkomst, bristande socialt nätverk och utanförskap?
- Skillnader i efterfrågan av vård/hälsa och hur denna efterfrågan tar sitt uttryck
- Tillgång till hälso- och sjukvård och en hälsofrämjande livsstil
- Livsstil och levnadsförhållanden



Att följa upp

För att belysa om ovanstående förstärkande faktorer kan ha påverkat hälsoläget behöver uppföljning av hälso- och sjukvårdsuppdragen göras på olika nivåer och beskrivas i form av:

- Uppföljning av prestationer och volymer
- Uppföljning av riktade eller förändrade uppdrag
- Uppföljning av vårdens kvalitet och resultat
- Uppföljning av specificerade behovsgrupper

Eftersom målet med hälso- och sjukvårdstjänster är att skapa hälsa är uppföljningen av insatsernas resultat mycket komplexa och svårvärderade. Därför behöver olika områden och dimensioner av uppföljning samordnas för att få överblick av resultaten och sättas i sitt sammanhang för att det ska bli begripligt.

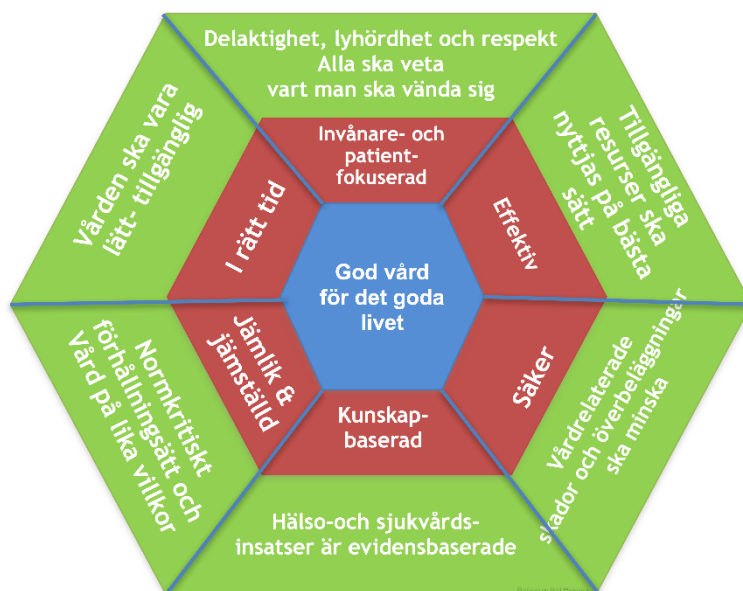
God vård för det goda livet

Regionens mål är ”det goda livet” och för att detta ska uppnås, måste förut-sättningarna för det goda livet vårdas.

För att belysa brister krävs också samordning i uppföljning och utvärdering av vårdens resultat för att få överblick över var skillnaderna finns och identifiera underprivilegierade grupper.

Om man ser på begreppet ”God vård” som tagits fram av Socialstyrelsen kan detta vidareutvecklas och revideras för att användas i ett större sammanhang som kan beskrivas som ”God vård för det goda livet” (Holgers 2013).

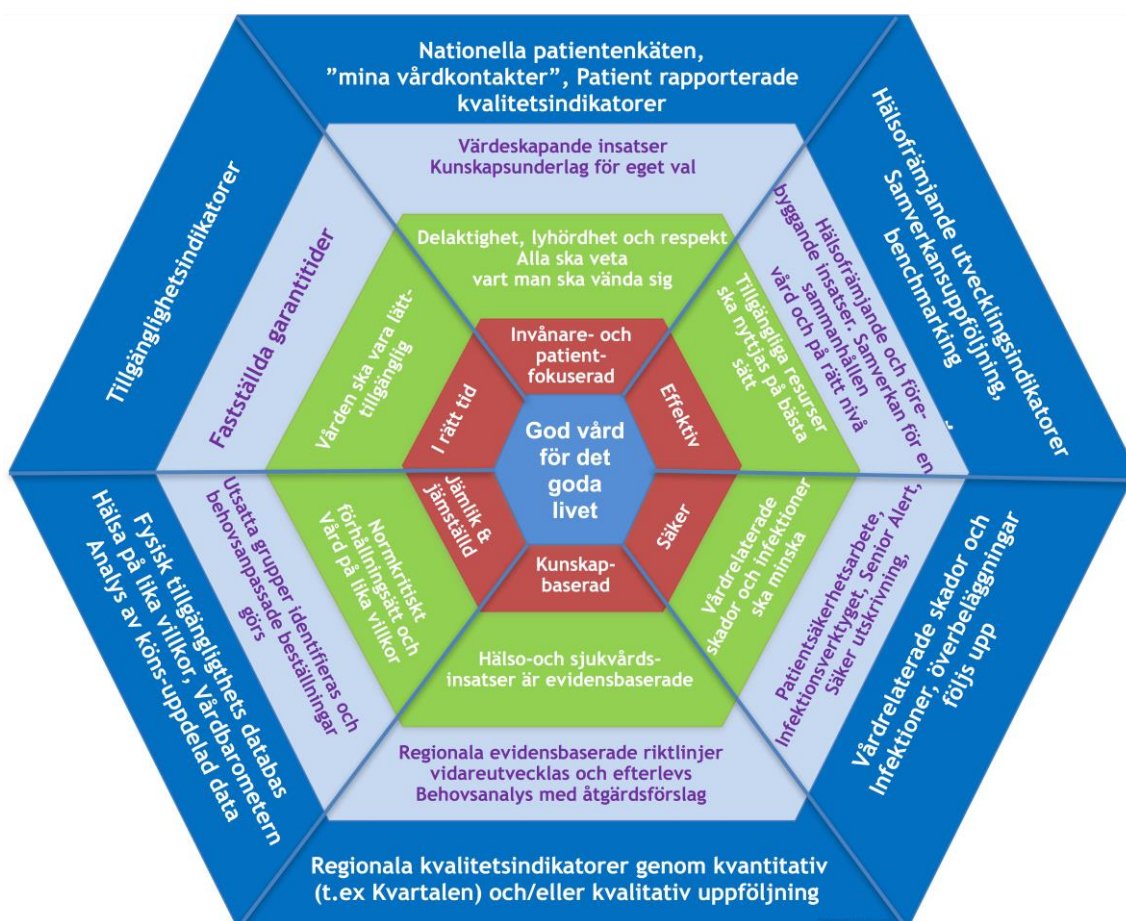
God vård enligt socialstyrelsens definitioner innebär att den ska vara jämlik och jämställd, säker, effektiv, patient-fokuserad, ges i rätt tid och vara kunskaps-baserad. Om man nu vidgar begreppet till ”God vård för det goda livet”, och låter det även omfatta ”invånarens perspektiv” kan man i en sådan utvidgad tolkning även omfamna insatser som rör andra områden än hälso- och sjukvårdsinsatser, som kultur, infrastruktur, påverkansmöjligheter mm, dvs modellen kan användas för fler områden än hälso- och sjukvård. Se de röda fälten i figuren nedan.



För varje av dessa 6 dimensioner som kännetecknar den goda vården, finns det politiska mål och viljeyttringar som ytterligare beskriver vad dessa begrepp innebär. Dessa kan sammanfattas som och anges på följande sätt i de gröna fälten i figurerna.

Till de politiska målen och viljeyttringarna som angetts i de gröna fälten finns därefter beslutade åtgärder som skall leda till att målen nås. De har i figuren nedan markerats i den ljusblå ramen, där exempel på åtgärder är presenterade. På detta enkla sätt synliggörs de åtgärder som är ihopkopplade med de målområden som de är avsedda att påverka.

Slutligen i den azur-blå ramen finns metoderna för att följa upp resultaten av aktiviteterna/åtgärderna. Resultaten kan sedan läggas samman för att utvärdera om aktiviteterna har bidragit till det som eftersträvats och om man närmat sig målen. Med en sådan modell kan uppföljningsresultaten tydliggöras och sättas i sitt sammanhang.



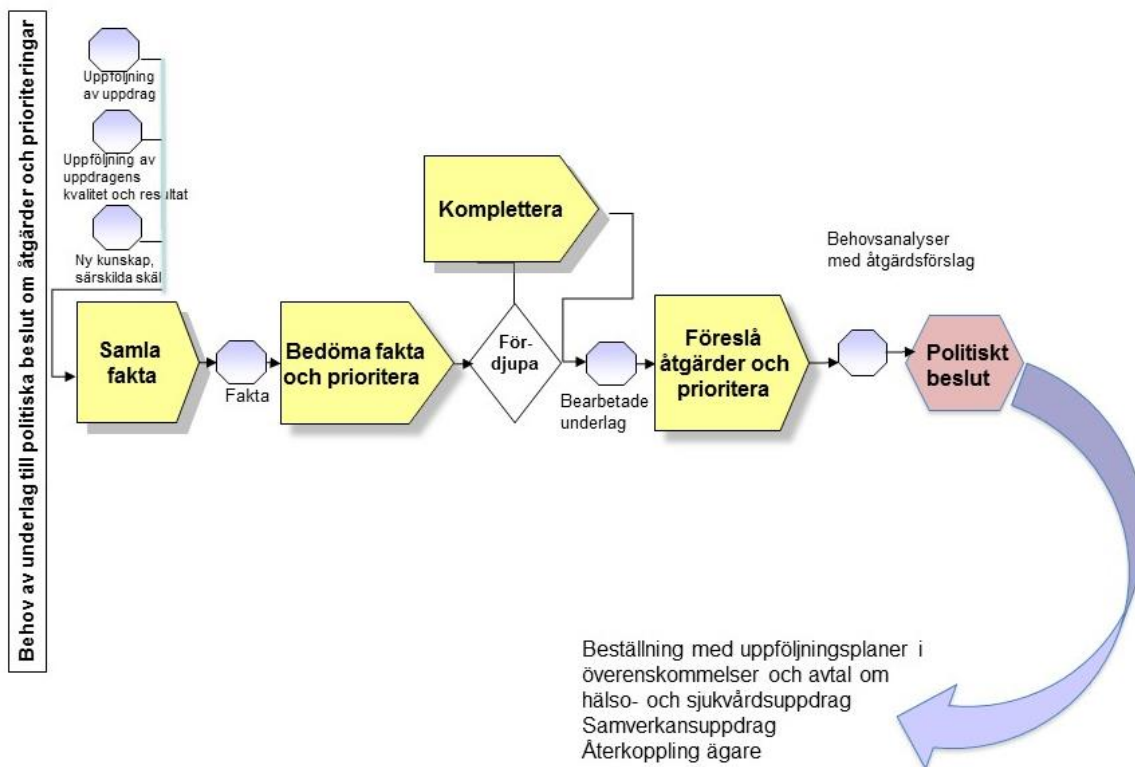
Tre-stegsmodell för behovsanalys med åtgärdsförslag

En utvidgad modell för urval till behovsanalys

Föregående behovsanalys baserades på en regional sammanställning av nämndernas mål och inriktningsbeslut för att belysa viktiga behovsgrupper som invånarföreträdarna genom deras politiska arbete i nämnderna har identifierat och från deras omvärldsbevakning på många nivåer.

För årets behovsanalys har urvalsprocessen varit ännu bredare där också behovsbilder från utförarorganisationer, regionala cancercentrum och hälso- och sjukvårdssystemets ägare inkluderats.

Översiktlig processkarta:



Analyserna och prioriteringarna har gjorts i flera steg: Omvärldsbevakning och nominering av behovsgrupper har gjorts på följande sätt. Vid den första delen i beredningen av behovsarbetet användes kriterierna 1-6 för att kategorisera behovsgrupper utifrån olika aspekter.

1. behovsgrupper som särskilts lyfts fram av HSN
2. sjukdomar som drabbar många
3. sjukdomar som står för stor del av ohälsan
4. sjukdomar som är resurskrävande
5. områden med känd eller förmodad stor förbättringspotential
6. områden med betydande kunskapsbrister om hälsoläge och behovstillfredsställelse

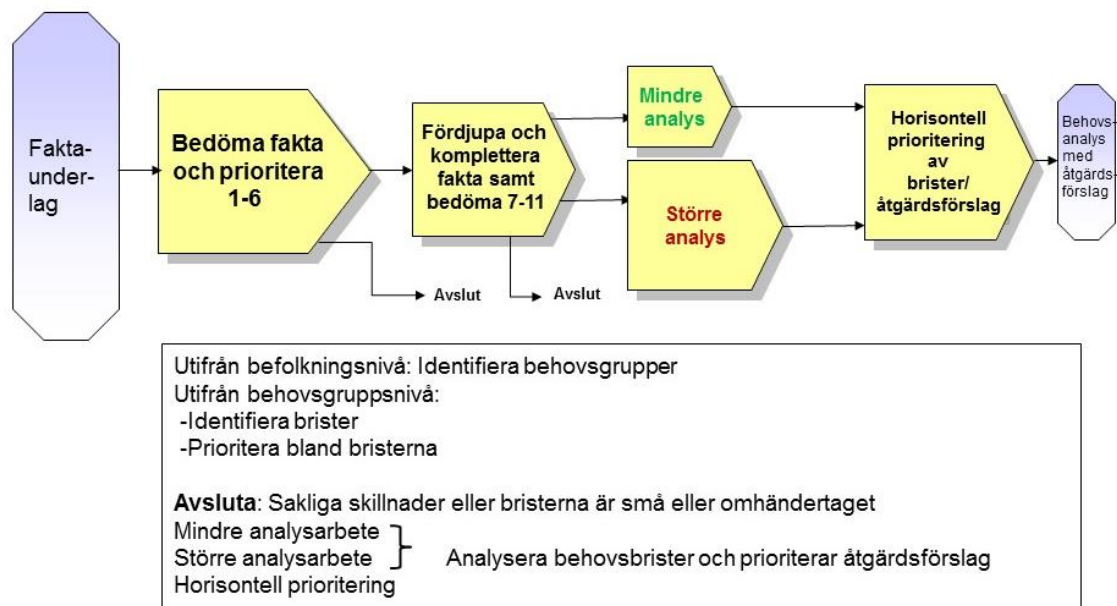
Därefter gjordes en översiktlig bedömning för att vidare prioritera de behovsgrupper som skulle ingå i behovsanalysarbetet 2015. De olika områdena värderades översiktligt efter frågorna 7-11 och utefter gruppens samlade bedömning valdes de områden ut till fortsatt behovsanalys.

I delrapporterna finns en motivation till varför den specifika gruppen valts ut kopplat utifrån de olika aspekterna och frågeställningarna.

Frågeställningarna var följande:

7. Bristernas storlek och skillnadernas omfattning
8. Bristernas svårighetsgrad och effekter på hälsan
9. Finns evidensbaserade hälso- och sjukvårdsinsatser för att uppnå förbättrad hälsa

10. Finns samstämmighet med ägare och utförarens bilder av bristerna
11. Är bristen omhändertaget inför överenskommelse arbetet för 2015 års överenskommelse eller omhändertagits av andra uppdragstagare



Målområdena kunde därefter sammanföras i ett antal grupper som blev utgångspunkten för de behovsgrupper som analyserats i detta arbete.

Behovsanalysens komponenter

Samtliga delrapporter inleds med en sammanfattande slutsats i vilken: syfte, prioriterade brister och åtgärdsförslag beskrivs och är en kortfattad summering av innehållet i hela delrapporten enligt nedan.

1. Beskrivning av hälsoläge i behovsgrupp som utvalts för fördjupad behovsanalys: Identifiera om det finns regionala skillnader, könsskillnader, specifika grupper med särskilda behov.
2. Identifiera de politiska beslut och inriktningar finns för behovsgruppen både från nämnder respektive regionala beslut.
3. Invånare/patient/brukarnas uppfattning om vården och behovet
4. Omfattningen av vårdkonsumtion och om det finns det olikheter i konsumtion respektive sjuklighet i regionen
5. Tillgängliga insatser och åtgärder i avtal och överenskommelser och resultaten av uppföljningen av dessa
6. Identifierade brister och prioritera inom och mellan behovsgruppen och bedöma var de största bristerna finns.
7. Ge förslag på evidensbaserade åtgärder eller insatser för en förbättrad hälsa och prioritera insatserna utifrån hälsoeffektivitet
8. Förslag på uppföljning av insatserna effekter
9. Referenslista för att spåra beskrivna uttalanden och förslag.

Efter att delrapporterna är avslutade och den horisontella prioriteringen är gjord beskrivs behovsanalys och åtgärdsförslagen i en sammanfattande kapp.

Bakgrundsmaterial för analyser

- Enkäter eller strukturerad intervju såsom "Hälsa på lika villkor", Nationella patientenkäten, "Vårdbarometern" mm
- Konsumtionsdata: Vårddatabasen "Vega", Läkemedelskonsumtionsdata, mm
- Andra rapporter: Behovsanalyser, handlingsplaner och uppföljning av dessa, Öppna jämförelser, Verksamhetsanalys, VGR:s benchmarking, årsrapporter av nämndernas mål och inriktningsdokument, väntetidsdatabas
- Avtal och överenskommelser, uppföljningsdata av överenskommelser och avtal
- Styrande dokument som nämndernas mål och inriktningsbeslut och regionfullmäktiges budget, regionala riktlinjer, nationella riktlinjer
- Dialoger med ämnesföreträdare och nyckelpersoner inom utförarorganisationen, regionkansliet och hälso- och sjukvårdsavdelningen, Regionala cancercentrum och patientorganisationer.

En stegvis modell för prioritering av åtgärdsförslag

Angelägenhetsgrad utifrån prioriteringsgrunder

Modellen innehåller således flera steg: Prioritering i urvalsprocessen för att inkluderas i behovsanalysen, därefter analys och prioriteringen i respektive delarbete och slutligen den horisontella värderingen.

Principer för prioritering är omfattande och Nationellt kunskapscentrum för prioritering inom vård och omsorg vid Linköpings universitet har en omfattande publicering om metoder för prioritering (LiU) I vårt prioriteringsarbete har vi gjort en förenklad bedömning och där jämlik hälsa varit överordnat.

För vårt arbete har vi nu använt en stegvis modell för prioritering av brister och åtgärdsförslag. Modellen beskrevs i föregående behovsanalys 2014 och har nu vidareutvecklats.

För varje delrapport presenteras åtgärdsförslag och de åtgärder som delgruppen ansett vara prioriterat återfinns i den sammanfattande slutsatsen. Efter avslutade delarbeten har en ytterligare bedömning och rangordning gjorts, som syftar till en horisontell prioritering av åtgärdsförslagen. I arbete har arbetsgruppens samlade kompetens tillvaratagits och även på den sammanvägda bedömningen har jämlik hälsa satts som överordnat syfte.

Viktiga dimensioner för bedömning av hur angeläget vi anser åtgärden vara och som presenteras i denna rapport baserar vi vår bedömning av angelägenhetsgraden på följande:

- **Bristande autonomi:** Autonomi innebär att man är oberoende och själv kan bestämma över sitt eget liv och sina egna handlingar under förutsättning att det inte kränker andras självbestämmanderätt. Men i värdering av angelägenhetsgrad tar vi hänsyn till om målgruppen har bristande autonomi, som till exempel den sköra nyfödda.
- **Tillståndet eller sjukdomens svårighetsgrad:** Här gör vi en sammantagen bedömning av tillståndets svårighetsgrad i form av lidande, funktionsnedsättning och nedsatt livskvalitet, men också risk för förtida död.

- **Omfattning** av antalet drabbade ingår också som en värderingsgrund men det överordnade syftet är ändå jämlik hälsa. De föreslagna aktiviteterna rangordnas därefter i angelägenhetsgraden från 1 som innebär högst angelägenhetsgrad och därefter till 2 respektive 3.
- **Den vetenskapliga evidensnivån för insatsen**

Evidensstyrkan för kvantitativa studier kan bedömas utefter metoderna för GRADE. För kvaliteten på det vetenskapliga underlaget beaktats enligt SBU (Guyatt och medarbetare, 2008) på följande sätt:

- Starkt vetenskapligt underlag. Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet utan försvagande faktorer vid en samlad bedömning.
- Måttligt starkt vetenskapligt underlag. Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med förekomst av enstaka försvagande faktorer vid en samlad bedömning.
- Begränsat vetenskapligt underlag. Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med försvagande faktorer vid en samlad bedömning.
- Otillräckligt vetenskapligt underlag. När vetenskapligt underlag saknas, tillgängliga studier har låg kvalitet eller där studier av likartad kvalitet är motsägande anges det vetenskapliga underlaget som otillräckligt.

Däremot är det svårare att värdera kvalitativa studiers evidens (Whittemore och medarbetare 2001, Larsson, 2005). Det kan vara kvalitet på framställningen som helhet:

- perspektivmedvetenhet,
- intern logik,
- etiskt värde.

Det kan också handla om kvaliteter i resultaten så att man kan följa hur man i studien kom fram till slutsatsen

- innebördsrikedom,
- struktur
- teoritillskott

Däremot när studier görs för att belysa effekter av förbättringsinsatser behövs kombinerade vetenskapliga metoder. Det är viktigt att insatser som planeras har ett vetenskapligt stöd, men för att värdera effekter av insatserna, i syfte att förbättra i en annan miljö där andra förutsättningar råder, behövs kunskap om kontexten och förförståelse av sammanhang, vilket berikar forskningsfältet inom kvalitetsområdet och förbättringskunskap (Batalden, 2007).

Eftersom åtgärdsförslagen omfattar insatser som är olika till sin natur och pga detta är det olika förutsättningar för värderingen av evidensen för insatsen. Den kan göras både med kvalitativ respektive kvantitativ ansats eller en mixad metodik som nyttjas vid utvärdering inom förbättringskunskap.

Därför anges evidensnivån på följande sätt i denna behovsanalys: Finns vetenskapligt stöd (ja) eller inte (nej) eller om visst stöd finns, men är otillräcklig (otillräcklig). I några fall har det inte varit möjligt att värdera den vetenskapliga evidensnivån för åtgärdsförslaget, då har denna ruta lämnats blank.

Syftet är att skapa en bild av om det finns evidens för att insatsen i sig står på vetenskaplig grund. I detta tas hänsyn också till om insatsen i sig visat ha effekt i det aktuella sammanhanget/kontexten som insatsen avser påverka. Detta är numer ett vedertaget förhållningssätt som används inom förbättrings-kunskapsforskningen.

Eftersom behovsområden som tagits med i analyserna är prioriterade kan man också beskriva angelägenhetsgraden som en turordning, där 1:an bör göras först, därefter 2:an och för att sedan genomföra 3:an. Värdering görs också om de föreslagna åtgärderna har effekter på lidande, funktionsnedsättning och/eller livskvalitet eller minskning av risk för förtida död

Brister och åtgärdsförslag

Åtgärder som föreslås i behovsanalysen har fyra karaktärer.

- Beställning
- Begära förbättring av överenskommen vård
- Stödja och bevaka
- Fördjupad analys och utredning

Införande av nya metoder inom hälso- och sjukvården bör ske enligt regionens modell för ordnat införande. Trots detta kan verkställigheten av åtgärdsbesluten fördröjas eller att vissa personer eller grupper ändå inte får tillgång. Det händer också att nya metoder införs vid sidan av ”ordnat införande”. Behovsanalysens åtgärdsförslag kan därför identifiera under-privilegierade grupper eller områden där införandet inte skett som avsetts. Det kan också innebära att riktade beställningar behöver göras för att nå utsatta grupper eller utökade hälso- och sjukvårdsinsatser inom identifierade bristområden behöver komma till stånd.

Det kan också vara insatser som behöver genomföras i samverkan med kommuner och/eller andra aktörer. En annan åtgärd kan vara att begära fördjupad analys i områden med förmodade stora brister eller där brister är kända men som behöver gå vidare för ett ägarbeslut.

I tabellernas olika kolumner anges det behovsområden och åtgärdsförslag som kommit fram i analysen:

- Syftet med insatsen
- Evidens
- Angelägenhetsgrad eller turordning (baserat på arbetsgruppens gemensamma bedömning)
- förslag på uppdragstagare
- Uppföljning och utvärdering.

Det skall noteras att samtliga åtgärder har i behovsanalysen bedöms ha hög prioritering, genom det selektionsarbete som gjorts i det stegvisa förfarandet och att bedömningen är en rangordning mellan dessa. Dels i urvalsprocessen för att inkluderas i analysen, därefter analys och prioriteringen i respektive delarbete och sedan i den horisontella värderingen.

Syftet med delrapporterna är att tydliggöra vilka brister som finns och vilka evidensbaserade åtgärdsförslag som bör prioriteras. I delrapporterna anges de källor som använts för denna bedömning.

Uppföljningen och utvärderingen av effekterna på hälsan som ges i tabellens sista kolumn syftar i förlängningen till att kunna ge en bild av om hälsan har påverkats och om möjligt

om de föreslagna åtgärderna har haft den effekt som avsågs på exempelvis risk för förtida död och på livskvalitet.

Beställningar

Mot bakgrund av nationella krav och de av regionen redan fattade beslut om genomförande är möjligheten till omfattande beställningar utöver dessa begränsade. I behovsanalysen har fokus lagts på beställningar för att förbättra förutsättningarna för att underprivilegierade grupper att få en bättre hälsa.

Vi anser också att man i vårdöverenskommelserna bör hantera överförandet av finansieringen för ”ordnat införande” på likartat sätt i regionen, eftersom det rör både länssjukvård och regionvård.

Nämnas kan t.ex. ett integrerat strukturerat omhändertagande av äldre, som enligt SBU:s bedömningar initialt innebär en ökad kostnad, men kan på längre sikt vara kostnadseffektiv. (SBU, 2013)

Bedömning görs också om föreslagna åtgärders effekter på lidande, funktionsnedsättning och/eller livskvalitet eller minskning av risk för förtida död.

		Syfte			Bedömning	Uppdragstagare (samarbetspartners ej specificerade)								Uppföljningsmetod	
		Jämlig hälsa	Kostnadseffektivt	Utvecklingsbehov eller kunskapsbrist		Evidens för insatsen	Kommun	BPV	VGPV	Vrehab	Spec.vård	Tandvård	Folkhälsa		Ägare
Beställa	Åtgärder														Kvalitativ /Kvantitativ
Munhälsa	Erbjuda kompetensstöd till kommunerna	X		X									X		äldre >80 år med tandvårdskontakt
	Aktiviteter för att nå äldre utan tandv kontakt	X		X									X		äldre >80 år med tandvårdskontakt
Funktionsnedsatta	Högre kompetens krav i KoK samt uppföljning-	X		X					X	X				X	Undvikbar slutenvård, kvalitativa
Äldre	Äldresjuksköt i KoK	X		X					X					X	Undvikbar slutenvård, kvalitativa
	Integrerat strukturerat omhändertagande enligt SBU	X	X	X	Lika bra eller bättre ++				X	X	X			X	Uppföljning hänv till SBU referens och handlingsplan äldre
Neonatal	Transportkedja	X			ja, region vård								X		Vega, Mortalitetsuppföljning
	Öka tillgång till neovård i Göteborg och Västra nämnden	X			ja								X		Vega, Mortalitetsuppföljning

Begära förbättring av överenskommen vård

Hälso- och sjukvårdsnämnderna följer regelmässigt upp de vårdaktörer som nämnderna har avtal eller överenskommelser med utifrån kvalitet och resultat. I behovsanalysen anges uppföljningsområden där ett särskilt fokus behöver läggas. Detta kan t.ex. avse brister i levererad kvalitet eller resultat eller riktade insatser det finns behov av särskild uppföljning enligt den aktuella behovsanalysen.

De områden som har bedömts ha hög aktualitet för uppföljning redovisas i tabellen Begära förbättring.

Begära förbättring av	Åtgärder	Syfte			Bedömning	Uppdragstagare							Uppföljning		
		Jämlik hälsa	Kostnadseffektivt	Utvecklingsbehov eller kunskapsbrist		Evidens	Kommun	BPV	VGPV	Hab/ hälsa	Spec.vård	Tandvård		Folkhälsa	Ågare
Gyn	Samverkan mellan vårdaktörer	X	X				X	X		X					Kvalitativ uppföljning
	Följsamhet RMR till vårdnivå	X	X		ja	3		X	X		X				Vega
Prostata cancer	Resultaten av kvaitetsindikatorerna	X			ja	1 beslutad RMR			X		X				RCC, Kvalitetsindikatorer
Colorectal cancer	Resultaten av kvaitetindikatorerna, MTK	X			ja	1 beslutad RMR			X		X				RCC, Kvalitetsindikatorer
Cancer grupperna	Patientinvolvering	X			ja	1 beslutad RMR			X		X				Följa nivåer patientdriven vård
Äldre/ Munhälsa	Senior alert alt. inkl munhälsofråga vid riskbedömng i VG PV	X				2, fler metoder används			X				X		Kvalitetsindikatorer
Sjuka äldre	Skriftlig information om given vård och vårdplan vid hem-	X	X	X	ja	1			X		X				Utveckla mättn av utskrivningsmeddelanden och skriftlig info
	Återkoppling till närsjukvårdsgrupp av VG PV:s insatser som görs för att minska slutenvård	X		X		2	X		X						Undvikbar slutenvård
	Inkl i terapigr Äldre lkm genomg med lkm som påv munhälsa	X				2			X		X				Mättn lkmgenomgång
Funktions nedsatta	Förbättra samverkan mellan sjukvård och kommun för LSS-	X	X	X		2	X		X	X	X				Kvalitativ analys
Palliativ vård	Patient och anhörigas erfarenheter tillvaratas	X		X	ja	1			X		X				Kvalitativ analys
	Pat. med andra allvarliga diagnoser erbjuds palliativ vård	X		X	ja	1			X		X				Vega
	Resultaten av kvaitetsindikatorerna	X			ja	1. beslutad RMR			X		X				Kvalitetsindikatorer

Stödja och bevaka

En annan form av insats är att med särskild tydlighet specificera hur vårdöverens-
kommelserna/avtal avser stödja implementeringen av nya nationella riktlinjer eller
handlingsplaner. Som exempel kan nämnas att fortsätta följa upp inomregionala skillnader
för äldre efter att lägesrapporten av ”det goda livet” för äldre har avslutats.

Ett stort arbete pågår i regionen för att förbättra tillgängligheten för cancer-behandling med
så kallade ”pakkeforløp” eller standardiserade vårdplaner, vilket är väsentligt att fortsätta
stödja och bevaka att vården blir jämlik i regionen.

Patientdriven vård är ett ledord för hälso- och sjukvårdens förändringsageda och ett
gemensamt arbete pågår som skall stötta denna utveckling genom bland annat ett nystartat
regionalt utvecklingsråd. Vad som framkommit i vår behovsanalys från 2014 och den
nuvarande är att sådant arbete behöver fortsätta stödjas och att patienters och anhörigas
erfarenheter bättre tas till vara så att vården utgår från patienterna och anhöriga behov och
att patientens ”resa” genom ”vårdapparaten” förbättras.

		Syfte			Bedömning		Uppdragstagare							
		Jämlik hälsa	Kostnadseffektivt	Utvecklingsbehov eller kunskapsbrist	Evidens	Angelägenhets-grad 1-3 (1 högst eller först i turordning)	Kommun	BPV	VGPV	V Rehab	Spec.-vård	Tand- vård	Folk-hälsa	Ägare
Stödja och bevaka	Åtgärder													
Kolorektal	Implementering av nya riktlinjer	X			ja	1, RMR pågår			X		X			
Äldre	Utveckling av indikatorerna undvikbar sluten vård (Socialstyrelsen)	X	X	X		2	X		X		X			
	Användande av senior alert				ja	2	X		X	X	X			X
	Använd resultat i lägesrapport nr 2, 201502 "Det goda livet"	X				2, handl plan äldre	X		X	X	X			
	Införande av demenssjuksskr	X		X					X					X
Långvarig smärta	Invånarnas uppfattning av smärtvård	X		X										
	Smärtvård på sjukhus (HSU-beslut)	X			ja	1, HSU beslut					X			
	Utveckling av smärtvården inom primärvårdsnivå			X		Följ utfall av vård på V Rehab			X	X				
Palliativ vård	Följsamhet till regionala vp	X			ja	1, RMR beslut	X		X		X			
Autism	diagnostik och behandling av autism			X	Otillräcklig	Avvakta PPR:s råd								X

Fördjupad utredning

En fjärde typ av insats är en utökad analys och utredning av förmodade och kända bristerna och dess omfattning och analysera möjligheter för evidensbaserade åtgärdsförslag. Ett viktigt område med betydande kunskapsluckor är hälsoläget hos funktions-nedsatta personer. Till exempel är att närmare utreda de könsskillnaderna i upplevd hälsa som visats i denna behovsanalys. Att vidare utreda förutsättningar för kontaktpersoner för familjer som har barn med omfattande funktionshinder.

Fördjupad analys	Åtgärder	Syfte			Bedömning Angelägenhets-grad 1-3 (1 högst eller först i turordning)	Uppdragstagare								
		Jämlik hälsa	Kostnadseffektivt	Utvecklingsbehov eller kunskapsbrist		Kommun	BPV	VGPV	V Rehab	Spec.vård	Tandvård	Folkhälsa	Ägare	
Gyn	Skillnader i förskrivning av östrogen och inkontinens-lkm mellan nämnder	X			3		X	X		X				
	Pat avgift för gyn jämföras med annan specialistvård	X			1									X
Äldre	Inventera och förbättra systematik kring närsjukvårdsamverkan för att minska undvikbar slutenvård	X		X	2	X		X		X				
	Kartläggning av insatser som görs	X		X	1	X		X	X	X				
	Äldrehälsovårdsenh			X	2			X						X
	VIP-Rehab-enheter för sköra äldre			X	2			X	X					X
	Öka geriatrisk kompetens i hela vårdprocessen:	X		X				X	X	X	X			X
Munhälsa	Nå äldre utan tandv kontakt	X		X	3							X		
Långvarig smärta	VGVPV:s roll	X		X										X
	Ekonomiska konsekvenser pga avslut av statliga medel			X				X						X
Funktions-nedsatta	Sämre upplevd hälsa bland kvinnor	X		X	1			X						
	Familjers hälsa	X		X	2									
	Kontaktperson /CM ffa för barn med fkn nedsättning	X		X	1									X

Uppföljning av tidigare behovsanalys 2014

De områden som togs upp vid föregående behovsanalys 2014 med åtgärdsförslag har i hög utsträckning inkluderats i nämndernas mål och inriktningsbeslut, och fick därför ett tydligt avtryck i de nu gällande vårdöverenskommelserna med dess uppföljningsplaner för 2015.

Det är av stor vikt att effekterna av de insatser som beslutades av nämnderna följs upp och samordnas för att värdera om de tidigare identifierade bristerna i föregående behovsanalys har påverkats på det sätt som avsågs eller om brister fortfarande finns och där fortsatt uppföljning eller andra åtgärder behövs. Hänvisar därför till kommande utvärdering av effekterna av 2015 års vårdöverenskommelser och pågående uppföljningsanalyser. Länk till den föregående rapporten finns i referenslistan.

Referenser

Analysmetoder och etisk plattform:

Föregående behovsanalys med åtgärdsförslag 2014:

[http://www.vgregion.se/upload/Hälso-%20och%20sjukvårdsnämnder/Rapporter%20och%20material/Behovsanalysrapport%20KLART%20\(1\).pdf](http://www.vgregion.se/upload/Hälso-%20och%20sjukvårdsnämnder/Rapporter%20och%20material/Behovsanalysrapport%20KLART%20(1).pdf)

<https://www.imh.liu.se/halso-och-sjukvardsanalys/prioriteringscentrum/> 2015

http://www.sbu.se/sv/var_metod/Evidensgradering/ 2015

Guyatt G, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336:924-6.

Whittemore R, Chase S, Mandle C. Validity in qualitative research. *Qual Health Res.* 2001;11:522-537.

Larsson, S, Om kvalitet i kvalitativa studier., 2005, *Nordisk Pedagogik*, (25), 1, 16-35.

Batalden P, Davidoff F. What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? *Qual.Saf.Health Care* 2007; 16; 2-3.

Holgers KM, Förslag på struktur för omhändertagande av regionfullmäktiges och hälso- och sjukvårdsnämndernas mål. Hälso- och sjukvårdsnämndernas regionala gemensamma presidieöverläggningar 2014-05-27, Göteborg

Åtgärdsförslag:

SBU. Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus – med fokus på sköra äldre. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2013. SBU-rapport nr 221. ISBN 978-91-85413-62-1.

Ellis, G, Whitehead, MA, Robinson, D., O'Neill, D, Langhorne, P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials *BMJ* 2011;343:d6553 (integrerad vård)

Carroll A, Dowling M, Discharge planning: communication, education and patient participation. *Br J Nurs.* 2007 Jul 26-Aug 8;16(14):882-6 (utskrivningsmeddelande)
Yam CH1, Wong EL, Cheung AW, Chan FW, Wong FY, Yeoh EK. Framework and components for effective discharge planning system: a Delphi methodology. *BMC Health Serv Res.* 2012 Nov 14;12:396. (Delphi studie)

Dyrstad DN, Laugaland KA, Storm M. An observational study of older patients' participation in hospital admission and discharge - exploring patient and next of kin perspectives. *J Clin Nurs.* 2015 Feb 24. (Patientinvolvering)

LeMond L och Allen, LA. Palliative Care and Hospice in Advanced Heart Failure Prog *Cardiovasc Dis.* 2011 Sep-Oct; 54(2): 168-178. (palliativ vård)

Hälsa hos personer med funktionsnedsättning

22 procent av befolkningen i Västra Götaland har en självrapporterad funktionsnedsättning. Personerna förekommer i högre frekvens i områden som är socioekonomiskt utsatta och de uppger fler ohälsosamma levnadsvanor än befolkningen i övrigt. Hos personer med funktionsnedsättningar är det tre gånger vanligare med svår värk i rörelseorganen och det är vanligare med diabetes, astma och högt blodtryck än hos befolkningen i stort. Kvinnor upplever sig må sämre än män.

0,65 procent av befolkningen har kontakt med habiliteringen. Andelen män är större än andelen kvinnor. Enligt intresseföreningar har deras medlemmar en högre sjuklighet än övriga befolkningen. Orsaken till detta anser man bland annat vara att läkarna inte har tillräcklig förståelse för personer med kognitiv funktionsnedsättning och därför missar tidiga symptom. Livsstilsenkäten, som Habilitering & Hälsa genomfört, visar bland annat att många anser sig vara i behov av stöd för att kunna förändra sin livsstil. Den visar också att de äldre patienterna har en sämre självskattad hälsa än de yngre.

Nationellt har det uppmärksammats att både somatisk och psykisk sjuklighet är tio gånger vanligare hos personer med funktionsnedsättningar jämfört med befolkningen i sin helhet. Denna rapport ger en överblick över det somatiska hälsoläget hos personer med funktionsnedsättning i Västra Götaland. Dels för personer som är aktuella hos habiliteringen och dels för personer med självupplevda funktionsnedsättningar.

Politiskt finns det i Västra Götalandsregionens mål att vården ska vara tillgänglig för alla. Vården ska ges till alla i befolkningen och på jämlika villkor.

Åtgärdsförslag:

1. Primärvården har ett stort ansvar för personer med funktionsnedsättningar. Enligt brukarorganisationer och socialstyrelsen finns stora brister i både kompetens och bemötande på vårdcentralerna. Därför föreslås högre krav på kompetens i Krav- och kvalitetsboken samt uppföljningsindikatorer som specifikt beskriver vård av personer med funktionsnedsättning.
2. Kunskapsutveckling behövs om varför det finns köns- och genuskillnader i hälsa och vård hos personer med funktionsnedsättning.
3. Hälsa hos familjer med funktionsnedsättningar behöver utredas ytterligare.
4. Familjer med funktionsnedsättningar har många vårdkontakter. De skulle eventuellt vara hjälpta av en kontaktperson med uppdrag att stötta och lotsa dem genom vårdens instanser. Detta bör utredas.
5. Helhetsarbete är viktigt runt personer med funktionsnedsättningar. Fortsatt fokus på en bra samverkan med kommuner bör prioriteras.

Kontaktpersoner: Anna Persson anna.c.persson@vgregion.se,
Inger Ahlmark inger.ahlmark@vgregion.se

Innehåll *Hälsa hos personer med funktionsnedsättning*

Hälsoläge	23
Hälsoläget för patienter hos habiliteringen.....	23
Läget i Västra Götaland	24
Levnadsvanor	25
Utsatthet.....	25
Samverkan med kommun	25
Tandhälsa.....	25
Hälsoläget för personer med självrapporterade funktionsnedsättningar	25
Läget i Västra Götaland	26
Rörelsehinder och värk.....	28
Samsjuklighet hos personer med funktionsnedsättning	29
Levnadsvanor	29
Familj.....	29
Socioekonomi	29
Tandhälsa.....	30
Politiska beslut och inriktningar	30
Lokalt.....	31
Invånarnas uppfattning	31
Vårdkonsumtion	32
Tillgängliga insatser och åtgärder.....	32
Brister	32
Primärvård	32
Kunskapsutveckling	33
Helhetssyn	33
Åtgärdsförslag	33
Primärvård	33
Kunskapsutveckling	33
Helhetssyn	33
Uppföljningsmetoder	34
Referenser.....	34

Hälsoläge

Området hälsa hos personer med funktionsnedsättning uppmärksammades nationellt 2008 då rapporten Onödig ohälsa (Arnhof) från Statens folkhälsoinstitut visade att gruppen personer med funktionsnedsättningar har en betydligt sämre hälsa än befolkningen i stort. Både somatisk och psykisk sjuklighet som inte är direkt kopplat till funktionsnedsättningen är tio gånger vanligare hos personer med funktionsnedsättningar jämfört med befolkningen i sin helhet.

Syftet med denna rapport är att göra en överblick över det somatiska hälsoläget hos personer med funktionsnedsättning i Västra Götaland. Dels för personer med självupplevda funktionsnedsättningar och dels för personer som är aktuella hos habiliteringen.

Informationskällor

Som underlag till denna sammanställning har till stor del den sammanställning som Västra Götalandsregion (VGR) gjorde av folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor 2011, när den genomfördes med ett fördjupat urval i VGR senast, använts. Nästa gång är 2015.

En intern enkät som Habilitering & Hälsa gjorde 2012 och 2013, där behandlare i det första mötet med nya patienter (18-åringar 2012 och alla åldrar första halvåret 2013) ställde frågor angående hälsa och livsstil, finns också med i underlaget.

Psykisk ohälsa hos personer med funktionsnedsättningar

Denna sammanställning fokuserar på den somatiska hälsan. Den psykiska ohälsan är stor hos personer med varaktiga funktionsnedsättningar och kräver därför en egen sammanställning.

Hälsoläget för patienter hos habiliteringen

De patientgrupper som finns hos habiliteringen i förvaltning Habilitering & Hälsa är personer med utvecklingsstörning, rörelsehinder, autismspektrumtillstånd och förvärvade hjärnskador. Det är personer som behöver långvarigt sammanhållande stöd. I styrdokument för VGRs verksamheter inom Habilitering & Hälsa (Dnr RS 625:2008) står att målgruppen är personer med;

- psykiska funktioner, ex. intellektuella funktioner, sociala funktioner, minnesfunktioner m.m.,
- sinnesfunktioner, ex syn- och hörsel-funktioner m.m.,
- röst- och talfunktioner,
- neuromuskuloskeletala och rörelserelaterade funktioner.

Funktionsnedsättningen ska vara bestående och

- antas påverka den fysiska psykiska och sociala utvecklingen
- kräver att stödet över tid är sammansatt av flera kompetenser, såsom psykologiska, sociala, pedagogiska och medicinska
- förutsätter att verksamheten har kunskap om funktionsnedsättningar och deras påverkan på utveckling och livsvillkor
- kräver att det vardagliga stödet kompletteras med fördjupad och specialiserad kunskap
- medföra behov av omväxlande men långsiktigt stöd från flera verksamheter som behöver samverka.

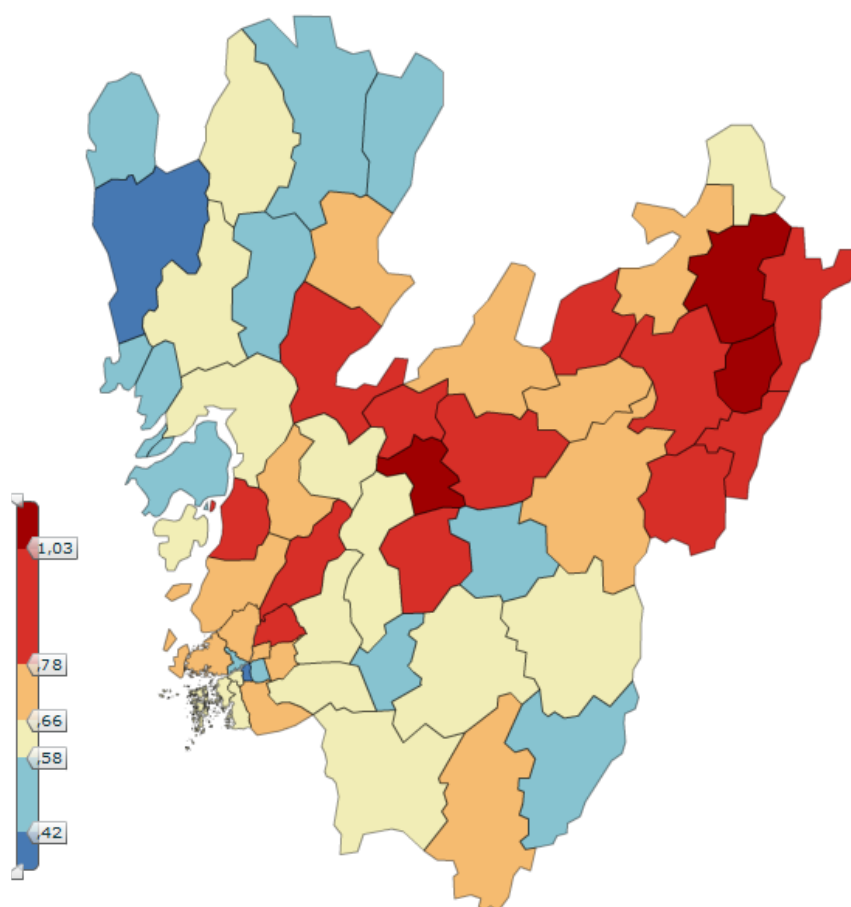
Även personer med rätt till stöd enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387), LSS, kommer att beröras.

Läget i Västra Götaland

2013 hade 0,65 procent (10 525 personer) av befolkningen i Västra Götaland kontakt med habiliteringen i förvaltningen Habilitering & Hälsa. Av dessa är 38 procent kvinnor och 62 procent män. Diagnoser, som ger berättigande till stöd från habiliteringen, är vanligare hos män. Det finns studier som visar att gällande neuropsykiatriska diagnoser som Autism och ADHD är förekomsten högre hos män, men även att kvinnor är underdiagnostiserade (Kopp, S. 2010). Man kan dock se att fler och fler flickor under de senaste 5 åren har diagnosticerats med autismspektrumtillstånd (Västerbro, N. 2014).

Andelen personer som har kontakt med habilitering skiljer sig i olika delar av regionen. Högst andel har östra hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN), 0,81 procent. En naturlig förklaring till att kommuner i gamla Skaraborg ligger högt är att man i vissa delar har ett utökat ansvar i östra HSN jämfört med andra delar av VGR där istället sjukhusen har ett större ansvar.

Andel personer i procent som är aktuella hos habiliteringen 2013



Källa: VEGA 2013

Kartan visar andelen i befolkningen per kommun som har kontakt med habiliteringen 2013 enligt uppgift från VEGA.

Levnadsvanor

Habilitering & Hälsas livsstilsenkät fann att unga vuxna (18-24) som är nya patienter är relativt aktiva fysiskt, de har en lägre alkoholkonsumtion än de äldre vuxna (25-65) och kostvanorna är bättre. De äldre har en sämre självskattad hälsa, de sover sämre, de upplever mer smärta, mer oro och nedstämdhet och mer ensamhet. De känner sig även mer utsatta. Hälsan försämras med stigande ålder. Livsstilsenkäten visar att aktuella hos habiliteringen anser sig vara i behov av stöd för sin livsstilsförändring.

Utsatthet

Personer med funktionsnedsättningar hamnar ofta i en utsatt social och ekonomisk situation, vilket förmodligen hänger ihop med att en person med funktionsnedsättning kan ha mer begränsningar i möjligheter till utbildning och därmed också till ett arbete. Man har svårare att etablera sig på arbetsmarknaden och lever ofta på ersättningar från socialförsäkringssystemen. I längden innebär det sämre kontantmarginaler och mindre möjligheter att påverka sin egen sociala och ekonomiska situation. Den psykiska hälsan försämras och många tappar en stor del av tron på sin egen möjlighet att påverka situationen. (Arnhof, 2008) Detta bekräftas gälla även i VGR genom Habilitering & Hälsas livsstilsenkät där det visar sig att nästan 80 procent av nya patienter känner oro eller nedstämdhet, varav drygt 30 procent av dem känner oro eller nedstämdhet ofta eller varje dag.

Att ha en funktionsnedsättning innebär även att man lättare hamnar i en beroendeställning gentemot andra människor. Detta medför en större oro och mer utsatthet för våld och kränkande behandling. Kvinnor är mest utsatta. Kränkningarna upplevs ofta komma från människor som man har en nära kontakt med. (Arnhof, 2008) Detta bekräftas gälla även för personer med funktionsnedsättningar i VGR enligt Habiliterings och Hälsas livsstilsenkät 2013 där det visar sig att nästan 20 procent känner sig hotad av någon i sin närhet.

Samverkan med kommun

Samverkan med kommuner är en förutsättning för gruppens möjligheter till god sjukvård och hälsa. Det finns bland annat behandlingsmetoder som är avhängiga kommunens samverkan.

Tandhälsa

Tandhälsan är ett område som personer med funktionsnedsättningar kan behöva hjälp med. Det finns möjligheter att få både ekonomiskt och uppsökande stöd till tandvård om man har svåra funktionsnedsättningar och bor på särskilt boende eller har stöd via lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Hälsoläget för personer med självrapporterade funktionsnedsättningar

I denna sammanställning används definitionen från folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor då den är huvudsaklig informationskälla. En självupplevd funktionsnedsättning har man om man uppfyller en eller flera av nedanstående frågor:

1. Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem? De som svarat ja på den här frågan och också svarat Ja, i hög grad på följdfrågan:

medför dessa besvär att din arbetsförmåga är nedsatt eller hindrar dig i dina andra dagliga sysselsättningar?

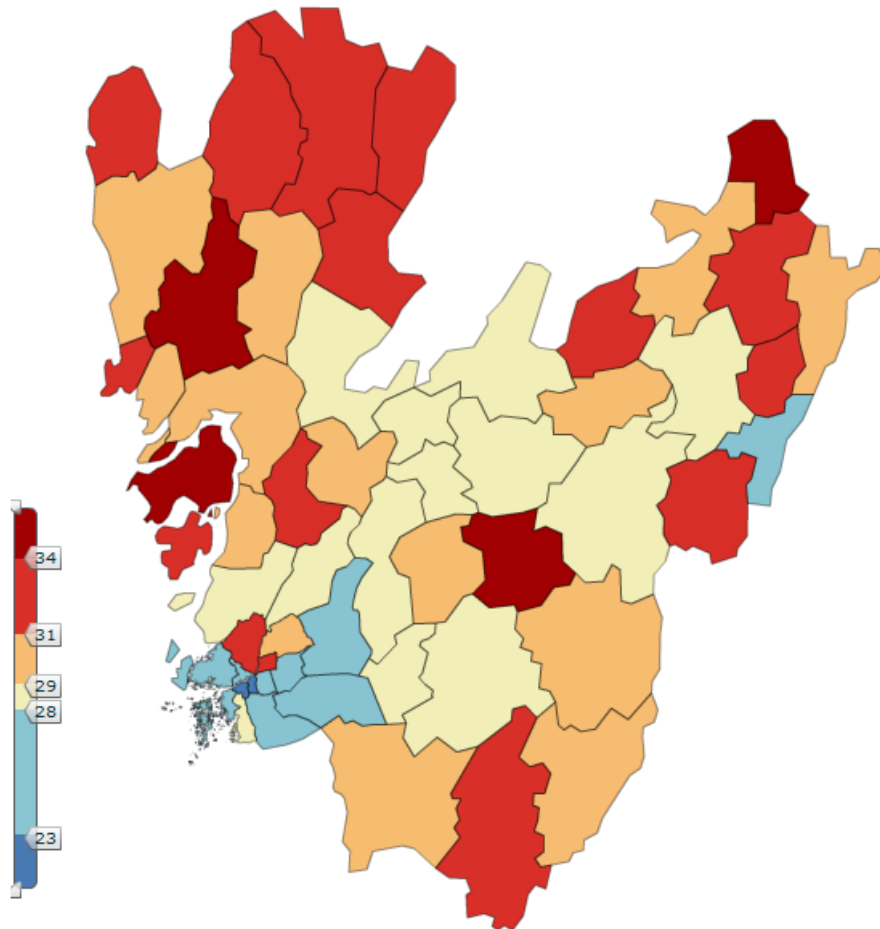
2. Kan du utan svårigheter se och urskilja vanlig text i en dagstidning? De som svarat nej (inte ens med glasögon) på den här frågan.
3. Kan du utan svårighet höra vad som sägs i ett samtal mellan flera personer? De som svarat nej (inte ens med hörapparat) på den här frågan.
4. Personer med rörelsehinder. De som inte kan gå upp ett trappsteg utan besvär eller inte kan ta en kortare promenad (cirka 5 minuter) i någorlunda rask takt eller behöver hjälpmedel eller hjälp av någon annan person för att förflytta sig utomhus.

2008 kom Statens Folkhälsoinstitut ut med skrivelsen Hälsa på lika villkor (Boström) som bygger på nationella svar från folkhälsoenkäter. Man kan där se att andelen personer som har en allvarligare funktionsnedsättning ökar med stigande ålder. Det visar sig också att ju större funktionsnedsättningar man har, desto större är skillnaden i hälsa i jämförelse med befolkningen i sin helhet. Det blir tydligt att en mycket stor del av den samlade ohälsan finns hos personer med varaktiga funktionsnedsättningar.

Läget i Västra Götaland

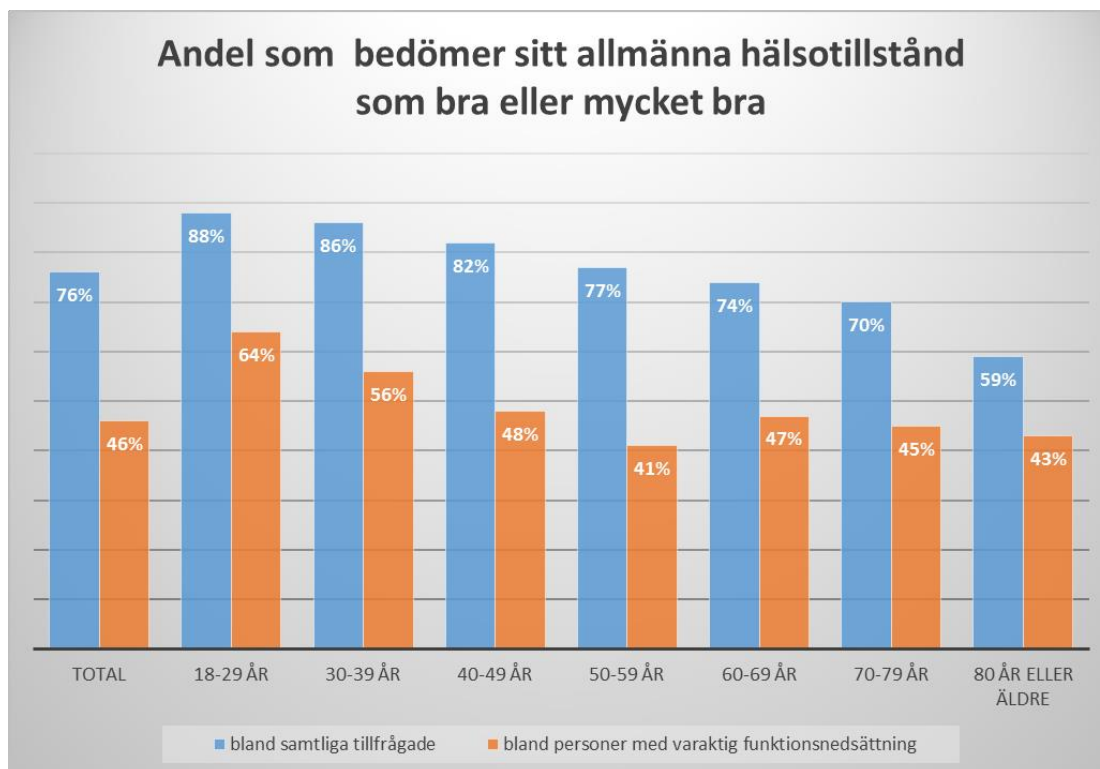
Man kan på underlaget från folkhälsoenkäten hälsa på lika villkor 2011 se att i VGR var andelen av befolkningen som hade en självrapporterad betydande och varaktig funktionsnedsättning 22 procent. Det innebär att antalet personer med funktionsnedsättningar är mycket större än de som är aktuella hos habiliteringen. Men det ser olika ut i olika delar av regionen. Inom Göteborgsområdet till exempel ses stora skillnader mellan nordost och centrum.

Andel personer i procent som har en självrapporterad funktionsnedsättning

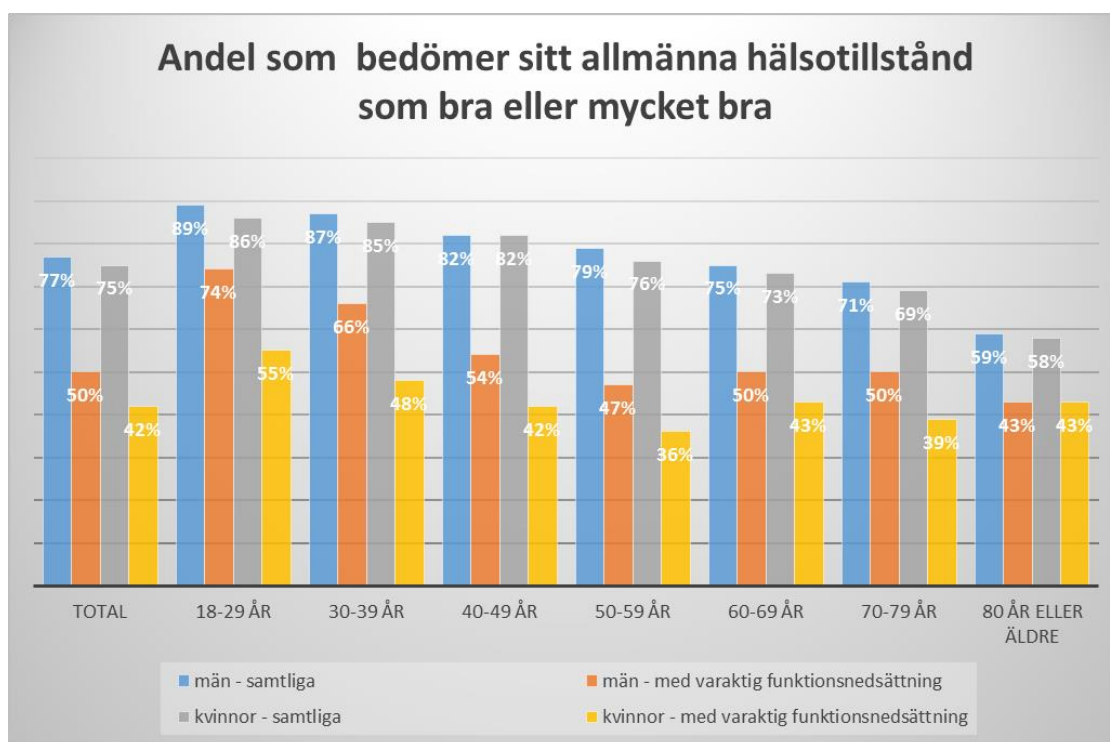


Källa: Folkhälsoenkäten 2011

Personer med funktionsnedsättningar i VGR upplever sitt eget mående som sämre än vad befolkningen i stort gör. Inom gruppen personer med funktionsnedsättningar finns en markant skillnad i upplevt hälsotillstånd mellan kvinnor och män, där kvinnor med en varaktig funktionsnedsättning i betydligt lägre utsträckning upplever sitt allmänna hälsotillstånd som bra. Skillnaden är mindre mellan friska kvinnor och män än mellan dem med funktionsnedsättningar.



Källa: Vårdbarometern 2012



Källa: Vårdbarometern 2012

Rörelsehinder och värk

Om man jämför inom olika grupper av funktionsnedsättningar kan man se att ohälsan är störst hos personer med rörelsenedsättningar. Det är betydligt vanligare med svår värk hos personer med rörelsehinder, än hos genomsnittet i befolkningen (Boström 2008). 37 procent av personer med funktionsnedsättning har svår värk i rörelseorganen (nacke, axlar, skuldror, rygg, armbåge eller hand). Detta går att jämföra med 14 procent bland de

svarande totalt. Fler kvinnor än män uppger att de har svår värk. (Rapport HPLV, VGR 2011).

Samsjuklighet hos personer med funktionsnedsättning

Diabetes, astma och högt blodtryck är vanligare hos personer med funktionsnedsättningar. Sammanställningen som VGR gjort av folkhälsoenkäten 2011 visar att en tredjedel av personer med funktionsnedsättning även har högt blodtryck, medan det i genomsnitt i VGR är var femte som har högt blodtryck. Dubbelt så många med funktionsnedsättning har diabetes jämfört med totalt antal svarande. Personer i VGR som rapporterat en funktionsnedsättning har även en mer än dubbelt så stor användning av antidepressiva, lugnande och ångestdämpande läkemedel än genomsnittet i regionen. Vidare har 24 procent av funktionsnedsatta använt magsårsmedicin att jämföra med 15 procent av alla svarande på enkäten.

Levnadsvanor

Andelen personer i VGR som 2011 rapporterat två eller fler ohälsosamma levnadsvanor (rökning, snusning, riskabla alkoholvanor, stillasittande fritid, fetma, litet intag av frukt/grönt riskabla spelvanor och använt hasch senaste året) var för de som inte hade funktionsnedsättning 23 procent. I gruppen med funktionsnedsättningar var procenten 35. Övervikt eller fetma var vanligare bland dem som har en funktionsnedsättning, 59 procent, jämfört med 48 procent av alla som svarade. (Rapport HPLV, VGR 2011) Detta visar på att personer med funktionsnedsättningar har mer ohälsosamma levnadsvanor, vilket stämmer med bilden nationellt (Arnhof, 2008).

Familj

Statens folkhälsoinstitut gjorde 2012 en enkätundersökning gällande hälsa hos barn med funktionsnedsättningar. Den visade att barn med funktionsnedsättningar lever i högre grad med enbart en av sina föräldrar än barn i stort i Sverige. De lever oftare i ekonomiskt utsatta situationer än barn utan funktionsnedsättningar. Överlag är man lika aktiva som andra barn, dock ser det ut som att barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är mindre fysiskt aktiva medan de som har olika rörelsehinder är mer fysiskt aktiva. Man trivs något sämre i skolan och presterar lite sämre och är oftare utsatta fysiskt och för mobbning. Barnens hälsa är betydligt sämre om man har en funktionsnedsättning. Man har mer ont i magen och i huvudet. Man har svårt att sova och dålig aptit. (Hälsa och välfärd hos barn och unga med funktionsnedsättning, FHI 2012:02)

Enligt samma artiklar har även föräldrar till barn med funktionsnedsättningar har mer stressrelaterade bekymmer. I VGR uppskattas att andelen föräldrar som har barn med långvarig sjukdom, nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem är 15 procent, över 47 000 individer. (Hälsa på lika villkor 2014)

Barn med funktionsnedsättningar och kroniska sjukdomar hamnar lätt lite vid sidan av på BVC på grund av tidsbrist och brist på kompetens, enligt Centrala barnhälsovårdsteamet.

Socioekonomi

Personer med varaktiga funktionsnedsättningar har oftare kortare utbildningar, sämre ekonomisk situation och man har inte lika ofta yrkesarbete jämfört med övriga befolkningen. (Boström, 2008) I områden med högre arbetslöshet, lägre utbildningsgrad och lägre inkomster har även en större del av befolkningen en

självrappporterad ohälsa. Detta går att se även i den rapport som sammanställdes inom VGR efter folkhälsoenkäten 2011. Områden med hög andel självskattad dålig hälsa har även mycket psykiska besvär, flera dåliga levnadsvanor, större andel med ersättning från socialförsäkringssystem. Som exempel nämns i rapporten 2011 östra Göteborg som även enligt CNI (Care Need Index, ett mätinstrument för att skatta sjukdomsbörda i små geografiska områden efter socioekonomiska variabler) är det område i regionen med högst socioekonomisk belastning. 2011 är man även bland de kommuner/stadsdelar i regionen med högst rapporterad andel av personer med funktionsnedsättning, 29 procent jämfört med 22 procent i regionen i stort. Även gällande förekomst av patienter hos habiliteringen ligger man lite högre än snittet.

Tandhälsa

Man vet att tandhälsan är sämre hos personer med funktionsnedsättningar än hos befolkningen i stort (Arnhof, 2008). I VGR har 17 procent av personer med funktionsnedsättning en dålig tandhälsa. Detta kan man jämföra med 10 procent av hela befolkningen. (Rapport HPLV, VGR 2011)

Politiska beslut och inriktningar

I VGR finns tre dokument på olika nivåer som sätter grunderna för det politiska arbetet med funktionsnedsättningar. Dessa är:

Vision Västra Götaland – det goda livet, handlingsplanen för Sveriges handikappolitik från 2000 -från patient till medborgare och FNs konvention om mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättningar från 2006.

På mer praktisk nivå finns ett styrdokument för VGRs verksamheter inom Habilitering & Hälsa (Dnr RS 625:2008). Det dokumentet fokuserar på habiliteringens målgrupper och inte på personer med funktionsnedsättningar i allmänhet. Målet med verksamheterna i Habilitering & Hälsa är att erbjuda personer med funktionsnedsättningar förutsättningar att leva ett gott liv med full delaktighet i samhället utifrån sina egna val.

Vidare arbetar man även med funktionshinderfrågor inom Rättighetskommittén. Man har bland annat den omfattande databasen Tillgänglighetsdatabasen (TD). Den bildades ursprungligen gemensamt av VGR, Västsvenska Turistrådet och den samlade funktionshinderrörelsen i Västsverige i samverkan med företag och kommuner i VGR. Till grund för TD ligger lagstiftning, FN-konventioner och föreskrifter. Databasen erbjuder information om olika verksamheters fysiska tillgänglighet. Det kan till exempel gälla butiker, restauranger, friluftsanläggningar och vårdinrättningar. Huvudprincipen är att varje verksamhet ska beskrivas så väl att personen själv ska kunna avgöra om hen kan besöka platsen eller inte. Informationen i TD presenteras utifrån fem olika förutsättningar; Svårt att se, svårt att höra, svårt att röra sig, svårt att tåla vissa ämnen och svårt att bearbeta, tolka och förmedla information.

I krav- och kvalitetsboken för VG Primärvård framgår att uppdraget omfattar både somatisk och psykisk ohälsa, sjukdom och funktionsnedsättning inom primärvårdsnivån. Man ska tillhandahålla behandling, omvårdnad, habilitering, rehabilitering samt uppföljning av personer som är listade på vårdcentralen. För personer som är kroniskt sjuka med sammansatta vårdbehov ska verksamheten organiseras så att vårdbehovet kan tillgodoses. Det står även att vårdcentralens

uppdrag omfattar att aktivt identifiera och förebygga funktionsnedsättning. Man ska även erbjudas en fast vårdkontakt om man tillhör den vårdgruppen. Det ingår också att följa de regionala tillgänglighetskrav som ställs och att rapportera sin tillgänglighet via TD.

Inom vårdöverenskommelser och upphandlingar finns generella skrivningar om att vården ska vara jämlik och patientfokuserad. Vården ska bedrivas utifrån patientens behov och man ska följa de regionala tillgänglighetskrav som ställs och verksamheterna ska finnas med i TD.

I den utökade Folkhälsoenkäten i VGR under 2015 kommer ytterligare en fråga kring barn med funktionsnedsättningar att finnas med.

Lokalt

På den lokala nivån har alla de tidigare 12 hälso- och sjukvårdsnämnderna (HSN) klargjort intentionerna med sin politik i de mål- och inriktningsdokument man antagit 2014. I alla dessa dokument klargör man att en grund för hälso- och sjukvården i VGR är att den ska vara tillgänglig för alla och att den ska ges till alla i befolkningen på jämlika villkor. I dessa skrivningar ryms självklart arbetet med en god vård för personer med funktionsnedsättningar. Några av nämnderna har valt att specificera mål för arbetet med funktionsnedsättningar närmare.

Invånarnas uppfattning

Enligt vårdbarometern har personer med funktionsnedsättningar i VGR generellt ett något lägre förtroende för vården och upplever tillgängligheten som sämre än vad befolkningen gör överlag. 75 procent av personer med funktionsnedsättningar säger sig ha tillgång till den vård de behöver, att jämföra med 79 procent av alla som tillfrågats enligt vårdbarometern 2011-2014.

Enligt "Föreningen utvecklingsstörda barn, ungdomar och vuxna" (FUB) och "Handikappföreningarnas Samarbetsorgan" (HSO) har deras medlemmar en högre sjuklighet än övriga befolkningen. Orsaken till detta är, enligt Elaine Johansson representant för FUB och HSO, bland annat att läkarna inte har förståelse för personer med "utvecklingsstörning". Detta får till följd att tidiga symptom på olika sjukdomar som till exempel cancer missas. Det finns också brister gällande hörsel- och synundersökningar av personer med "utvecklingsstörning". Inte sällan missuppfattas svåra beteenden, där man skyller på "utvecklingsstörningen", när det i själva verket kan vara en syn-, hörselskada eller smärta som ligger bakom beteendet. Har man svårt att själv tolka smärtor och andra besvär, och dessutom inte förmår förmedla dessa till omgivningen, finns även grogrund för psykisk ohälsa och olika svårförklarliga beteenden enligt Elaine Johansson. Hon säger vidare att användningen av läkemedel mot depression, ångest, sömnsvårigheter, schizofreni eller psykos (psykofarmaka) är mer än tre gånger vanligare bland personer som tillhör personkrets 1 i LSS, framförallt kognitiva funktionsnedsättningar. Överanvändning av läkemedel bland personer med utvecklingsstörning kan förklaras med att det finns en tradition att behandla svårbemästrade beteenden hos personer med utvecklingsstörning med läkemedel, trots att det idag finns bra pedagogiska och psykologiska metoder att tillgå som alternativ.

Vårdkonsumtion

Vårdkonsumtionen hos personer med funktionsnedsättningar är större än hos personer som inte hade någon funktionsnedsättning. 49 procent av de med funktionsnedsättningar hade besökt vården två eller flera gånger de senaste tre månaderna medan samma siffra är 26 procent i den grupp som inte rapporterat några funktionsnedsättningar i folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor 2011.

Tillgängliga insatser och åtgärder

Personer med funktionsnedsättning har samma rättigheter till vård som övriga befolkningen. Det är vårdcentralen man vänder sig till i första hand på samma sätt som alla andra. Vårdcentralerna ansvarar också för den hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande vården. Länssjukvård söker man när den vårdnivån är aktuell.

Socialstyrelsen fastslår i sin rapport ”Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2013” att sjukvården för personer med funktionsnedsättning inte är jämlik. Om man har en LSS-insats har man mer än en fördubblad risk att dö i cancer än andra. Man får sin diagnos i ett senare skede vilket delvis kan ha sin orsak i att man inte går på screening i samma utsträckning som andra personer gör.

Socialstyrelsen menar också i samma rapport att personal inom hälso- och sjukvård behöver vara mer uppmärksamma på målgruppen personer med funktionsnedsättningar, både när det gäller patienternas perspektiv och behov samt utveckla bättre former för ett bra bemötande. Socialstyrelsen pekar även på att tillgängligheten på vårdcentraler är låg för personer med funktionsnedsättningar. I VGR följs tillgängligheten bland annat upp genom ett samarbete med TD.

Från läkarhåll påpekas att man inom primärvården skall ta hand om personer med svåra funktionsnedsättningar (ex Olsson H, et al 2012), men att kunskapen inte finns i tillräcklig utsträckning idag. Patienterna och deras behov faller därför ofta mellan stolarna.

Brister

Att ha en hög utbildning, god social situation, stabil förankring på arbetsmarknaden, en trygg ekonomisk situation och goda levnadsvanor ger goda chanser till en bra hälsa. Vi ser i denna sammanställning att personer med funktionsnedsättningar i VGR, likväl som nationellt, i lägre grad har dessa förutsättningar.

Det finns också regionala skillnader. I landsbygd är tillgången till vård lägre än i städer, man har sämre valmöjligheter och resvägarna blir i regel längre.

Primärvård

Enligt Brukarorganisationerna FUB och HSO, samt enligt läkare, finns brister generellt hos vårdcentralerna när det gäller omhändertagande av framförallt personer med kognitiv funktionsnedsättning. Det gäller både sjukvårdande, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder. Personalen har ofta inte tillräckliga kunskaper och avsätter inte den extra tid som krävs för ett bra bemötande av patienterna. Även Rehabilitering & Hälsa kan ibland se en ovilja från vårdcentraler att ta emot patienter som har kontakt med dem på samma sätt som andra patienter. Detta trots att det är en grupp med ett mycket stort vårdbehov.

Kunskapsutveckling

Generellt sätt vet vi att föräldrar till barn med funktionsnedsättningar har en sämre hälsa än föräldrar i övriga befolkningen. Däremot vet vi inte hur det ser ut specifikt i VGR.

Det har visat sig att män och kvinnor upplever sin hälsa olika. Män upplever sig generellt må bättre än vad kvinnor gör. Skillnaden är större i gruppen som också upplever sig ha en funktionsnedsättning.

Fler män har kontakt med habiliteringen än kvinnor. Habiliteringen menar att det är ett genomgående mönster att fler män än kvinnor har vissa diagnoser som ger berättigande till stöd från dem.

Helhetssyn

Enligt Habilitering & Hälsa är samverkan med kommuner ett förbättringsområde. Habilitering & Hälsa och Centrala barnhälsovårdsteamet är överens om att en bättre helhetssyn och samverkan kring barn och deras föräldrar bör ha hög prioritet.

Åtgärdsförslag

Primärvård

Högre krav behöver ställas på vårdcentraler gällande personalkompetens för arbete med människor med olika typer av funktionsnedsättningar. Detta kan göras genom att ställa specifika kompetenskrav i KOK-boken.

Vårdcentralerna måste förbättra sitt arbete med förebyggande och hälsofrämjande insatser generellt men också specifikt mot gruppen personer med funktionsnedsättningar. Ett sätt kan vara att ta fram uppföljningsindikatorer som beskriver personer med funktionsnedsättnings hälsa.

Centrala barnhälsovårdsteamet menar att ett barn med flera olika stöd- och kompetensbehov behöver många olika kontakter. Dessa familjer skulle vara hjälpta av en kontaktperson, en person som kan visa vägen genom vården. Utredning av behovet och möjligheten till ett eventuellt tilläggsuppdrag inom ramen för VGPV föreslås.

Kunskapsutveckling

Kunskapen om köns- och genuskillnader för personer med funktionsnedsättning kan förbättras, både när det gäller patienter hos habiliteringen och hos personer med en självupplevd funktionsnedsättning. Detta är därför ett område som behöver utforskas ytterligare.

Familjer där någon eller några har en funktionsnedsättning vet vi har en sämre socioekonomisk situation och hälsa än övriga familjer. För att kunna ta ställning till hur stöd till föräldrar, syskon eller barn skulle kunna utvecklas behövs ytterligare fokus på området.

Helhetssyn

Alla invånare i VGR ska ha samma möjligheter till god vård oavsett kön, funktionsförmåga, var man bor och vilken bakgrund man har. Ett fortsatt generellt

arbete för att förbättra personers med funktionsnedsättnings tillgång till vård på lika villkor behövs.

Ett fortsatt fokus på en bra samverkan med kommuner. Fortsatt dialog och utveckling av former för samverkan kring människor med stödbehov från båda huvudmän.

Uppföljningsmetoder

Förbättrad uppföljning av KOK-boken gällande arbete mot personer med funktionsnedsättningar. Indikationsuppföljningar görs kontinuerligt men det saknas indikatorer för funktionsnedsättningar och det borde kunna utvecklas.

En genomgång av läget för personer med självupplevda funktionsnedsättningar folkhälsoenkäten hälsa på lika villkor som görs 2015.

Referenser

Arnhof, Y., Onödig Ohälsa – Hälsoläget för personer med funktionsnedsättning, Statens folkhälsoinstitut, 2008

Autismspektrumstillstånd – diagnostik och insatser, vårdens organisation och patientens delaktighet. SBU, 2013, rapportnummer 215

Boström, G., Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland personer med funktionsnedsättning, Statens folkhälsoinstitut 2008

En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011-2016, regeringskansliet 2011

Högfeldt, A., Flickor med ADHD, 2013, ADHD-center Stockholms läns landsting

Johansson, R., Ljungberg, E-M., Rapport avseende livsstilsenkät inom vuxenhabiliteringen, Västra Götalandsregionen Habilitering & Hälsa 2013

Kopp, S., Girls with social and/or attention impairments, 2010 (Göteborgs Univeristet)

Kopp, S., Kön och Autism – Med fokus på flickor med någon form av autismspektrumstörning, 2004

Nystrand, M., En vanlig dag på jobbet -eller inte? Att vara distriktsläkare till patienter med utvecklingsstörning. Distriktsläkaren 3, 2014

Olsson, H., Thuresson, K., Thorslund, P. A., Medicinsk vård för individer med psykisk utvecklingsstörning – vem tar ansvaret? Läkartidningen 2012;34-35:1481

Regeringens proposition 1999/2000:79 Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken.

Resultat från folkhälsoenkäten - Hälsa på lika villkor i Västra Götaland 2011, i texten angett ”Rapport HPLV, VGR 2011”

Samuelsson, C., Nyman A., Sämre hälsa med funktionsnedsättning, SCB Nr 2013:4, http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/Samre-halsa-med-funktionsnedsattning/

Statens Folkhälsoinstitut, Hälsa och Valfärd hos barn och unga med funktionsnedsättningar, 2012:12

Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2013. Publikation från Socialstyrelsen 2013-02-01.

Vega – uppgifter om antal patienter hos Habilitering & Hälsa 2013

Vision Västra Götaland Det Goda Livet, Västra Götalandsregionen, 2005.

Vårdbarometern

Västerbro, N., Flickor och autismspektrumtillstånd, 2014, Stockholms läns landsting, Autismforum http://www.autismforum.se/gn/opencms/web/AF/Vad_ar_autism/flickor_autism/

Västra Götalandsregionen årsrapport 2012, Vårdbarometern – befolkningens syn på vården, 2013

Samtal

Telefonsamtal med Elaine Johansson, representant för Föreningen utvecklingsstörda barn, ungdomar och vuxna och Handikappföreningarnas Samarbetsorgan, 2014-11-28

Samtal med Thomas Arvidsson Barnhälsovårdsöverläkare centrala barnhälsovårdsteamet Västra Götalandsregionen, 2014-12-17

Samtal med Birgitta Arnling, Administrativ chef Habilitering & Hälsa Västra Götalandsregionen, 2014-12-12

Hälsa hos personer med funktionsnedsättning - barn med autism

Som en del av behovsarbetet med ”Hälsa hos personer med funktionsnedsättning” har en kortare analys gjorts kring olikheter i diagnosättning och behandling av barn med autism i Västra Götalandsregionen (VGR). Frågan om skillnader inom VGR har initierats av Team habilitering och hälsa.

Barn med autism får sin diagnos vid olika åldrar i Västra Götaland. Detta är något som kan vara av stor betydelse för barnet då åldern för en autismsdiagnos delvis avgör vilken behandling som kan erbjudas.

Fler barn får diagnosen autism tidigt i Göteborgsområdet än i övriga områden i Västra Götaland. Orsaken till detta är att man i Göteborg 2009 införde en screening för autism vid den ordinarie 2,5 årskontrollen på BVC.

Intensivinlärning med beteendeterapeutisk metodik är en metod som används inom Habilitering & Hälsa i VGR sedan 2004. Behandlingen, som pågår cirka två år, måste slutföras före sex års ålder.

Centrala Barnhälsövårdsteamerna och Habilitering & Hälsa som är positiva till både autismscreeningen och till intensivinlärningsmetodikerna eftersträvar att metoderna införs i hela VGR. Det finns dock vissa farhågor om att screening av alla barn i VGR skulle kunna medföra en överdiagnostisering. Evidensen för screening behöver klarläggas. Under 2015 kommer Program och Prioriteringsrådet (PPR) att ta ställning.

Nämnderna bör i dagsläget avvakta bedömning från PPR innan man planerar några åtgärder i form av förändrat beställningsarbete.

Kontaktperson: Anna Persson, anna.c.persson@vgregion.se
Inger Ahlmark, inger.ahlmark@vgregion.se

Innehåll *Hälsa hos personer med funktionsnedsättning – Barn med autism*

Hälsoläge	38
Ny riktlinje.....	38
Tillgängliga insatser och åtgärder.....	38
Intensivinlärning.....	39
Vårdkonsumtion	39
Brister	39
Åtgärdsförslag	40
Referenser.....	40

Hälsoläge

Som en del av behovsarbetet med ”Hälsa hos personer med funktionsnedsättning” har en kortare analys gjorts kring olikheter i diagnossättning och behandling av barn med autism i Västra Götalandsregionen (VGR).

Ny riktlinje

En ny regional medicinsk riktlinje för den neuropsykiatriska vården av barn och unga (dnr RS 640-2013) togs i juni 2014 och den innebär bland annat att en stor del av barn med ADHD och Autismspektrumtillstånd från och med 6 års ålder kommer att få sin behandling från Barn- och ungdomspsykiatri och inte till Barnhabiliteringen. Detta har inte berörts vidare i analysen.

Tillgängliga insatser och åtgärder

Barn med autism får sin diagnos vid olika åldrar i VGR. Detta är något som kan vara av stor betydelse för barnet då åldern för en autismdiagnos delvis avgör vilken behandling som kan erbjudas.

Vid två och ett halvt års ålder gör barnavårdscentralen (BVC) en hälsokontroll där bland annat ett språktest ingår. Via språktestet kan man hitta barn med speciella svårigheter. Dessa barn får genomgå ytterligare tester innan man så småningom kan sätta en eventuell diagnos. Processen ser olika ut i de olika nämndområdena och tar också olika lång tid. Barnet kan därför få vänta olika länge på både diagnos och behandling beroende på var i Västra Götaland man bor.

Sedan 2009 har all personal på BVC i Göteborgsområdet fått extra utbildning i att fånga barn med autism tidigare med hjälp av en screeningmetod. Metoden innebär att språktestet kompletteras med en observation från BVC-sköterskan och ett frågeformulär till föräldrarna. För barn som uppvisar symtom finns en väl planerad och fungerande vårdkedja som gör att familjen fort får komma vidare för ytterligare bedömning och eventuell diagnossättning. Detta har gett mycket påtagliga resultat då fler barn har fått sin diagnos redan före sex års ålder, ofta redan i två till tre års ålder. Det anses viktigt att fånga barn tidigt då tidig behandling har en positiv inverkan på barnets utveckling (Socialstyrelsen, 2010-3-8).

Antalet barn som får en autismdiagnos före 7 års ålder är högre i Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd (HSN) än i övriga VGR och lägst i östra HSN. Enbart i Göteborgs HSN diagnossätts barn under 3 år.

Andel personer per åldersgrupp med autismdiagnos, per nämndområde 2013

Ålder	Göteborg	Norra	Södra	Västra	Östra
2	0,12 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
3	0,35 %	0,07 %	0,12 %	0,12 %	0,00 %
4	0,57 %	0,32 %	0,12 %	0,39 %	0,17 %
5	0,57 %	0,35 %	0,16 %	0,54 %	0,34 %
6	0,56 %	0,35 %	0,19 %	0,37 %	0,14 %

Källa: VEGA

All behandling av barn med diagnosen autism anpassas efter barnets och föräldrarnas förutsättningar. Val av behandlingsmetodik hänger också ihop med hur mycket kommunala/stadsdels resurser som finns tillgängliga.

Intensivläring

Intensivläring med beteendeterapeutisk metodik är en metod som använts inom Habilitering & Hälsa i VGR sedan 2004. Behandlingen, som tar runt två år, måste slutföras före sex års ålder. I Göteborgsområdet kan man sedan screeningen inleddes erbjuda fler barn intensivläring då man upptäckt behovet i större utsträckning i tidig ålder. Denna behandling används av Habilitering & Hälsa över hela VGR om än i begränsad omfattning. Att erbjuda barn och föräldrar intensivläring kräver goda förberedelser både för kommunen och habiliteringen. En stor insats krävs också av föräldrar.

Vårdkonsumtion

Enligt uppgifter från Habilitering & Hälsa har totalt 153 barn fått intensivläring i VGR under 2014. I Göteborgs HSN är det fler barn som fått behandlingen än i övriga områden. En anledning till detta är att ett högre antal barn diagnostiseras före fyra års ålder där, vilket är en förutsättning för behandlingen.

Antal patienter med intensivläring 2014

Nämndområden	Antal patienter
Göteborg	94
Västra	20
Södra	12
Östra	5
Norra	22

Källa: Habilitering & Hälsa

Brister

Barn med autism har olika förutsättningar i VGR. Fler barn får sin diagnos tidigt i Göteborgsområdet och fler barn erbjuds därför intensivläring med beteendeterapeutisk metodik där än i övriga Västra Götaland. I Göteborg används en screeningmetod i samband med 2,5 årskontrollen som gör att fler barn diagnostiseras. Centrala Barnhälsovårdsteamet och Habilitering & Hälsa är positiva till både screeningen och till intensivläring och eftersträvar att metoderna införs i hela VGR.

Det finns dock farhågor om att screening kan medföra en överdiagnosticering. Socialstyrelsen pekar i en sammanställning (2013) om upptäckt av utvecklingsavvikelser på att evidensen behöver utvecklas. Man skriver att ”det inte saknas bra metoder för att upptäcka barn med utvecklingsavvikelser eller att screening inte kan vara värdefull men att det saknas vetenskapligt underlag för att påstå det”.

Intensivläring kräver stora resurser både från kommuner och familjer. I vissa kommuner är man villig att avsätta resurser medan man i andra inte är det. Familjer har också olika möjligheter att avsätta den tid som krävs för att barnet ska kunna genomgå behandlingen.

Generell screening för autism är som metod inte färdig för implementering i VGR då evidensen ännu ej är kartlagd. Under första delen av 2015 kommer Program och

Prioriteringsrådet (PPR) att ta ställning. Eventuellt kommer PPR även ta ställning till intensivinlärnningen eftersom evidensen för metoden är oklar.

Åtgärdsförslag

Nämnderna bör i dagsläget avvakta bedömning från PPR innan man planerar några åtgärder i form av förändrat beställningsarbete.

Referenser

Autismspektrumtillstånd – diagnostik och insatser, vårdens organisation och patientens delaktighet. SBU, 2013, rapportnummer 215

Barn som tankar annorlunda – barn med autism, Aspergers syndrom och andra autismspektrumtillstånd, Socialstyrelsen 2010-3-8

Statens Folkhälsoinstitut, Hälsa och Välfärd hos barn och unga med funktionsnedsättningar, 2012:12

Upptäcka utvecklingsavvikelse hos barn och ungdomar – En sammanställning av systematiska kunskapsöversikter, Socialstyrelsen 2013-1-9

Samtal

Samtal och e-postkontakt med Thomas Arvidsson Barnhälsovårdsöverläkare centrala barnhälsovårdsteamet Västra Götalandsregionen, 2014-12-17

Samtal och e-postkontakt med Birgitta Arnling, Administrativ chef Habilitering & Hälsa Västra Götalandsregionen, 2014-12-12

Telefonsamtal med Annika Sundqvist, verksamhetschef Habiliteringen Västra Götalandsregionen, 2015-01-08

Samtal med Brigitta Spjut Jansson, doktorand och leg. Psykolog vid Barn- och ungdomshabiliteringen Västra Götalandsregionen, 2015-01-30

Telefonsamtal och e-postkontakt med Stephan Ehlers, medicinsk rådgivare Kunskapscentrum för psykisk hälsa.

Tjock- och ändtarmscancer

Av alla cancersjukdomar i Sverige utgör tjock- eller ändtarmscancer cirka 10 procent vilket gör den till den tredje-fjärde vanligaste cancerformen, efter bröst- och prostata- och hudcancer. Cancer i tjocktarmen är dubbelt så vanligt som cancer i ändtarmen. I Västra Götalandsregionen drabbas drygt 1 150 personer per år av tjock- eller ändtarmscancer. Tjocktarmscancer är lika vanlig hos kvinnor som hos män. Ändtarmscancer är något vanligare hos män. De flesta som insjuknar är över 65 år när de drabbas. Incidensen (insjuknandet) har ökat de senaste decennierna.

Kostens sammansättning och graden av fysisk aktivitet kan ha en betydelse för utvecklandet av cancer i tarmen.

Patienter med cancer är en prioriterad grupp i sjukvården. Personer med misstänkt tjock- och ändtarmscancer är en del av denna grupp. För vården av tjock – och ändtarmscancer finns nationella riktlinjer, nationella kvalitetsregister, särskilda processledare utsedda för att kvalitetssäkra vården för denna grupp och ett regionalt uppdrag med särskilda pengar för att åstadkomma förbättring. Mycket pågår med andra ord.

Åtgärdsförslag:

Beställa

- Ordnat införande av regionuppdrag, enhetlig hantering i regionen

Begära förbättring

- Fånga patienters uppfattning om kolorektalcancervården
- Resultatet av kvalitetsindikatorer i nivå med riket eller bättre

Stödja och följa upp

- Implementeringen av de nya riktlinjerna
- Följa upp kvalitetsindikatorer med måltal som beslutats av HSU Dnr 2210-2012
- Från hälso- och sjukvårdsnämndens sida läggs fokus på uppföljning för att minska regionala och nationella skillnader
- Förekomst av multidisciplinär terapikonferens (MDT) före och efter operation varierar stort i Västra Götalandsregionen, målet är 100 procent
- Stödja RCCs mål att alla planerbara (icke akuta) patienter ska utredas korrekt och fullständigt inför operation

Kontaktperson: Anette Ohlin-Johansson, anette.ohlin-johansson@vgregion.se
Marianne Laiberg, marianne.laiberg@vgregion.se

Tack till RCC:s statistiker och de regionala processägare och med ett särskilt tack till dr Stefan Skullman.

Innehåll *Tjock- och ändtarmscancer*

Hälsoläge	43
Faktorer som har betydelse för utvecklande av tjock- och ändtarmscancer..	45
Prevention.....	45
Riskgrupper bör undersökas regelbundet	46
Politiska beslut och inriktningar	46
Regionalt cancercentrum Väst.....	46
Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- samt ändtarmscancervård år 2014.....	47
Regionuppdrag för hälso- och sjukvården vid bröst-, tjock-, och ändtarms- samt prostatacancer 2014-2015	47
Koncentration av operationer	48
Invånarnas uppfattning	48
Vårdkonsumtion	48
Besök och vårdtillfällen.....	48
Medelvårdtid.....	50
Tillgängliga insatser och åtgärder.....	51
Brister	51
Kvalitetsregister.....	52
Öppna jämförelser av cancersjukvården 2014	53
Åtgärdsförslag	56
Uppföljning.....	57
Referenser.....	58

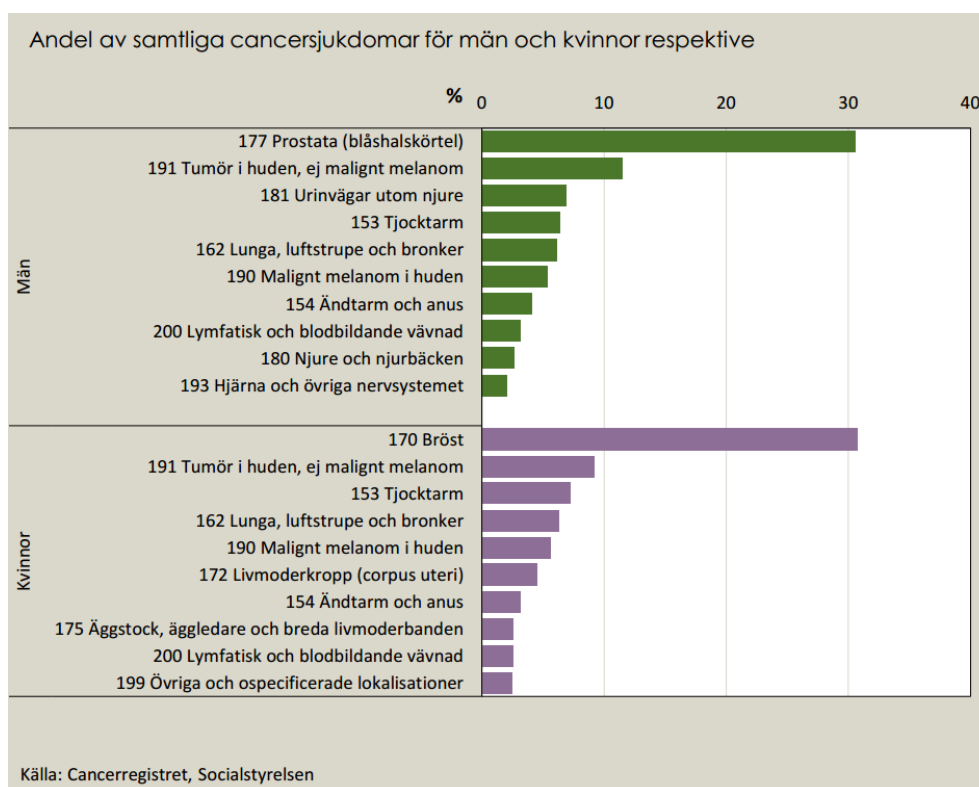
Hälsoläge

Definition

Kolorektal cancer är det gemensamma namnet på cancer som sitter i tjock- eller ändtarm, Om cancertumören sitter i de nedersta 15 centimetrarna av tarmen kallas den ändtarmscancer. Tumörer i andra delar av tjocktarmen kallas för tjocktarmscancer.

Incidens (insjuknande)

I Sverige får runt 6000 personer någon av diagnoserna tjock- eller ändtarmscancer varje år – i Västra Götalandsregionen (VGR) cirka 1 150¹ år 2013. Av alla cancersjukdomar i Sverige utgör tjock- eller ändtarmscancer cirka 10 procent vilket gör den till den tredje- fjärde vanligaste cancerformen, efter bröst- och prostata- och hudcancer.

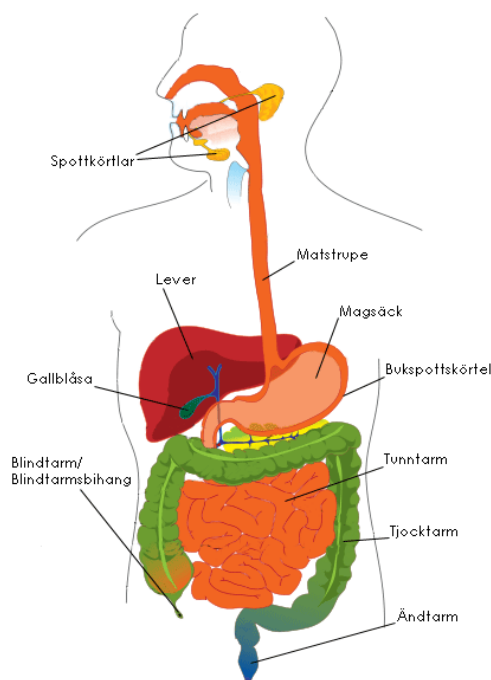


Cancer i tjocktarmen är dubbelt så vanligt som cancer i ändtarmen, cirka 4 200 fall av tjocktarmscancer mot cirka 2 100 fall av ändtarmscancer per år. Incidensen har ökat de senaste decennierna.

Tjocktarmscancer är lika vanlig hos kvinnor som hos män och de flesta som insjuknar är över 65 år när de får sjukdomen. Det är ovanligt att personer som är yngre än 40 år får tjocktarmscancer. Ändtarmscancer är något vanligare hos män. En topp ses för insjuknande mellan 70 och 75 år, ändtarmscancer är mycket ovanlig bland personer som är yngre än 40 år.

Möjligheten att bli behandlad och friskförklarad beror mycket på hur tidigt tumören upptäcks. Om det sker i ett tidigt skede, när cancern endast växer i tarmväggen (stadium 1), botas nästan alla patienter genom operation.

¹ Uppgifter från Regionalt cancercentrum väst.



Ovanstående bild visar mag-tarmkanalen som i sin helhet mäter sju meter varav tjocktarmen är ca en och en halv meter lång.

Tjocktarmscancer utvecklas i tarmens slemhinna, oftast som en utväxt, en så kallad polyp. När tumören blivit större kan den bilda ett sår och orsaka en förträngning av tarmen. Tumören växer ibland bara på den plats där den först utvecklades, men den kan också sprida sig genom lymf- eller blodkärl till andra delar av kroppen, till exempel till lever eller lungor. De kallas då metastaser eller dottertumörer.

Om man har fått tjock- eller ändtarmscancer bör behandlingen komma igång så snart som möjligt. Den vanligaste behandlingen är att tumören operas bort. Små tumörer som upptäcks tidigt kan ibland tas bort med hjälp av koloskopi genom ändtarmen. I praktiken brukar det handla om ungefär en månad innan alla undersökningar är klara och behandlingen kan börja. Undantaget är om tumören orsakar tarmvred, ett plötsligt stopp i tarmen. Tarmvred kräver omedelbar operation, cirka 20 procent opereras akut.

Vid tjocktarmscancer går det oftast ihop de två delarna av tjocktarmen som är kvar sedan tumören opererats bort. I enstaka fall av tjocktarmscancer är det nödvändigt att göra en stomi (påse på magen) som senare ofta kan tas bort och tarmen kopplas ihop igen. Mer sällan blir stomin permanent.

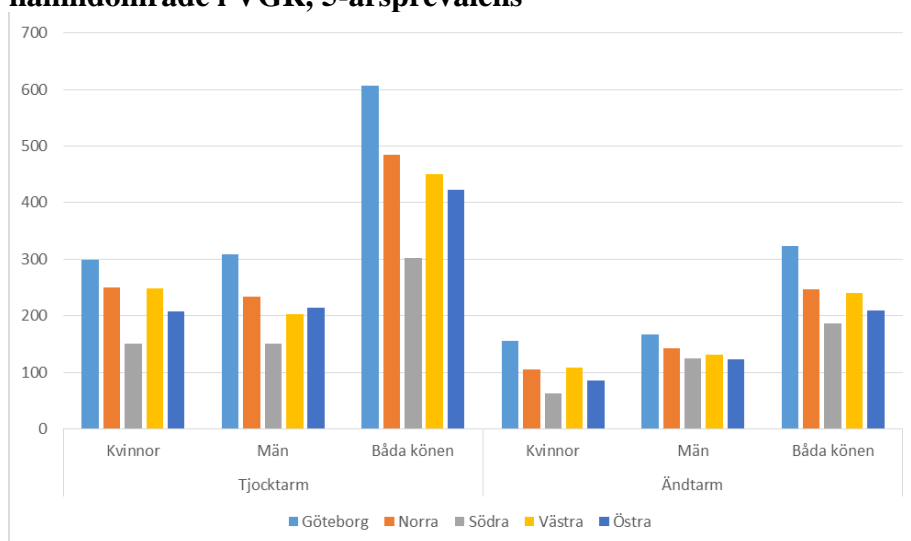
Cancer i ändtarmen sitter ibland så långt ner att slutmuskeln inte kan bevaras. Då görs samtidigt en stomioperation.

Prevalens (förekomst)

År 2013 fanns omkring 35 000² individer som har eller har haft tjock- eller ändtarmscancer i Sverige. I Västra Götalandsregionen är motsvarande siffra ca 5500 individer.

² NORDCAN – publicerar statistik från de nordiska länderna

Antal personer med tjocktarms respektive ändtarmscancer per kön och nämndområde i VGR, 5-årsprevalens



Källa: RCC väst

Nationellt³ - har den relativa 5-årsöverlevnaden⁴ (fem år är den normala uppföljningstiden för cancer, den som lever fem år efter operation räknas som botad) vid tjocktarmscancer ökat för både män och kvinnor sedan 1990-talets början och under perioden 2008-2012 var den 66 procent för kvinnor och 62 procent för män. Motsvarande siffror för ändtarmscancer är 66 procent för kvinnor och 62 procent för män. Denna bild överensstämmer i stort med Västra Götalandsregionen.

Av betydelse för 5-årsöverlevnaden har socioekonomiska faktorer. I en utvärdering⁵ som gjordes i samband med revideringen av det nationella vårdprogrammet belystes skillnader utifrån patientens utbildningsnivå. För samtliga indikatorer inom tjocktarms- och ändtarmscancervården hade personer med en lägre utbildningsnivå sämre resultat än högutbildade. De fick också i lägre utsträckning de åtgärder inom diagnostik och behandling som rekommenderas i nationella riktlinjer.

Faktorer som har betydelse för utvecklande av tjock- och ändtarmscancer

Orsaken till att cancer i tjock- eller ändtarm uppstår är oklar, men om det finns tjock- eller ändtarmscancer i släkten är risken större att man själv blir sjuk. En del kroniska tarmsjukdomar, som Ulcerös colit och Crohns sjukdom, ökar också risken.⁶

Matvanor, rökning, alkoholkonsumtion och andra levnadsvanor har troligtvis också betydelse för uppkomsten av cancer i tjock- och ändtarmen. Denna typ av cancer är vanligare i länder där maten innehåller mycket kött och fett.

Prevention

Mot bakgrund av hur livsstilsfaktorerna påverkar, har allmänna råd som att motionera regelbundet, avstå från rökning och äta rätt, betydelse för att minska risken för tjock- och

³ Öppna jämförelser – cancersjukvården 2014, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och landsting (SKL)

⁴ Om den relativa 5-årsöverlevnaden för patienter med en viss typ av cancer är 50 procent så innebär det att de har hälften så stor sannolikhet att leva i fem år eller mer efter diagnosen, som en jämförbar grupp människor avseende kön och ålder i befolkningen.

⁵ Socialstyrelsen - Nationell utvärdering 2013

⁶ Vårdguiden 1177

ändtarmscancer. Kostens sammansättning kan spela en roll ett högt fettintag och lågt fiberintag har ansetts öka risken för att insjukna i kolorektal cancer liksom låg fysisk aktivitet.⁷

Riskgrupper bör undersökas regelbundet

Om man tillhör någon av riskgrupperna, det vill säga om man har vissa tarmsjukdomar eller tjocktarms- eller ändtarmscancer i släkten, är det viktigt att man låter undersöka sig regelbundet. Får man polyper i tarmen ska de tas bort, även om de är godartade, eftersom de med tiden kan utvecklas till cancertumörer. I sällsynta fall kan tjocktarm och ändtarm behöva opereras bort i förebyggande syfte.

Screening

Som tidigare nämnts, ju tidigare tjock- och ändtarmscancer upptäcks, desto bättre är förutsättningarna för att canceren går att bota. En metod som används för upptäcka allvarliga sjukdomar är screening. Screening innebär att man undersöker målgrupper utan symtom på sjukdom.

För närvarande pågår en nationell studie som ska ge svar på hur screening påverkar dödligheten i tjocktarmscancer, vilken metod som är lämpligast och hur individen upplever screeningen. Socialstyrelsen menar att man skulle kunna rädda ungefär 300 liv i Sverige varje år med screening av tjock- och ändtarmscancer.

Politiska beslut och inriktningar

Nationell cancerstrategi

Regeringen lanserade en nationell cancerstrategi 2009⁸ som ett sätt att möta de kommande årens ökande krav på cancervården. Strategin hade fem övergripande mål:

- Minska risken för insjuknande i cancer
- Förbättra kvaliteten i omhändertagandet, utifrån ett tydligt patientperspektiv
- Förlänga överlevnadstiden och förbättra livskvaliteten efter en cancerdiagnos
- Minska regionala skillnader i överlevnadstid
- Minska skillnader mellan olika befolkningsgrupper i insjuknande och överlevnadstid.

Regionalt cancercentrum Väst

Ett medel för att uppnå den nationella cancerstrategins mål var inrättandet av regionala cancercentra som fungerar som kunskapscentrum för en förbättrad cancervård. Det finns sex sådana centra i Sverige – ett i varje sjukvårdsregion. I vår region finns Regionalt Cancer Centrum Väst (RCC-väst) i Göteborg, där ingår även Halland.

När det gäller tjock- och ändtarmscancer arbetar RCC väst med tidig upptäckt, screeningprocessen och den palliativa processen. För detta ändamål finns utsedda processledare.

⁷ Internetmedicin.se

⁸ Nationell cancerstrategi för framtiden, SOU 2009:11

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- samt ändtarmscancervård år 2014

Inför Socialstyrelsens arbete med att ta fram nya riktlinjer gjordes en nationell utvärdering av cancersjukvården år 2013⁹. Utvärderingens huvudsakliga syfte var att belysa kvalitet och effektivitet i cancervården. Utvärderingen låg till grund för de nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård som publicerades i april 2014¹⁰.

Regionuppdrag för hälso- och sjukvården vid bröst-, tjock-, och ändtarms- samt prostatacancer 2014-2015¹¹

Med anledning av de nationella riktlinjerna och i enlighet med det arbetssätt som utvecklats i regionen vid införandet av nationella riktlinjer godkände RS i juni 2014 ett regionuppdrag för dessa sjukdomar. Regionuppdraget ger berörda utförare och beställare ansvar att implementera de nationella riktlinjerna för bröst-, prostata-, tjocktarms- samt ändtarmscancervård senast under 2015.

Tre viktiga områden lyfts fram i regionuppdraget för framgångsrik behandling

1. Multidisciplinära konferenser vilket innebär att alla specialister som den cancersjuka kan komma i kontakt med träffas och gör en samlad bedömning och vårdplanering för patienten. Multidisciplinära konferenser ger förutsättningar för att ge rätt behandling till rätt patient.
2. Kontaktsjuksköterskor, en namngiven person som är patientens direkta kontakt med vården. Kontaktsjuksköterskan har stor betydelse för att skapa trygghet och stabilitet kring behandlingen för patient och anhöriga.
3. Ledtider för utredning på sjukhus (remissbeslut-behandlingsstart) bör enligt regionala mål inte överstiga 6 veckor (42 dagar) för 90 % av patienterna. Socialstyrelsen fastslår inga målnivåer för ledtider, men anser att målnivåer är en väg framåt för att minska de omotiverat stora skillnaderna som konstaterats i mätningar.

I det regionala uppdraget ingår också en förändrad handläggning av patienter där sjukhusen bör komplettera diagnosticeringen med en s.k. PET-DT. En sådan undersökning kan skilja ut de som kan, respektive inte kan, komma ifråga för kurativt syftande behandling. Med en större kunskap som PET-DT ger kan ”onödig” kirurgi för cirka 20 patienter per år undvikas i VGR.

Sjukhusen i regionen bör också bli bättre på att operera personer med tjock- eller ändtarmscancer med laparoskopisk kirurgi (titthålsoperation). En ökad andel operationer med laparoskopisk teknik kommer att kräva stora utbildningsinsatser.

Regionuppdraget implementeras år 2014- 2015 med hjälp av introduktionsfinansiering. För ovanstående delar beräknas kostnaden till 44 mnkr för alla ingående cancerformer.

⁹ Socialstyrelsen – Nationell utvärdering 2013

¹⁰ Socialstyrelsen – Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarm- och ändtarmscancervård 2014

¹¹ Regionuppdrag för hälso-och sjukvård vid bröst-, tjock- och ändtarms- samt prostatacancer Dnr RS 2418-2012

Koncentration av operationer

Som en del av beslutet om regiongemensam produktionsplanering¹² och på uppdrag av regiondirektören och koncernledningen har regionen beslutat att koncentrera operationer av ändtarmscancer 2015 till SU/Östra, NU, SKAS och SÄS. Syftet är öka kvaliteten då färre kirurger gör fler operationer.

Invånarnas uppfattning

Det är viktigt att fånga invånarnas uppfattning om vård och behandling. Mätningar av patienttillfredsställelse används inom vissa sjukdomsgrupper och ger vårdgivaren en värdefull kunskap om patienternas syn på vården. För detta ändamål använder sig VGR av olika instrument, för invånarnas uppfattning om vården används Vårdbarometern och för patienternas den nationella patientenkäten.

I dagsläget finns inga undersökningar som mäter uppfattningen för denna specifika cancergrupp.

Vårdkonsumtion

Detta avsnitt visar vårdkonsumtion (besök och vårdtillfälle) för kvinnor och män i olika åldersgrupper med diagnosen tjock- och ändtarmscancer (C18-C20) under år 201

Besök och vårdtillfällen

Ålder och kön

Tabellen nedan visar att det är nästan lika många kvinnor (2 024) som män (2 045) som vårdats under 2013 för diagnosen tjock- och ändtarmscancer (C18-20) i Västra Götalandsregionen. De flesta (78 procent) var över 65 år.

Ålder	Kvinna	Man	Totalt	Andel, %
18-24	1	1	2	0,0
25-44	53	54	107	2,6
45-64	395	381	776	19,1
65-79	809	960	1 769	43,5
80-	766	649	1 415	34,8
Summa	2 024	2 045	4 069	
Andel, %	49,7	49,3		

Källa: Regionens vårddatabas Vega. Antal individer med diagnosen C18-C20 som någon gång under 2013 gjort ett besök eller vårdtillfälle i Västra Götalandsregionen.

Besök inom primärvården och specialistsjukvården

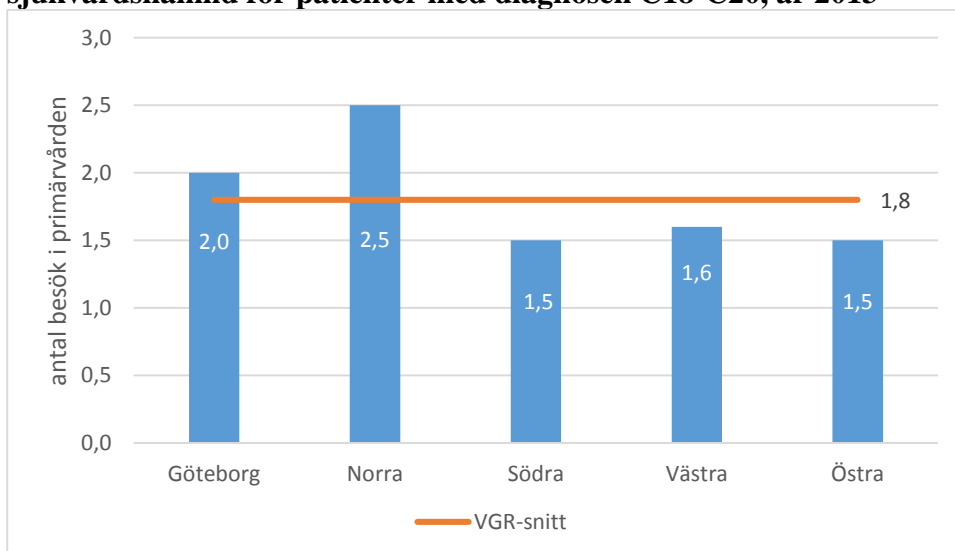
Här nedan följer två diagram som visar antal besök per individ med diagnosen C18-C20 inom primärvård respektive länssjukvård och regionsjukvård (specialistsjukvårdsbesök).

Det är besök gjorda hos alla personalkategorier inom hälso- och sjukvården.

I Norra Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) görs fler primärvårdsbesök per patient jämfört med snittet i VGR. Lite oväntat att så många besök sker i primärvården med anledning av kolorektal cancer.

¹² RS 2071-2012

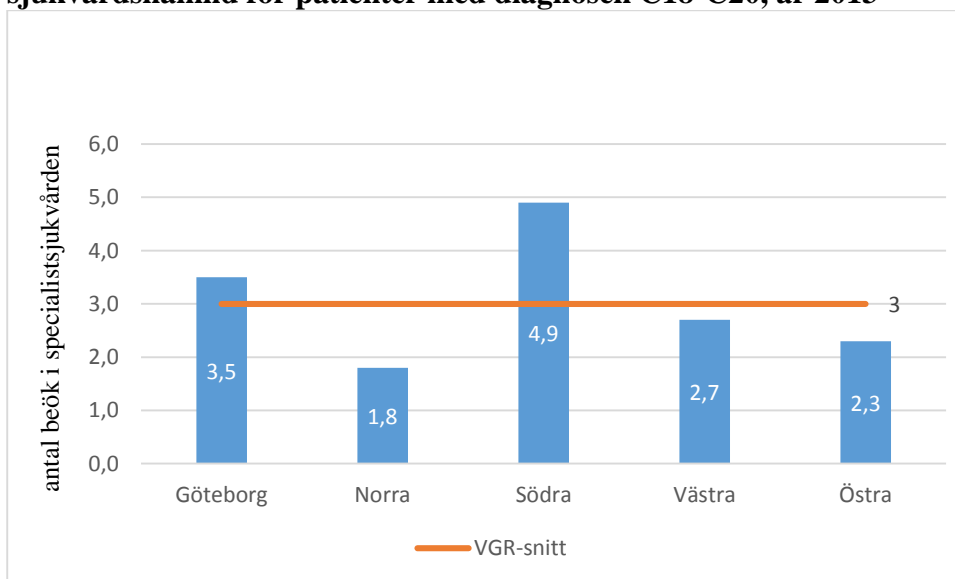
Antal primärvårdsbesök (alla personalkategorier) fördelat på hälso- och sjukvårdsnämnd för patienter med diagnosen C18-C20, år 2013



Källa: Regionens vårddatabas Vega.

Inom specialistsjukvården är det en större variation i VGR, se nedanstående bild. I Södra HSN gjordes i genomsnitt nästan fem besök med anledning av diagnosen kolorektal cancer under ett år medan endast knappt två i Norra HSN.

Antal specialistläkarbesök (alla personalkategorier) fördelat på hälso- och sjukvårdsnämnd för patienter med diagnosen C18-C20, år 2013



Källa: Regionens vårddatabas Vega.

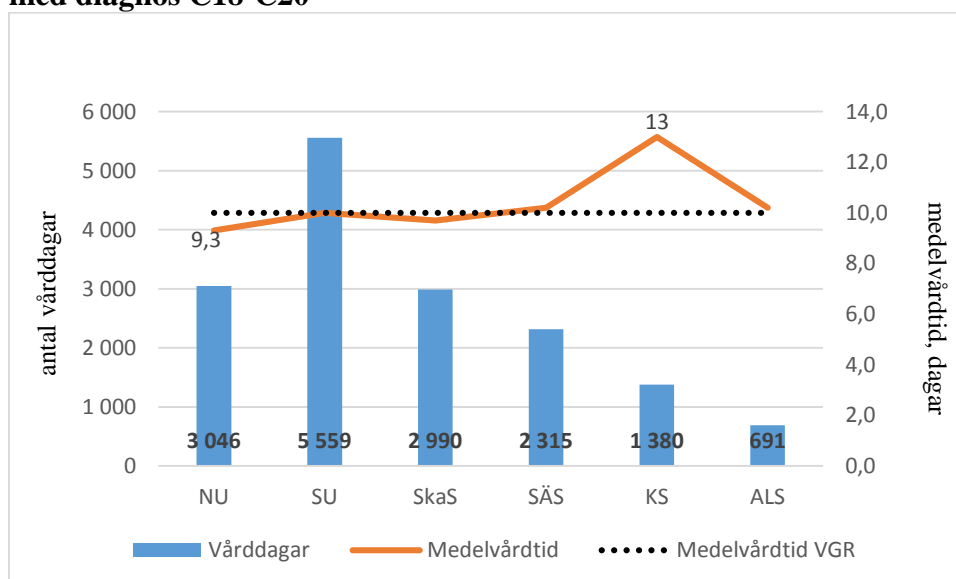
Medelvårdtid

Medelvårdtid anses vara en kvalitetsindikator för vårdens kvalitet då långa medelvärdtider tros hänga samman med komplikationer som uppstår under vårdtiden. Sambandet är tvetydigt då det finns många faktorer som har betydelse för vårdtiden. På mindre enheter med ett fåtal patienter ger enskilda patienter hög medelvårdtid. En annan faktor som påverkar är kommunernas förmåga att ta hem patienter som är behov av insatser av hemsjukvård. Hälften av patienterna är äldre än 75 år och många behöver hjälp efteråt. Vårdtid < 15 dagar för ändtarmscancer och < 11 dagar för tjocktarmscancer anses vara bra.

Följande diagram visar antal vård dagar och medelvårdtider för patienter boende i Västra Götaland med diagnosen C18-C20 i Västra Götalandsregionen år 2013. Här ingår alla vårdnivåer, både länssjukvård och högspecialiserad vård.

Det finns en variation i medelvårdtid per vårdtillfälle vid sjukhusen¹³ i Västra Götalandsregionen. I diagrammet nedan visas medelvårdtiden vid det sjukhus där vården getts oavsett var i regionen patienten bor t ex en patient i Dalsland kan ha fått vård i Göteborg. Medelvårdtiden är längre på Kungälv's sjukhus (13 dagar), jämfört med övriga sjukhus i regionen.

Antal vård dagar och medelvårdtid fördelat på sjukhus, år 2013 för patienter med diagnos C18-C20



Källa: Regionens vårddatabas Vega.

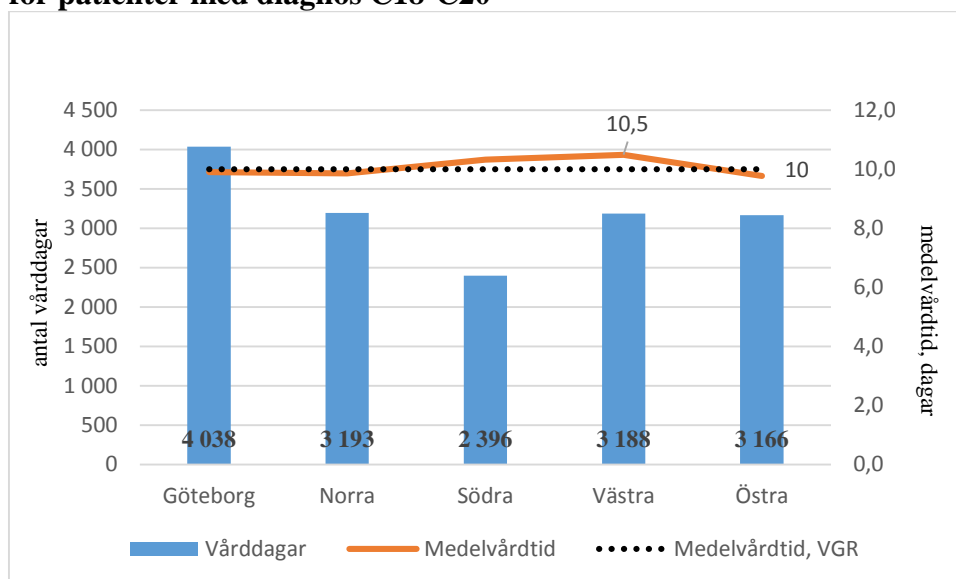
Diagrammet nedan visar ingen större variation i medelvårdtid uppdelat på hälso- och sjukvårds nämnds områden¹⁴ i Västra Götalandsregionen. Diagrammet visar invånarnas konsumtion av vård dagar med en medelvårdtid per vårdtillfälle oberoende vid vilket

¹³ NU-sjukvården (NU), Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU), Skaraborgs sjukhus (SkaS), Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS), Kungälv's sjukhus (KS) och Alingsås sjukhus (ALS)

¹⁴ Den nya nämndindelningen som trädde i kraft januari 2015. Göteborg= tidigare nämnd 5, 11 och 12. Norra= tidigare 1, 2 och delar av 3. Södra= tidigare 8 och delar av 6, Västra= tidigare 4 och 7 nu även del av 3 och 6, Östra= tidigare 9 och 10.

sjukhus vård och behandling skedde år 2013. Ett genomsnitt på 10 dagar i Västra Götalandsregionen.

Antal vårddagar och medelvårdtid fördelat på hälso- och sjukvårdsnämnd, år 2013 för patienter med diagnos C18-C20



Källa: Regionens vårddatabas Vega

Tillgängliga insatser och åtgärder

En av utgångspunkterna i Hälso- och sjukvårdsnämndernas vårdöverenskommelser med sjukhusen är att sjukhusen ska följa gällande nationella och regionala styrdokument. Vilket innebär att de nationella och regionala riktlinjerna för kolorektal cancer gäller för alla sjukhus med denna verksamhet. Likaså gäller regionuppdraget för hälso- och sjukvård vid bröst-, tjock-, och ändtarms- samt prostatacancer år 2014-2015 med ordnat införande.

Alla sjukhus ska dessutom delta i relevanta kvalitetsregister.

Alla sjukhus ska rapportera resultat av de gemensamt i Västra Götalandsregionen framtagna kvalitetsindikatorer med beslutade regional måltal.

Brister

Allmänt

RCC anger några utmaningar när det gäller vården för patienter med cancer i tjock- och ändtarm, liksom för andra grupper med cancer:

- Tillgång till kompetent personal, både i antal och fördelning i regionen. Brist på onkologer och kompetent personal som kan utföra koloskopi lyfts fram
- Fokus på ledtider, bland annat när det gäller att få svar från patologin. För en del patienter är ett snabbt svar från patologin avgörande för att behandlingen med cellgifter ska komma igång i tid och göra nytta
- Utveckling av de multidisciplinära konferenserna utformning så att alla specialiteter som borde vara med finns representerade

Kvalitetsregister¹⁵

Målet med kvalitetsregister är att använda det insamlade materialet för att kunna förbättra vård och behandlingen hos patienterna och för att minska eventuella skillnader på region- och sjukhusnivå för att åstadkomma en likvärdig och optimal vård över hela landet.

Det nationella kvalitetsregistret för kolorektalcancer (tjock- och ändtarmscancer) består av två register, ett register för rektalcancer (start 1995) och ett register för koloncancer (start 2007). Rapporteringen från registret sker separat för rektum (ändtarm) och kolon (tjocktarm).

Registrets syfte är att förbättra kirurgin och de andra behandlingsalternativen för personer med tjock- och ändtarmscancer. 59 sjukhus rapporterar regelbundet in sina uppgifter till kvalitetsregistret när det gäller colon cancer och några sjukhus färre när det gäller ändtarmscancer. Täckningsgraden är näst intill total, 99 procent av alla sjukhus som behandlar patienter med tjock- och ändtarmscancer.

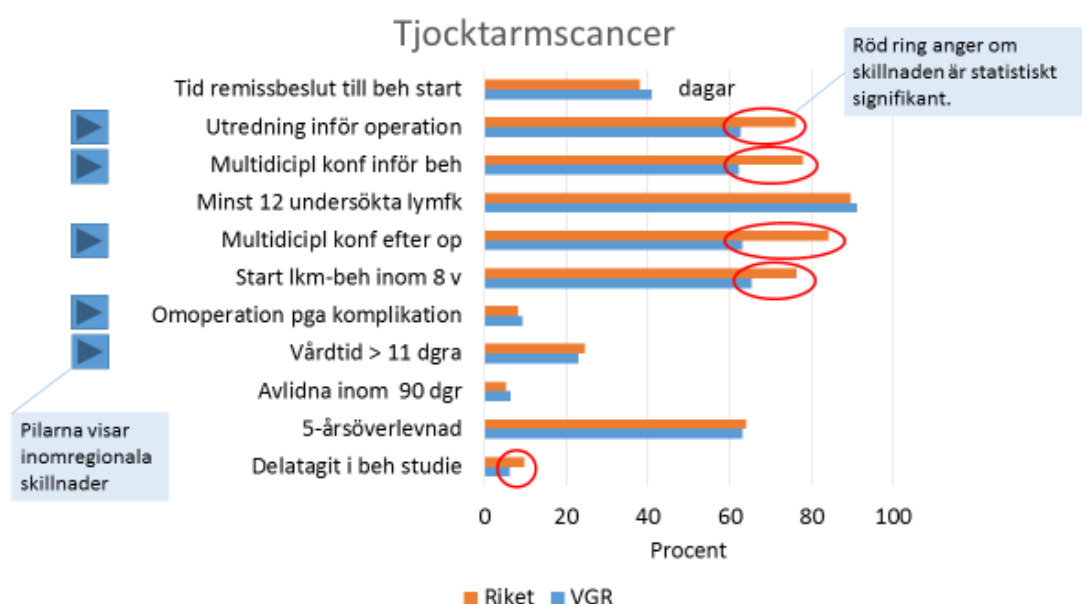
¹⁵ Regionala cancercentrum i samverkan

Öppna jämförelser av cancersjukvården 2014¹⁶

Öppna jämförelser bygger till största delen på uppgifter från kvalitetsregistren.

Hösten 2014 publicerades en samlad öppen jämförelse av vårdens kvalitet för de 10 vanligaste förekommande cancersjukdomarna i Sverige. Det var andra gången, vården för samma typ av cancersjukdomar, jämfördes. Den första jämförelsen gjordes 2011, vilket gav möjlighet att göra jämförelser över tid.

En jämförelse mellan riket och VGR när det gäller resultat av ett antal kvalitetsindikatorer för tjocktarmscancer



Källa: Öppna jämförelser cancer 2014, kvalitetsindikatorer publicerade av Hälso- och sjukvårdsanalysavdelningen i VGR december 2014

Jämförelsen visar att det finns skillnader mellan sjukhusen inom regionen och att VGR totalt sett är sämre än riket i fem av kvalitetsindikatorerna: röntgen av tjocktarm före operation, multidisciplinära konferenser inför behandling och efter operation, behandlingsstart inom åtta veckor och om verksamheten deltagit i någon behandlingsstudie.

Kartläggning och utredning inför operation är en kvalitetsindikator

Cancer i tarmen upptäcks oftast med endoskopi (koloskopi) och därifrån vidare utredning. En komplett utredning vid nydiagnostiserad tjocktarmscancer innebär att patienten har fått en kartläggning av cancers utbredning med hjälp av röntgenundersökningar, till exempel en datortomografi. Undersökningarna ger svar på cancers utbredning i tarmen och omgivande vävnad samt om den också finns i lunga och lever. Inom VGR var det en stor variation där andelen patienter som fick en kartläggning inför operation varierade med 4,4 procent i NU- sjukvården och 85,6 procent vid SU östra, enligt öppna jämförelser cancer 2014.

¹⁶ Öppna jämförelser cancersjukvård en jämförelse mellan landsting 2014, Socialstyrelsen och SKL

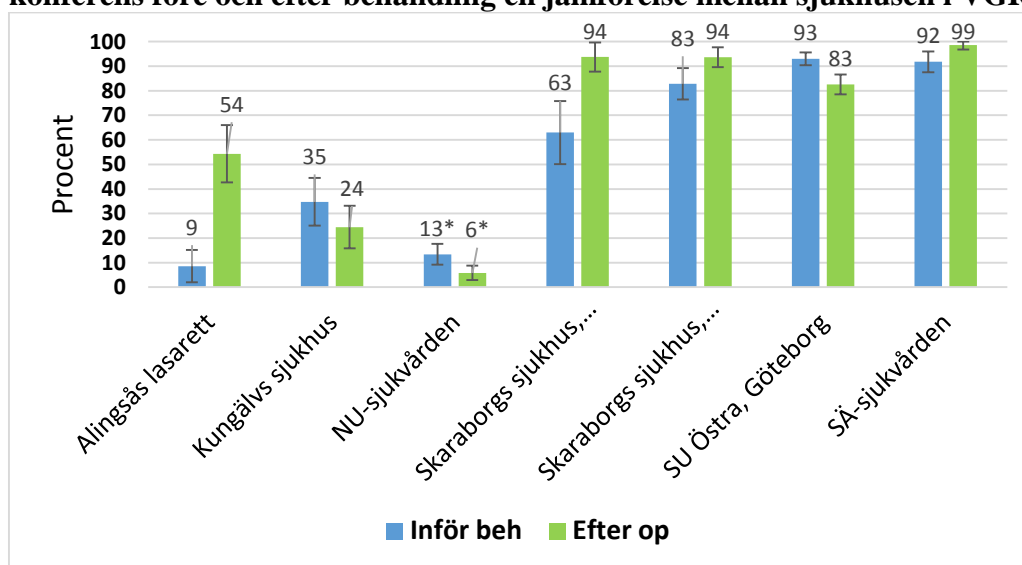
Påbörjad läkemedelsbehandling (cytostatika) inom 8 veckor efter operation

Denna indikator är viktig och har hög prioritet i de nationella riktlinjerna. Vid vissa stadier av cancer är det viktigt att läkemedelsbehandling kommer igång så snabbt som möjligt efter operation. Variationen mellan landstingen är stor och Västra Götalandsregionen är sämre än genomsnittet i riket när det gäller denna kvalitetsindikator.

Multidisciplinära konferenser före och efter operation

En annan kvalitetsindikator är förekomst av multidisciplinära konferenser, följande diagram visar stora inomregionala skillnader i förekomst av konferenser både före och efter operation. Målet i regionen är att inför alla planerade operationer med efterföljande behandlingar ska en multidisciplinär konferens äga rum.

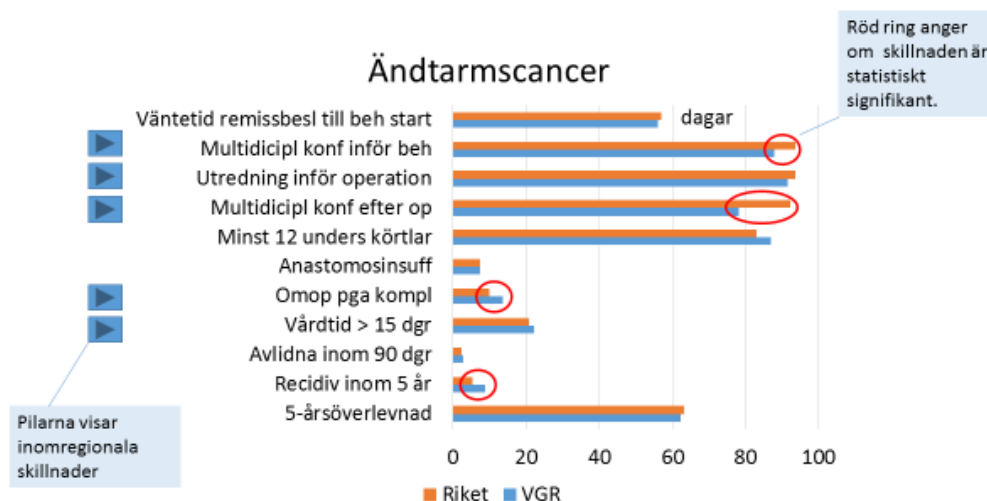
Tjocktarmscancer, andelen patienter som diskuteras på multidisciplinär konferens före och efter behandling en jämförelse mellan sjukhusen i VGR.



Källa: Öppna jämförelser cancersjukvården 2014, sammanställning av HSA

*NU-sjukvården anger att man efter resultaten i öppna jämförelser 2014, mer systematiskt infört MDT före och efter operation.

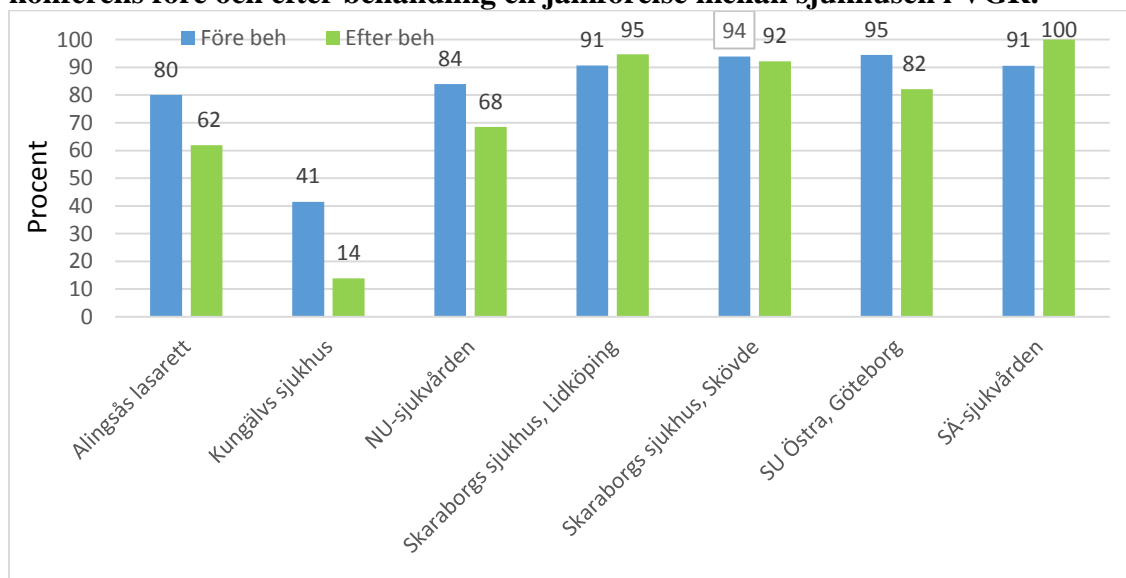
En jämförelse mellan riket och VGR när det gäller resultat av ett antal kvalitetsindikatorer för ändtarmscancer



Källa: Öppna jämförelser cancersjukvården 2014, kvalitetsindikatorer publicerade av Hälso- och sjukvårdsanalysavdelningen i VGR december 2014

Resultaten av kvalitetsindikatorerna för ändtarmscancer visar att det finns regionala och nationella skillnader. De negativa skillnaderna handlar bland annat om andelen patienter vars fall diskuteras på multidisciplinära konferenser före behandlingsstart och efter operation. Regionen är sämre än riket och det finns en stor variation inom regionen.

Ändtarmscancer, andelen patienter som diskuteras på multidisciplinär konferens före och efter behandling en jämförelse mellan sjukhusen i VGR.



Källa: Öppna jämförelser av cancersjukvården 2014.

Utredning och kartläggning inför operation

Vid ändtarmscancer är skillnaderna i regionen inte lika stora jämfört med tjocktarmscancer när det gäller andel patienter där komplett utredning med röntgenundersökning utförts inför operation, 84 procent i NU sjukvården och 100 procent vid Alingsås sjukhus.

Omoperation på grund av komplikationer

”Detta är ett tvetydigt kvalitetsmått som tagits bort i det svenska registret för kolorektal cancer. Många anser att man ska ha en hög beredskap för omoperationer vid misstanke om komplikation för att undvika att de hinner bli allvarliga och undvika dödsfall. På de mindre sjukhusen med få fall resulterar en enstaka reoperation med en hög procent. Sedan 1/1-2015 är operationer av rektalcancer koncentrerad till de fyra stora sjukhusen.”¹⁷

Åtgärdsförslag

Diskussion

Patienter med cancer är en prioriterad grupp i sjukvården. Personer med misstänkt tjock- och ändtarmscancer är en del av denna grupp.

I dag har Sverige kommit långt med tankar om screening för att tidigt upptäcka cancer i tjock- och ändtarm. En nationell studie pågår för att se vilken metod som man slutligen kommer att förorda och till vilka grupper sjukvården skall vända sig. Att hitta tjock- och ändtarmscancer tidigt är viktigt då 30-40 procent av personer som får diagnosen idag har avlidit inom loppet av 5 år i sin sjukdom. Screening innebär att man undersöker människor utan kända symtom på sjukdom.

Personer som har en välgrundad misstanke på cancer behöver snabb utredning. En viktig faktor är tillgång på diagnostik. En vanlig metod att fastställa cancer i tjock och ändtarm är koloskopi. Om resultatet av den nationella studien kring screening blir att koloskopi är den metod som skall användas blir det hårt tryck på en redan träng sektor. Ett viktigt område är därför

- Att skapa god tillgänglighet för koloskopi för tidig upptäckt

Det finns på en del håll i VGR specialutbildade sjuksköterskor som utför själva undersökningen och kanske kan det bidra till öka tillgängligheten.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröst-, prostata, tjock- och ändtarmscancervård är tänkta att utgöra stöd vid prioriteringar och ge vägledning om vilka behandlingar och metoder som sjukvården bör satsa resurser på.

De nationella riktlinjerna har lett till regionala beslut och till en understödd process för införande av de metoder som anges i riktlinjerna. Regionuppdraget föregicks av en kartläggning hur väl regionens sjukhus i dagsläget lever upp till det som anges i riktlinjerna. Skillnaden mellan sjukhusen är stora enligt öppna jämförelser, publicerad 2014. Avsikten är att minska den inomregionala skillnaden inom tjock- och ändtarmscancervården genom att

- fler patienter diskuteras på multidisciplinära konferenser (MDT) både före behandling och efter operation. Viktigt med MDT före för att försäkra att den

¹⁷ RCC väst, citat från processägarna för kolorektal cancer

preoperativa utredningen är komplett, viktigt att efter operationen diskutera fortsatt behandling med alla inblandade

- tillgången till PET/CT undersökning blir lika i regionen
- fler patienter får en fast vårdkontakt – kontaktsjuksköterskor kortare ledtider från remissbeslut till behandlingsstart

Fokus har sedan lagen om vårdgaranti legat på tillgängligheten till vård. Idag har vi krav på att patienter med välgrundad misstanke på cancer skall ha en tid för läkarbesök inom 14 dagar i specialistvården och målvärdet följs upp varje månad. Ledtider för utredningar (som inte ingår i vårdgarantin) har också betydelse, i utredningsbehovet ingår röntgenundersökningar, koloskopier, PAD (vävnadsprover) etc. Regionen har också måltal för behandlingar. Ledtider för utredning på sjukhus (remissbeslut-behandlingsstart) bör enligt regionala mål inte överstiga 6 veckor (42 dagar) för 90 % av patienterna. Här finns också inomregionala skillnader.

För den medicinska kvaliteten finns kvalitetsregister för både tjocktarmscancer och ändtarmscancer. Några av de områden som följs upp i kvalitetsregistren har blivit regionala kvalitetsindikatorer. Nya kvalitetsindikatorer för år 2015 är, 30-dagar mortalitet vid elektiv operation av koloncancer samt vid akut operation.

Sammantaget pågår många förbättringsarbeten i regionen:

- ekonomiska incitament för att följa nationella riktlinjer,
- regionala processledare
- uppföljningar och mätningar

Med anledning av att så mycket pågår finns det skäl att avvakta resultaten av det arbete som pågår. De inomregionala skillnaderna bör man lägga särskilt fokus på vid uppföljning av sjukhusens verksamhet. I analysen ingår ingen analys av den palliativa vården för gruppen då det görs en särskild analys av den palliativa vården i regionen parallellt.

Det saknas kvalitetsindikatorer i kvalitetsregistret som belyser patientperspektivet och därför vill vi påtala behovet av detta.

Uppföljning

Bland de kvalitetsindikatorer¹⁸ som tagits fram gemensamt i regionen finns två indikatorer som berör cancer i tjocktarmen. Uppföljning av regionens kvalitetsindikator finns med i alla vårdöverenskommelser med sjukhusen i Västra Götalandsregionen och följs upp i dialog med sjukhusen.

Tillgängligheten till ett förstabesök vid välgrundad misstanke på cancer rapporteras och följs upp månatligen av HSNK/HSA, en rapport som gäller alla typer av cancer och redovisas på per medicinskt verksamhetsområde (MVO).

Under år 2015 kommer det regionala uppdraget vad gäller kontaktsjuksköterskor, multidisciplinära konferenser och PET/CT att följas upp.

Uppföljning av cancer i tjock- och ändtarm bör innehålla några parametrar för att säkerställa jämlik vård. Några bör redovisas på nämndnivå

¹⁸ Regional förteckning över kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvård med regionala måltal Diarienummer RS 2210-2012

- Femårsöverlevnad
- 30-dagars mortaliteten vid akut och planerad operation av tjocktarmscancer

Några på sjukhusnivå med särskilt fokus på inomregionala skillnader:

- Väntetid från remissbeslut till start av behandling för cancer
- Andel under året nytillkomna patienter som erbjudits en kontaktsjuksköterska.
- Andel patienter som erbjudits en bedömning vid multidisciplinär konferens före behandling och efter operation
- 30-dagars mortaliteten vid akut och planerad operation av tjocktarmscancer

Referenser

Internetmedicin.se, kolorektalcancer

Karl Kodeda - Aspects on local recurrence after rectal cancer surgery, Göteborgs Universitet (2012)

Nationell cancerstrategi för framtiden, SOU 2009:11

NORDCAN – nordiska cancerdata

RCC- väst - Regionalt Cancer Centrum Väst

Regionala cancercentrum i samverkan

Regional förteckning över kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvård med regionala måttal Dnr RS 2210-2012

Regionuppdrag för hälso- och sjukvård för bröst-, tjock- och ändtarms- samt prostatacancer 2014-2015 Dnr RS 2418-2012

Socialstyrelsen – Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarm- och ändtarmscancervård 2014

Socialstyrelsen - Nationell utvärdering 2013 av Bröst-, Prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård indikatorer och underlag för bedömningar

Socialstyrelsen, statistikdatabas.

Socialstyrelsen och SKL, Öppna jämförelser cancersjukvård en jämförelse mellan landsting 2014

VEGA – regionens vårddatabas

Vårdguiden 1177

Prostatacancer

Prostatacancer är Sveriges vanligaste cancerform. Cirka 9 000 nya fall diagnostiseras per år i Sverige, varav drygt 1 500 i Västra Götalandsregionen. En tredjedel av all cancer hos män är prostatacancer. Sjukdomen drabbar framför allt äldre män – cirka hälften är över 70 år och ett fåtal är under 40 år vid diagnos. I Sverige dör omkring 2 500 män årligen i prostatacancer. Prostatacancerföreningen ProLiv menar att cirka 1 100 fall årligen upptäcks för sent för botande behandling. Under de senaste årtiondena har antalet diagnostiserade fall ökat kraftigt. I regionen finns det ca 11 000 personer med diagnostiserad prostatacancer.

Femårsöverlevnaden i regionen för personer med diagnostiserad prostatacancer är hög - 94 procent (riket 91 procent), och har stadigt förbättrats under senare år, dock är femårsöverlevnaden i två av nämndområdena, Norra och Östra, påtagligt lägre än VGR-snittet och även lägre än riket. I de nationella riktlinjerna för prostatacancervård pekar Socialstyrelsen på ett antal olika indikatorer för God vård. Indikatorerna har **målnivåer** som talar om hur stor andel av patienterna som **bör** få en åtgärd eller vilka **resultat** vården bör uppnå. I denna rapport redovisas ett urval av dessa indikatorer i förhållande till utfallet i Västra Götalandsregionen.

För att säkerställa jämlik vård bör hälso- och sjukvårdsnämndernas beställningar innehålla en preciserad uppföljning på nämndnivå avseende femårsöverlevnad och indikatorer i de nationella riktlinjerna.

Kontaktpersoner: Nina Hautanen nina.hautanen@vgregion.se

Anders Thorstensson anders.thorstensson@vgregion.se

Tack till RCC:s regionala processägare och ett särskilt tack till professor Jan-Erik Damber för värdefulla synpunkter och kommentarer

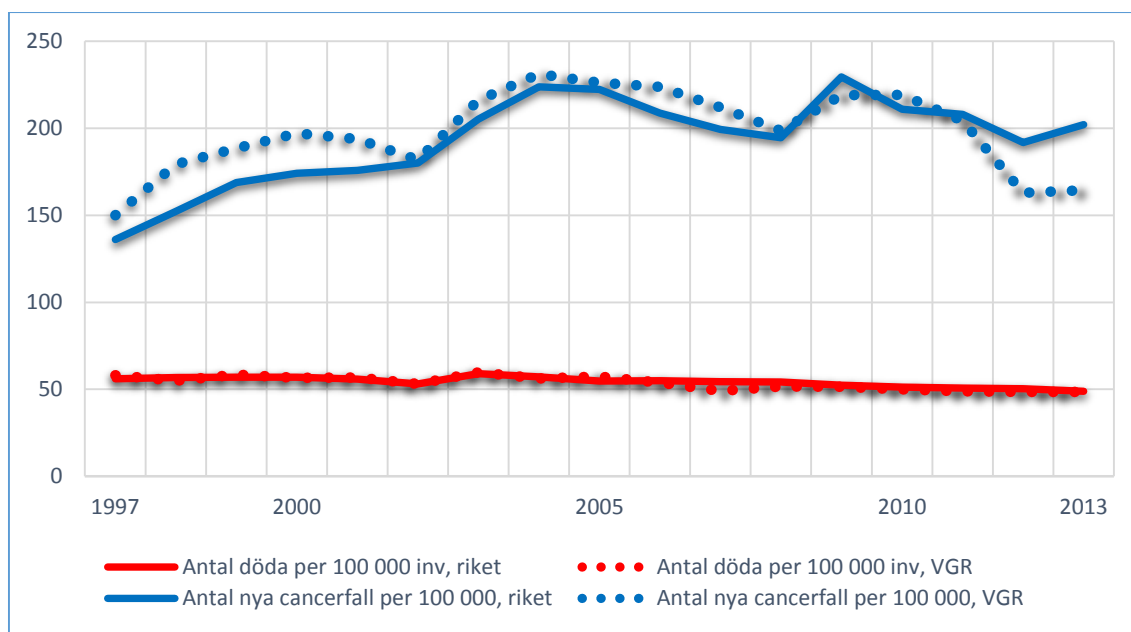
Innehåll *Prostatacancer*

Hälsoläge	61
Faktorer som har betydelse för utvecklande av prostatacancer	62
Prevention	63
Hur kan vi öka möjligheten till tidig upptäckt?	63
Riskgrupper bör undersökas regelbundet	64
Politiska beslut och inriktningar	65
Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prostatacancer	65
Regionuppdrag för hälso- och sjukvården vid bröst-, tjock-, och ändtarms- samt prostatacancer 2014-2015	65
Regionalt cancercentrum Väst	66
Invånarnas uppfattning	66
Prostatacancerföreningen ProLiv Väst	67
Vårdkonsumtion	68
Besök och vårdtillfällen	69
Medelvårdtid	70
Tillgänglighet	73
Femårsöverlevnad	79
Hälsoekonomi	81
Tillgängliga insatser och åtgärder	82
Brister	83
Allmänt	83
Femårsöverlevnad	83
Nationella riktlinjer	83
Åtgärdsförslag	84
Uppföljningsmetoder	84
Referenser	85

Hälsoläge

Som en följd av att hälso- och sjukvården har börjat genomföra prostatakontroller med blodprov och analys av PSA (prostata-specifikt antigen) har antalet diagnostiserade fall av prostatacancer ökat kraftigt sedan mitten av 1990-talet. Årligen diagnostiseras omkring 9 000 nya fall i Sverige. Prostatacancer är i särklass den största cancersjukdomen bland män och står för drygt 30 procent av all cancer bland män. 80 procent av alla män som får symtom av prostatacancer är över 70 år (Socialstyrelsen, 2014).

Diagram 1 Prostatacancer, incidens och mortalitet.



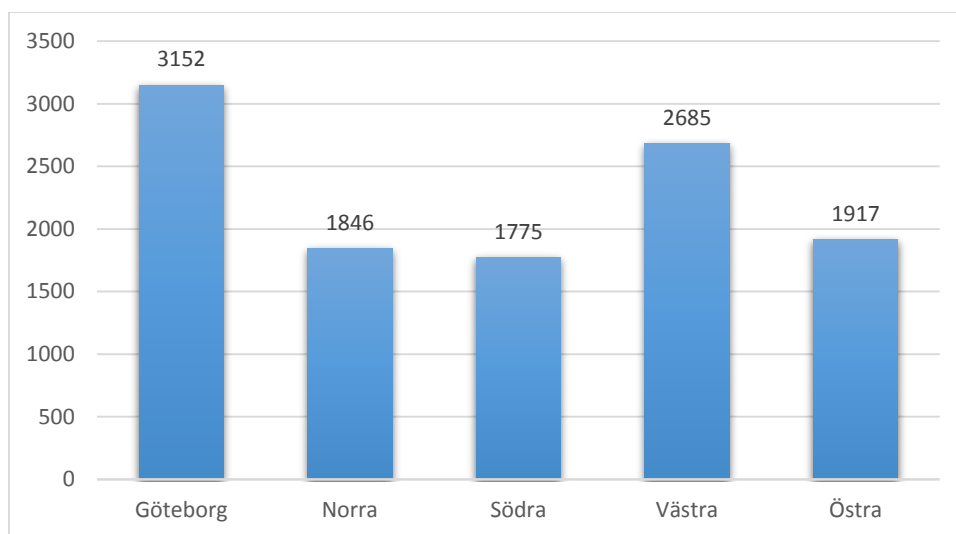
Källa: Socialstyrelsen (Socialstyrelsen, Statistikdatabasen).

Omkring 2 500 män dör årligen i sjukdomen i Sverige (Umeå universitet, Prostatacancer – Sveriges vanliga cancerform, 2015).

I mitten av 1960-talet var femårsöverlevnaden 45 procent och under mitten av 1990-talet var den 70 procent, det vill säga en förbättring på 25 procentenheter. Mycket av förbättringen i femårsöverlevnad beror på att prostatacancer diagnostiseras i tidigare skede och inte på att livslängden för dem som diagnostiseras har ökat. Dödligheten i prostatacancer har dock minskat något de senaste åren, särskilt för män under 75 år (Socialstyrelsen, 2014).

Diagrammet nedan redovisar den s.k. tioårsprevalensen för prostatacancer i regionen, dvs. hur många individer som vid ett visst tillfälle har prostatacancer. Tioårsprevalensen indikerar att det finns drygt 11 300 personer med prostatacancer i regionen.

Diagram 2 Tioårsprevalens för prostatacancer i Västra Götalandsregionen.

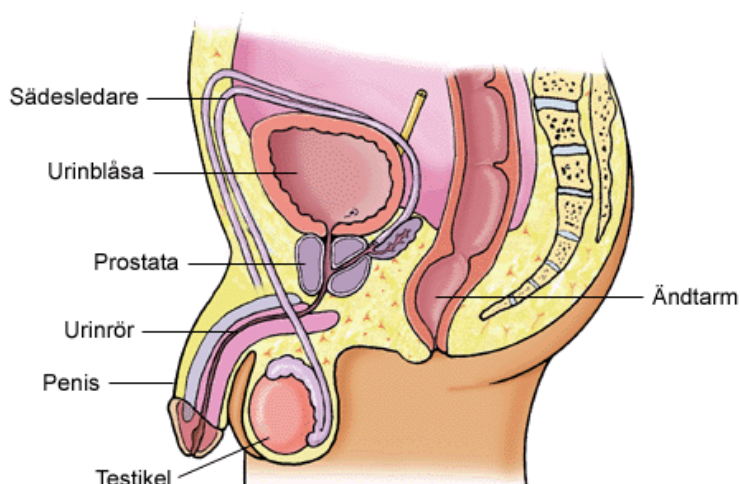


Källa: Regionalt cancercentrum väst.

Prostatakörteln

Prostatan är en valnötsstor körtel som ligger runt om urinrörets övre del omedelbart under urinblåsan.

Prostatakörtelns funktion är att bilda transportvätska för spermier på deras väg från urinröret till ägget i äggledarna. Hos de flesta äldre män förstoras prostatakörteln. Oftast är förstoringen godartad, men ibland beror tillväxten på en cancercell.



Faktorer som har betydelse för utvecklande av prostatacancer

Orsakerna till prostatacancer är som vid andra cancerformer många och komplexa. Det finns inte ett enstaka perspektiv om vad som orsakar prostatacancer. Det finns emellertid flera faktorer som har samband med en ökad risk för att utveckla prostatacancer.

Sjukdomen är vanligare i vissa familjer än andra. Det tyder på att man kan arva en benägenhet för att få sjukdomen.

Det finns också stora geografiska skillnader. I USA, Skandinavien och övriga Västeuropa är prostatacancer vanlig, medan den är ovanlig i Sydostasien. Detta tyder på att inte bara arvsanlag utan även livsstilen och miljön kan ha betydelse för uppkomsten av prostatacancer. Rökning ökar risken för återfall efter strålbehandling och operation för prostatacancer (Cancerfonden Om cancer - prostatacancer, 2015).

Enligt det Nationella vårdprogrammet för prostatacancer finns inte tillräckligt vetenskapligt underlag för att rekommendera någon form av primärprevention för prostatacancer (Regionala Cancercentrum i samverkan, 2014-04).

Prevention

Världshälsoorganisationen WHO bedömer att en tredjedel av all cancer kan förebyggas genom bland annat en hälsosam livsstil, förebyggande insatser mot vissa infektioner och en förbättrad arbetsmiljö. Att en cancersjukdom upptäcks tidigt, innan den är spridd till något annat organ i kroppen, är A och O för att kunna bli botad. Senare års forskning har bland annat koncentrerats på hur kostens sammansättning påverkar risken för att man ska få sjukdomen. Hittills har forskarna inte kommit fram till några bestämda svar, men mycket talar för att en kost som innehåller mycket fisk och grönsaker kan vara gynnsam. Tomater, sojabönor, linfrö, råg, grönt te och granatäpplejuice är några exempel på livsmedel som kanske kan ha en viss skyddande effekt. Samtidigt verkar det som om överskott på kött, animaliskt fett och mejeriprodukter kan öka risken för prostatacancer (Cancerfonden Om cancer - prostatacancer, 2015).

I den brittiska vetenskapstidskriften Nature presenterades i mars 2014 en vetenskaplig studie där ett kosttillskott utvärderats och visat sig ge positiva effekter för patienter med prostatacancer. Studien visar att kosten på ett gynnsamt sätt kan inverka på PSA-värdet. I en grupp män (cirka 200) med prostatacancer hade man i en randomiserad undersökning funnit att PSA-värdets medianökning under en sexmånadersperiod minskade med 63,8 procent hos gruppen som fått kosttillskottet. PSA ökade med bara 14,7 procent i gruppen med tillskottet, medan placebogruppen fick en ökning på 78,5 procent. I rapporten konstateras att behandlingen är kliniskt meningsfull (R Thomas, A double-blind, placebo-controlled randomised trial evaluating the effect of a polyphenol-rich whole food supplement on PSA progression in men with prostate cancer—the UK NCRN Pomi-T study, 2014).

Hur kan vi öka möjligheten till tidig upptäckt?

I vårt land upptäcks omkring 70 procent av all cancer av allmänläkare i primärvården, även om slutlig diagnos ställs på sjukhus eller specialistmottagning. Därför är det viktigt att allmänläkare har goda kunskaper om tidiga symtom och att det finns ett gott samarbete mellan primärvård och slutenvård.

Därför är det viktigt att det finns tydliga kriterier för när olika alarmsymtom och andra tecken kan tyda på cancer, så att remiss som skickas från primärvården till den specialiserade vården handläggs snabbt.

En allmänläkare kan träffa flera tusen patienter per år, men i snitt är det bara några promille av dem som har cancer. Det är en annan av förklaringarna till att det kan vara svårt att upptäcka sjukdomen tidigt.

Mot denna bakgrund har riktlinje för allvarlig misstanke om cancer tagits fram i regionen som ett stöd i diagnostiken för tidig upptäckt.

När det gäller prostatacancer talas det om rätten till PSA-screening. Samtidigt kan det finnas risker förknippade med tidig upptäckt, t.ex. att många blir djupt deprimerade för att de får en cancerdiagnos – i många fall i onödan då cancer aldrig skulle ha blivit livshotande.

Riskgrupper bör undersökas regelbundet

En av de viktigaste punkterna i Socialstyrelsens rekommendationer är uppmaningen att studera strategier för tidig upptäck av kliniskt betydelsefull prostatacancer och minskning av "onödig" PSA-testning.

Screening

PSA (prostata specifikt antigen) är ett blodprov. PSA kommer från körtelcellerna i prostata. Vid prostatacancer och vid godartad prostataförstoring finner man förhöjda värden av PSA i blodet. Vid prostatacancer "läcker" PSA ut i blodet. Ett förhöjt värde behöver absolut inte betyda att man har prostatacancer. Det är mycket vanligare att man har ett högt PSA på grund av godartad förstoring än prostatacancer. PSA stiger också med åldern. PSA-prov används för att hitta prostatacancer och för att kontrollera patienter som har eller har haft prostatacancer. Det är därför en fördel om man tänkt igenom och diskuterat följderna av ett förhöjt PSA värde innan provet tas.

Provtagning av PSA hos friska män utan symtom är kontroversiell, samtidigt som provtagning av PSA visat sig mycket effektivt att spåra tidiga former av prostatacancer och de studier som genomförts visar att screening faktiskt sänker den sjukdomsspecifika dödligheten. Vid en första anblick ter sig därför PSA testning som ett idealiskt hälsotest. Det är enkelt att ta, billigt och lätt att tolka. Tumörer som upptäcks till följd av PSA-testning är ofta botbara, medan prostatacancer som upptäcks först när sjukdomen ger kliniska symtom oftast har en sämre prognos. Med tiden har det dock blivit uppenbart att PSA-testning hos män utan symtom är förknippat med flera negativa konsekvenser. Den största är risken för överdiagnostik och överbehandling, det vill säga att tumörer som inte behöver upptäckas påträffas. Detta beror på att prostatacancer ofta har ett naturalförlopp som sträcker sig över lång tid. Tiden från att PSA är lätt förhöjt och kan diagnostiseras via ett PSA prov till dess man får symtom är i storleksordningen 5-10 år och tiden till dess man dör av prostatacancer är hos den genomsnittlige mannen 15-20 år med stora variationer. En stor andel av de tumörer som upptäcks via PSA-testning är av sådan typ att de i regel inte behöver behandlas. I stället följs dessa tumörer med så kallad aktiv monitorering, vilket betyder att man avstår från behandling till dess tumörerna visar tecken på utveckling. Om diagnosen prostatacancer ställs via en hälsoundersökning med PSA är det i bland aktuellt med en behandling som kan riskera att ge upphov till bestående biverkningar såsom impotens och inkontinens. Dessa biverkningar kommer således flera år innan man kan förvänta sig symtom av sjukdomen och då flertalet män diagnostiseras mellan 60 och 70 år så är det uppenbart att många män dör av annan orsak innan de hinner inkassera "vinsterna" av sin behandling.

Socialstyrelsens rekommendation

Socialstyrelsens rekommendation är att hälso- och sjukvården inte bör erbjuda screening för prostatacancer med PSA-test. Däremot har alla män rätt att kontrollera sitt PSA om de så önskar. Innan de fattar beslut om PSA-testning bör de ta del av Socialstyrelsens skriftliga information (Socialstyrelsen, 2014-08).

Avgörande för Socialstyrelsens rekommendation är att de negativa effekterna, i form av diagnostik och behandling av prostatacancer som egentligen inte skulle behöva behandlas, är så omfattande vid screening med PSA-test. Screeningprogrammet skulle kunna minska dödligheten i prostatacancer med 1 till 4 dödsfall per 1 000 män efter 10–15 år. Samtidigt skulle cirka 40–50 fler fall av prostatacancer diagnostiseras per 1 000 män, jämfört med om det inte hade förekommit någon screening.

De flesta som behandlas för prostatacancer får försämrad sexuell funktion, dessutom är urinläckage och ändtarmsbesvär tämligen vanliga bieffekter. Socialstyrelsen bedömer att de negativa effekterna i form av överdiagnostik och överbehandling väger tyngre på befolkningsnivå, än de positiva i form av minskad dödlighet och sjuklighet i prostatacancer. Därför har inte Socialstyrelsen gjort någon hälso-ekonomisk bedömning av programmet (Socialstyrelsen, 2014)

Politiska beslut och inriktningar

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prostatacancer

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård vid bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer. Syftet med riktlinjerna är både att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder inom detta område och att vara ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar inom hälso- och sjukvården. En viktig del av riktlinjerna är Socialstyrelsens indikatorer för god vård, som utgår från de centrala rekommendationerna i riktlinjerna. Indikatorerna har målnivåer som talar om hur stor andel av patienterna som bör få en åtgärd eller vilka resultat vården bör uppnå. Målnivåer gör att rekommendationerna blir ännu tydligare och att hälso- och sjukvården kan utvärdera sina resultat mot Socialstyrelsens målnivåer (Socialstyrelsen, 2014).

I Socialstyrelsens rapport Cancer i Sverige redovisas socioekonomiska skillnader avseende prostatacancer i insjuknande och överlevnad utifrån utbildningsnivå. Rapporten visar tydliga skillnader i överlevnad. Efter fem år är den relativa överlevnaden högre i de högre socioekonomiska grupperna (Socialstyrelsen, 2011).

Regionuppdrag för hälso- och sjukvården vid bröst-, tjock-, och ändtarms- samt prostatacancer 2014-2015

Med anledning av de nationella riktlinjerna och i enlighet med det arbetssätt som utvecklats i regionen vid införandet av nationella riktlinjer godkände RS i juni 2014 regionuppdrag för dessa sjukdomar (diarienummer RS 2418-2012). Regionuppdraget ger berörda utförare och beställare ansvar att implementera de nationella riktlinjerna för bröst-, tjock-, och ändtarms- samt prostatacancer senast under 2015.

Tre viktiga områden lyfts fram i regionuppdraget för framgångsrik behandling:

- Multidisciplinära konferenser vilket innebär att alla specialister som den cancersjuka kan komma i kontakt med träffas och gör en samlad bedömning och vårdplanering för patienten. Multidisciplinära konferenser ger förutsättningar för att ge rätt behandling till rätt patient.
- Kontaktsjuksköterskor, en namngiven person som är patientens direkta kontakt med vården. Kontaktsjuksköterskan har stor betydelse för att skapa trygghet och stabilitet kring behandlingen för patient och anhöriga.
- Ledtider för utredning på sjukhus.

Regionuppdraget finansieras 2014-2015 med introduktionsfinansiering. För ovanstående delar beräknas kostnaden till 44 Mkr.

Regionalt cancercentrum Väst

Nationellt vårdprogram för prostatacancer

Detta är det allra första svenska nationella vårdprogrammet för prostatacancer (Regionala Cancercentrum i samverkan, 2014-04). Innehållet följer Socialstyrelsens nya nationella riktlinjer för prostatacancersjukvården. Viktiga delar i vårdprogrammet:

- Fler män med högriskcancer ska opereras eller strålbehandlas.
- Män med lågriskcancer ska behandlas i mindre utsträckning än idag.
- Män med mycket låg risk ska inte behandlas alls, utan enbart följas upp.
- Nationella åldersberoende gränser anges för blodprovet PSA.
- Krav anges för sjukhus som utreder och behandlar prostatacancer, bland annat hur många operationer som minst ska utföras per år.
- Nya läkemedel för spridd prostatacancer kommer att kräva ökade resurser.
- En särskild version av vårdprogrammet har tagits fram för primärvårdens allmänläkare.

Regional utvecklingsplan

Ett förslag till regional utvecklingsplan för cancervården har utarbetats av RCC väst. Det övergripande syftet för den nya regionala utvecklingsplanen är att kort- och långsiktigt medverka till att vidareutveckla cancervården i västra sjukvårdsregionen.

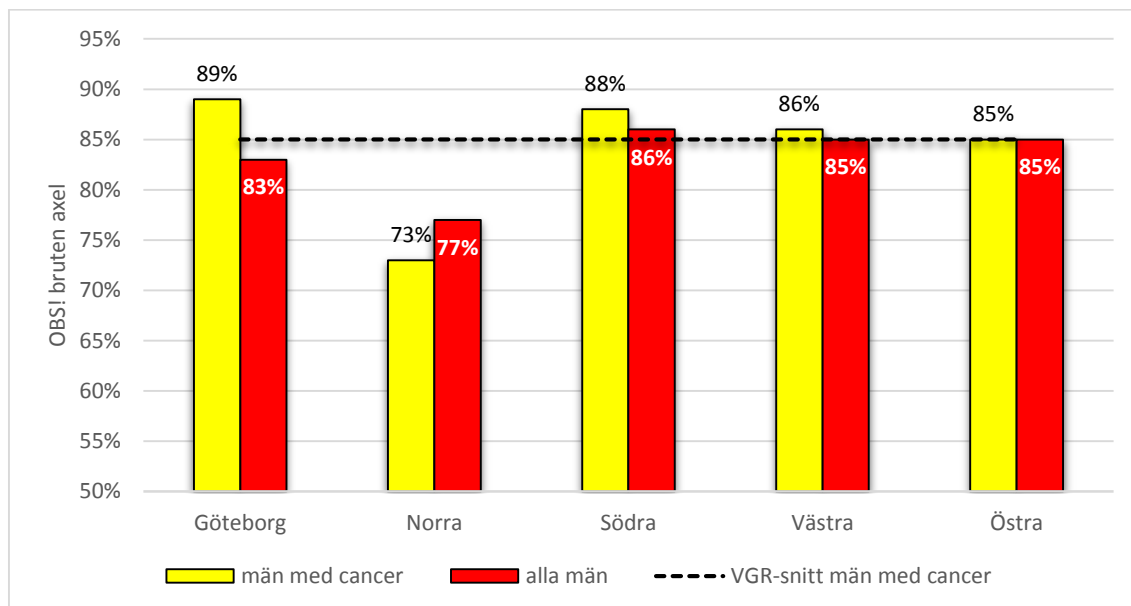
Utvecklingsplanen kan ses som ett verktyg för det fortsatta arbetet med cancervården. Den regionala utvecklingsplanen riktar sig till alla som arbetar med cancervårdens utveckling i sjukvårdsregionen. Det handlar dels om politikerna som ska fatta beslut om den och dels alla medarbetare och chefer inom cancervården som ska förverkliga den. En viktig del är att hälso- och sjukvårdsnämndernas beställningar medverkar till att skapa förutsättningar för cancervårdens fortsatta utveckling särskilt för grupper där behoven av vård inte är tillgodosedda. Patienter och närstående ska också kunna ta del av utvecklingsplanen. Förhoppningen är att alla berörda ska se den som en vägledning och ett stöd för det fortsatta arbetet för en ännu bättre cancervård.

Invånarnas uppfattning

Västra Götalandsregionen saknar generell data som belyser invånarnas erfarenheter av prostatacancersjukvården och av upplevd kvalitet. Data från Vårdbarometern och den Nationella patientenkäten går inte att avgränsa till män med prostatacancer.

Nedan redovisas hur personer med cancer upplever tillgång till den sjukvård de behöver. Om man beaktar att prostatacancer utgör 30 procent av all cancer bland män ger diagrammet sannolikt en viss fingervisning om hur män med prostatacancer kan tänkas se på saken.

Diagram 3 Andel som upplever att de har tillgång till den sjukvård de behöver av alla män 60 år och äldre jämfört med män i samma åldersgrupp som har eller har haft cancer, fördelat på nämndområde.



Källa: Vårdbarometern 2011-2014, SKL.

85 procent av männen med cancer i regionen upplever att de har tillgång till den sjukvård de behöver.

Män med cancer upplever allmänt, med ett undantag, att de har samma eller bättre tillgång till den sjukvård de behöver än övriga män. Undantaget är Norra nämndområdet där männen upplever en relativt lägre tillgång till den sjukvård de behöver, och för män med cancer är där nivån lägre än för övriga män i nämndområdet.

Prostatacancerföreningen ProLiv Väst

Prostatacancerförbundet är en riksorganisation med regionala och lokala patientföreningar som verkar för ökad kunskap om prostatacancer och bedriver stödverksamhet för drabbade och närstående. I arbetet med behovsanalysen har Prostatacancerföreningen ProLiv Väst fått möjlighet att lämna sina synpunkter på prostatacancer vården. Föreningens allmänna reflektion kan sammanfattas i följande punkter:

- Uppgifter avseende vårdtagarnas erfarenheter och uppfattning om kvalitet är begränsade.
- Patienten måste i större utsträckning få bättre information för att kunna ta egna beslut och aktivt medverka i vårdprocessen.
- Information och tillgänglighet är områden som bör utvecklas och som föreningen är intresserad att medverka till att förbättra.

Vidare framhåller ProLiv följande områden som viktiga för män med prostatacancer.

Second opinion

Varje patient har rätt till en andra bedömning av sin sjukdom och behandling. En bättre och tydligare information kan ge ökad trygghet och delaktighet kring val av åtgärder.

Individuell vårdplan

Alla prostatacancerpatienter ska vara delaktiga med att ta fram en skriftlig och individuell vårdplan. Patientens medverkan är mycket betydelsefull för att nå bra resultat. Det finns anledning att understryka vikten av detta, då individuell vårdplan ofta saknas.

Tillgänglighet

Ledtider är i dag oacceptabelt långa och för den enskilde påfrestande. Bristfällig och ofta obefintlig information om detta förstärker dessutom otryggheten. Aktiva kontakter och alternativa insatser från vården under dessa väntetider skulle ge många patienter stöd.

Återkoppling

När remiss skrivs ut till annan enhet inom vården borde det vara rutin att översända en kopia till patienten. Han bör känna trygghet kring var remissen befinner sig och att den inte blir liggande eller bortglömd.

Kontaktperson

Vikten och resultatet av att ha erbjudits och fått en namngiven kontaktsköterska har framhållits i de flesta utredningar och uppföljningar inom hela cancerområdet. Med anledning av bland annat de samtal föreningen får borde en utvärdering av hur detta sker genomföras.

Screening

Tidig upptäckt är avgörande för att bli botad. Prostatacancer kan botas eller hållas i schack om den upptäcks i tid. År 2012 upptäcktes enligt ProLiv över 1 100 fall av prostatacancer för sent för botande behandling. Föreningens målsättning är att allmän screening införs för män från 45 års ålder.

Vårdkonsumtion

I dag finns det mer behandlingar att erbjuda än tidigare och utvecklingen går snabbt framåt. Många behandlingar som i dag utförs på urologen kommer istället behöva utföras inom onkologen. De nya medicinerna som kommer finnas tillgängliga förlänger troligtvis den palliativa fasen från ca ett till i stället tre år, vilket innebär en stor volym patienter som kommer att vara mycket resurskrävande (Regionalt cancercentrum väst, 2014).

Besök och vårdtillfällen

I Västra Götalandsregionen finns det drygt 11 000 personer som har prostatacancer. I tabellen nedan redovisas skillnader i förekomst av prostatacancer i regionen.

Tabell 1 Antal och andel män per 1 000 invånare med diagnostiserad prostatacancer i Västra Götalandsregionen år 2013.

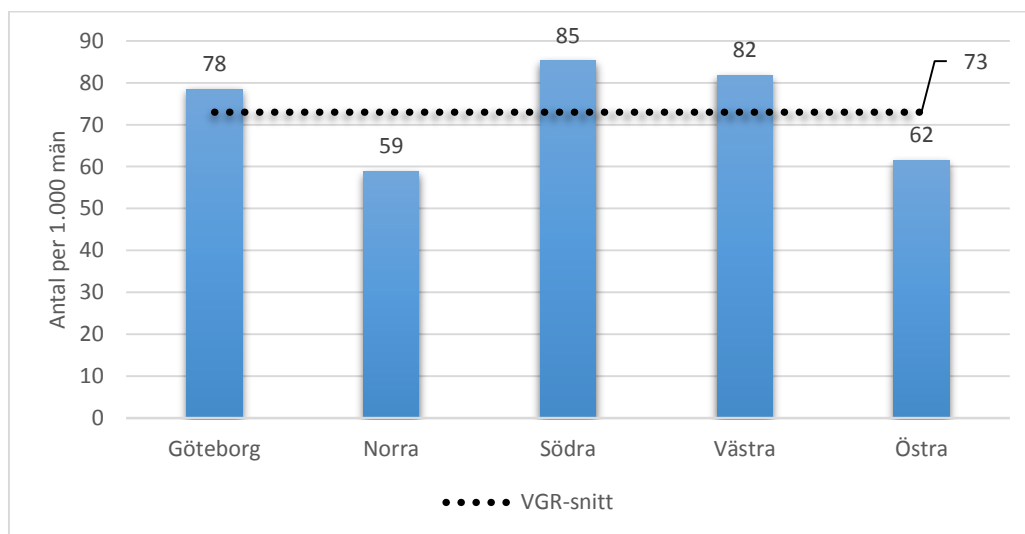
Ålder	Hälsa- och sjukvårdsnämndsområde										VGR	
	Göteborg		Norra		Södra		Västra		Östra			
	antal	per 1 000 män	antal	per 1 000 män	antal	per 1 000 män	antal	per 1 000 män	antal	per 1 000 män	antal	per 1 000 män
18-24	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,0
25-44	2	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,0
45-64	390	6,3	162	4,6	196	7,0	289	6,4	223	6,5	1 260	6,2
65-79	1 703	61,9	964	45,3	1 021	66,3	1 568	67,0	999	48,8	6 255	57,9
80-	1 090	135,0	678	102,3	686	148,3	855	136,1	635	103,9	3 944	124,3
Summa	3 185	15,0	1 805	17,1	1 903	22,6	2 712	20,4	1 858	17,8	11 463	17,9

RÖTT = under VGR-snitt.

Källa: Västra Götalandsregionens vårddatabas (VEGA).

Diagrammet nedan illustrerar skillnader i förekomst av prostatacancer i regionen för män i åldersgruppen 65+. Spridningen mellan högst och lägst förekomst i nämndområdena är ungefär 45 procent (ca 26 personer per 1 000 män).

Diagram 4 Antal män 65+ per 1 000 invånare med diagnostiserad prostatacancer i Västra Götalandsregionen år 2013.



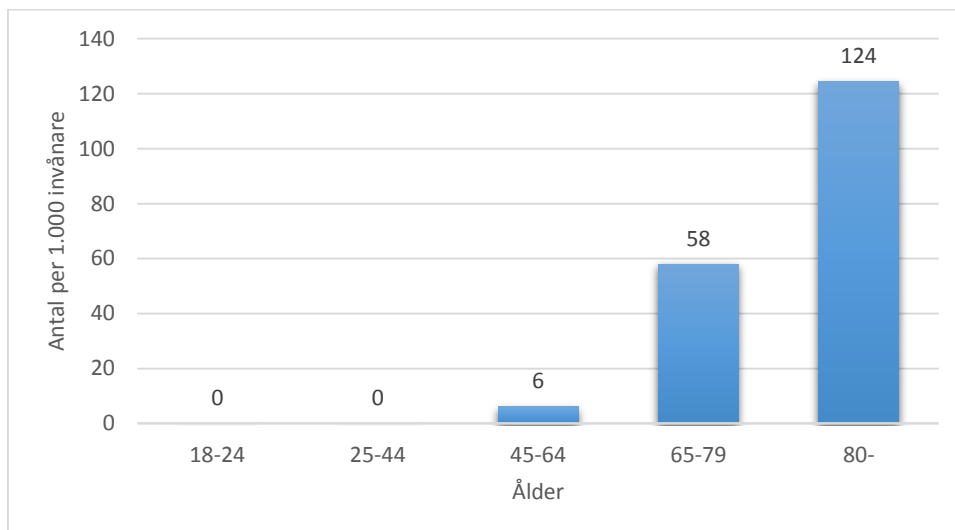
Källa:

Västra Götalandsregionens vårddatabas (VEGA).

Av diagrammet ovan framgår att andelen män 65 år och äldre per 1 000 invånare med diagnostiseras med prostatacancer i Norra och Östra nämndområdena är påtagligt lägre än i övriga regionen. Orsakerna till dessa skillnader torde till del kunna hänga samman med utbudet av specialiserad vård och omfattning av PSA-testning, liksom tillgänglighet och närhet till sådant vårdutbud. Andra delfaktorer som skulle kunna förklara skillnaderna kan vara kopplade till socioekonomi och åldersstruktur.

Av diagrammet nedan framgår att förekomsten av prostatacancer ökar med stigande ålder.

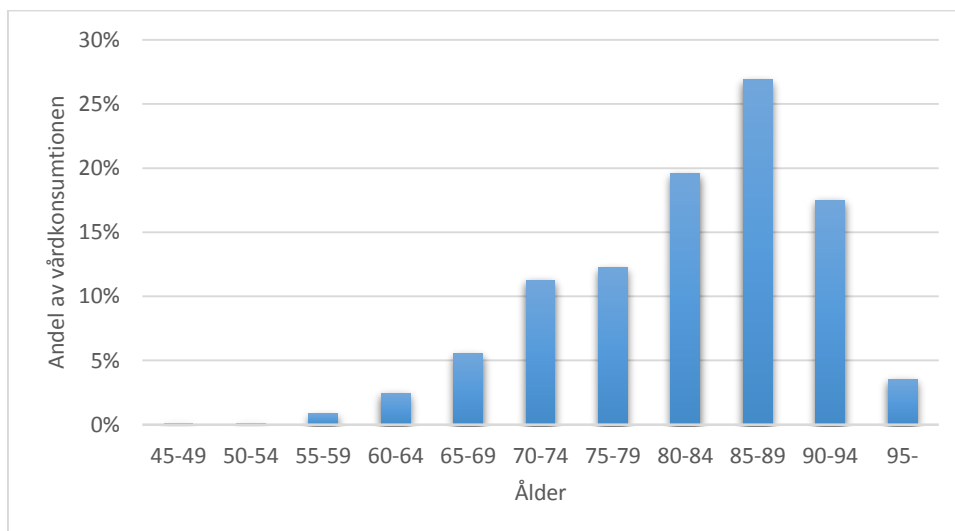
Diagram 5 Antal personer med diagnostiserad prostatacancer i Västra Götalandsregionen fördelat på ålder år 2013 per 1 000 invånare.



Källa: Västra Götalandsregionens vårddatabas (VEGA).

Äldre män med prostatacancer svarar för en stor andel av gruppens vårdkonsumtion under livets tre sista månader.

Diagram 6 Vårdkonsumtion fördelat på ålder under livets tre sista månader (2013-01-01 till 2014-06-30) avseende patienter med diagnostiserad prostatacancer.

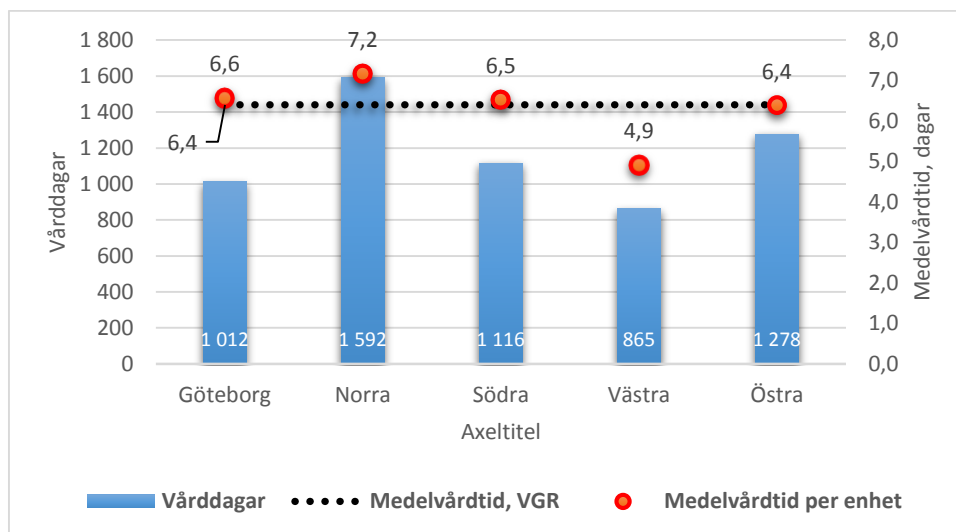


Källa: Västra Götalandsregionens vårddatabas (VEGA).

Medelvårdtid

Patientgruppens vårdkonsumtion var 2013 knappt 6 000 vårddagar. I diagrammet nedan redovisas vårddagar och medelvårdtid 2013 för patienter med diagnosen prostatacancer fördelat på nämnd.

Diagram 7 Vård dagar och medelvårdtid fördelat på nämnd 2013 för patienter med diagnostiserad prostatacancer.

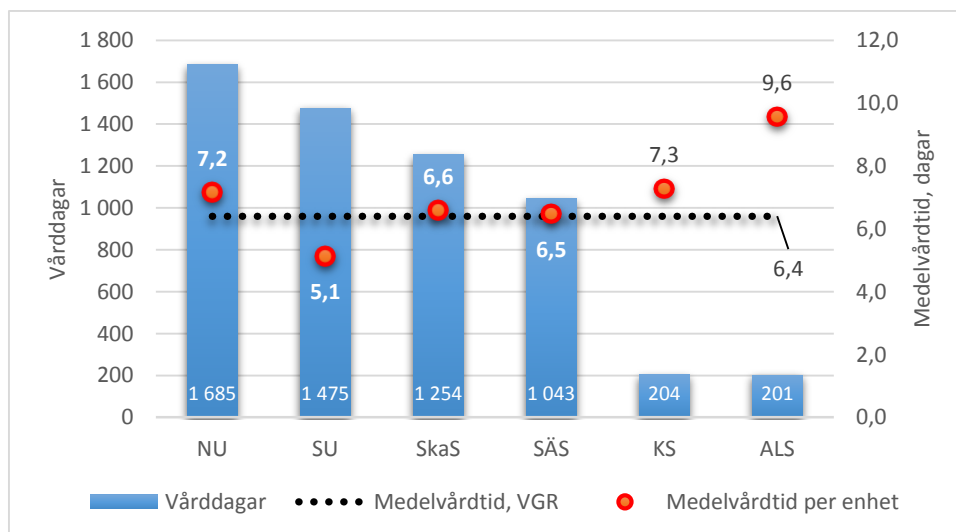


Källa: Västra Götalandsregionens vårddatabas (VEGA).

För Norra nämndområdet låg medelvårdtiden högre än snittet för VGR (+12 %), medan medelvårdtiden för Västra nämnden var lägre än snittet (-23 %).

Nedanstående diagram visar medelvårdtiden för patienter med diagnosen prostatacancer i de olika sjukhusgrupperna i Västra Götalandsregionen år 2013. Medelvårdtiden är lägst på SU och högst vid Alingsås sjukhus och uppvisar betydande skillnader.

Diagram 8 Vård dagar och medelvårdtid fördelat på sjukhus 2013 för patienter med diagnostiserad prostatacancer.

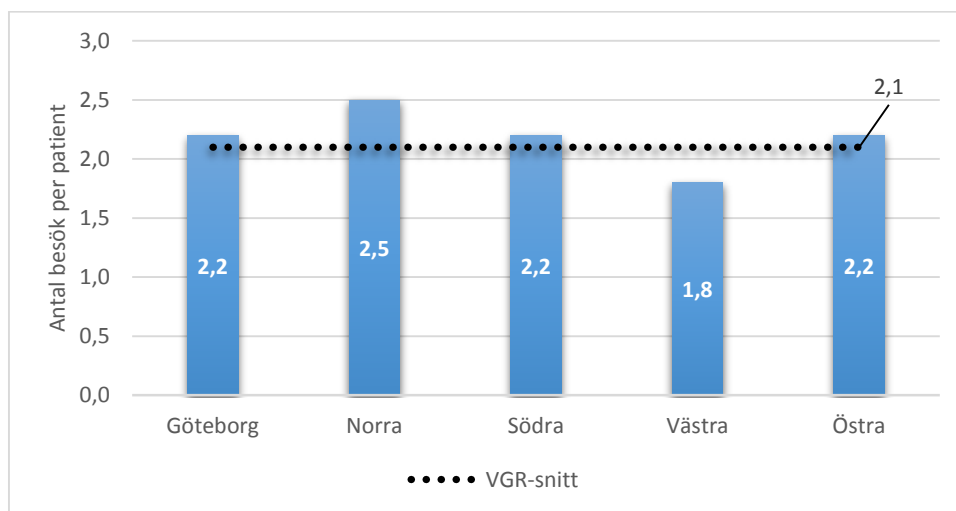


Källa: Västra Götalandsregionens vårddatabas (VEGA).

Antalet vård dagar och medelvårdtiden för patienter med prostatacancer uppvisar stora skillnader mellan regionens sjukhus. Dessa skillnader i produktivitet bör genomlysas ytterligare.

Patienter med prostatacancer konsumerade 2013 cirka 6 600 primärvårdsbesök.

Diagram 9 Antal primärvårdsbesök fördelat på nämnd 2013 för patienter med diagnostiserad prostatacancer.

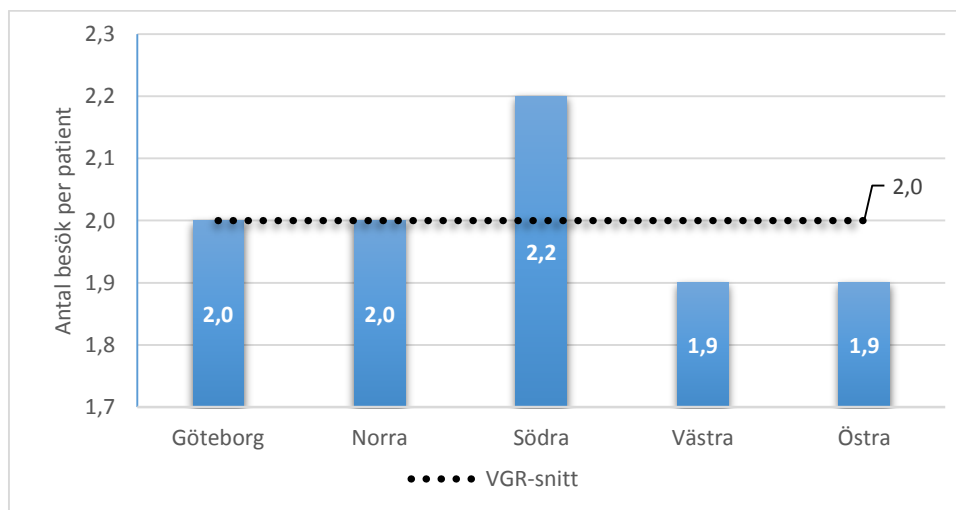


Källa: Västra Götalandsregionens vårddatabas (VEGA).

Patienter med prostatacancer i Norra nämndområdet konsumerade fler besök än VGR-snittet (+19 %), samtidigt som patientgruppen i Västra nämndområdet konsumerade färre besök än VGR-snittet (-14 %).

Besöken inom specialistvården¹⁹ 2013 fördelade sig mer jämt. Totalt konsumerades drygt 17 000 specialistbesök.

Diagram 10 Antal specialistvårdsbesök fördelat på nämnd 2013 för patienter med diagnostiserad prostatacancer.



Källa: Västra Götalandsregionens vårddatabas (VEGA).

Patientgruppen i Södra nämndområdet konsumerade fler specialistbesök än VGR-snittet (+10 %), medan motsvarande patientgrupper i Västra och Östra nämndområden uppvisade en lägre vårdkonsumtion än snittet (-5 %). Norra nämndområdet utmärker sig med en högre konsumtion av vård dagar och specialistvårdsbesök, medan patienter med

¹⁹ Avser samtliga besök oavsett vårdgivarkategori.

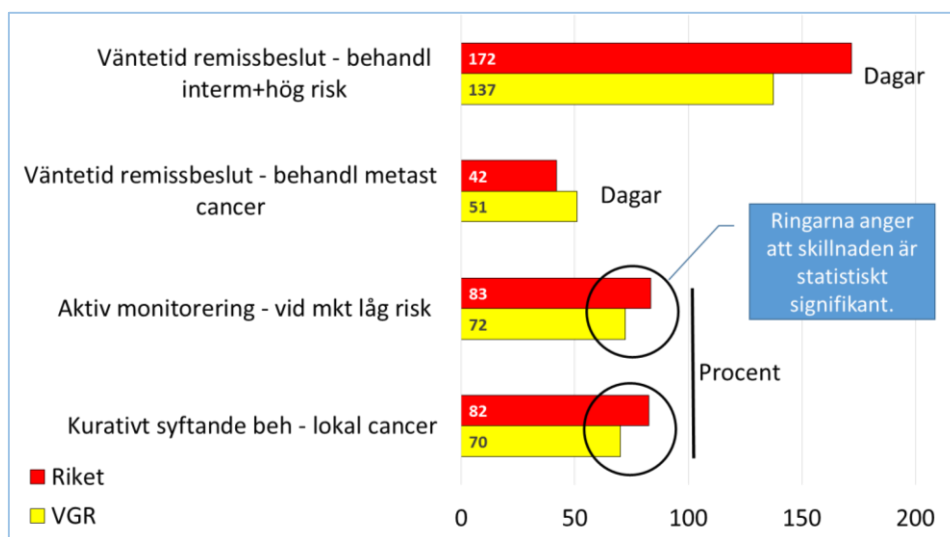
prostatacancer i Västra nämndområdet generellt har en vårdkonsumtion under VGR-snittet.

Tillgänglighet

Risken att avlida av prostatacancer beror på tumörens stadium och grad. Allt fler män diagnostiseras i dag med små och väldifferentierade tumörer, och därför har den relativa femårsöverlevnaden ökat och 2011 var den 91 procent (Socialstyrelsen, 2013).

I Öppna jämförelser 2014 redovisas resultatet för sex tillgänglighetsindikatorer (Socialstyrelsen och SKL, 2014). Fyra av dem speglar åtgärderna vid olika stadier och svårighetsgrader av prostatacancer, från tumörer med mycket låg risk att spridas till tumörer med hög risk som ofta växer snabbt och aggressivt. Två av dessa redovisas nedan. Dessutom redovisas två indikatorer som mäter väntetider.

Diagram 11 Prostatacancer – skillnader i väntetider och behandling.



Källa: Öppna jämförelser 2014.

Av diagrammet ovan framgår att väntetiden för män med metastaserad prostatacancer är längre i VGR än för riket, medan förhållandet är det omvända för prostatacancer med intermediär risk och hög risk.

Andelen män i VGR som får aktiv monitorering är lägre än för riket (målnivå >94 %), liksom andelen män som får kurativ behandling (målnivå >60 %).

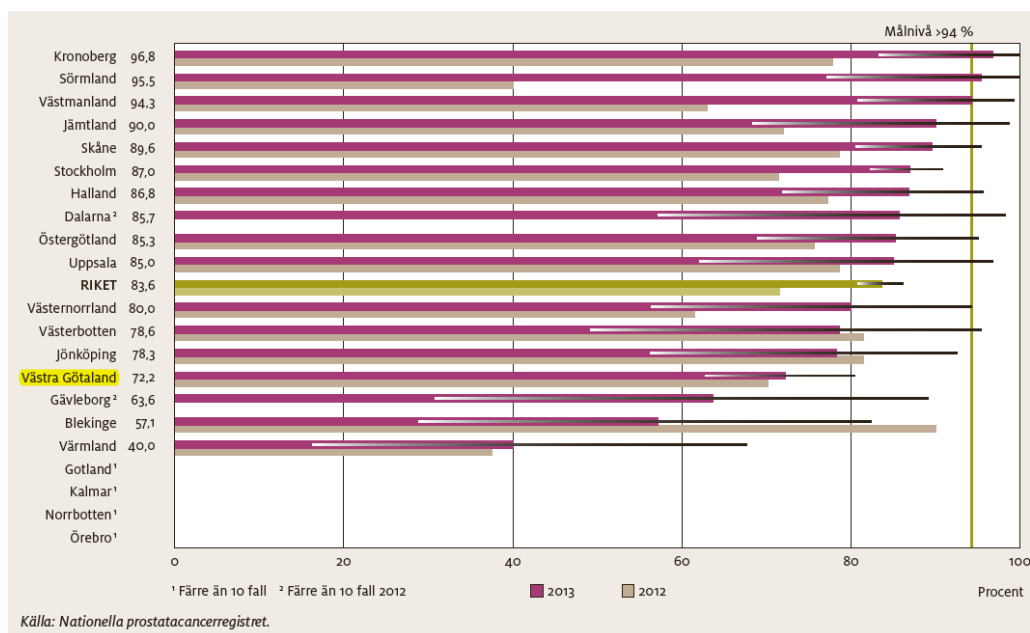
Andel män med prostatacancer som får aktiv monitorering

Målgrupp: Män med prostatacancer med mycket låg risk.

Behandling: Aktiv s.k. monitorering innebärande regelbundna kontroller med PSA och palpation och vävnadsprov av prostata.

Behandlingsstrategin har fått hög prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för män med över 10 års förväntad kvarvarande livstid och med en målnivå på minst 95 procent. Genom aktiv monitorering är det möjligt att undvika överbehandling.

Diagram 12 Andel män med prostatacancer som får aktiv monitorering, 2013. Avser män med mycket låg risk.



Andelen män i regionen som får aktiv monitorering är lägre än för riket. Tre landsting når målnivån.

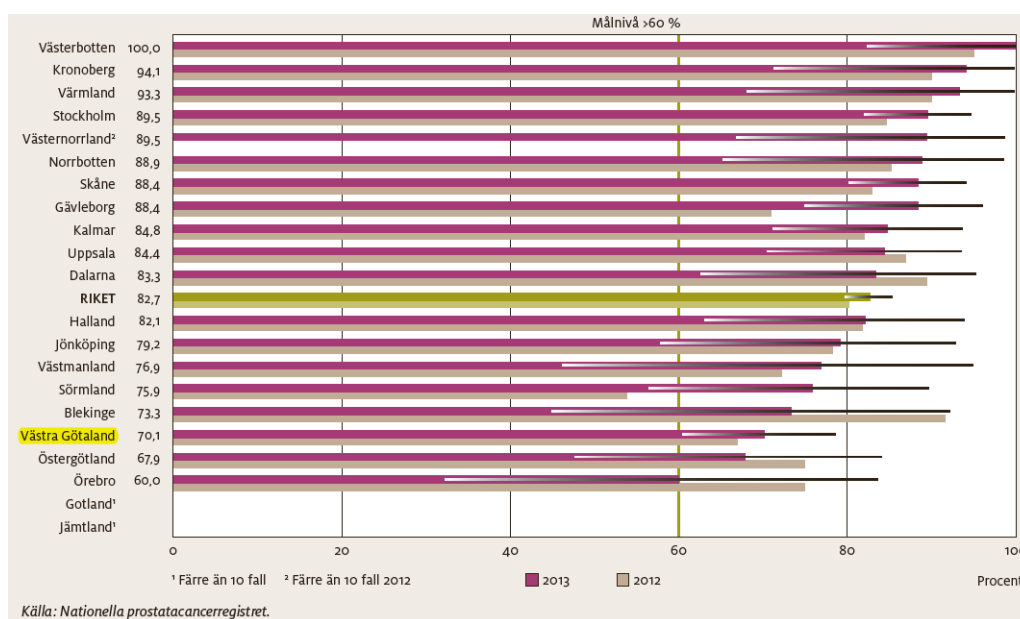
Andel män under 75 år som får kurativt syftande behandling vid lokaliserad prostatacancer med hög risk

Målgrupp: Män med över tio års förväntad livstid.

Behandling: Kurativ behandling innebär att prostatan opereras bort, så kallad radikal prostatektomi, eller strålbehandlas.

Vid över tio års förväntad kvarvarande livstid för män under 75 år har kurativt syftande behandling vid lokaliserad prostatacancer med hög risk fått hög prioritet i de nationella riktlinjerna.

Diagram 13 Andel män som får kurativt syftande behandling vid lokaliserad prostatacancer med hög risk, 2013. Avser män under 75 år.



I VGR är det en lägre andel män än i riket som får kurativt syftande behandling vid lokaliserad prostatacancer med hög risk, men den uppsatta målnivån uppnås (>60%).

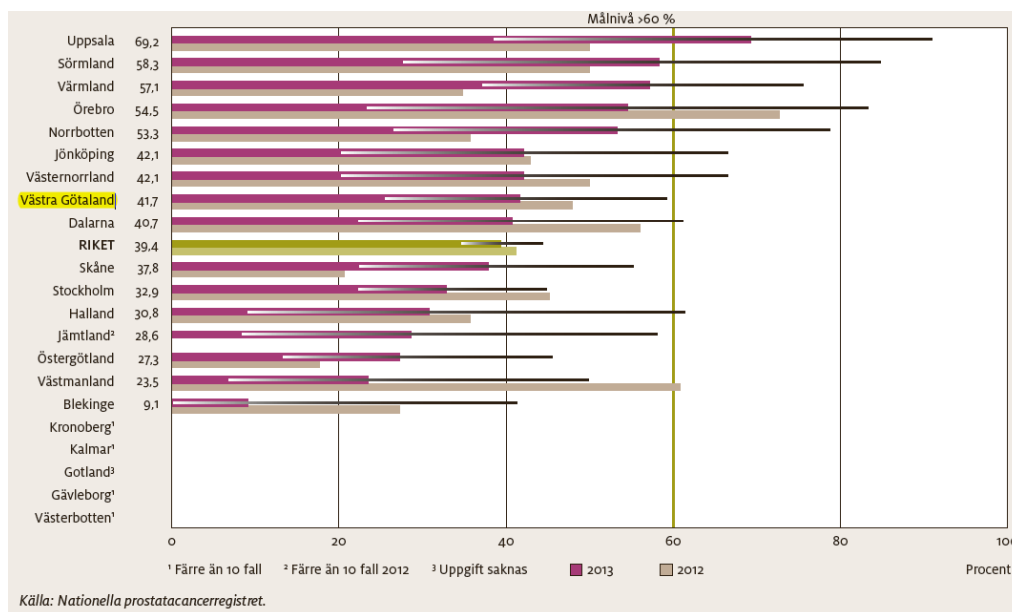
Andel män som får strålbehandling i kombination med hormonbehandling vid lokalt avancerad prostatacancer med hög risk

Målgrupp: Män med lokalt avancerad prostatacancer med hög risk utan metastaser.

Behandling: Strålbehandling i kombination med hormonbehandling.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer har rekommendationen om denna behandling fått hög prioritet och riktar sig främst till män med över 10 års förväntad kvarvarande livstid.

Diagram 14 Andel män som får strålbehandling i kombination med hormonbehandling vid lokalt avancerad prostatacancer med hög risk, 2013. Avser män under 80 år.



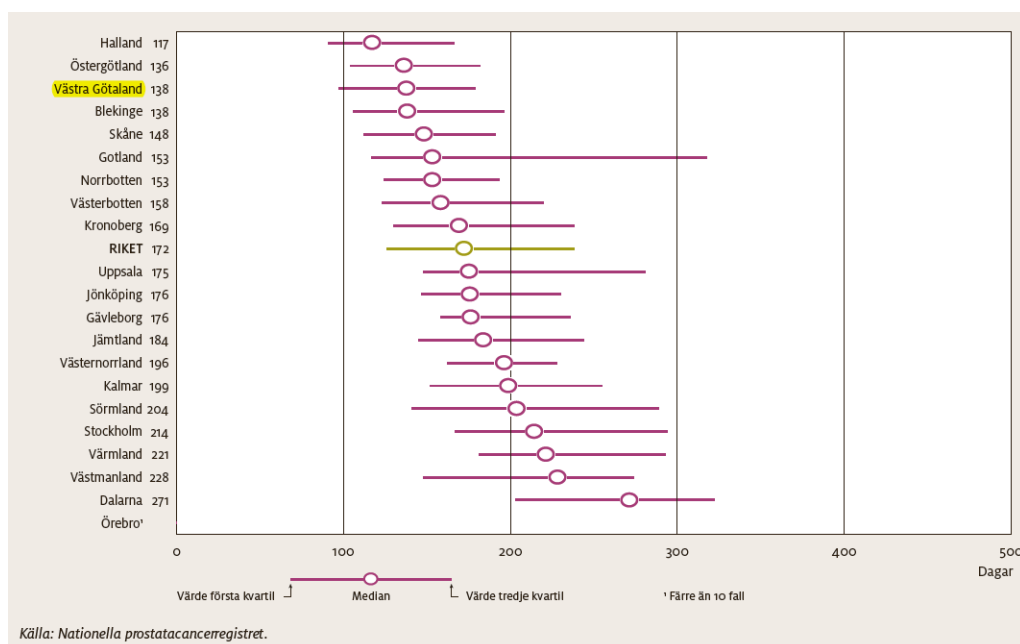
Andelen män som får strålbehandling i kombination med hormonbehandling är något högre än för riket, men regionen når inte upp till målnivån på > 60 procent.

Väntetid från remissbeslut till start av behandling för prostatacancer med intermediär risk och hög risk

Här redovisas väntetiden från beslut om att skicka en remissen till en urolog på grund av en misstanke om cancer, till det att en behandling har påbörjats. Redovisningen har avgränsats till män med prostatacancer med intermediär risk och hög risk, för vilka behandling med operation eller strålning är vanligast.

Diagrammet visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta från remissbeslut till påbörjad behandling.

Diagram 15 Väntetid från remissbeslut till start av behandling för prostatacancer med intermediär risk och hög risk, 2013.

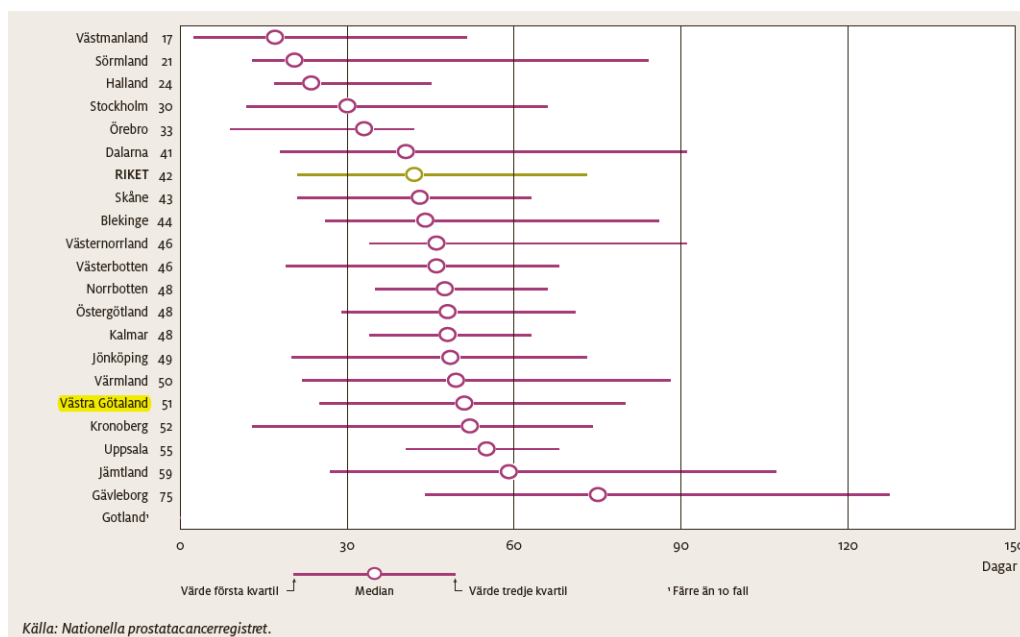


Medianvärdet för väntetid från remissbeslut till start av behandling för prostatacancer med intermediär risk och hög risk var 2013 för VGR 138 dagar jämfört med riksmmedianen på 172 dagar.

Väntetid från remissbeslut till start av behandling för metastaserad prostatacancer
 Män som diagnostiserats med metastaserad prostatacancer bör enligt de nationella riktlinjerna komma under snabb behandling.

Diagrammet visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av männen med metastaserad prostatacancer fick vänta från remissbeslut till påbörjad behandling.

Diagram 16 Väntetid från remissbeslut till start av behandling för metastaserad prostatacancer, 2013.



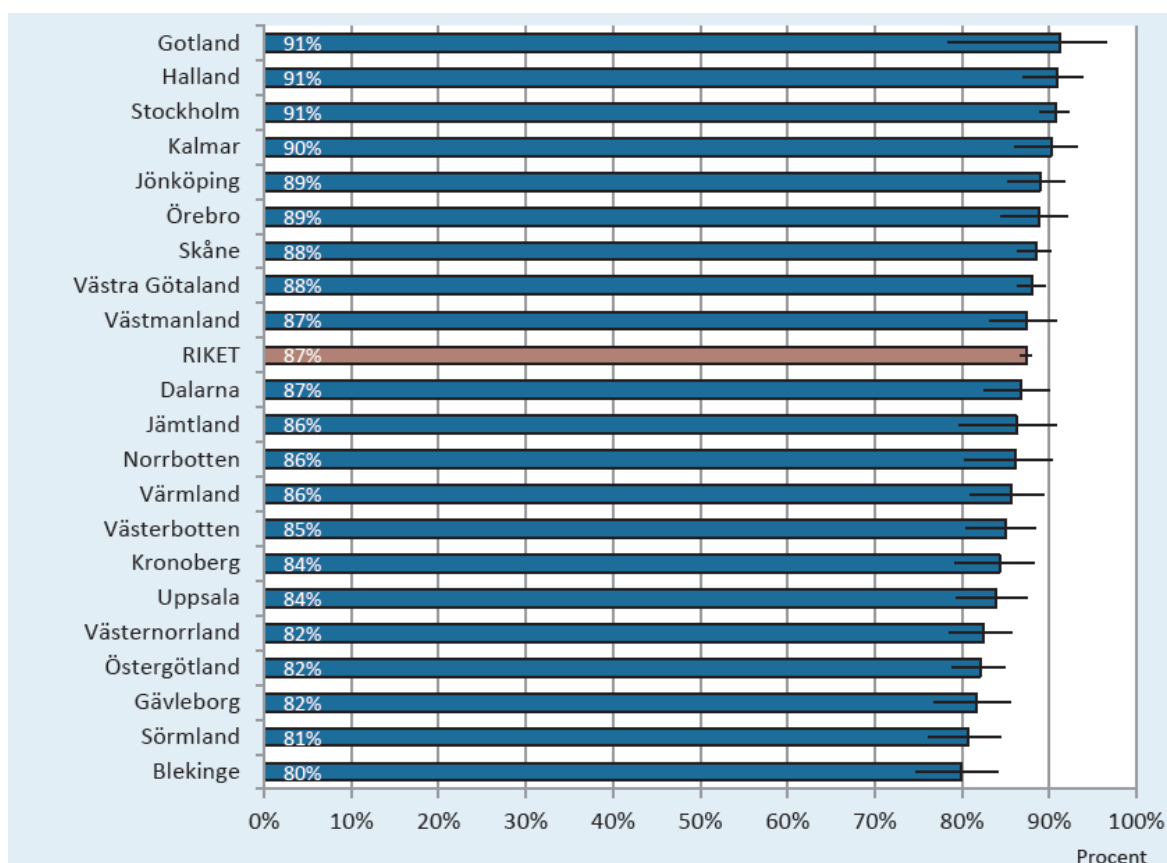
Medianvärdet för väntetid från remissbeslut till start av behandling för metastaserad prostatacancer var 51 dagar för VGR 2013 att jämföra med 42 dagar för riket. Väntetiden i Stockholm var 30 dagar.

Femårsöverlevnad

Överlevnaden vid cancersjukdom ökar. Dödligheten i cancer har sjunkit de senaste 40 åren och överlevnaden efter insjuknandet har ökat. Den relativa femårsöverlevnaden under perioden 2008–2012 var 68 procent för kvinnor och nästan 70 procent för män. Jämför man perioden 1993–1997 med 2008–2012 har den relativa femårsöverlevnaden ökat med nästan 16 procentenheter för män och med cirka 8 procentenheter för kvinnor.

Den högsta överlevnaden har patienter med prostatacancer (91 procent), tätt följt av bröstcancer och malignt hudmelanom, båda strax under 90 procent. Lungcancer är den cancerform som tar flest liv i Sverige varje år. Den relativa överlevnaden är låg men har ökat något sedan början av 1990-talet, framför allt ett-årsöverlevnaden. Den relativa femårsöverlevnaden vid lungcancer är cirka 19 procent för kvinnor och cirka 14 procent för män (Socialstyrelsen och SKL, 2014).

Diagram 17 Relativ 5-årsöverlevnad vid prostatacancer per riket och län för perioden 2006-2010.

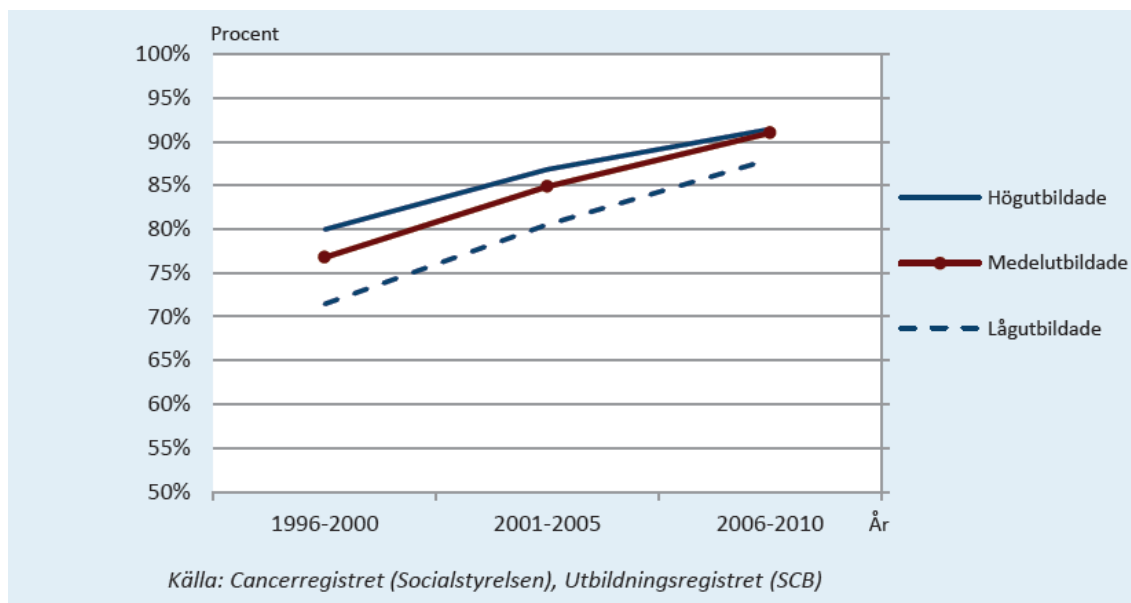


Källa: Cancerregistret (Socialstyrelsen, 2013).

Vid en jämförelse av överlevnaden i olika socioekonomiska grupper framkommer att skillnaderna mellan grupperna har minskat, men att män med låg utbildningsnivå fortfarande har en lägre relativ femårsöverlevnad²⁰ (88 procent) än övriga socioekonomiska grupper som ligger på 91 procent (Socialstyrelsen, 2013).

²⁰ Relativ femårsöverlevnad beskriver patientens överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnosticerats med cancer.

Diagram 18 Relativ 5-årsöverlevnad vid prostatacancer efter utbildningsnivå, trend för perioden 1996-2010.



I dag är det många män i Västra Götalandsregionen som har eller har haft prostatacancer. Baserat på en s.k. 5-årsprevalens fanns det 2013-12-31 i Västra Götalandsregionen ca 6 400 personer med en prostatadiagnos ställd under de senaste fem åren. För åren 2009-2013 diagnostiserades i medeltal drygt 1 500 personer per år.

Den relativa femårsöverlevnaden för personer diagnostiserade 2006-2013 är hög, 94 procent, och har baserat på personer diagnostiserade 1983-1990 förbättrats från en nivå på 64 procent (Regionalt tumörregister, RCC Väst).

Tabell 2 Prostatacancer - relativ femårsöverlevnad (2006-2013).

Hälso- och sjukvårdsnämndsområde	Andel	Intervall
Norra och Östra	88%	(86 - 90)
Göteborg, Södra och Västra	97%	(95 - 98)
VGR	94%	(93 - 96)

Källa: Regionalt cancercentrum väst.

Av tabellen ovan framgår att femårsöverlevnaden i Norra och Östra nämndområdena är lägre än VGR-snittet och riket (91 %). Faktorer som skulle kunna förklara dessa skillnader kan vara närhet till vård, socioekonomi och åldersstruktur.

Nationella prostatacancerregistret har sedan november 2014 ett nytt verktyg för uppföljning *Koll på läget* som redovisar klinikens resultat för tio utvalda kvalitetsindikatorer (Nationellaprostatacancerregistret, NPCR, 2014).

Hälsoekonomi

Tillgängligheten till vården återspeglar vårdkonsumtionens fördelning i regionen. I Göteborg är t.ex. konsumtionen av specialistvård ca fyra gånger så hög som i Östra nämndområdet.

Tabell 3 Vårdkonsumtion per individ under livets tre sista månader (2013-01-01 till 2014-06-30) avseende patienter med prostatacancer.

	Hälso- och sjukvårdsnämnd					
	Göteborg	Norra	Södra	Västra	Östra	VGR
Antal avlidna	183	162	143	173	158	819
Kontakter i öppenvård						
Primärvård	1,03	1,58	1,31	1,36	1,59	1,36
Specialistvård	1,99	0,87	0,84	1,31	0,46	1,13
Öppenvård totalt	3,02	2,45	2,15	2,66	2,06	2,49
Slutenvård						
Vårdtillfällen	0,34	0,44	0,59	0,40	0,46	0,44
Vård dagar	4,38	5,23	5,80	3,40	5,37	4,78
Kostnader specialistvård						
Öppenvård	3 709 kr	3 607 kr	3 099 kr	3 566 kr	1 321 kr	3 094 kr
Slutenvård	17 815 kr	21 622 kr	25 582 kr	17 305 kr	22 750 kr	20 766 kr
Total kostnad specialistvård	21 524 kr	25 229 kr	28 681 kr	20 870 kr	24 071 kr	23 860 kr

Källa: Västra Götalandsregionens vårddatabas (VEGA).

Tabellen ovan redovisar stora skillnader för vårdkostnaden per individ. I Södra nämndområdet var 2013 kostnaden 37 procent högre än i Göteborg. Om dessa skillnader hänger samman med hur väl utbyggd den palliativa vården är har inte kunnat fastställas.

Tillgängliga insatser och åtgärder

Nedan följer en sammanställning över preciserade vårduppdrag och särskild uppföljning inom prostatacancerområdet.

Tabell 4 Preciserade vårduppdrag och uppföljning inom prostatacancerområdet.

Vårdgivare	Före 2015	2015 och framåt
SÄS	<ul style="list-style-type: none"> Inga preciserade vårduppdrag. Ska delta i och aktivt följa resultaten kvalitetsregister. 	<ul style="list-style-type: none"> Särskilt fokus på prostatacancer i uppföljningen. Ska delta i och aktivt följa resultaten kvalitetsregister.
Urologcentrum Ola Wahlberg, Borås	<ul style="list-style-type: none"> Ska delta i nationella kvalitetsregister. 	<ul style="list-style-type: none"> Ska delta i nationella kvalitetsregister.
NU-sjukvården	<ul style="list-style-type: none"> Inga preciserade vårduppdrag. NU-sjukvården och primärvården i området (inte bara Närhälsan) har ett avtal rörande prostatacancerpatienter där kontroll och läkemedelsförskrivning görs i primärvård medan NU-sjukvården svarar för vissa specifika läkemedel. 	<ul style="list-style-type: none"> Inga preciserade vårduppdrag.
Skas	<ul style="list-style-type: none"> Inga preciserade vårduppdrag. Ska delta i och följa resultaten i kvalitetsregister. 	<ul style="list-style-type: none"> Inga preciserade vårduppdrag. Ska delta i och följa resultaten i kvalitetsregister.
SU		<ul style="list-style-type: none"> Nervsparande intention (uni- eller bilateralt) för män med prostatacancer stadium T1c, låg eller intermediär risk (PSA<10ng/ml), måltal: >90%.
Christer Dahlstrand, Göteborg	<ul style="list-style-type: none"> Uppgift saknas. 	<ul style="list-style-type: none"> Uppgift saknas.

Av tabellen ovan framgår att man i Norra nämndområdet överfört uppgifter till primärvården. Andelen män 60 år och äldre i Norra nämndområdet som har eller har haft cancer upplever en lägre tillgång till den sjukvård de behöver (se diagram 3). Samtidigt är andelen män med diagnostiserad prostatacancer lägre i Norra nämndområdet (se diagram 4) och vårdkonsumtionen högre (se kapitel 4.2). Patientgruppens relativa femårsöverlevnaden är i Norra nämndområdet lägre än för VGR och riket (se tabell 2).

Brister

Allmänt

Under 2014 presenterade Regionalt Cancercentrum Väst en kompetensinventering för cancervårdens kompetensförsörjning (Regionalt cancercentrum väst, 2014). I den del som avser prostatacancer pekar rapporten på en rad olika faktorer, några av dessa är:

- Prevalensen kommer troligtvis att öka i takt med att överlevnad, diagnostik och nya behandlingsmöjligheter kan erbjudas.
- Aktiv monitorering kommer att öka vilket kommer att belasta öppenvårdsurologin.
- De nya läkemedel som kommer att finnas tillgängliga förlänger troligtvis den palliativa fasen från ca ett till i stället tre år, vilket innebär en att stor volym patienter som kommer att vara mycket resurskrävande.
- För att leva upp till de Nationella riktlinjerna och vårdprogram samt de målindikatorer som är uppsatta så behövs det 700 - 1 000 nya besök per år.
- För få onkologer inom kliniken och särskilt inom uro-onkologi.
- Kompetensbrist på de mindre förvaltningarna.
- Eftersom patientgruppen och behandlingsalternativen ökar så behövs utökade resurser avseende sjuksköterskor, strålning, och palliativ vård.
- Urologresurser för slutenvård/operation är god, men det saknas resurser inom öppenvården som bl.a. sköter aktiv monitorering och medicinsk behandling. Det behöver troligtvis göras en differentiering inom urologprofessionen mellan slutenvård eller öppen vård.

Femårsöverlevnad

Norra och Östra nämndområdena uppvisar en lägre femårsöverlevnad än både VGR och riket.

Nationella riktlinjer

Andel män med som får aktiv monitorering

Andel män med prostatacancer som får aktiv monitorering.

- Brist: utfall 72 %.
- Målnivå: >90 % (SoS >94 %).

Andel män under 75 år som får kurativt syftande behandling

Andel män under 75 år som får kurativt syftande behandling vid lokaliserad prostatacancer med hög risk.

- Utfall VGR: 72 % riket: 82 %).
- Målnivå: >60 %.

Andel män som får strålbehandling och hormonbehandling

Andel män som får strålbehandling i kombination med hormonbehandling vid lokalt avancerad prostatacancer med hög risk.

- Brist: utfall 41 %.

- Målnivå: >60 %.

Väntetid till start av behandling för prostatacancer

Väntetid från remissbeslut till start av behandling för prostatacancer.

- Brist: utfall m 138 dagar.
- Målnivå: 80 procent inom 28 dagar.

Väntetid mellan biopsi till PAD-besked till patienten.

- Målnivå: inom 18 dagar.

Väntetid till start av behandling för metastaserad prostatacancer

Väntetid från remissbeslut till start av behandling för metastaserad prostatacancer.

- Brist: utfall m 51 dagar,
- Målnivå: saknas.

Enligt de nationella riktlinjerna bör dessa patienter komma under snabb behandling. En rimlig målnivå skulle eventuellt kunna vara behandlingsstart inom tre veckor (21 dagar) för 75 procent av patienterna.

Regionen bör fastställa en målnivå för väntetid till start av behandling för metastaserad prostatacancer.

Åtgärdsförslag

För att säkerställa jämlik vård bör beställningarna innehålla en preciserad uppföljning avseende:

- Följsamhet till nationella riktlinjer för prostatacancer.
- Regionuppdrag (RS 2418-2012).
- Utveckling av femårsöverlevnad.

Uppföljningsmetoder

En preciserad uppföljning för att säkerställa jämlik vård bör innehålla följande och redovisas på nämndnivå:

- Andel personer med prostatacancer som får aktiv monitorering.
- Andel personer under 75 år som får kurativt syftande behandling vid lokaliserad prostatacancer med hög risk.
- Andel personer som får strålbehandling i kombination med hormonbehandling vid lokalt avancerad prostatacancer med hög risk.
- Väntetid från remissbeslut till start av behandling för prostatacancer.
- Väntetid mellan biopsi till PAD-besked till patienten.
- Väntetid från remissbeslut till start av behandling för metastaserad prostatacancer.
- Andel under året nytillkommande patienter som erbjudits en kontaktsjuksköterska.
- Andel personer med prostatacancer där individuell vårdplan upprättats.

- Andel personer med avancerad prostatacancer som erbjudits en bedömning vid multidisciplinär konferens.
- Femårsöverlevnad.

I uppföljningen av den palliativa vården bör patienter med diagnostiserad prostatacancer kunna särredovisas, t.ex. avseende förekomst av trycksår, ångestlindring, smärtlindring samt brytpunktssamtal.

Referenser

- Cancerfonden Om cancer - prostatacancer. (den 19 02 2015). *Om cancer - Prostatacancer*. Hämtat från <http://www.cancerfonden.se>: <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/prostatacancer>
- Nationellaprostatacancerregistret, NPCR . (2014). *Koll på läget*. Hämtat från <http://npcr.se>: <http://npcr.se/online-rapport/>
- R Thomas, M. W. (den 11 03 2014). *A double-blind, placebo-controlled randomised trial evaluating the effect of a polyphenol-rich whole food supplement on PSA progression in men with prostate cancer—the UK NCRN Pomi-T study*. Hämtat från <http://www.nature.com>: <http://www.nature.com/pcan/journal/v17/n2/full/pcan20146a.html>
- Regionala Cancercentrum i samverkan. (2014-04). *Prostatacancer Nationellt vårdprogram*. Landstingens och regionernas nationella samverkansgrupp inom cancervård.
- Regionalt cancercentrum väst. (2014). *Kompetensinventering*. Regionalt cancercentrum väst.
- Regionalt tumörregister, RCC Väst. (u.d.). Regionalt cancercentrum väst.
- Socialstyrelsen. (2011). *Cancer i Sverige – Insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2013). *Nationell utvärdering 2013 - Bröst-, prostata-, ändtarmscancervård Indikatorer och underlag för bedömningar*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2014). *Cancerincidens i Sverige 2013 Nya diagnosticerade cancerfall år 2013*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2014). *Nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal- och prostatacancersjukvård*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2014). *Screening för prostatacancer Rekommendation och bedömningsunderlag*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2014-08). *Om PSA-prov För att kunna upptäcka prostatacancer*.
- Socialstyrelsen och SKL. (2014). *Öppna jämförelser 2014 Cancersjukvård*. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting.
- Socialstyrelsen, Statistikdatabasen. (u.d.).
- Umeå universitet, Prostatacancer – Sveriges vanliga cancerform. (den 19 02 2015). *Prostatacancer – Sveriges vanligaste cancerform*. Hämtat från <http://www.umu.se>: <http://www.umu.se/om-universitetet/aktuellt/arkiv/prostatacancer/>
- VEGA. (2014.). Västra Götalandsregionens vårddatabas.

Sköra nyfödda

I syfte att undersöka om det finns en ojämlikhet i tillgång till neonatalvård för regionens invånare, tillför denna rapport invånarnas konsumtion av neonatalvård per nämnd, liksom mortalitet av nyfödda per nämnd.

Förutsättningar för medicinsk säkerhet för nyfödda barn vid förlossning och inom neonatal-sjukvård i Västra Götalandsregionen har redan presenterats och åtgärder beskrivits i RS 2458-2012. Regionstyrelsen har beslutat att all neonatalsjukvård och neonatal intensivvård av barn födda före graviditetsvecka 28 samt övrig komplicerad neonatal intensivvård skall vårdas på Sahlgrenska universitets-sjukhuset/ Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus/Östra sjukhuset (SU/Ö).

Regionstyrelsen gav ägaren i uppdrag att också utreda förutsättningarna för att inrätta en regional transport-organisation vid SU för att säkra att svårt sjuka nyfödda får snabbt tillgång till regionvård i hela VGR. Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli har inlett ett arbete med utförarorganisationen och utredande tjänstemän för RS 2458-2012 för att samverka och bidra till att genomförandet sker.

Vår aktuella kompletterande rapport visar att nyfödda i Göteborgsområdet har lägre tillgång till neonatalvård än de som föds utanför Göteborgsområdet.

Under 2013 avled 37 nyfödda i hela regionen.

Om samma andel som avled inom Nordöstra Göteborg vore detsamma för hela regionen, skulle vi förlorat 69 av våra nyfödda barn. Men om andelen avlidna var på samma nivå som i Älvsborgs-området (fd HSN 6 & 8) eller centrala Göteborg (fd HSN5) skulle förlusten vara 25 barn.

Antal barn som avlider varierar i regionen över år och antalet är litet, men eftersom inomregionala variation finns är det viktigt att uppmärksamma involverade vårdaktörer, till exempel mödrahälsovårdscentraler och sjukhus om skillnaderna och att följa över tid.

Nämnderna bör säkra att tillgången till neonatalvård förbättras för barn inom Göteborgsnämnden och särskilt inom Nordöstra Göteborg och Hisingen.

Skaraborgsnämndernas tillgång till Neonatalvård är relativt hög, men andelen nyfödda som avlider var efter Nordöstra Göteborg näst högst i regionen.

Att samtliga nämnderna stöder tillskapande av en säker och snabb transportkedja så att regionvårdens neonatalresurser blir tillgängliga oavsett var de behövs i regionen och genomförs i enlighet med RS 2458-2012.

Kontaktperson: Kajsa-Mia Holgers kajsa-mia.holgers@vgregion.se

Tack till Ingemar Tessin, tidigare Verksamhetschef för Neonatalvården i Göteborg, för värdefulla kommentarer och synpunkter.

Innehåll *Sköra nyfödda*

Hälsoläge	88
Politiska beslut och inriktningar	88
Vårdkonsumtion	89
Tillgängliga insatser och åtgärder.....	89
Brister	89
Åtgärdsförslag	90
Uppföljningsmetoder	91
Referenser	91

Hälsoläge

I Västra Götalandsregionen föds lite mer än 19 000 barn per år. I både norra respektive östra nämnden föds nästan 3 000 barn per nämnd. I Göteborgsnämnden föds ca 7 500 barn, i västra föds 4 000, medan i södra föds cirka 2 000 barn. Fördelningen enligt den äldre nämndsindelningen finns redovisade i bifogad tabell.

Antal levande födda år 2008 - 2013					
	år 2009	år 2010	år 2011	år 2012	år 2013
HSN 1	671	685	637	710	637
HSN 2	375	391	370	348	349
HSN 3	1 732	1 865	1 848	1 780	1 844
HSN 4	1 381	1 375	1 264	1 290	1 288
HSN 5	3 307	3 324	3 211	3 197	3 084
HSN 6	1 103	1 080	1 080	1 025	1 037
HSN 7	1 649	1 794	1 530	1 702	1 571
HSN 8	2 133	2 194	2 162	2 159	2 158
HSN 9	1 373	1 393	1 296	1 341	1 377
HSN 10	1 347	1 352	1 280	1 303	1 410
HSN 11	1 933	1 999	1 900	2 012	2 023
HSN 12	2 299	2 534	2 397	2 412	2 515
Totalt per år	19 303	19 986	18 975	19 279	19 293

Politiska beslut och inriktningar

Förutsättningar för medicinsk säkerhet för nyfödda barn vid förlossning och inom neonatal-sjukvård i Västra Götalandsregionen har utretts och följts upp av Regionstyrelsen (RS 2458-2012). Regionstyrelsen har beslutat att all neonatalsjukvård och neonatal intensivvård av barn födda före graviditetsvecka 28 samt övrig komplicerad neonatal intensivvård skall vårdas på Sahlgrenska universitets-sjukhuset/Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus/Östra sjukhuset (SU/Ö).

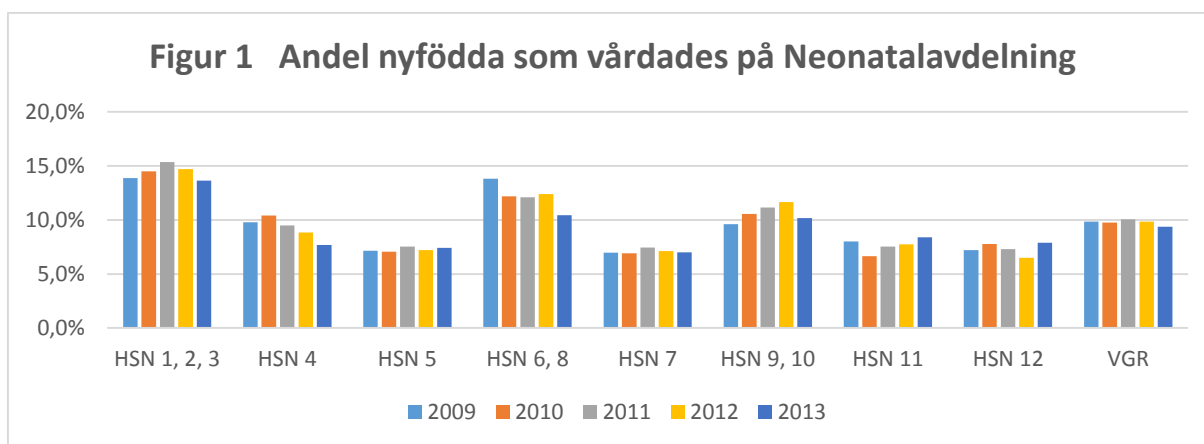
Regionstyrelsen gav RD i uppdrag att utreda förutsättningarna för att inom SU samla all neonatalsjukvård till SU/Ö och att utreda förutsättningarna för att inrätta en regional transport-organisation vid SU för att säkra att svårt sjuka nyfödda får snabbt tillgång till regionvård i hela VGR. Därutöver fick RD i uppdrag att inrätta en regional studie-rektorsfunktion (läkare) som tillgång för alla yrkesgrupper inom neonatologin.

Berörda utförarstyrelser och hälso- och sjukvårdsnämnder fick i uppdrag att utreda förutsättningarna för övriga föreslagna åtgärder inom ramen för gällande vårdöverenskommelser.

Hälso- och sjukvårdsavdelningens kansli har därför tagit sig an detta uppdrag och inlett samtal med utförarorganisationen och utredande tjänstemän för RS 2458-2012 för att samverka och bidra till att genomförandet sker.

Vårdkonsumtion

Dataunderlag är hämtat från Vårddatabasen VEGA. Andelen nyfödda som vårdas på neonatalavdelning redovisas i figuren nedan. I syfte att inte förlora viktig information har sammanslagning inte redovisats utifrån de fem nya nämndområden för att kunna belysa områden där vi bedömer att riskfaktorer kan vara mer än i andra områden. Sammanslagningar har däremot gjorts till åtta geografiska områden för att få stabila data över tid.

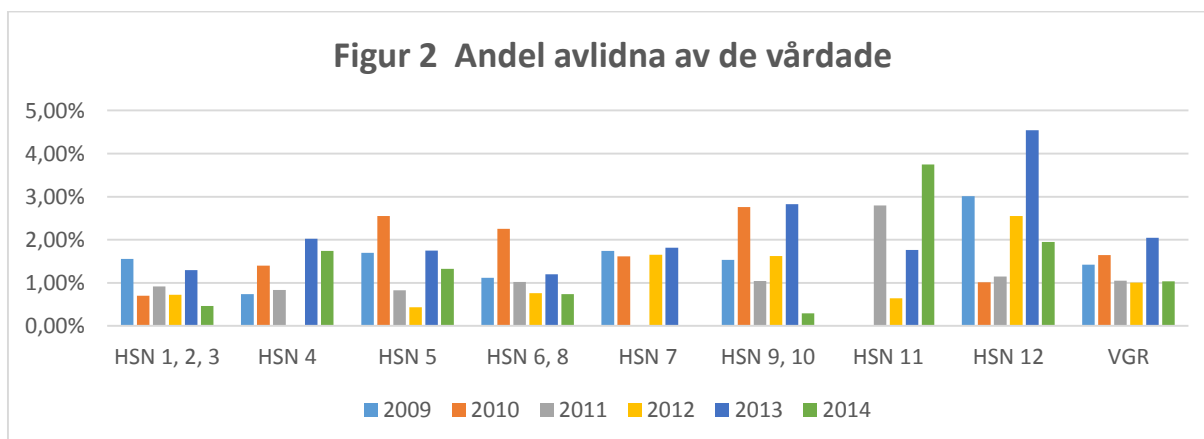


Figur 1 tydliggör att nyfödda i Göteborgsområdet har lägre tillgång till neonatalvård än nyfödda utanför Göteborgsområdet.

Tillgängliga insatser och åtgärder

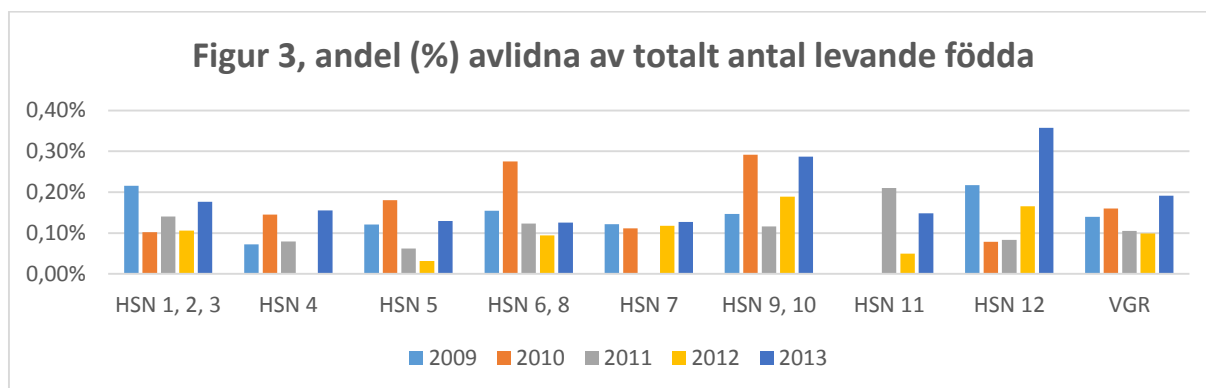
Neonatalsjukvård finns på följande sjukhus: SU, SkaS, SÄS och NU-sjukvården. Här utreds, behandlas och vårdas alla för tidigt födda (underburna) barn och alla fullgångna barn som insjuknar under hans första levnadsvecka. Ett underburet barn är fött före en graviditetslängd av 37 veckor + 0 dagar och i nuläget ingår inte i uppdraget för Skaraborgs Sjukhus att vårda barn födda före graviditetsvecka 32.

Brister



Figur 2 visar andel barn som avled av de nyfödda som vårdades på neonatalavdelning år 2009-2013, visar att andelen avlidna är högst för de barn

som kommer från Nordöstra Göteborg år 2013 (**blå stapel**), respektive Göteborg Hisingen för år 2014 (**grön stapel**).



Vid tiden för rapportering (februari 2015) finns inte ännu tillgång till födelsedata för år 2014 vad avser totalt antal levande födda per nämnd, varför andel avlidna per nämnd endast går att visa till och med år 2013.

I underlaget visar på att andelen avlidna av totalt antalet födda år 2013 var högst i Nordöstra Göteborg (fd HSN12), och därefter nyfödda från Skaraborg (fd HSN9 och 10). Detta ger en bild av att barnen från Nordöstra Göteborg som vårdas på neonatalvård kan ha varit sjukare och Göteborgsbarnen generellt verkar ha sämre tillgång till neonatalvård jmf med nämnderna utanför Göteborg.

Under 2013 avled 37 nyfödda i hela regionen. Om samma andel som avled inom Nordöstra Göteborg vore detsamma för hela regionen, skulle vi förlorat 69 av våra nyfödda barn. Men om andelen avlidna var på samma nivå som till exempel Älvsborgs-området (fd HSN 6 & 8) eller centrala Göteborg (fd HSN5) skulle förlusten vara 25 barn.

Antal barn som avlider varierar i regionen över år och antalet är litet, men trots detta finns inomregionala variation som är viktigt att agera på och följa över tid. En samstämmighet inom regionen för inläggningsskriterier för nyfödda som ska vårdas på neonatalavdelning efterfrågas, då det ter sig som om det finns olikheter.

Åtgärdsförslag

Antal barn som avlider varierar i regionen över år och antalet är litet, men trots detta finns inomregionala variation som är viktigt att agera på och följa över tid.

Tillgången till neonatalvård borde framför allt förbättras för barn inom Göteborgsnämnderna och särskilt inom Nordöstra Göteborg och Hisingen. Skaraborgsnämndernas tillgång till Neonatalvård är relativt hög, men andelen nyfödda som avlider var efter Nordöstra Göteborg näst högst i regionen.

När akut behov av regionvårdens resurser krävs för en nyfödd bör detta kunna säkras var än i regionen barnet befinner sig. För detta krävs en säker och snabb transportkedja, som utredningen och översynen presenterade, och att nämnderna skapar förutsättningar för detta i vårdöverenskommelserna så att alla regionens nyfödda får snabb tillgång till adekvat neonatalvård.

Uppföljningsmetoder

Att bevaka invånarnas konsumtion av neonatalvård per nämnd, liksom mortalitet hos nyfödda per nämnd

Referenser

Översyn och utredning av neonatalvården RS 2458-2012 VGR

Vårddatabasen VEGA, uthämtat januari resp februari 2015.

Flera begrepp används för att definiera den sköra eller den sjuka äldre. I denna rapport innefattas alla personer över 65 år, men av dessa är ca 2-4 procent i behov av omfattande vård och omsorgsbehov. Dessa sjuka äldre avser en åldrad person, som är nära sin sviktgräns, med flera hälsoproblem och läkemedel och som är beroende många vård och omsorgsgivare.

Många aktiviteter pågår i regionen för att förbättra vården för sköra äldre. Men detta till trots är oplanerade återinläggningar oförändrade inom Västra Götalandsregionen. Norra nämnden har högst andel undvikbar slutenvårdsinläggningar per 100 000 invånare 65 år eller äldre. De skickas in till akuten många gånger i onödan. Orsakerna är flera t.ex. att hemsjukvård och korttidsenheter saknar läkarstöd. Väl på sjukhuset saknas ofta vårdbegäran. Rutinerna vid utskrivning från slutenvård brister. Det kan handla om att sjukhuset inte har kontrollerat övertagande av vård- och omsorgsansvar, behov av hjälpmedel eller att läkemedel är tillgängliga. Det kan saknas remiss för uppföljning och sena epikriser vilket försvårar den fortsatta vården. Vid utskrivning brister kommunikationen främst mellan sjukhus och vårdcentraler.

Rehabiliteringen för sköra äldre är en del av vården som brister. En utbyggnad borde kunna leda till förbättrat välbefinnande för den äldre själv samtidigt som det skulle förbättra förhållandena för såväl sjukhus som kommuner och stadsdelar. Träning med fysioterapeut och arbetsterapeut är centrala delar i rehabiliteringen och är en mycket viktig komponent i vården av de äldre, som mycket fort tappar sina funktioner om de inte aktiveras, något som är än viktigare vid sjukdom. Särskilt sköra äldre skulle ha mycket att vinna på en tids riktad rehabilitering som sedan kan fortsätta när patienten tagits hem av kommunen för den mer långsiktiga delen av rehabiliteringen.

Åtgärdsförslag

A. Beställa

1. Fysioterapeutisk och arbetsterapeutisk bedömning och behandling påbörjas direkt efter inskrivning på sjukhus för att under hela vårdtiden bibehålla fokus på att förbättra ADL-funktioner och förmåga till aktivitet och delaktighet.
2. Tillgång till "Äldresjuksköterskor" på vårdcentralerna och att detta anges som krav i VGPV:s Krav och kvalitetsbok.
3. Inrätta akut-geriatrisk avdelning, med möjlighet till direktinläggning, på de sjukhus där det inte finns.

B. Begära förbättring

1. VGPV ska öka läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård och på korttidsenheter.
2. Utföraren ska hantera och kvalitetssäkra samverkansprocessen i ett gemensamt IT-stöd för samordnad vård och omsorgsplanering (SVPL) och ska inkludera avvikelshantering samt Samordnad Individuell plan (SIP).

3. Den äldre sköra patienten ska vid utskrivning från sjukhuset erhålla skriftlig information om vilka undersökningar eller åtgärder som gjorts, planeringen framåt, vad rehabplan innebär, vem som är fast vårdkontakt på vårdcentralen dit den äldre kan vända sig om besvär eller frågor uppstår hemma.
4. Utskrivningsmeddelande, rehabplan och läkemedelsberättelse ska medfölja patienten direkt vid utskrivning, samt skickas till patientens vårdcentral och till stadsdel/kommun (hemsjukvård och hemtjänst) när det är relevant, vilket det alltid är om patienten har insatser från dessa.
5. Stimulera primärvården att utveckla anpassade enheter/mottagningar för de äldre.
6. Bättre uppföljning av de mest sjuka äldre av läkaren på vårdcentralen med krav på upprättande av behandlingsplan och rehab plan, i vilken utsträckning det görs.

C. Stödja och följa upp

1. Vid uppföljning av VGPV ska resultat av arbetet med undvikbar slutenvård och vidtagna åtgärder aktivt efterfrågas och resultaten delges till regionala samverkansforum (vårdsamverkansgrupper).
2. Stödja införandet och permanenta omsorgskoordinatorer/motsvarande funktion på samtliga större akutmottagningar där behov finns.
3. Stödja samverkan genom att finansiera införande av processtödjare närområdes-samverkan.
4. Stödja ett ökat användande av kvalitetsregistret Senior Alert i stadsdelar och kommuner.
5. Stödja och uppmuntra de sjukhus som ännu inte deltar i närområdessamverkan att delta 1 gång per termin
6. Stödja och uppmuntra såväl vårdcentraler som kommuner/stadsdelar att inrätta demenssjuksköterskor så att fler med misstänkta demens symtom utreds och att registreringen ökar i SveDem och i BPSD.

D. Fördjupad utredning

1. "VIP-rehab enhet" för sköra äldre >65 år med stora vårdbehov, eventuellt samfinansierad av region och kommun, med fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietist, geriatriksjuksköterska, geriatrikläkare som är inriktade på att stärka ADL-funktioner, anpassad styrke- och balansträning. Upprätta rehab plan i samråd med den äldre.
2. Öka den geriatriska kompetensen för all personal som vårdar äldre (fler geriatriker och äldresjuksköterskor)
3. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) som arbetssätt inom geriatriken
4. Utred inrättande av "Äldrehälsovårdsenhet" ledda av Äldrehälsovårdsöverläkare, jmf Barnhälsovårdsöverläkare.

Kontaktperson: Nina Hautanen, nina.hautanen@vgregion.se
Eva Källén, eva.kallen@vgregion.se

Innehåll *Sköra äldre*

Hälsoläge	95
Förekomst	96
Politiska beslut och inriktningar	97
Invånarnas uppfattning	98
Hur individer över 65 år själva upplever sina kontakter med sjukvården	98
När sjukvården ringt hem till patienten efter utskrivning	99
Vårdkonsumtion	100
Tillgängliga insatser och åtgärder	100
Brister	101
Sammanhållen vård och omsorg	102
Undvikbar slutenvård	104
Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar	107
Utskrivningsklara patienter	108
God läkemedelsbehandling för äldre	109
Läkemedelsgenomgångar	110
Preventivt arbetssätt	112
God vård vid demenssjukdom	113
Åtgärdsförslag	114
Uppföljningsmetoder	115
Säker hemgång, nya uppföljningsområden	115
Undvikbar slutenvård	115
Oplanerade återinskrivningar 1-30 dagar	115
Utskrivningsklara patienter	116
Webbkollen	116
Referenser	118

Hälsoläge

Socialstyrelsens definition av målgruppen är: *Mest sjuka²¹ äldre är personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättning i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom²².* Denna rapport innefattar alla personer över 65 år.

Vem är den sjuka äldre?

- Biologiskt åldrad person
- Nära sin funktionella sviktgräns
- Beroende av andra
- Har flera samtidiga hälsoproblem
- Har flera läkemedel
- Har många vård- och omsorgsgivare

Skörhet är ett begrepp som brukar användas för att beskriva personer med hög biologisk ålder, minskade fysiologiska reserver och ökad sårbarhet i samband med akut sjukdom eller då det sociala nätverket av anhöriga och vänner faller sönder, t ex vid dödsfall. Skörhet kan yttra sig som allmän svaghet, trötthet, nedsatt uthållighet, nedsatt funktionsförmåga, dålig balans, försämrade mentala funktioner och låg stresstolerans.

Psykosociala problem som ångslan, oro och ensamhet är också vanligt förekommande, vilket kan medföra minskad ork och sämre förmåga att hantera stress. En undersökning som SKL genomfört visade att den äldre i snitt led av 8 olika symtom, som beskrivs nedan:

Problem och symptom	Samtliga
Trötthet	75 %
Smärta	66 %
Andfåddhet	57 %
Muntorrhet	55 %
Yrsel	54 %
Svullna ben/fötter	52 %
Sömnpromblem	50 %
Förstoppning	42 %
Ledsen/nedstämdhet	42 %
Hosta	34 %
Själslig oro	33 %

Problem och symptom	Samtliga
Klåda	31 %
Miktionsbesvär	30 %
Dålig aptit	26 %
Kroppslig oro	25 %
Magont	24 %
Huvudvärk	23 %
Svåra miktionsbesvär	21 %
Mardrömmar	17 %
Illamående	17 %
Diarré	16 %

Källa: Kvalitativ undersökning av 300 multisjuka äldre (75 år och äldre), SKL år 2011

En av samhällets största utmaningar är att säkra vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Allt fler blir allt äldre, de flesta mår dock bra och har varken behov av omfattande sjukvård eller omsorg. Cirka 82 procent klarar sin vardag utan hjälp från kommunen men 2- 4

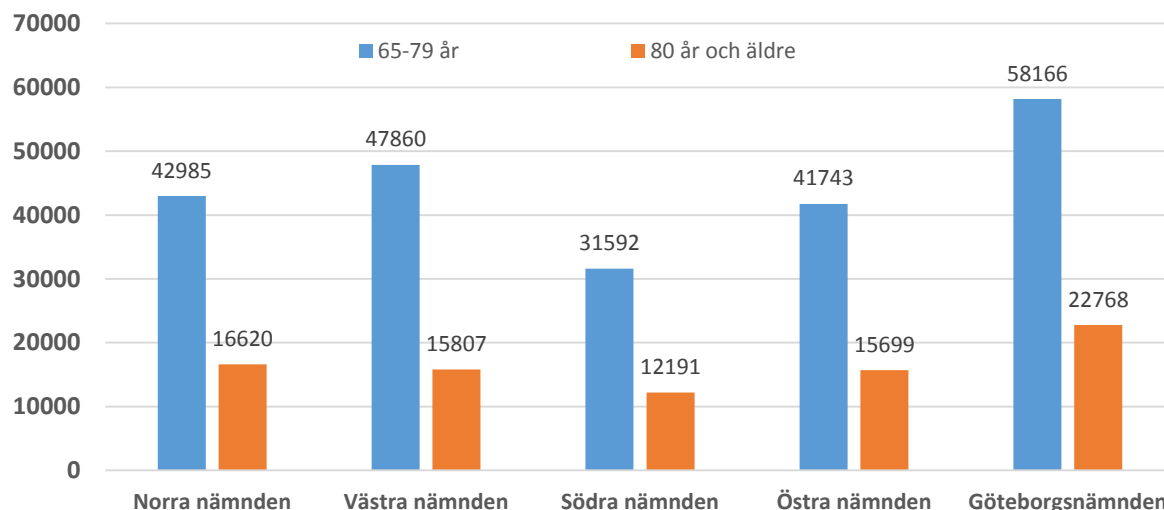
²¹ Denna grupp kallas inte sällan för sköra äldre, vi har dock valt till övervägande del att använda begreppet mest sjuka äldre.

²² Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2014, överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting (SKL)

procent av den totala befolkningen 65 år och äldre är i behov av omfattande sjukvård och omsorg²³. Detta gäller särskilt för äldre med funktionsnedsättning, flera samtidiga sjukdomar och ett litet socialt nätverk.

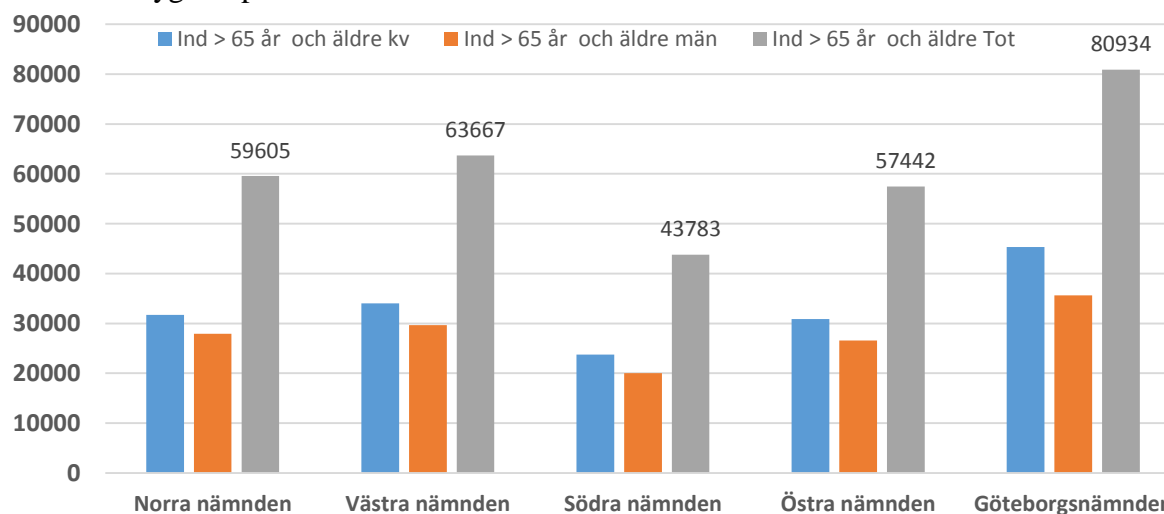
Förekomst

År 2030 beräknas var fjärde person i Sverige vara 65 år eller äldre. Och fram till år 2035 förväntas antalet personer 80 år och äldre att öka med 350 000 i Sverige, eller med 70 procent. I Västra Götaland (VG) finns cirka 305 000 personer som är över 65 år²⁴ och gruppen mest sjuka äldre är cirka 55 000.



Figur 1 Antal individer 65-79 år och 80 år och äldre per nämnd 2013. Uppgifterna avser förhållandena den 31 december för valt/valda år enligt den regionala indelning som gäller den 1 januari året därpå.

Om man skriver fram dagens kostnadsnivå med demografin innebär det att kostnaderna för slutenvård, hemtjänst, särskilt boende, läkemedel etc. kommer att öka med drygt 50 procent.



²³ Analys rapport 2, Sammanhållen vård och omsorg 2013

²⁴ Statistiska centralbyrån, befolkningsstatistik 2013

Figur 2 Antal kvinnor och män 65 år och äldre per nämnd 2013. Uppgifterna avser förhållandena den 31 december för valt/valda år enligt den regionala indelning som gäller den 1 januari året därpå.

Bättre liv för sjuka äldre

I överenskommelsen mellan staten och SKL (Sveriges kommuner och landsting) för de mest sjuka äldre lyfts sedan 2010 ett antal viktiga målområden fram: Sammanhållen vård och omsorg, god läkemedelsbehandling för äldre, preventivt arbetssätt, god vård vid demenssjukdom samt god vård vid livets slut. För att säkra framgång inom dessa områden arbetar HSNK med behovsanalyser för att kunna göra rätt prioriteringar och satsningar för de mest sjuka äldre.

Behovsanalysen grundar sig på uppföljningen av Regional handlingsplan ”Det goda livet för sjuka äldre i Västra Götaland 2014-2015”. Ett antal indikatorer har identifierats för att kunna följa utvecklingen och måluppfyllelse. I handlingsplanen konkretiseras arbetet för en god och sammanhållen vård- och omsorg genom tre övergripande processer.

Varje process består av ett antal insatsområden med tillhörande mål och aktiviteter där utveckling och måluppfyllelse följs upp med hjälp av indikatorer. Uppföljningen i behovsanalysen avgränsar sig till följande områden:

- Sammanhållen vård
 - undvikbar slutenvård
 - återinskrivningar
 - Utskrivningsprocessen
- Läkemedelsbehandling
 - läkemedelsgenomgångar
 - läkemedelsberättelse
- God vård vid demenssjukdom

Politiska beslut och inriktningar

Regional handlingsplan för de mest sjuka äldre:

Det goda livet för de mest sjuka äldre i Västra Götaland 2014-2015

I handlingsplanen står att regionen tillsammans med kommunerna ska arbeta för att bidra till en väl sammanhållen vård och omsorg till gruppen med ett helhetsperspektiv på individen.

Målet med handlingsplanen är att den enskilde ska uppleva trygghet, säkerhet, kontinuitet, samordning, värdighet och välbefinnande oavsett var i vårdkedjan han eller hon befinner sig och oavsett vilka behov han eller hon har. Vården och omsorgen ska vara samordnad och sammanhållen, vilket innebär att äldreomsorg, hemsjukvård, primärvård och sjukhus samverkar runt de sjuka äldre.

Hälso- och sjukvårdsnämndernas Mål och inriktning

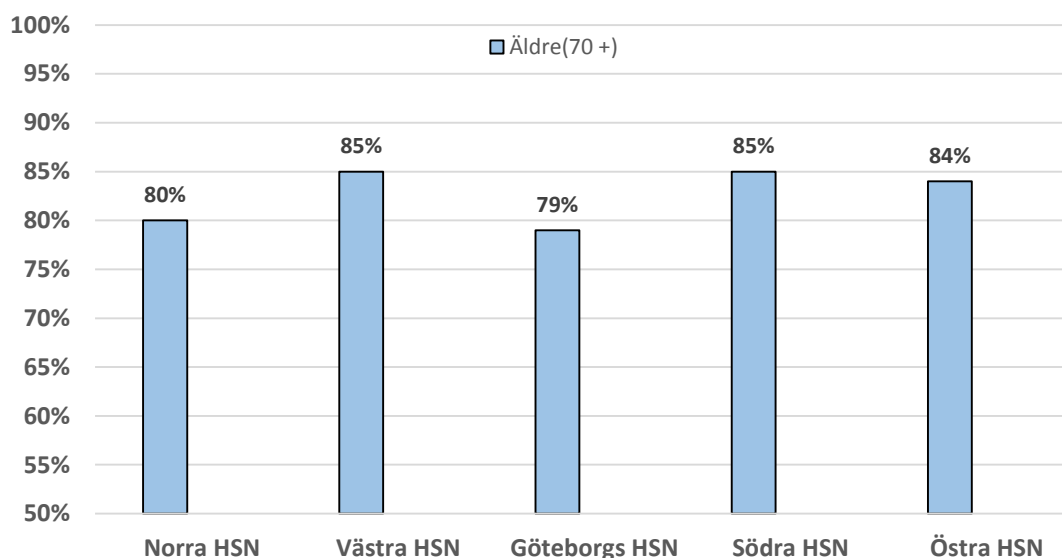
Sammanfattning av de tolv Hälso- och sjukvårdsnämndernas mål från Mål och inriktningsdokumenten:

Äldre ska känna trygghet delaktighet i vården genom att öka läkarmedeverkan, ökade antal hembesök. Att se en utveckling av samverkan och den nära vården samt få en bra fungerande sammanhållen vård och omsorg beskrivs i måldokumentet.

Tillgängligheten till vård ska vara god och den ska ges med respekt. Vården ska vara säker och alla ska ha rätt god läkemedelsbehandling.

Invånarnas uppfattning

Resultatet på Vårdbarometerns undersökning om tillgång till vård och förtroende för hälso- och sjukvården till personer 70 år och äldre visar att det är relativt oförändrat sedan 2011. Klyftorna mellan män och kvinnors upplevelse har dock ökat och kvinnor är generellt mindre nöjda med tillgången till vård. De har även lägre förtroende för hälso- och sjukvården.



Figur 3 Individer över 70 år som anser sig ha tillgång till den vård de behöver. Källa: Vårdbarometern 2014

Sveriges kommuner och landsting (stiftelsen Äldrecentrum) genomförde 2011 en kvalitativ uppföljning av äldre sjuka. Den visade bland annat de äldres och de anhörigas synpunkter på en rad insatser och åtgärder som erbjuds de äldre sjuka. De var mest nöjda med anhörighjälp, hemsjukvårdsinsatser och läkare i öppen specialiserad vård. Minst nöjda var det akutbesök på sjukhus, samarbete mellan sjukvård och kommunal omsorg samt vårdcentralernas insatser.

Hur individer över 65 år själva upplever sina kontakter med sjukvården

Årets sjukvårdsrapport från amerikanska *Commonwealth Fund*²⁵ har fokus på patienter som är 65 år och äldre.

I Sverige har 5 000 personer 65 år och äldre svarat på frågor om sina kontakter med sjukvården. Elva länder har deltagit i enkäten och resultaten är nedslående för Sverige på flera områden. Sverige hamnar bland annat i botten när det gäller omhändertagandet av äldre patienter när de skrivs ut från sjukhus. Hela 31 procent av de svenska patienterna uppgav att deras ordinarie läkare verkade vara oinformerad om deras sjukhusvård.

– Det är ett område där vi vet att vi har problem i Sverige. I till exempel Tyskland så har man ett tydligare husläkarsystem som innebär att husläkaren är ansvarig för patientens vård

²⁵ <http://www.commonwealthfund.org/>

även när patienten är inlagd på sjukhus, säger Eva Nilsson Bågenholm, nationell äldresamordnare, ett uppdrag som tar slut vid årsskiftet²⁶.

Några av frågorna i enkäten har bara ställts till dem med en eller flera långvariga eller livslånga sjukdomar. Även här utmärker sig Sverige negativt. Bara 23 procent av de äldre de svenskar som lider av långvariga eller livslånga sjukdomar i Sverige upplever att sjukvården har samtalat med dem om huvudmålet för deras behandling. Det är tydligt sämst av de elva länderna. Och endast 41 procent av de svenskar som lider av långvariga eller livslånga sjukdomar svarar att de har en behandlingsplan, näst sämst i undersökningen. – Om det hade funnits nationella riktlinjer riktade till vårdverksamheter, helst integrerade i journalsystemen, så hade det varit enklare att utforma behandlingsplaner, säger Roger Molin, före detta nationell samordnare för individer som lider av långvariga eller livslånga sjukdomar²⁷.

Den nya rödgröna regeringen har nyligen avsatt honom som nationell samordnare för individer som lider av långvariga eller livslånga sjukdomar men lovar att fortsätta satsningen på strategin som involverar individer med långvariga eller livslånga sjukdomar.

Distriktsläkarföreningens ordförande Ove Andersson tycker att både bristen på läkemedelsgenomgångar och bristen på behandlingsplaner för individer med långvariga eller livslånga sjukdomar visar på den pressade arbetssituationen för landets allmänläkare.²⁸

När sjukvården ringt hem till patienten efter utskrivning

Webbkollen, (förklaras närmare på sid 27), har data hämtats och analyserats primärt från *Sjukhus – Ring upp*. Dessa samtal genomförs inom tre dagar efter utskrivning på sjukhus, via telefonsamtal eller med personligt besök. Totalt finns 17 654 samtal registrerade under åren 2013-2014, varav 8 510 under 2014.

I fokus står patienternas upplevelse av följande områden:

Planering och stöd vid hemgång

- Fick patienten delta i planeringen inför hemgång?
- Fick patienten den hjälp som behövdes vid hemkomst?

Trygghet i hemmet

- Vet patienterna vart de ska vända sig med eventuella frågor?
- Känner patienten sig trygg i sina vård- och omsorgskontakter?

Läkemedel

- Har patienten kännedom om varför hon/han tar sina läkemedel?
- Har patienten fått tillgång till en läkemedelslista/berättelse?

²⁶ Dagens medicin, 2014 nr XX

²⁷ I Dagens Medicin omnämns gruppen genomgående för *kroniker*, t.ex. *kronikersamordnare* mm. Vi har valt att använda benämningen *individer eller personer som lider av långvariga eller livslånga sjukdomar*.

²⁸ Artikeln publ i Dagens Medicin som baseras på Årets sjukvårdsrapport från amerikanska *Commonwealth Fund*. Artikeln i DM skriven av Samuel Åsgård

Intervjuer med äldre utifrån Webbkollen visar att patienternas delaktighet i planering och hemgång ökar, fler äldre får information om sina läkemedel och tryggheten i hemmet har förbättrats något.²⁹

Vårdkonsumtion

Antal besök som individer 65 år och äldre gör inom primärvården varierar mellan nämndområdena från som lägst 5,9 i Södra nämnden till 6,6 i Norra nämnden.

Antal besök som individer 65 år och äldre gör inom den specialiserade vården varierar mellan nämndområdena från som lägst 2,7 i Norra nämnden till 4,2 i Göteborgs nämnden.

Antal vårdtillfällen som individer 65 år och äldre genererar varierar från som lägst 0,36 i Göteborgs-, Västra- och Östra nämnden till som högst 0,39 i Norra- och Södra nämnden.

När vi lägger samman de besök som individer över 65 år gjort år 2013 per person i primärvård, specialiserad vård samt vårdtillfällen, dvs då de varit ineliggande på sjukhus visar det följande. Att individer 65 år och äldre hade som lägst 9,2 vårdkontakter i Östra nämnden och som högst 10,7 vårdkontakter i Göteborgsnämnden.

Åldersgruppen 70 år och äldre utgör 10-15 procent av en vårdcentralens totala antal listade men 35-40 procent av vårdcentralens resurser åtgår till dessa äldre.

Tillgängliga insatser och åtgärder

Nationella satsningar genom överenskommelser kring sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre har årligen slutits sedan 2010 (upphör 2015) mellan regering och Sveriges kommuner och landsting. Genom ekonomiska incitament och med de mest sjuka äldres behov i centrum har samverkan mellan kommuner och landsting uppmuntrats.

Att registrera i kvalitetsregister är en viktig del i det systematiska förbättringsarbetet, detta har tidigare varit en stor brist och är fortfarande inom vissa register. Nationella och regionala riktlinjer, indikatorer, kvalitetsregister samt andra datakällor gör det möjligt att sätta mål, genomföra förbättringar och följa upp resultat.

Nya arbetssätt ska göra vård och omsorg effektivare. Ett stort antal yrkeskategorier berörs såsom omvårdnadspersonal, sjuksköterskor, läkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, biståndshandläggare, dietister med flera. Kvalitetsregister utgör ett stöd i arbetet och ger möjlighet att följa resultat i realtid och att jämföra med sig själv och andra.

Arbetet som pågår³⁰ har gjort skillnad, några exempel på områden där förbättringar kan ses är:

- Förskrivningen av olämpliga läkemedel minskar sakta i hela landet.
- Trycksår minskar både på sjukhus och i särskilt boende.

²⁹ Analysrapport 2014, SKL

³⁰ Bättre liv för sjuka äldre, Analysrapport 3

- Förekomst av fall och undernäring minskar vid enheter som arbetar förebyggande på ett systematiskt sätt.
- Kvaliteten på utredning och diagnos av demenssjuka i primärvården har förbättrats och användningen av antipsykotiska läkemedel i demensvården minskar.
- Vården i livets slut förbättras. Standardiserad smärtskattning ökar möjligheten till bra smärtlindring i livets slutskede.

Brister

I regionen har stora delar av den geriatriska verksamheten under senare år nedmonterats. 2012 stängdes t.ex. den geriatriska avdelningen på Högsbo sjukhus där man utbildade alla vårdyrkeskategorier i geriatriskt synsätt och teamarbete. Detta försvårar väsentligt utbildningsuppdraget inför framtidens geriatrik läkare och att bygga en geriatrisk kompetens hos övriga yrkeskategorier.

Träning med fysioterapeut och arbetsterapeut är centrala delar i rehabiliteringen och är en mycket viktig komponent i vården av de äldre. Den äldre tappar mycket fort sina funktioner om de inte aktiveras, något som är än viktigare vid sjukdom.

Rehabiliteringsmöjligheterna för de äldre inom slutenvården är mycket ojämnt fördelade. Möjligheten till sjukhusbaserad rehabilitering har försämrats de senaste åren. Det bör göras en översyn över tillgången till rehabilitering på sjukhusen, det ser olika ut för olika patientgrupper och på olika sjukhus. Vi vet att vissa patientgrupper skulle ha mycket att vinna på en tids riktad rehabilitering som sedan kan fortsätta när patienten tagits hem av kommunen för den mer långsiktiga delen av rehabiliteringen. T.ex. på SU/M är det nästan enbart patienter drabbade av höftfraktur som får rehabilitering och på SU/S är det få som kan få rehabilitering pga stängning av flera vårdavdelningar.

Det finns tydliga forskningsrön som visar att personer som fallit blir mer rädda för att falla igen, vilket leder till att de begränsar sina dagliga aktiviteter. Detta kan leda till en negativ spiral där den äldre personen riskerar att få inte bara minskad muskelstyrka, utan även minskade sociala kontakter och försämrad livskvalitet³¹. Vidare finns det studier som visat att rehabilitering med multidisciplinära team förstärker individens chanser att återfå sina färdigheter³².

För att på rätt sätt handlägga sjukdom hos äldre patienter krävs en god kännedom om hur symtom presenterar sig hos äldre, vad som hör till normalt åldrande och inte, rimliga utredningar och åtgärder av olika tillstånd samt inte minst en god kännedom om läkemedelsbehandling hos äldre. Detta förutsätter att den behandlande läkaren har ett geriatriskt kunnande. När man pratar om vård av barn förstår alla lätt att det kräver en speciell handläggning och ett särskilt kunnande men det finns inte alls samma självklara förståelse när det gäller vård av sjuka äldre.

Det är positivt att de flesta vårdcentraler i dag har en äldresjuksköterska men för att få ett riktigt genomslag, bland annat när det gäller läkemedelsbehandling, behöver man också ha läkare med geriatrisk kompetens och intresse för att ta hand om den äldre patienten. Att inom vårdcentralen inrätta en äldrevårdcentral

³¹ Jongjit 2003

³² Stenvall 2007

eller äldremottagning skulle möjliggöra en noggrannare vårdplanering/SIP, läkemedelsgenomgångar, hembesök, webbkoll etc för de äldre.

Många äldre saknar förmåga att rätt hantera och administrera nödvändiga och ofta frekventa kontakter med vården och omsorgen. Det är lätt att den som är sjuk och gammal hamnar mellan stolarna trots många kontakter och mycket personal runt den äldre. Problemet är att vården och omsorgen inte är uppbyggd för att på ett lämpligt sätt möta äldre sköra personer med omfattande eller snabbt föränderliga behov. Inriktningen måste vara att skapa en sammanhållen vård och omsorg av god kvalitet som bidrar till att de mest sjuka äldre känner sig trygga och att behovet av slutna hälso- och sjukvård därmed kan minska. Det krävs i detta sammanhang åtgärder för såväl organisation och annan infrastruktur som åtgärder för ökad kompetens inom planering och direkt verksamhet.³³

Dagens akutsjukvård är heller inte alltid anpassad för att möta äldre patienter. Det akuta tillståndet kan kompliceras av att patienten har flera samtidiga sjukdomar och tar flera olika läkemedel. Denna komplexitet kan ökas beroende på nedsatt reservkapacitet och minskad kognitiv förmåga. Vid inläggning på sjukhus riskerar den äldre och sköra patienten en ökande försämring av kroppens funktioner och av den kognitiva förmågan, t ex minne och kommunikationsförmåga. Det kan även tillkomma ytterligare komplikationer utöver det som orsakade inläggningen, t ex infektioner.

Rutinerna vid utskrivning från slutenvård brister. Oftast handlar det om otillräcklig information till patient, anhöriga och vårdgivare, såsom vårdcentraler och kommuner och stadsdelar. Det kan också handla om att sjukhuset inte har kontrollerat övertagande av vård- och omsorgsansvar, behov av hjälpmedel eller att läkemedel är tillgängliga. Det kan saknas remiss för uppföljning och sena epikriser vilket försvårar den fortsatta vården. En annan studie har visat på brister inom sjukvården när det gäller patientens delaktighet i utskrivningsplaneringen³⁴.

Sammanhållen vård och omsorg

För att åstadkomma en sammanhållen vård för de mest sjuka äldre måste samtliga berörda aktörer såsom sjukhusen, primärvården, hemtjänst, kommunal hemsjukvård, biståndsbedömare samt rehabiliteringspersonal ta ansvar och följa de rutiner som finns för samordnad vårdplanering. Vilket tyvärr brister på alltför många ställen idag.

Fortsättningsvis beskrivs här ett antal förbättringsområden som har sin grund i bristande samverkan.

Ett område är den kommunala hemsjukvården och deras upplevelse att deras resurser och kompetens inte utnyttjas fullt ut. En anledning kan vara att primärvårdsläkaren i mindre utsträckning har möjlighet att göra hembesök och upplevs vara svår att komma i kontakt med när den sköra äldre blir subakut sjuk. En annan orsak kan vara bristfällig kommunikation mellan hemtjänst och hemsjukvård. Det leder inte sällan till onödiga ambulanstransporter till akutmottagningen. Och onödiga inläggningar.

³³ Analysrapport 2014, SKL

³⁴ Taylor 2010

ANDEL LISTADE PAT > 75 ÅR SOM FÅTT HEMBESÖK SISTA 12 MÅN				
Område	Högsta	Lägsta	Medel	Antal VC
Fyrbodal ³⁵	27 %	4 %	14 %	38
Göteborgsområdet ³⁶	40 %	0 %	14 %	78
Sa Älvsborg ³⁷	26 %	1 %	12 %	34
Simba ³⁸	19 %	2 %	10 %	13
Skaraborg	21 %	2 %	12 %	34
VG	40 %	0 %	13 %	197

**Tabell 5 Andel hembesök, högsta och lägsta värde per geografiskt område.
Källa: Åsa Lind, Jörgen Fors: Närhälsan. Äldre-seminarium 19 nov 2014**

När en person som har insatser av socialtjänst eller öppen hälso- och sjukvård har behov av vård på sjukhus då är det viktigt att relevant information, en så kallad Vårdbegäran följer med patienten, där framgår kontaktorsak samt relevanta bakgrundsfakta om den äldre för att garantera kontinuitet mellan vårdgivarna. Detta är ett förbättringsarbete för kommunerna då vårdbegäran saknas i alltför stor utstäckning idag.

Inför utskrivning av en patient från slutenvården till öppen hälso- och sjukvård inklusive socialtjänst ska det ske³⁹ en samordnad vårdplanering (SVPL). Det är ett strukturerat och samordnat arbete för att hantera informationsöverföring och vårdplanering av insatser efter slutenvårdstillfället. Med samordnad menas att *berörda* parter såsom sjukhus, primärvård och kommun ska delta i planeringen av insatser och även eventuell planering som fanns före inskrivningen i slutenvården tas med. Detta kan bli bättre i regionen.

Det saknas ett helhetsperspektiv för att hela vårdkedjan ska fungera. Delar i kedjan fungerar bra, speciellt mellan primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Flera av vårdcentralerna påtalar att vårdkedjan mellan sjukhuset och primärvården fungerar otillfredsställande och behöver förbättras. En av bristerna är att det utskrivningsmeddelande⁴⁰ som sjukhuset ska skriva till läkaren i primärvården kan dröja upp till ett par veckor.⁴¹

³⁵ Norra Bohuslän, Dalsland samt Trestad

³⁶ Göteborgs stad, Härryda kommun, Öckerö kommun, Mölndals stad samt Partille kommun

³⁷ Sjuhärad

³⁸ Kungälv, Tjörn, Ale, Stenungsund

³⁹ Inte i samtliga fall. Ibland vägrar pat det och ibland har pat redan hemtjänst som är tillräcklig eller plats på SÄBO och då görs det inte ngn vårdplanering (SVPL).

⁴⁰ Senast dagen innan patienten beräknas att skrivas ut från den slutna vården ska den behandlande läkaren underrätta den öppna hälso- och sjukvården och/eller socialtjänsten som ska svara för patientens fortsatta vård och omsorg. Underrättelsen sker genom så kallat utskrivningsmeddelande. Utskrivningsmeddelandet ska innehålla:

- patientens namn, personnummer och folkbokföringsadress och eventuell vistelseadress
- information med datum då patienten beräknas skrivas ut

Syftet är att berörda parter ska ges tid att planera de bedömda insatserna som det beslutats om i vårdplanen.

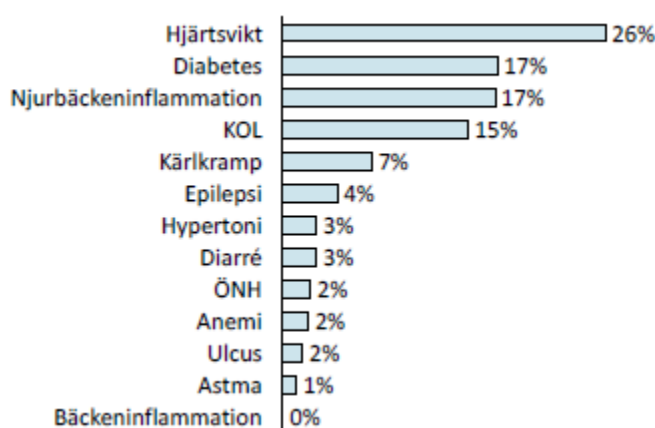
⁴¹ Utredning av mellanvårdsformer för äldre vårdtagare på Hisingen 2013 Beställd av HSN !!

En annan vanligt förekommande brist är att primärvården inte medverkar vid vårdplaneringen och nås därför heller inte av, eller i alltför låg utsträckning, av information som rör förändringar i den sköra äldres medicinering eller behandling.

NOSAM⁴²: s uppdrag är att gemensamt definiera och arbeta utifrån behoven i närområdet och här sker samverkan mellan region och kommun i närområdesfrågor och delregionala frågor. I NOSAM sitter valda områdes- och verksamhetschefer från primärvård, kommun och stadsdel. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). En brist är att sjukhusen inte är representerat. Det skulle stärka samverkan om även sjukhusen t.ex. SU kunde utse representanter och åtminstone adjungeras 1 gång per termin till NOSAM, då det är på denna nivå de konkreta sakfrågorna och bristerna rörande samverkan avhandlas. En ytterligare åtgärd som väsentligt skulle lyfta samverkansarbetet vore att anställa processtödjare till NOSAM som skulle stödja ordföranden, t.ex. hålla i arbetsgrupper, vara sammankallande, skriva anteckningar och ansvara för en ökad aktivitet mellan NOSAM-möten. En processtödjare skulle innebära en högre aktivitet i samverkan mellan kommun och primärvård samt utgöra en förbindelselänk till temagrupperna Äldre, Barn, mitt i livet samt psykiatri.

Undvikbar slutenvård

Indikatorn *Undvikbar slutenvård* är till delar utvecklad för att mäta primärvårdens och omsorgens förmåga att förebygga försämring eller uppkomst av ett antal utvalda diagnosområden (hjärtsvikt, diabetes, njurbäckeninflammation, KOL, kärlkramp, epilepsi, hypertoni, diarré, ÖNH, anemi, ulcus, astma och bäckeninflammation) där ett proaktivt arbetssätt kan minska behovet av att oplanerat skrivas in på sjukhus. Analyser av uppföljningsindikatorn undvikbar slutenvård visar att var sjätte sjukhuspatient över 65 år oplanerat återinskrivs inom 30 dagar efter utskrivning.



Figur 4 Fördelning av undvikbara slutenvårdsinläggningar, samtliga inrapporterade diagnoser tillhörande vårdtillfälle med undvikbar slutenvård. Riket. Källa: Kvalitetsportal.se

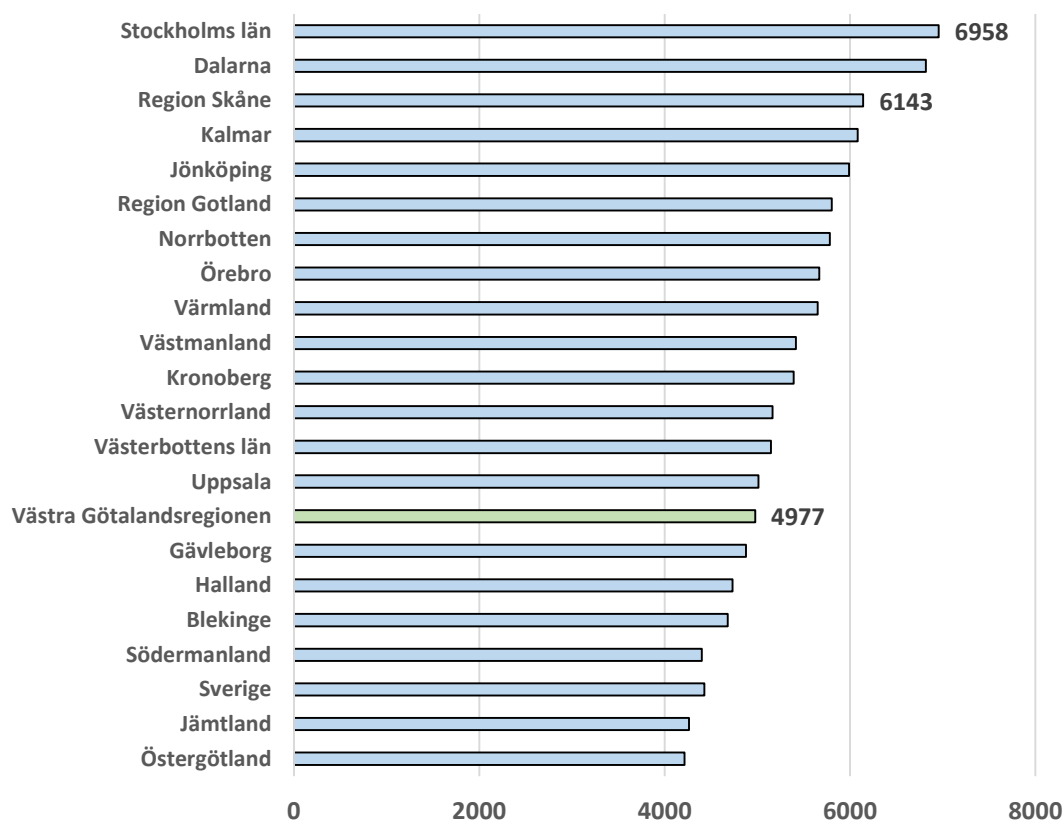
⁴² NOSAM = Närområdessamverkan

Hjärtsvikt, Diabetes, Njurbäckeninflammation och KOL är de vanligaste diagnoserna som är orsak till undvikbara slutenvårdsinläggningar.

På lokal nivå visar analyser att insatser på ökad delaktighet och information vid hemgång skapar tryggare vårdövergångar. Förbättrade rutiner kring läkemedelsinformation förbättrar hur väl äldre känner till sina egna läkemedel och insatser för ökad kännedom om vart man ska vända sig ökar trygghet i hemmet.

Omsorgskoordinatorer är sjuksköterskor som arbetar på akutmottagningarna för att underlätta en sammanhållen vårdprocess från akuten till egna boendet men inte minst förhindra att den sköra äldre läggs in i "onödan" t.ex. på grund av omsorgssvikt. Omsorgskoordinatorer identifierar och omhändertar sköra äldre patienter genom screening, genomför och dokumenterar en geriatrisk bedömning och kommunicerar informationen med läkare m.fl. För 260 patienter kunde slutenvård (SV) undvikas tack vare vård och omsorgsplanering. 313 patienter vårdades på 23 timmarsplats, För 148 av dessa patienter kunde SV undvikas⁴³.

Bedömningsbilen åker på prio 2 och 3-ärenden och frigör därmed ambulansen att åka på prio 1. En granskning visade att endast 14 procent av de patienterna bedömningsbilen kom till behövde ambulans. 55 procent bedömdes ha behov av sjukhusvård ofta på grund av brist på lämplig vårdnivå prehospitalt. 35 procent av patienterna vårdades klart i hemmet.⁴⁴

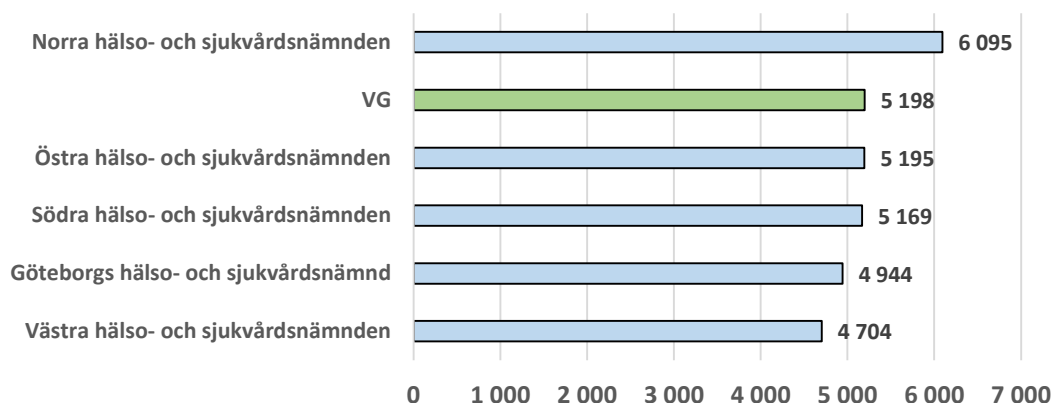


Figur 5 Undvikbar slutenvård per 100 000 invånare > 65 år, år 2014, (prel uppg). Källa: kvalitetsportal.se och SCB

⁴³ Uppgifterna avser perioden mellan 2013-03-03 – 2014-08-30, på enbart AKM SU/Östra

⁴⁴ De mest sjuka äldre på SU, Nulägesbild av äldrevårdsprocessen; 140201 - 140430

Västra Götalandsregionen ligger på en 8:e plats vid en nationell jämförelse, vilket innebär att antalet slutenvårdstillfällen ligger en bra bit under Stockholm och Skåne.



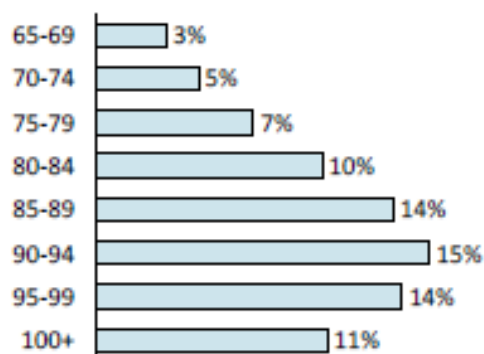
Figur 6 Antal vårdtillfällen med undvikbar slutenvård per 100 000 invånare, bland 65 år eller äldre. Källa: Vega, Anna Kjellström

Norra hälso- och sjukvårdsnämnden utmärker sig med högst antal undvikbar slutenvård.

Stora skillnader kan observeras mellan olika vårdcentralers återinläggningsfrekvenser inom ett och samma landsting. Dessa kan inte förklaras av patienternas ålder, socioekonomi, vårdtyngd eller avstånd till närmaste sjukhus. Slutsatsen är att arbetsätt, bemanning och andra faktorer är avgörande. Dessa skillnader behöver vi både följa upp och analysera.

Indikatorn undvikbar slutenvård kan ge betydelsefull information men tolkningen är komplex och en rad faktorer utöver det vi önskar mäta kan påverka utfallet. Avsikten är att mäta vårdtillfällen (baserade på diagnoserna ovan), som borde kunna förhindras med en optimalt fungerande sjukhusbunden öppenvård och primärvård, d.v.s. tillstånd som inte ska vara huvudorsak till inskrivning på sjukhus. Men måttet är svårtolkat. Det kan finnas flera förklaringar till inomregionala skillnader som observeras, här ges några exempel:

- Patientmix, dvs ålder, socioekonomi, sjuklighet, vårdtyngd
- Arbetsätt, bemanning och andra faktorer såsom att
 - diagnossättningspraxis kan variera.
 - val av huvud/bidiagnos vid diagnosregistrering
 - handläggning på akutmottagningar i benägenhet att sluten-/öppen-vårda patienter
- Utbudspunkter, närhet till sjukhus, tillgången på vårdplatser
- Kvalitet och tillgänglighet i den öppna vården kan förebygga akuta vårdkrävande episoder, vilket måttet ju avser att mäta i första hand.



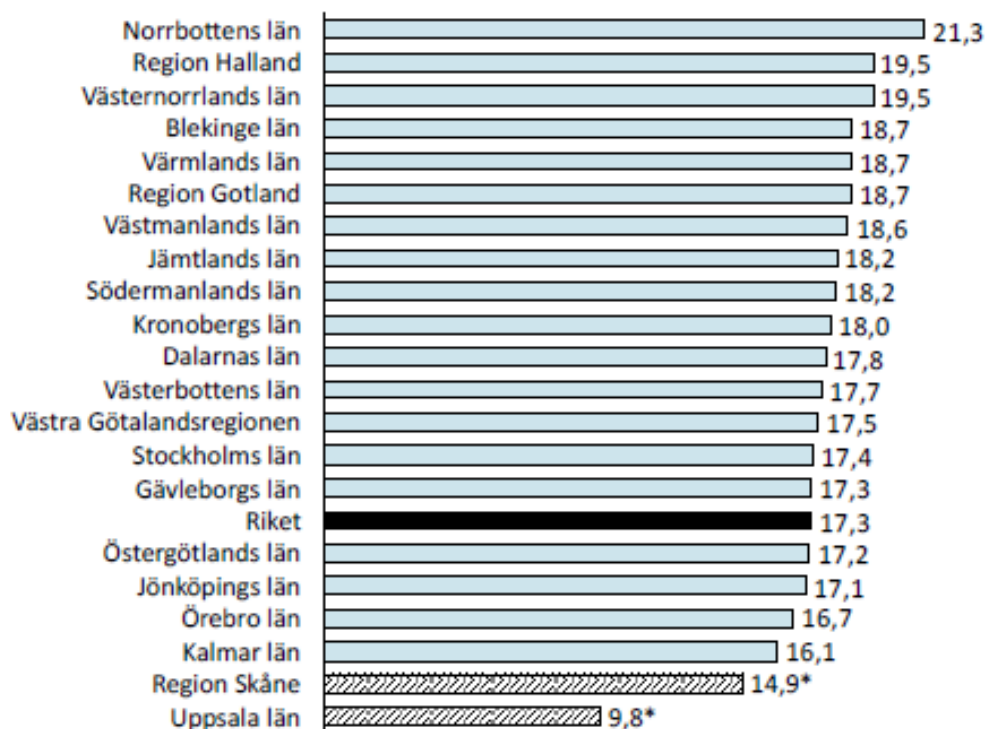
Figur 7 Andel undvikbara slutenvårdsdiagnoser per åldersgrupp, patienter 65 år och äldre, riket, källa: Kvalitetsportal.se, 2013

Risken för att behöva vårdas på sjukhus med undvikbar slutenvård ökar med ålder. Det är vanligast med undvikbar slutenvård i åldersgruppen 90-94 år.

Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar

En majoritet av inskrivningarna på sjukhus är nödvändiga och ändamålsenliga. En inte oväsentlig del av all slutenvård utgörs av vårdtillfällen där patient återvänt till sjukhus en kort tid efter en tidigare vistelse. Sådana åter-inskrivningar kan ofta undvikas genom förbättrad planeringen inför utskrivning, förbättrade processer för övergång till öppen vård och genom att förbättra information till patient och närstående i samband med utskrivning.

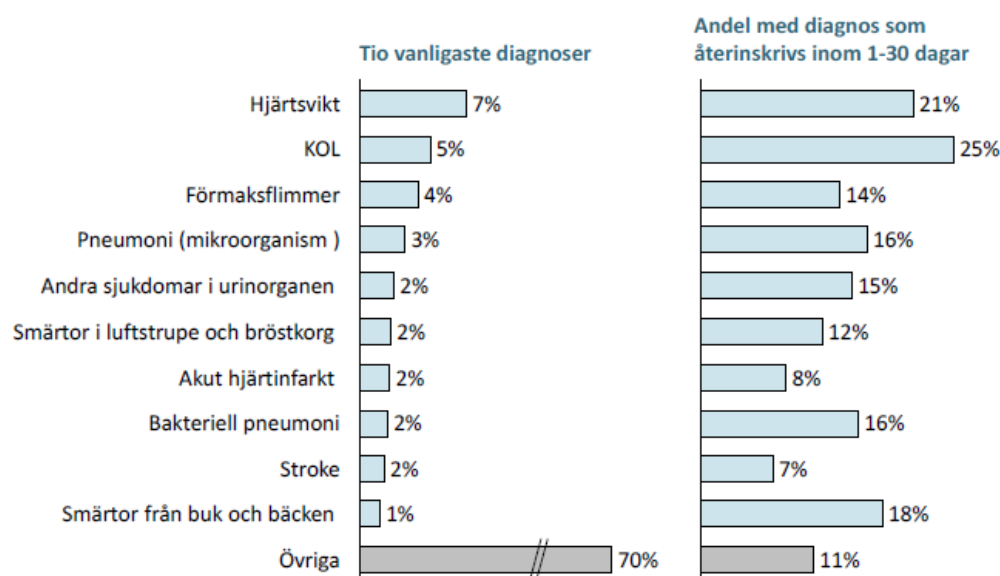
För området vård och omsorg om de mest sjuka äldre avser måttet att belysa alltför tidig utskrivning från den slutna vården, eller utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via den öppna vården inte är tillräckligt samordnad.



Figur 8 Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar av utskrivningar efter oplanerade vårdtillfällen. Per landsting och region. Källa: Kvalitetsportal.se 2013

Inte i något område i regionen ses några egentliga förbättringar sedan år 2011, utan det är endast små slumpmässiga förändringar.

Vanligast är individer med diagnosen hjärtsvikt. Indikatorn undvikbar slutenvård tycks koncentrerad till relativt få diagnoser, vilket pekar på att det kan finnas möjligheter i att arbeta med diagnosspecifika insatser. Det finns därmed behov att ta i beaktning både ”vanligheten” och ”farligheten” av olika diagnoser och därefter ställa sig frågan vilka återinskrivningar som är mest påverkbara.



Figur 9 Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar per huvuddiagnos, samt andel utskrivningar per diagnos som leder till återinskrivning. Riket. Källa: Kvalitetsportal.se 2013 (100 % = 92 000 återinskrivningar)

Utskrivningsklara patienter

Problemet i äldrevårdkedjan är att utskrivningsklara patienter inte tas emot i kommunerna, vilket stoppar processen och bidrar till ett ineffektivt utnyttjande av vårdplatser. Under en undersökt tidsperiod var det i snitt 41 patienter på SU per dag som väntade på att kommunen skulle ta emot dem. SU skriver vidare: Man kan anta att om patienter 75+ med återstående rehabiliteringsbehov på SU skulle vårdas på en specialiserad rehabiliteringsenhet istället för att belägga akutvårdsplatser, skulle det innebära en bättre vårdkvalitet.

Kommunen skulle med all sannolikhet få hem patienter som dessutom var i ett bättre skick. Särskilt om kompetensen på en sådan rehabavdelning hade multiprofessionella team, dvs fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietister, geriatriksjuksköterskor, geriatrikläkare. En sådan rehabenhet skulle vara inriktad på att stärka ADL-funktioner, anpassa styrke- och balansträning. Kontrollera BMI, näringsstatus och ge individuella kost rekommendationer. Upprättande av rehab plan i samråd med den äldre

Betalningsansvarslagen (1990:1404) reglerar kommunernas betalningsansvar för patienter inom landstingets slutna hälso- och sjukvård som är utskrivningsklara och för vilka en vårdplan är upprättad. Kommunerna har idag fem betalningsfria dagar på sig att ordna plats för dessa patienter.

Utifrån nationell rapportering januari till juli 2014 beräknas att cirka 8 900 patienter bedöms vara utskrivningsklara och kvarvarande på sjukhus varje månad. Dessa vårdas i genomsnitt kvar 4,1 dagar och kräver totalt ca 36 000 extra vårddygn. Detta motsvarar en utgift för landstingen på cirka 330 mkr per månad eller 4 miljarder kronor per år.

SU skriver i sin årsrapport för 2014: ”Det är notabelt att antalet `betalddagar` för färdigbehandlade patienter som väntar på annan vårdform inom kommunen, ökat nästan tre gånger 2014 jämfört med föregående år”. NU sjukvårdens antal dagar som patienter väntat mer än fem dagar har varit relativt oförändrat de sista åren men mellan 2013-2014 hade det ökat med 875 dagar (totalt 3 125). SKAS skriver att de saknar uppgifter från tidigare år men antalet betalddagar 2014 var 218 stycken. SÅS saknas uppgift.⁴⁵

En sänkning av antalet betalningsfria dagar skulle kunna ge ett effektivare utnyttjande av slutenvårdsplatser, som i sin tur kan bidra till att lösa bristen på antalet vårdplatser. Sänkningen av antalet dagar löser dock inte de grundläggande problemen med samverkan mellan huvudmän (landsting och kommun). En översyn av betalningsansvarslagen pågår och ska överlämnas till Socialdepartementet 27 februari 2015⁴⁶.

En annan modell är Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) som bl a minskar återinläggningar och förbättrar hälsa hos de äldre och ökar möjligheten att bo kvar hemma 6 månader efter en akut sjukhusvistelse. CGA är ett arbetssätt inom geriatriken som går ut på att bedömningen av patienten är individuell, medicinsk, psykologisk, social och funktionsmässigt med en efterföljande behandlings- och rehabiliteringsplan.⁴⁷

God läkemedelsbehandling för äldre

Äldre människor är mer känsliga för effekter och biverkningar av läkemedelsbehandling på grund av förändrad kroppsammansättning och att kroppens förmåga att omsätta läkemedel försämras samtidigt som organens känslighet för läkemedel ökar med stigande ålder. Det kan till exempel yttra sig i att lugnande medel och sömnmedel får en förlängd verkan med kvarstående trötthet och dåsigheit under lång tid.

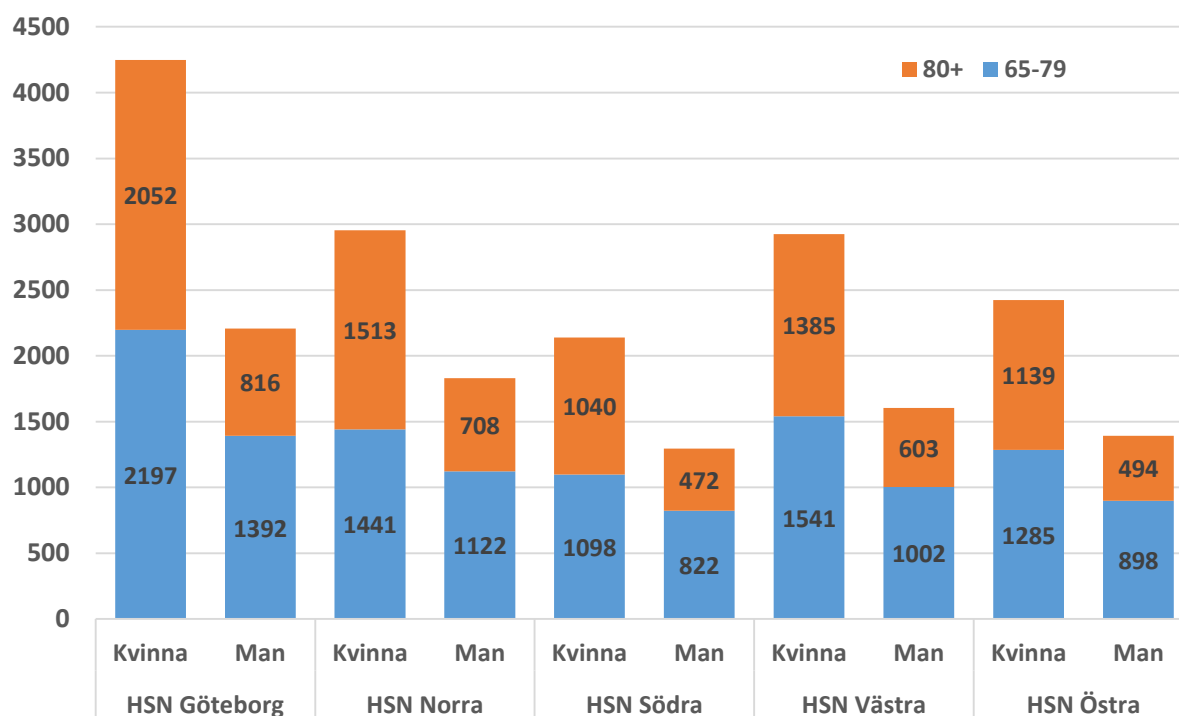
Öppna jämförelser av läkemedelsbehandlingar 2014 visar att tio procent av de äldre över 75 år beräknas använda tio läkemedel eller fler. Samtidig behandling med många läkemedel är förknippat med en ökad risk för biverkningar och skadliga interaktioner mellan läkemedel.

Cirka tre till fyra procent av alla personer över 80 år har ordinerats läkemedel som genom interaktion kan ge svåra biverkningar.

⁴⁵ De mest sjuka äldre på SU, Nulägesbild av äldrevårdsprocessen; 140201 - 140430

⁴⁶ Sveriges Riksdag; http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Utdredningar/Kommittedirektiv/Betalningsansvarslagen_H2B127/

⁴⁷ Caplan Gideon studie publ i Journal of the American Geriatrics vol 52-pag 1417-1423 från sept 2004, Rubenstein artikel i Gerontologi vol 59 pag 473-477 från 2004
Stuck 1993, Ellis 2005, Baztan 2009, Ellis 2011, O'Neill 2011
se även SBU-rapport 2013 dec ”omhändertagande av äldre som inkommer till sjukhus”



Figur 10 Antal individer med 10 läkemedel eller fler. Mätperioder: 3 kvartilen 2013 och 2 kvartilen 2014

Det vi ser i Västra Götaland när data över antal individer med 10 eller fler läkemedel redovisas på kön är att det i samtliga nämndområden är betydligt fler kvinnor än män som har mycket läkemedel.

Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgångar används främst för att öka patientsäkerhet och kvalitet vid långvarig läkemedelsbehandling. Metoden kan bland annat förhindra att patienter tar läkemedel som de inte längre behöver, är olämpliga för äldre, påverkar varandra negativt eller orsakar biverkningar. Regional riktlinje för Västra Götaland finns för såväl läkemedelsgenomgångar och läkemedelberättelse.

- Enkel läkemedelsgenomgång (strukturerad kartläggning och säkerhetsvärdering av aktuell läkemedelsbehandling)
- Ska genomföras minst en gång årligen i primärvården för alla patienter ≥ 75 år, vid inflyttning på särskilt boende, vid inskrivning i hemsjukvården, vid inläggning på sjukhus och när läkemedelsrelaterade problem
- Fördjupad läkemedelsgenomgång (systematisk granskning och utvärdering av läkemedelsbehandlingen)
- Ska genomföras minst en gång årligen i primärvården för alla patienter 75 år och äldre, vid inflyttning på särskilt boende eller inskrivning i hemsjukvården samt när läkemedelsrelaterade problem ej kunnat åtgärdas vid en enkel läkemedelsgenomgång.

Resultat av genomförda läkemedelgenomgångar

Spridningsmått Fyrbodals:

Utfall varierar från 12 till 93 % mellan vårdcentralerna per andel listade patienter – över 75 år som det senaste året fått fördjupad läkemedelsgenomg. Vårdcentral med lägst procentsats hade 482 listade med 58 läkemedelsgenomgångar och högst procentsats hade 951 listade med 889 läkemedelsgenomgångar.

Spridningsmått Göteborgsområdet:

Utfall varierar från 7-100 % mellan vårdcentralerna per andel listade patienter – över 75 som det senaste året fått fördjupad läkemedelsgenomg. Vårdcentral med lägst procentsats hade 86 listade med 6 läkemedelsgenomgångar och högst procentsats hade 486 listade med 58 läkemedelsgenomgångar.

Spridningsmått Södra Älvsborg:

Utfall varierar från 18-73 % mellan vårdcentralerna per andel listade patienter – över 75 som det senaste året fått fördjupad läkemedelsgenomg. Vårdcentral med lägst procentsats hade 1109 listade med 196 läkemedelsgenomgångar och högst procentsats hade 858 listade med 623 läkemedelsgenomgångar.

Spridningsmått Simba:

Utfall varierar från 22-83 % mellan vårdcentralerna per andel listade patienter – över 75 som det senaste året fått fördjupad läkemedelsgenomg. Vårdcentral med lägst procentsats hade 321 listade med 70 läkemedelsgenomgångar och högst procentsats hade 460 listade med 382 läkemedelsgenomgångar.

Spridningsmått Skaraborg:

Utfall varierar från 6-70 % mellan vårdcentralerna per andel listade patienter – över 75 som det senaste året fått fördjupad läkemedelsgenomg. Vårdcentral med lägst procentsats hade 68 listade med 4 läkemedelsgenomgångar och högst procentsats hade 91 listade med 64 läkemedelsgenomgångar.

ANDEL LÄKEMEDELGENOMGÅNGAR				
Område	Högsta	Lägsta	Medel	Antal VC
Fyrbodals	93 %	12 %	50,3 %	38
Göteborgsområdet	100 %	7 %	49,4 %	81
Sa Älvsborg	73 %	18 %	49,3 %	34
Simba	83 %	22 %	55,8 %	13
Skaraborg	70 %	6 %	37,7 %	35
VG	100 %	6 %	47,8 %	201

Figur 11 Andel läkemedelsgenomgångar per samverkansområde. Källa: Spear

Läkemedelsberättelse

Läkemedelsberättelse ska skrivas för alla patienter som skrivs ut från sjukhus, oavsett ålder. Skrivs av läkare för patienten och nästa vårdgivare och bör ingå i som en del i utskrivningsinformationen.

Läkemedelsberättelsen ska beskriva:

- Vilka förändringar av läkemedelsbehandlingen som gjorts under vårdtiden, orsakerna till dessa samt planerad behandlingstid
- När läkemedelsbehandlingen ska följas upp
- Vilken vårdenhet som ansvarar för uppföljningen

Tillsammans med aktuell läkemedelslista ska läkemedelsberättelsen överlämnas till patienten på utskrivningsdagen och skickas till nästa vårdgivare (inklusive kommunal hemsjukvård).

Preventivt arbetssätt

Att arbeta förebyggande på ett systematiskt sätt är viktigt för de äldres hälsa och välbefinnande. Arbetet i kvalitetsregistret Senior Alert innebär att personal får stöd i att bedriva ett aktivt förbättringsarbete med ett förebyggande syfte. Fyra riskområden har en klar koppling till varandra:

- Ohälsa i munnen
- Undernäring
- Trycksår samt
- Fall

Det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet behöver utvecklas på vårdcentralerna. Idag finns Seniorhälsan som riktar sig till piggare och friskare äldre, där det ingår:

- Mätning av blodtryck, blodsocker, längd och vikt.
- Samtal och bedömning av hälsorisker
- Personlig hälsoplan med tips om hälsofrämjande aktiviteter i ditt närområde.
- Vid behov lotsas patienten vidare till sjukvårdsutbudet
- En kontaktperson på vårdcentralen, som svarar på hälso- och sjukvårdsfrågor.

Ett större inslag av fysisk aktivitet, balansträning, lättare styrketräning skulle ge stora hälsovinster på sikt.

Nu när de statliga stimulansmedlen ebbar ut bör man fundera på att inrätta en "Äldrehälsovårdsenhet" ledda av Äldrehälsovårdsöverläkare. De skulle arbeta enligt samma modell som Barnhälsovårdsenheten och Barnhälsovårdsöverläkaren med kunskapsspridning, vårdprogram, kvalitetsuppföljning och säkerställande av att man i hela regionen kan erbjuda jämlika villkor för sjukvård och samverkan.

Det är främst i gruppen 75+ eller till och med 80+ som en sådan funktion behövs och uppdraget skulle omfatta inte bara "mest sjuka äldre" utan hela åldersgruppen med syfte att också ta fram och implementera förebyggande åtgärder. Det är av största betydelse att minska "rekryteringen" till gruppen Mest sjuka äldre via ett strukturerat, jämnt och kunskapsbaserat arbete med alla de faktorer vi nu känner till t.ex. benskörhet och fallrisk, munhälsa, hjärt-kärl-sjukdom, diabetes, olämpliga mediciner för äldre, KOL/rökning etc. och primärvården behöver en stödfunktion för att orka hålla tempot i det arbetet.

God vård vid demenssjukdom

Det finns ungefär 160 000 personer med demenssjukdom i Sverige. Risken att insjukna i demenssjukdom ökar med stigande ålder. Åtta procent av alla som är 65 år eller äldre och nästan hälften av alla som är 90 år eller äldre har en demenssjukdom⁴⁸. Årligen insjuknar omkring 24 000 personer i någon demenssjukdom.

Tidig upptäckt, utredning och diagnos är viktigt vid demenssjukdom. Sjukdomsförloppet vid denna obotliga sjukdom kan lindras och ge fler år med bibehållen självständighet. Svenska Demensregistret (SveDem) och Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD) är de två kvalitetregister som används för att säkerställa och utveckla demensvården⁴⁹.

Täckningsgraden inom specialistvården bedöms vara relativt god. Bristande täckningsgrad i kvalitetsregistret SveDem – framförallt inom primärvården – gör också att det i dagsläget saknas tillförlitlig information om hur många som genomgår en demensutredning och får en demensdiagnos.

Antal grundregistreringar och uppföljningar per vårdcentraler

Spridningsmått Fyrbodalen: Utfall varierar mellan cirka 5 till 280 registreringar i kvalitetsregistret SveDem. Av 38 vårdcentraler i området är det 4 som inte gjort några registreringar .

Spridningsmått Göteborgsområdet: Utfall varierar mellan cirka 5 till 340 registreringar i kvalitetsregistret SveDem. Av 60 vårdcentraler i området är det 27 som inte gjort några registreringar.

Spridningsmått Södra Älvsborg: Utfall varierar mellan mindre än 5 till 240 registreringar i kvalitetsregistret SveDem. Av 22 vårdcentraler i området är det 4 som inte gjort några registreringar.

Spridningsmått Simba: Utfall varierar mellan cirka 10 till 700 registreringar i kvalitetsregistret SveDem. Av 13 vårdcentraler i området är det 2 som inte gjort några registreringar.

Spridningsmått Skaraborg: Utfall varierar mellan cirka 10 till 210 registreringar i kvalitetsregistret SveDem. Av 35 vårdcentraler i området är det 10 som inte gjort några registreringar.

⁴⁸ Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014, rekommendationer, bedömningar och sammanfattning (Socialstyrelsen)

⁴⁹ Bättre liv för sköra äldre, SKL 2014

ANTAL GRUNDREGISTRERINGAR, UTVIDGADE UTREDNINGAR SAMT UPPFÖLJNINGAR (SveDem)					
<i>Geografiska områden:</i>	<i>Antal utredn</i>	<i>Andel av utredn</i>	<i>Antal uppföljn</i>	<i>Andel av uppföljn</i>	<i>Andel av befolkn >65 år</i>
Fyrbodal ⁵⁰	797	16 %	524	13 %	20 %
Göteborgsområdet ⁵¹	1 572	31 %	1 165	29 %	34 %
Sa Älvsborg ⁵²	1 333	26 %	1 064	26 %	19 %
Simba ⁵³	460	9 %	595	15 %	7 %
Skaraborg	954	19 %	676	17 %	19 %
VG	5 116	~100 %	4 024	~100 %	~100 %

Figur 12 Antal grundregistreringar, utvidgade utredningar samt uppföljningar i Svenska Demensregistret.

Åtgärdsförslag

Mycket arbete pågår i de flesta delregionerna, i linje med handlingsplanen för Det goda livet. Men vi vill ändå peka på ett antal områden som vi menar har centrala förbättringsmöjligheter.

1. Våra sjukhus och särskilt slutenvården måste bli bättre på att prioritera rehab. Fysioterapeutisk och arbetsterapeutisk bedömning och behandling ska påbörjas direkt efter inskrivning på sjukhus.
2. Kommun och vårdcentraler upplever, om vi generalliserar, att patienterna skrivs ut för snabbt. Medan sjukhusen inte kan skriva ut utskrivningsklara patienter. Vi bör därför utreda möjligheten av inrättande av en ”VIP-rehab enhet” för sköra äldre >65 år med stora vårdbehov. Vi vet att äldre och särskilt sköra personer snabbare tappar muskelmassa etc. vid sjukdom. Om möjligheten att återhämta sig skulle ges med hjälp av intensivträning med fysioterapiskulle det ge många vinster, särskilt för den äldre men även för samhället. Denna rehabiliteringsform ska innehålla fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietist, geriatriksjuksköterska, geriatrikläkare som är inriktade på att stärka ADL-funktioner, anpassad styrke- och balansträning. Kontroll av BMI, näringsstatus och individuella kost rekommendationer.
3. Den äldre sköra patienten ska vid utskrivning från sjukhuset erhålla skriftlig information om vilka undersökningar eller åtgärder som gjorts, planeringen framåt, vad rehab-plan innebär, vem som är fast vårdkontakt på vårdcentralen dit den äldre kan vända sig om besvär eller frågor uppstår hemma.
4. Informationsöverföringen ska fungera och de ska medfölja patienten

⁵⁰ Norra Bohuslän, Dalsland samt Trestad

⁵¹ Göteborgs stad, Härryda kommun, Öckerö kommun, Mölndals stad samt Partille kommun

⁵² Sjuhärad

⁵³ Kungälv, Tjörn, Ale, Stenungsund

5. Öka den geriatriska kompetensen för all personal som vårdar äldre
6. Utreda ett införande av Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) som arbetssätt inom geriatriken
7. Inrätta akut-geriatrisk avdelning, med möjlighet till direktinläggning, på de sjukhus där det inte finns.

Uppföljningsmetoder

Säker hemgång, nya uppföljningsområden

- Kvalitetssäkra utskrivningsprocessen från sjukhuset → skriftlig rapport 2 gr/år
- Implementera och utbilda i avvikelserapportering, → skriftlig rapport 2 ggr/år
- Följsamhet till regional utskrivningsrutin SVPL → Redovisa utvecklingen x ggr/ år
- Andel patienter (sköra äldre > 65 år) som är inskrivna i Hemsjukvården som har en behandlingsplan upprättad av läkaren på vårdcentralen liksom en upprättad rehabplan
- Andel patienter (sköra äldre > 65 år) som påbörjat rehab på sjukhuset.
- Andel patienter (sköra äldre > 65 år) som har en rehabplan

Undvikbar slutenvård

Indikatorn mäter 13 diagnosgrupper⁵⁴ som i första hand bedöms kunna skötas och förebyggas av kommunerna och primärvården utan behov av slutenvård enligt Socialstyrelsen. För varje rapporterat vårdtillfälle undersöks om någon av dessa undvikbara diagnoser har ställts för individer som är 65 år eller äldre. Under 2014 presenterade Socialstyrelsen ett förslag på indikatorutveckling som nu bearbetas⁵⁵. I förslaget fastslås bland annat att indikatorns primära syfte är att följa det förebyggande arbetet, med beaktande av indikatorns trögriklighet i att implementeringen och effekter av förebyggande insatser kan ta tid. Data för denna rapport är hämtad för samma period som angiven för oplanerade återinskrivningar.

- Vid uppföljning av VGPV ska resultat av arbetet med undvikbar slutenvård och vidtagna åtgärder aktivt efterfrågas och delges vårdsamverkansgrupperna.

Oplanerade återinskrivningar 1-30 dagar

Indikatorn mäter varje oplanerat vårdtillfälle som föregicks av ett föregående vårdtillfälle, oplanerat, inom 1 till 30 dagar. Planerade vårdtillfällen har exkluderats då storleken på planerad verksamhet skiljer sig väsentligen åt mellan olika landsting och över tid. Exempelvis finns landsting där delar av vårdtillfällena hos invånarna sker i ett annat landsting. Omfattningen av planerad verksamhet skiftar också över året vid exempelvis minskad aktivitet på sommaren, vilket försvårar möjligheterna att följa indikatorn vid en inkludering av planerade vårdtillfällen.

Vid analyser av återinskrivningar bör beaktas att olika definitioner kan användas beroende på vad som ska följas. I vissa fall är det mest relevant att följa varifrån utskrivning skett, tidpunkten för utskrivning samt vilken diagnos patienten haft vid första vårdtillfället. I

⁵⁴ Hjärtsvikt, Diabetes, Njurbäckeninflammation, KOL, Kärlkramp, Epilepsi, Hypertoni, Diarré, ÖNH, Anemi, Ulcus, Astma och Bäckeninflammation

⁵⁵ Socialstyrelsen (2014) Utveckling av indikatorerna undvikbar slutenvård och oplanerade återinskrivningar

andra fall är det mer relevant att undersöka vilka diagnoser patienten söker för vid återinskrivning.

Till exempel kan man utifrån denna förståelse analysera vårdkedjor för att förstå om patienter som skrivs ut efter ett kirurgiskt ingrepp har en större risk att åter-inskrivas i läkemedelsrelaterad sjuklighet som skulle kunna förebyggas om en läkemedelsgenomgång genomförs innan utskrivning från den första kliniken.

Utskrivningsklara patienter

Utskrivningsklara patienter är en ny indikator som följts under 2014. Den mäter antal dygn som patient ligger kvar på sjukhus efter det att den äldre bedöms vara utskrivningsklar av ansvarig läkare⁵⁶. Inrapportering av antal utskrivningsklara dygn och vårdtillfällen sker från samtliga landsting månatligen. Data för denna rapport är hämtad för perioden januari till juli 2014. En begränsning med denna indikator är att det saknas enhetliga metoder och definitioner för att av-göra om en patient är utskrivningsklar och vissa skillnader ses mellan landstingen, exempelvis lokala överenskommelser om att en vårdplan måste finnas på plats innan en patient kan räknas som utskrivningsklar, varvid viss försiktighet bör iakttas vid tolkningar av resultaten.

I sammanhanget bör kommunernas betalningsansvar omnämnas vilket stipulerar att om inget annat är överenskommet går betalningsansvaret över till kommunen dagen efter att en patient är utskrivningsklar och en vårdplanering är genomförd, med inskränkningen att det måste ha passerat fem vardagar sedan sjukhuset kallat till vårdplanering⁵⁷.

Webbkollen

Webbkollen är ett webbaserat verktyg för att följa upp sjuka äldre personers bild av resultaten i vård och omsorg. Webbkollen används av vård- och omsorgspersonal för att genomföra trygghetsskapande samtal med sköra äldre personer. Syftet med Webbkollen är för den äldre att inge trygghet, råta ut frågetecken och skapa delaktighet i planeringen av vård- och omsorgskontakter.

På en systemnivå bidrar Webbkollen med en grund för gemensamt förbättringsarbete genom ökad förståelse av hur vården och omsorgen fungerar, samt identifiering av möjliga orsaker som kan användas som underlag till beslut om förbättringsåtgärder. Webbkollen finns i tre versioner:

- *Sjukhus – Återinskrivna*: Sköra äldre som är återinskrivna och befinner sig på sjukhus
- *Sjukhus – Ring upp*: Sköra äldre som är åter i hemmet efter sjukhusvistelser eller besök på specialistmottagning

⁵⁶ 10 § En patient är utskrivningsklar om han eller hon av den behandlande läkaren inte längre bedöms behöva vård vid en enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård. Lag (2003:193).

⁵⁷ 11 § Kommer inte ett landsting och en kommun överens om en annan tidpunkt inträder kommunens betalningsansvar dagen efter det att en patient är utskrivningsklar och en vårdplan är upprättad. För en patient i den somatiska akutsjukvården eller den geriatriska vården inträder betalningsansvaret tidigast fem vardagar, lördag, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade, efter det att kommunen mottagit kallelsen till vårdplaneringen Lag (2003:193).

- *Hälsocentral/vårdcentral, kommunal vård och omsorg*: Sköra äldre som får många olika insatser och där primärvården vill försäkra sig om att allt fungerar

Inrapportering sker idag från 19 landsting, varav 11 stycken har genomfört minst 200 samtal under 2014. Några begränsningar att ha med sig vid tolkning av information från Webbkollen är att 13 procent av intervjuerna är genomförda med anhöriga och inte direkt med patient. Webbkollen har på flera platser implementerats med diverse lokala anpassningar, såsom tillägg av frågor. Det finns även indikationer på att olika tolkningar av frågeställningar och begrepp påverkar den detaljerade jämförbarheten i data. Därför används primärt nationell data inom ramen för denna analys.

Tack till följande personer som granskat innehållet i denna rapport!

*Överläkare Simina Gherman, Sektionschef Geriatrik
Sahlgrenska
Processansvarig De mest sjuka äldre på SU
Sahlgrenska Universitetssjukhuset*

*Verksamhetschef Eva Waern, Geriatrik Mölndal
Sahlgrenska Universitetssjukhuset*

*Överläkare Maria Taranger, Sektionschef medicin och
geriatrik Östra
Sahlgrenska Universitetssjukhuset*

*Verksamhetschef Charlotte Barouma
Wästerläkarna, Göteborg*

Processledare Linda Macke

Referenser

Analys rapport 2, Sammanhållen vård och omsorg 2013, SKL

Analysrapport 2014, SKL

Bättre liv för sjuka äldre, Analysrapport 3

Bättre liv för sköra äldre, SKL 2014

De mest sjuka äldre på SU, Nulägesbild av äldrevårdsprocessen; 140201 - 140430

Karin Fröjd, medicinsk rådgivare HSA, Äldre-seminarium 19 nov 2014

Jongjit J, Komsopapong L, Songjakkaew P, Kongsakon R. Health-related QoL after hf in the elderly community-dwelling 2003

Katz, S. et al. (1970). Progression of the development of the Index of ADL. *The Gerontologist*. 1: p. 20-30.
Stenvall M, Olofsson B, Nyberg L, Lundström m, Gustafson Y. Improved performance in activities of daily living and mobility after a multidisciplinary postoperative rehabilitation in older people with femoral neck fracture: a randomized controlled trial with 1-year follow-up. *J Rehabil Med* 2007, 39(3):232-8

Taylor N, Harding K, Dowling J, Harrison G. Discharge planning for patients receiving rehabilitation after hip fracture: a qualitative analysis of physiotherapists' perceptions. *Disabil & Rehabil*, 2010, 32(6):492-9

Källa: Kommun & Sjukvård Samverkan i Göteborgsområdet (2011)

Källa: Kvalitetsportal.se 2013

Källa: Spear

Källa: Vega, Anna Kjellström

Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014, rekommendationer, bedömningar och sammanfattning (Socialstyrelsen)

Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2014, överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting (SKL)

SBU. Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus – med fokus på sköra äldre. Stockholm:

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2013. SBU-rapport nr 221. ISBN 978-91-85413-62-1.

Socialstyrelsen, Utveckling av indikatorerna undvikbar slutenvård och oplanerade återinskrivningar (2014)

Statistiska centralbyrån, befolkningsstatistik 2013

T Larsson, H Falk, A Bångsbo; FoU i Väst/GR

T Larsson, H Falk, A Bångsbo; FoU i Väst/GR

Ulla Gurner, SKL, år 2011

Åsa Lind, Jörgen Fors: Närhälsan. Äldre-seminarium 19 nov 2014

Öppna jämförelser, sammanställt i Kolada.

<http://www.commonwealthfund.org/>

Caplan Gideon studie publ i *Journal of the American Geriatrics* vol 52-pag 1417-1423 från sept 2004,

Rubenstein artikel i *Gerontologi* vol 59 pag 473-477 från 2004

Stuck 1993, Ellis 2005, Baztan 2009, Ellis 2011, O'Neill 2011

SBU-rapport 2013 dec "omhändertagande av äldre som inkommer till sjukhus"

Palliativ vård

Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och familjer som drabbas av problem som kan uppstå vid livshotande sjukdom. Palliativ vård förebygger och lindrar lidande genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och andliga problem (definition enligt WHO).

Varje år dör omkring 15 000 i Västra Götaland (VG) och uppskattningsvis 80 procent av dem - cirka 12 000 personer - behöver lindrande vård när behandlingen inte längre har någon effekt. Människor som vårdas i livets slutskede finns inom samtliga specialiteter i såväl öppen- och slutenvård och inom kommunal vård. Dessutom finns särskilda resurser som palliativa team och avancerad sjukvård i hemmet. Omsorg kan också ske på hospice genom kommunernas försorg. Hospice finns i Göteborgsnämnden och Östra nämnden men inte i Norra, Södra och Västra nämnderna.

Begreppet palliativ vård användes tidigare främst om vård av personer med cancer, men har nu breddats till att omfatta alla diagnoser. Alla har rätt till god vård och omsorg i den sista tiden i livet – det vill säga att kunna få ett värdigt slut – oavsett ålder, diagnos, vårdgivare eller bostadsort.

Den palliativa vården är under stark utveckling och har under senare år fått stöd genom ett nationellt och ett regionalt vårdprogram, ett nationellt kunskapsstöd och ett nationellt kvalitetsregister. Regionen beslutade hösten 2014 att göra en successiv utökning av antal palliativa vårdplatser och utbyggnad av palliativa öppenvårdsteam med 9,9 mnkr per år under två år. Sedan 2014 är palliativ vård en tilläggspecialitet för alla läkarspecialiteter med patientnära arbete. Det pågår alltså mycket men det finns också stor förbättringspotential inom flera områden. Våra underlag visar att personer med andra allvarliga sjukdomstillstånd än cancer i väldigt låg utsträckning får palliativ vård och att detta är ett utvecklingsområde i regionen. Många personer med behov av palliativ vård riskerar att inte få brytpunktssamtal, smärtlindring, stöd för att hantera sin oro och ångest eller munhälsobedömning.

Åtgärdsförslag:

Begära förbättring

Säkerställa att det finns multiprofessionellt öppenvårdsteam och slutenvårdsplatser för specialiserad palliativ vård på alla sjukhus i regionen

- Förbättra palliativ vård för personer med kroniska icke maligna sjukdomar (t ex hjärtsvikt, lungsvikt).
- Förbättra palliativ vård för äldre personer >75 år
- Förbättra resultat av de nationella indikatorerna
- Utveckla hospiceverksamhet i samverkan mellan VGR och kommunerna
- Öka antalet samordnade individuella vårdplaner (SIP)
- Fånga anhörigas och patienters uppfattning om palliativ vård

Stödja och följa upp

- Följsamhet till nationellt och regionalt vårdprogram för palliativ vård
- Fokus på uppföljning för att minska regionala och nationella skillnader inom den palliativa vården

Kontaktperson: Harriet Johnson Dimberg, harriet.johnson.dimberg@vgregion.se

Innehåll *Palliativ vård*

Hälsoläge	121
Sjukdomsprocess	121
Hemsjukvård.....	122
Hospice	122
Öppen retur	123
Politiska beslut och inriktningar	123
Nationellt vårdprogram för palliativ vård.....	123
Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård.....	123
Regionuppdrag för palliativ vård.....	123
Regionalt vårdprogram för palliativ vård	123
Regional handlingsplan 2014-2015: Det goda livet för sjuka äldre i VGR.....	124
Ordnat införande.....	124
Hälso- och sjukvårdsnämndernas mål- och inriktningsdokument 2015.....	125
Invånarnas uppfattning	125
Vårdkonsumtion	126
Tillgängliga insatser och åtgärder	128
Den palliativa vårdens organisation/utbud i VGR.....	129
Vårdplatser på hospice i VGR	129
Identifierade brister.....	130
Allmänt	130
Åtgärdsförslag	131
Uppföljningsmetoder.	131
Återkommande vård i livets slutskede.....	133
Referenser.....	134
Bilaga 1.....	135

Hälsoläge

Palliativ vård definieras som den vård som ges när botande behandling inte längre är möjlig och sjukdomsförlopp inte kan bromsas. Då ska bästa möjliga lindrande vård och behandling ges och där plågsamma symtom så långt som möjligt ska förebyggas och erbjudas alla oavsett ålder eller bakgrund.

I Sverige lever allt fler människor allt längre med en obotlig sjukdom. För den enskilde innebär det kortare eller längre perioder av stabil sjukdom omväxlande med perioder av tilltagande sjukdomspåverkan då en person närmar sig döden. Behovet av både öppen och sluten palliativ vård ökar med fler patient- och sjukdomsgrupper som cancer, hjärtsvikt och KOL. Fler patienter överlever och behöver avancerad symptomlindring vilket bland annat kräver förbättrad kompetens i palliativ medicin och ett ökat behov av avancerad hemsjukvård. Det är viktigt att den palliativa vården är tillräckligt anpassad till äldres specifika behov. Mer än 60 procent av de avlidna är personer över 80 år varav de flesta är kvinnor. Omkring 85 procent av alla män som avlider är 65 år eller äldre. För kvinnor är motsvarande andel ungefär 92 procent.

Livets slutskede för en person med kronisk sjukdom kan te sig på olika sätt; dels symptom-fritt och stillsamt trots svår sjukdom och där vården kan ske i egna hemmet med hjälp av kommunal sjukvård eller på kommunens särskilda boende. Andra personer kan tidvis behöva specialistsjukvård i kombination med primärvårdsinsatser, medan en tredje grupp kan på grund av mer komplicerade symtom med svår smärta, andnöd, och svåra infektioner behöva mer omfattande insatser dygnet runt. Människor som vårdas i livets slutskede finns inom samtliga specialiteter i såväl öppen som sluten vård. Vård och omsorg sker också genom kommunernas insatser och ansvaret för den palliativa vården är därför delad mellan regionen och kommunerna. Omhändertagandet görs i olika vårdformer – sjukhus, primärvård/basal hemsjukvård, avancerad hemsjukvård och kommunala korttidsboenden.

Några centrala begrepp och definitioner inom palliativ vård

Världshälsoorganisationens (WHO:s) definition av palliativ vård lyder ”*Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och familjer som drabbas av problem som kan uppstå vid livshotande sjukdom. Palliativ vård förebygger och lindrar lidande genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och andliga problem.*”

Sjukdomsprocess

Den palliativa sjukdomsprocessen kännetecknas av att tillståndet är obotligt, symptom-givande, i sitt skeende progressivt och leder till död inom en överskådlig förväntad tid. Målet med vården är att med aktiva åtgärder skapa förutsättningar för livskvalitet i livets slutskede. Den palliativa vården omfattar vanligen en tidig fas, som är lång och en sen fas, som är kort och omfattar dagar, veckor eller någon månad. Tidig palliativ fas inleds då patienten får sin diagnos. I denna fas är målet vanligen livsförlängning och behandling av grundsjukdomen kan fortfarande pågå. Den andra fasen i förloppet infaller när det står klart att livsförlängning inte är möjlig och innebär att vården ändrar inriktning och mål. Målet blir nu att skapa ett så gott liv som möjligt trots sjukdomens konsekvenser och behandlingen inriktas uteslutande på symptomlindring. Situationen i livets slutskede kan som sagt se mycket olika ut för den enskilde. I vissa fall krävs kvalificerade, palliativa insatser dygnet runt, i andra fall behövs inga specifika palliativa

insatser. Att samverka mellan de olika vårdgivarna är välfungerande är av avgörande betydelse.

Allmän palliativ vård ges av utbildad omvårdnadspersonal till patienter med ett relativt symptomfattigt sjukdomsförlopp men med ett stort omvårdnadsbehov. Denna vård ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård. Den bedrivs inom olika vårdformer såsom akutsjukhus och kommunala vård- och omsorgsboenden. På sjukhus ges allmän palliativ vård av samtliga kliniker som vårdar patienter med allvarliga och kroniska sjukdomar. Palliativ vård är inte enheternas kärnverksamhet utan en integrerad del i annan vård, till exempel på en kirurgklinik. Kommunerna bedriver allmän palliativ vård på särskilda boenden och korttidsplatser samt i ordinärt boende. I kommunens verksamhet är det primärvårdsläkare vid vårdcentral som har läkaransvaret.

Specialiserad palliativ vård ges till patienter i livets slutskede som har komplexa symptom och behov. Vården ges av ett multiprofessionellt team som kan bestå av läkare, sjuksköterskor och oftast också undersköterskor, kuratorer och rehabiliteringspersonal. Från och med 2015 är palliativ vård en tilläggspecialitet till samtliga läkarspecialiteter som har nära patientarbete.

De fyra hörnstenar som all palliativ vård vilar på är:

- Symptomkontroll (lindring av smärta och andra svåra symptom)
- Samarbete av mångprofessionellt slag, dvs. ett team av läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, undersköterskor, kurator etc
- Relation och kommunikation – god relation inom teamet och med patienten och närstående
- Stöd till närstående under sjukdomstiden och efter dödsfallet

Hemsjukvård

Hemsjukvård innebär att hälso- och sjukvård ges i patientens bostad eller motsvarande och att ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden. Hemsjukvård ges i såväl ordinärt som särskilt boende. Hemsjukvården utförs av sjuksköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast och delegerad omvårdnadspersonal.

Patientansvarig läkare finns inom primärvård och/eller länssjukvård. Kommunerna vårdar palliativa patienter som är inskrivna i den kommunala hemsjukvården. Åtgärder/insatser ska ha föregåtts av vård- och omsorgsplanering.

Huvudmännen tillsammans ska upprätta en samordnad individuell plan (SIP) när den enskilde har behov av samordnade insatser från båda huvudmännen.

Hospice

Hospice som begrepp innefattar en viss vårdinriktning och betyder inte ett speciellt hus eller avdelning. I Sverige är det liktydigt med palliativ vård; endast obotligt sjuka får vård och omsorg på hospice. I Västra Götaland finns hospice i Göteborg och Lidköping. Verksamheterna drivs oftast av stiftelser. För att få plats på hospice krävs en bedömning av omvårdnadsbehov, så kallad biståndsbedömning, som görs av socialtjänsten i kommunerna.

Öppen retur

Öppen retur innebär att en patient har rätt att komma till en förutbestämd vårdavdelning utan att passera akutmottagning. Detta förutsätter en i förväg tydlig överenskommelse mellan patienten och vårdgivaren.

Politiska beslut och inriktningar

Nationellt vårdprogram för palliativ vård

Det första nationella vårdprogrammet för palliativ vård i Sverige kom 2012. Det är utarbetat inom ramen för det samarbete som finns mellan Sveriges regionala cancercentra och beskriver hur palliativ vård ska ges oberoende av diagnos, ålder, etnicitet, bakgrund eller andra faktorer. Visionen är att alla människor med sina unika behov ska tillförsäkras en värdig och välfungerande vård vid livets slut. Palliativ vård ska kunna bedrivas såväl vid palliativa verksamheter som brett inom hela sjukvårdssystemet och den kommunala omsorgen.

Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård

Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd för god palliativ vård publicerades 2013. Det riktar sig till både hälso- och sjukvård och till kommunal vård/ omsorg. Det ska stödja vårdgivarna att utveckla den palliativa vården, underlätta uppföljning och kvalitetssäkring samt tillgodose en likvärdig vård för patienterna. Kunskapsstödet och det nationella vårdprogrammet för palliativ vård kompletterar varandra och utgör tillsammans en gemensam grund för ett gott omhändertagande av personer i livets slutskede. Några centrala rekommendationer i kunskapsstödet är att kommuner och landsting bör erbjuda

- samtal med patienter om vårdens innehåll och riktning i livets slutskede, för att förebygga oro och missförstånd samt förbättra livskvaliteten hos personer i livets slutskede
- regelbunden analys och skattning av smärta hos patienter som har smärta i livets slutskede samt strukturerade bedömningar av patientens symtom för att ge patienten en så adekvat symtomlindring som möjligt
- fortbildning och handledning i palliativ vård till personal inom vård och omsorg för att lindra symtom och främja livskvalitet hos patienter i livets slutskede

Regionuppdrag för palliativ vård

Regionstyrelsen (RS) beslutade under 2014 om ett regionuppdrag för palliativ vård. Det är ett generellt uppdrag till beställare och utförare om att implementera det nationella kunskapsstödet för att få en tydlig gemensam inriktning för palliativ vård inom VGR. Regionuppdraget lyfter fram samma tre områden fram som de centrala rekommendationerna i det nationella kunskapsstödet.

Regionalt vårdprogram för palliativ vård⁵⁸

Det första regionala vårdprogrammet i palliativ vård fastställdes i januari 2015 och omfattar VGR och Region Halland. Det är en tillämpning av det nationella vårdprogrammet och det nationella kunskapsstödet. Syftet är att beskriva hur den palliativa vården för vuxna ska organiseras i VGR och Region Halland oavsett diagnos eller vårdform.

⁵⁸ Regionalt vårdprogram palliativ vård 2014-2016, VGR

Vårdprogrammet fastställer att varje sjukhus i VGR ska ha ett multiprofessionellt öppenvårdsteam som ska kunna göra hembesök och som patienterna enkelt ska kunna kontakta på telefon.

I vårdprogrammet fastställs också att varje sjukhus i VGR ska ha slutenvårdsplatser med särskild inriktning på specialiserad palliativ vård. Europarådet anger att slutenvårdsbehovet är 5-8/100 000 invånare i en miljö där välfungerande hemsjukvård eller ASIH⁵⁹-verksamhet finns. Den palliativa verksamheten ska vara tillgänglig hela dygnet. Läkare och sjuksköterskor med palliativ kompetens ska också finnas tillgängliga dygnet runt. Ett öppet retursystem till vårdplatserna ska finnas och vara tydligt för de anslutna patienterna.

Inom den palliativa vården finns många personer som vårdas i slutskedet av en cancersjukdom. Regionalt cancercentrum Väst (RCC) har palliativ vård som en av ett tjugotal processer som utvecklas, samordnas och stödas. Syftet är att förbättra den palliativa vårdprocessen för att den sista tiden i livet ska bli så bra som möjligt. Arbetet leds av en regional processledare som i samverkan med andra aktörer koordinerar det fortsatta utvecklingsarbetet. Ett konkret resultat av detta samarbete är en vidareutveckling av en rapport på www.kvalitetsportal.se som i realtid visar genomgenomsnittlig måluppfyllelse av Socialstyrelsens nationella indikatorer.

Regional handlingsplan 2014-2015: Det goda livet för sjuka äldre i VGR

Den regionala handlingsplanen utgår från den nationella äldresatsningen *Bättre liv för sjuka äldre*⁶⁰ och syftar till stödja utvecklingen och förbättra vården och omsorgen för de mest sjuka äldre. Ett särskilt insatsområde i planen är att stärka och utveckla den palliativa vården för att kunna god vård i livets slut.

Ordnat införande

Hälso- och sjukvårdens begränsade resurser ska i första hand användas till metoder och läkemedel som skapar verklig patientnytta genom ökad överlevnad och förbättrad hälsorelaterad livskvalitet. Därför sker årligen en granskning av nya läkemedel och metoder innan de införs i sjukvården. I VGR görs detta genom en strukturerad process som kallas "ordnat införande". Beslut om ordnat införande gäller inom hela VGR och processen genomförs i två etapper per år. Beslutet som togs i etapp 2 hösten 2014 innebär en successiv utökning av antal palliativa vårdplatser och utbyggnad av palliativa öppenvårdsteam med 9,9 mnkr per år under två år. Underlag för beslutet framgår av bilden nedan.

⁵⁹ ASIH= avancerad sjukvård i hemmet

⁶⁰ Bättre liv för sjuka äldre, överenskommelser mellan SKL och regeringen

Vårdprogram palliativ vård

Vårdprogrammet är det första regionala vårdprogrammet i palliativ vård i Västra Götaland (VGR) och Halland. Syftet med vårdprogrammet är att beskriva hur den palliativa vården för vuxna ska organiseras i VGR och Halland, oavsett diagnos eller vårdform. Denna organisation ska möjliggöra en tillämpning av det första nationella vårdprogrammet i palliativ vård (2011) och Socialstyrelsens Nationella kunskapsstöd för god palliativ vård (2013).

Beredningsgrupper föreslår att man stödjer vårdprogrammet och en succesiv utökning av palliativa vårdplatser och palliativa öppenvårdsteam.

Åtgärd/förändring - FÖRSLAG	Beräknad kostnad
Utökning vårdplatser (5-8 vårdplatser/100 000 inv)	12,5 - 33,1 Mkr
Utökad personalitet avdelning SU och NU	8,6 Mkr
Utbyggnad palliativa öppenvårdsteam	7,3 Mkr
Utvecklingssköterskor	3,6 Mkr
Konsultativt arbetssätt	0,5 Mkr
Totalt	32,5 Mkr - 53,1 Mkr

Förslag till introduktion

9,9 mkr per år under två år (motsvarar halva kostnaden för utökning vårdplatser och utbyggda övteam)

Rangordning

Kunskapsunderlaget bedöms till prio 2
Bygger på nationella vårdprogram och kunskapsstöd.

ÄNDRA DENNA SIDFOT VIA MENYN VISA-SIDHUVUD/SIDFOT



Ur Kunskapsunderlag till regionuppdrag

Hälso- och sjukvårdsnämndernas mål- och inriktningsdokument 2015

Flera av de tidigare tolv hälso- och sjukvårdsnämnderna har som mål att utveckla och satsa på vård för personer med behov av palliativ vård.

Samtliga sjukhus som hälso- och sjukvårdsnämnderna tecknar vårdöverenskommelser med har palliativa resursteam.

I Skaraborg har hälso- och sjukvårdsnämnderna ett avtal med Stiftelsen Gabriel som anger att stiftelsen ska bedriva hospiceverksamhet i Lidköping. VGR finansierar cirka 2,5 vårdplatser/dygn. Skaraborgs sjukhus har i uppdrag att genom palliativa teamet samarbeta med Hospice Gabriel.

I Göteborg finns tre olika hospice: Helhetsvård på Bräcke Västergård, Kålltorps hospice och Änggårdens hospice. Hälso- och sjukvårdsnämnderna har gett SU i uppdrag att tillhandahålla läkare på hospice.

Invånarnas uppfattning

VGR saknar generell data som belyser invånarnas erfarenheter av palliativ vård och av upplevd kvalitet. Vårdbarometern och den Nationella patientenkäten saknar frågor om invånarnas uppfattning om palliativ vård.

Vi har inte funnit några svenska studier som undersökt invånarnas inställning till palliativ vård. I internationella studier som undersökt invånarnas inställning till

palliativ vård så är det framför allt två aspekter som lyfts fram⁶¹. Dels anser en stor majoritet att det är förbättringar av livskvaliteten som skall prioriteras även om det innebär att livet förkortas. Det andra är att palliativ prioriteras högt vilket innebär att en viss ökning av livskvaliteten i livets slut är mer värt än en motsvarande stor ökning som inträffar tidigare i livet.

Vårdkonsumtion

Palliativ vård är inte ett särskilt medicinskt verksamhetsområde utan finns inom många specialiteter. Vårdkonsumtion av palliativ vård kan därför inte enkelt hämtas ur VGR:s vårddatabas VEGA.

I tabell 1 nedan visas hur antal avlidna per nämnd indelat i åldersgrupper.

Tabell 1 Antal döda i VG 2013, fördelat på nämndområde

Geografiskt område	0-24 år	25-64 år	65-79 år	80+	Totalt
Göteborgsnämnden	47	570	1 152	2 730	4 499
Norra nämnden	29	295	767	1 782	2 873
Södra nämnden	15	233	526	1 327	2 101
Västra nämnden	23	344	793	1 623	2 783
Östra nämnden	23	265	727	1 761	2 776
Totalt antal avlidna	137	1 707	3 965	9 223	15 032

Källa: SCB

De främsta dödsorsakerna var cirkulationssjukdom (hjärt/kärlsjukdom, t ex hjärtsvikt), där 5 731 personer (38 procent) avled och cancersjukdom som 3 749 personer (25 procent) dog av. Bröstcancer är den vanligaste cancerformen bland dödsorsaker för kvinnor och prostatacancer den mest frekventa för män.

Hur stor andel fick palliativ vård i VGR 2013?

Man brukar räkna med att cirka 80 procent av döende personer behöver någon form av palliativ vård. Det betyder att ungefär 12 000 av de omkring 15 000 personer som årligen dör i VGR behöver få antingen allmän eller specialiserad palliativ vård. Enligt europeiska beräkningar beräknas cirka 20 procent av de 12 000 – eller 2 400 personer -ha sådana komplexa symptom och behov som kräver *specialiserad*⁶² palliativ vård. Utgår man från riksgenomsnittet av patienter anslutna till specialiserad palliativ vård i Sverige – 12 procent – blir siffran istället 1 400 personer per år. Särskilt är det personer med svåra kroniska icke maligna sjukdomar (KOL, hjärtsvikt etc) som i större utsträckning än idag bör bli föremål för specialiserad palliativ vård. I första hand bör vård utanför sjukhus med palliativa team och kommunal hälso- och sjukvård eftersträvas, men slutenvårdsmöjligheter måste också finnas.⁶³

⁶¹ Valuing QALYs at the end of life Pinto et al, Social Science & Medicine 113 (2014)

⁶² Se sid 4 i denna behovsanalys

⁶³ Regionalt vårdprogram palliativ vård 2014-2016, VGR

- Under 2013 dog 6 046 personer på sjukhus i VGR, se tabell 2 nedan. Av dessa registrerades 1 904 personer av vårdenhet som bedriver palliativ vård.

Tabell 2 Antal personer som avlidit på vårdenhet i VGR 2013, fördelat på diagnos- och åldersgrupp

Åldersgrupp	Cirkulation	Tumör	Skador	Övrigt	Totalt
0 – 24	23	9	6	73	111
25 - 64	195	279	29	244	747
65 - 79	575	602	57	691	1 925
80 -	1 271	396	218	1 378	3 263
Summa	2 064	1 286	310	2 386	6 046

Källa: VGR:s vårddatabas Vega

- Under perioden januari 2013- juni 2014 avled 5 924 personer i VGR av någon form av cancer. I VGR dog i snitt 31 procent av cancerpatienterna på sjukhus. Det finns variationer mellan kommunerna i hur stor andel som dog på sjukhus. I Ale, Alingsås, Dals-Ed, Hjo, Lilla Edet, Lysekil och Trollhättans kommuner avled mer än 40 procent av cancersjuka på sjukhus medan andelen i Lidköping, Partille och Vara kommuner ligger på under 20 procent. Skillnader mellan kommunerna kan vara en indikation på hur väl utbyggd verksamhet med mobila palliativa team är.

I tabell 3 nedan visas vårdkonsumtionen under de tre sista månaderna i livet för dessa personer och i tabell 4 visas beräknade kostnader för specialiserad vård för dem.

Tabell 3 Vårdkonsumtion per person under livets tre sista månader för patienter med cancerdiagnos (130101-140630)

	Hälsa- och sjukvårdsnämnd					
	Göteborg	Norra	Södra	Västra	Östra	VGR
Antal avlidna	1 631	2 785	901	1 196	1 042	5 924
Kontakter i öppenvård						
Primärvård	0,57	0,80	0,95	0,99	1,21	0,94
Specialistvård	3,44	2,54	1,70	1,93	1,40	2,09
Öppenvård totalt	4,01	3,34	2,65	2,92	2,61	3,03
Slutenvård						
Vårdtillfällen	0,91	0,98	0,97	1,02	1,05	1,00
Vård dagar	13,00	12,50	12,15	11,57	11,49	12,08

Källa: VGR:s vårddatabas Vega

Tabell 4 Beräknade kostnader för specialiserade vården per person under livets tre sista månader för patienter med cancerdiagnos (130101-140630) (Obs primärvård eller kommunens kostnader för vård och omsorg är exkluderade)

Kostnader för specialiserad vård:						
Öppenvård	8 572 kr	7 694 kr	5 975 kr	7 528 kr	4 547 kr	6 845 kr
Slutenvård	69 733 kr	65 153 kr	54 300 kr	67 629 kr	57 898 kr	62 726 kr
Total kostnad specialistvård	78 305 kr	72 847 kr	60 275 kr	75 157 kr	62 445 kr	69 571 kr

Källa: VGR:s vårddatabas Vega

I vår fördjupade undersökning av vårdkonsumtionen under livets tre sista månader för patienter med en cancerdiagnos ser vi att utnyttjandet av slutenvård i stort sett är

detsamma oavsett vilket nämndområde som patienten tillhör. Patienter har i genomsnitt ett vårdtillfälle som varar ca 12 dagar. Däremot så skiljer sig utnyttjandet av öppenvård där förekomsten av primärvårdsbesök respektive specialistvårdsbesök kan skilja tvåfalt mellan olika områden. De områden som har ett högre utnyttjande av öppen specialistvård har också något längre vårdtillfällen vilket sammantaget innebär högre kostnader för vård i livets slut. Notera att vårdkonsumtionen endast avser landstingsregional sjukvård.

Tillgängliga insatser och åtgärder

Nedan följer en sammanställning av preciserade vårduppdrag och särskild uppföljning av palliativ vård i nämndernas vårdöverenskommelser 2015.

Vårdgivare	Vårdöverenskommelse 2015	Uppföljning
Alingsås lasarett	<ul style="list-style-type: none"> Tillse att personer i livets slutskede som är i behov av öppen retur kan komma direkt till förutbestämd avdelning. Palliativa teamet ska vara konsult till kommunernas hemsjukvård och vårdcentraler Registrera i Svenska Palliativregistret 	<ul style="list-style-type: none"> Antal och andel patienter som <ul style="list-style-type: none"> registreras i palliativregistret fått brytpunktssamtal Antal remisser till palliativa resursteamet samt andel patienter som skrivs in i teamen Andel utförda smärtskattningar sista levnadsveckan med validerat instrument
SÅS	Inga preciserade vårduppdrag.	Antal och andel patienter som <ul style="list-style-type: none"> registreras i palliativregistret i övergång till palliativ vård som får brytpunktssamtal med dokumenterad munhälsobedömning har en dokumenterad individuell vid behovsordination av ångestdämpande läkemedel har en dokumenterad individuell vid behovs-ordination av opioid
NU-sjukvården	Inga preciserade vårduppdrag.	
SkaS	Inga preciserade vårduppdrag.	
SU	Inga preciserade vårduppdrag.	<ul style="list-style-type: none"> SU ska tillhandahålla läkarinsatser för sjukhusanknuten hemsjukvård inkl. palliativ vård för invånarna i Göteborgs Stad, i samverkan med kommunen. From 2015 även motsvarande uppdrag med Mölndals kommun I tilläggsöverenskommelse för 2013-2014 har SU också i uppdrag att tillgodose behovet av kurator och dietist inom den del av ASIH som regionen ansvarar för. Kuratorns insats är att på ett organiserat sätt erbjuda stöd och hjälp för patienter och familjen att hantera sin situation under patientens sjukdom eller dödsfall ett uppdrag är att inom regionens ansvarsområde arbeta med avancerade och komplexa frågor avseende nutritionsbehandling i palliativ vård
Kungälvssjukhus	AVH	<ul style="list-style-type: none"> AVH Avancerad sjukvård i hemmet

Den palliativa vårdens organisation/utbud i VGR

Det finns idag någon form av specialiserad palliativ verksamhet vid samtliga sjukhus i VGR. Särskilda vårdplatser för specialiserad palliativ vård finns vid alla sjukhus i VGR utom Kungälv's sjukhus. Det är dock endast SU som har palliativ läkarkompetens dygnet runt. Dygnet runt-tillgänglighet saknas i övrigt vid flera enheter och tillgång till läkare med palliativ kompetens på jourtid kan bara erbjudas i begränsad omfattning. Arbetssätt, antal anslutna patienter, tillgänglighet och tillgång till mobila team varierar. Teamens sammansättning varierar också liksom fortbildning och möjlighet till handledning. Öppen specialiserad palliativ vård saknas idag i delar av VGR; framförallt i Göteborgs kranskommuner: Partille, Härryda, Mölnlycke, Mölndal och Öckerö.⁶⁴ Möjlighet till egen fortbildning och fortbildning till andra enheter inom akutsjukvård, primärvård eller kommunal hälso- och sjukvård ingår oftast inte i uppdraget. Sammanfattningsvis uppfyller de flesta enheter i VGR idag inte alla kriterier för specialiserad palliativ vård.

Dimensioneringen av slutenvård är ojämnt fördelad i VGR och understiger Europarådets rekommendationer. Enheter för specialiserad palliativ vård är ojämnt utbyggda i regionen, och saknas i några områden. Idag vårdas 6-8 procent av döende patienter i denna vårdform. Målet är att nå riksgenomsnittet på 12 procent. Fler patienter med icke cancerdiagnoser bör bli föremål för specialiserad palliativ vård. Ett uppdrag att bedriva fortbildning, utveckla en palliativ konsultverksamhet på sjukhusen och mot primärvården samt delta i multidisciplinära konferenser bör övervägas. Palliativ medicinsk kompetens bör vara tillgänglig hela dygnet i ett bakjourssystem.

Vårdplatser på hospice i VGR

Hospice är att betrakta som en form av specialiserad palliativ vård. Specialiserad palliativ vård ges och vården är kopplad till ett boende. Hospice kan ha kommunal huvudman eller privatfinansieras. Tillgång till hospiceplatser i regionen är ojämlig. Det finns fyra hospice – tre i Göteborg och ett i Lidköping. Hospice Gabriel (Lidköping) har 7–9 platser, och de tre hospice som finns i Göteborg har tillsammans 26–30 platser. Hospice som finns i Göteborg är: Kålltorps Hospice, som ägs av kommunen. Helhetsvården Bräcke Diakoni och Änggårdens Hospice vilka drivs av stiftelser.

Bilaga 1 innehåller en förteckning över specialiserade palliativa vårdplatser på sjukhus och hospice i VGR.

⁶⁴ Regionalt vårdprogram palliativ vård 2014-2016, VGR

Identifierade brister

Allmänt

Nedan följer förslag på områden med förbättringspotential. Förslagen baseras på det regionala vårdprogrammet, palliativregistrets årsrapport 2013, denna rapport (hospice) samt resultat för nationella indikatorer.

- Patienter ska få god palliativ vård oavsett bostadsort, ålder eller diagnos. Data i palliativregistret visar att detta är ett utvecklingsområde. Knappt 10 procent av de registrerade väntade dödsfallen i landet har vårdats av specialiserade palliativa enheter. I nio län utgör dessa patienter 90 procent eller mer av patienter med cancer. Detta väcker frågor om patienter som är döende av andra sjukdomar verkligen får tillgång till den specialiserade palliativa kompetens som de behöver (*Palliativregistrets årsrapport 2013*).
- Gruppen äldre särskilt behöver beaktas inom palliativ vård. För att kunna möta äldres behov är det angeläget att den palliativa vården bättre integreras i vården av patienter med andra kroniska sjukdomar och flera diagnoser. (*Regionalt vårdprogram*)
Äldre får i mindre utsträckning än yngre brytpunktsamtal, smärtskattning, symtomskattning, vidbehovsordinationer i injektionsform, konsultstöd av extern kompetens inom smärtlindring eller palliativ vård erbjudande om eftersamtal och dör oftare ensamma. (*Palliativregistrets årsrapport 2013*).
- Patienter med kroniska progressiva icke maligna sjukdomar (hjärtsvikt, lungsvikt, njursvikt) får i mycket liten utsträckning ta del av specialiserad palliativ vård. Mindre än 5 procent av patienterna i de palliativa teamen har en annan diagnos än cancer. Målet i Sverige idag är att öka andelen till 15 procent för att bättre motsvara de verkliga vårdbehoven. Det innebär att den palliativa vårdideologin tydligare bör införas inom dessa sektorer i vården. (*Regionalt vårdprogram*)
- Säkerställa att varje sjukhus i regionen har en specialiserad palliativ enhet eller slutenvårdsplatser med särskild inriktning på specialiserad palliativ vård. Vårdplatser med sådan inriktning saknas idag vid Kungälvssjukhus. (*Regionalt vårdprogram*)
- Öppen specialiserad palliativ vård saknas helt inom Göteborgs kranskommuner: Partille, Härryda, Mölnlycke, Mölndal samt Öckerö. (*Regionalt vårdprogram*)
- Det förväntas en stor volymökning av resurskrävande patienter med prostatacancer då nya läkemedel kommer som kan förlänga den palliativa fasen från cirka ett till tre år. (*Behovsanalys prostatacancer 2015, VGR*)
- Tillgången till hospice är ojämnt fördelad i VGR. Det finns behov av att kommuner och VGR tar fram en gemensam målbild för den palliativa vården för att säkerställa vårdkedjan, vårdformer och ansvarsfördelning. (*Behovsanalys palliativ vård*)
- Samordnade individuella vårdplaner (SIP) behöver ökas. SIP ska göras enligt lag när en person har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både kommun och region. Samverkan mellan palliativa team och primärvård är idag svag på vissa håll. (*Regionalt vårdprogram*)

- Under 2014 presenterade RCC Väst en kompetensinventering för cancervårdens kompetensförsörjning. Rapporten pekar på att det saknas kompetent personal både i antal och fördelning i VGR. Det behövs en långsiktig rekrytering inom flera specialiteter för att täcka behov av palliativ vård avser palliativ vård pekar rapporten på en rad olika faktorer. (*Kompetensinventering RCC Väst 2014*)
- Förbättrad uppföljning av nationella indikatorer. Många av verksamheterna i VGR har låga resultat för indikatorer som brytpunktssamtal, munhälsobedömningar (*RCC Väst*)
- Palliativ vård är ett utvecklingsområde som behöver resurser för att möjliggöra och stödja verksamhetsutveckling, forskning och utbildning genom utvecklingstjänst per sjukhusområde. (*Regionalt vårdprogram*)

Åtgärdsförslag

- Säkerställa att det finns multiprofessionellt öppenvårdsteam och slutenvårdsplatser för specialiserad palliativ vård på alla sjukhus i regionen
- Förbättra palliativ vård för personer med kroniska icke maligna sjukdomar (t ex hjärtsvikt, lungsvikt).
- Förbättra palliativ vård för äldre personer >75 år
- Förbättra resultat av de nationella indikatorerna
- Utveckla hospiceverksamhet i samverkan mellan VGR och kommunerna
- Öka antalet samordnade individuella vårdplaner (SIP)
- Fånga anhörigas och patienters uppfattning om palliativ vård via frågor i Vårdbarometern⁶⁵
- Följsamhet till nationellt och regionalt vårdprogram för palliativ vård
- Skapa utvecklingstjänster för palliativ vård inom sjukhusområdena

Uppföljningsmetoder.

För att förbättra vården i livets slutskede har de senaste åren flera olika verktyg kommit på plats för att följa upp vården: Svenska palliativregistret, Socialstyrelsens kunskapsstöd för god palliativ vård, Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014 och Regionalt vårdprogram för palliativ vård 2014-2016. Det är angeläget att dessa verktyg används i uppföljning av palliativ vård.

Svenska palliativregistret

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. I palliativregistrets årsrapport för 2013 konstateras att viktiga förbättringar har skett i det palliativa vårdinnehållet i livets slutskede under den senaste treårsperioden. Trots dessa förbättringar finns det fortfarande mycket att arbeta med för att nå ända fram till de målnivåer som man skulle vilja uppnå, t ex att minst 90 procent av "väntade dödsfall" ska få palliativa insatser.

⁶⁵ Vårdbarometern= undersökning som visar medborgarnas attityder till, kunskaper om och förväntningar på svensk hälso- och sjukvård.

Nationella indikatorer för god palliativ vård

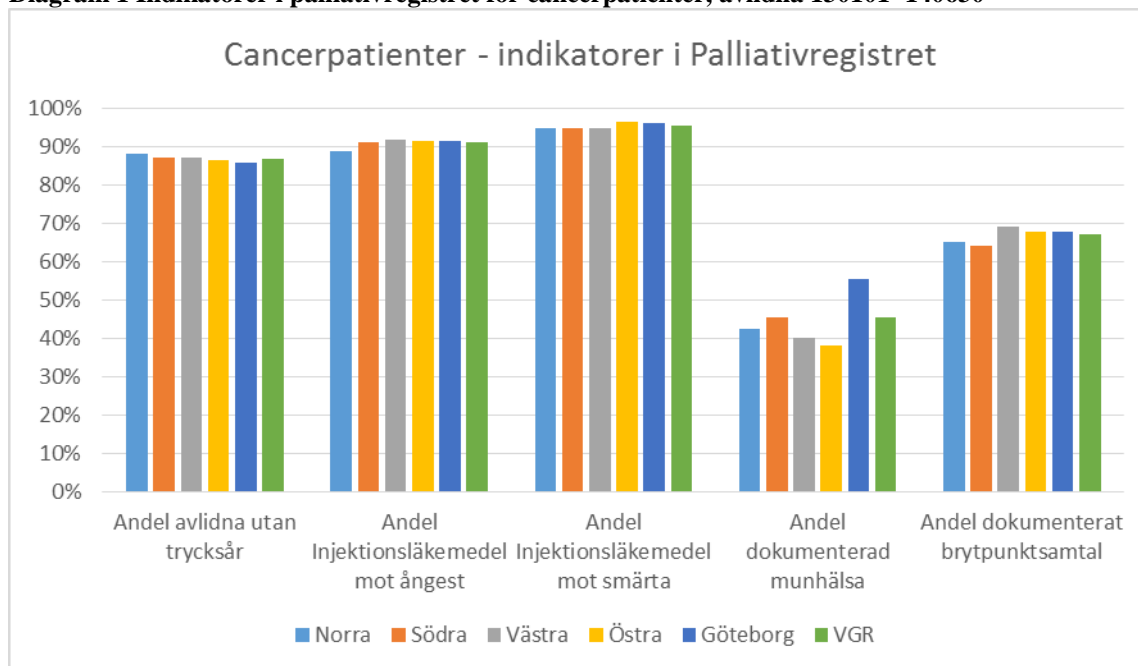
För palliativ vård finns sammanlagt nio nationella indikatorer, se sammanställning nedan. Fem indikatorer går att mäta med data från Svenska palliativregistret, en indikator (nummer 2) hämtar även data från Socialstyrelsen. Tre indikatorer (nummer 6–9) är utvecklingsindikatorer.

Regional anpassning av indikatorerna med målvärden, VGR

Nr	Indikator	Målvärde
1	Täckningsgrad i palliativregistret	80 % för 2015
2	Två eller fler inskrivningar i slutenvård de sista 30 dagarna i livet	Inget målvärde 2014
3	Förekomst av signifikanta trycksår	Inget målvärde 2014
4	Dokumenterad individuell vid behovsordination av ångestdämpande läkemedel	90 %
5	Dokumenterad individuell vid behovsordination av opioid	90 %
6	Dokumenterad munhälsobedömning	70 %
Utvecklingsindikatorer		
7	Kommunikation (brytpunktssamtal) med patient om vårdens inriktning och mål i livets slutskede	
8	Smärtanalys och regelbunden smärtskattning	
9	Regelbunden användning av smärtskattningsinstrument	

I diagram 1 redovisas resultat för fem av de nationella indikatorerna för patienter som dog av cancer 130101–140630. Det är 4 846 personer vilket motsvarar ca 82 procent av totalt andel avlidna (5 924 personer). Skillnader i andel med förefaller inte vara särskilt stora när olika nämndområden jämförs. Det som sticker ut något är att det är fler personer som får munhälsobedömningar i Norra nämnden.

Diagram 1 Indikatorer i palliativregistret för cancerpatienter, avlidna 130101–140630

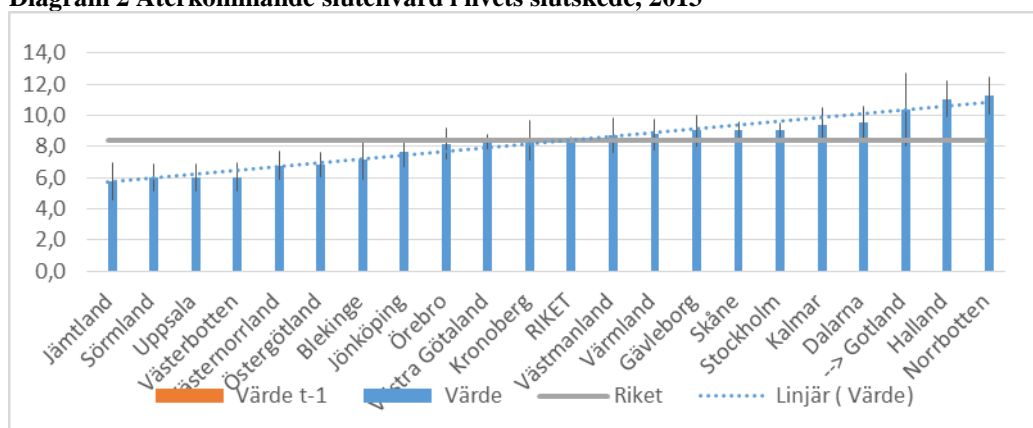


Källa: Palliativregistret

Återkommande vård i livets slutskede

Det råder enighet om att en person i livets slutskede inte ska behöva förflyttas i onödan. I det nationella kunskapsstödet för palliativ vård i livets slutskede finns indikator för att följa andel döda med två eller fler inskrivningar i slutet vård de sista 30 dagarna i livet. Det finns ingen målnivå så bedömningar om behov av inskrivning måste naturligtvis göras från fall till fall, men att studera variationerna mellan landsting och eventuella skillnader mellan år kan påvisa behov av att vidare kartlägga till exempel avancerad sjukvård i hemmet eller andra skillnader i organisation eller praxis.

Diagram 2 Återkommande slutenvård i livets slutskede, 2013



Källa Öppna jämförelser hälso- och sjukvård, 2014, Socialstyrelsen och SKL

Diagrammet ovan visar att cirka 8 procent av patienterna som avled i VGR 2013 hade varit inskriven två eller fler gånger de sista 30 dagarna i livet, vilket ligger på samma nivå som för riket.

Referenser

- RCC Väst, Regionalt Cancer Centrum, Västra sjukvårdsregionen www.rccvast.se
- Regionala cancercentrum i samverkan. (2012) Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014
- Regional handlingsplan 2014-2015: Det goda livet för sjuka äldre i VGR
- Regionalt vårdprogram palliativ vård 2014-2016, VGR 2015
- Socialstyrelsen. (2013) Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede
- Regionuppdrag palliativ vård 2014, dnr RS 532-2011
- Slutrapport De mest sjuka äldre
- Pinto et al. (2014) Valuing QALYs at the end of life Social Science & Medicine 113
- SKL och regeringen. (2010) Överenskommelser Bättre liv för sjuka äldre
- Socialstyrelsen, (2013) Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede
- Socialstyrelsen och SKL. (2014) Socialstyrelsen, Statistikdatabasen
- Öppna jämförelser hälso-och sjukvård
- Statistiska centralbyrån, SCB
- Svenska palliativregistret, www.palliativ.se
- VEGA – regionens vårddatabas
- VGR. 2014 Ordnat införande etapp 2, dnr RS 1378-2012

Bilaga 1

Specialiserade palliativa enheter, VGR 2015

	Innehåll i verksamheten – Specialiserade palliativa vårdplatser – Palliativa resursteam	Öppen retur
SU	19 vårdplatser	X
ASIH-team, Göteborg⁶⁶ Område Väster Område Öster Område Norr Område Söder	Specialistläkarenhet. Läkare från ASIH*/SU tar över medicinskt ansvar. Vuxna patienter. SSK från kommunen.	
NU-sjukvården: NÄL/Uddevalle Sjukhus Palliativt resursteam	17 vårdplatser (+ 2 vårdplatser) Samarbete med kommuner och primärvård. Hembesök.	X
Kungälv AVH⁶⁷-team	Inga särskilda vårdplatser Hembesök av sjuksköterskor och läkare. Rådgivning och utbildning. Samarbete med kommuner/primärvård.	X
SkaS Kärnsjukhuset Skövde Palliativt resursteam Skövde Palliativt resursteam i Lidköping	8 vårdplatser Palliativt resursteam. Rådgivning, utbildning och utveckling. Hembesök. Öppen retur till resp.vårdavdelning Samarbete med kommuner/primärvård Rådgivning och patientrelaterad utbildning. Hembesök. Öppen retur till resp.vårdavdelning. Samverkan med SKAS och Hospice Gabriel.	X X X
SÄS SÄS Borås (vårdavdelning gynekologi och PRIS)	7 vårdplatser.	X
SÄS Skene	5 vårdplatser.	X
PRIS SÄS Borås och Skene		X

⁶⁶ ASIH=Avancerad sjukvård i hemmet

⁶⁷ AVH=Avancerad hemsjukvård

	Palliativt resursteam Rådgivning och utbildning. Hembesök. Nära samarbete med kommunens hemsjukvård.	
Alingsås lasarett Alingsås lasarett	5 vårdplatser Rådgivning och utbildning. Hembesök	X
Palliativt resursteam		X

Specialiserade palliativa vårdplatser på hospice i VGR, 2014

Göteborgsnämnden		
Bräcke hospice	10 vårdplatser. Helhetsvård. Läkare dagtid	
Kålltorps hospice	10 vårdplatser Helhetsvård. Läkare dagtid. Ansökan till hospice för alla som bor i Göteborg. För boende utanför Göteborg görs ansökan efter biståndsbedömning i hemkommunen	
Änggårdens hospice	11 vårdplatser. Helhetsvård. Läkare dagtid. Ssk dygnet runt	
Östra nämnden		
Hospice Gabriel, Lidköping	8 vårdplatser Helhetsvård	Upphandlad verksamhet 2014-2018 Avtal med HSN Ö

Munhälsa bland äldre

God munhälsa som exempelvis förmågan att kunna tugga, svälja och smaka är viktig för individers välmående, livskvalitet och självkänsla. Tänderna är även viktiga för tal, kommunikation och utseende. Dagens äldre har kvar betydligt fler tänder vilket är positivt men innebär också fler tänder att ta hand om och fler gamla lagningar, broar, implantat och därmed också en ökad risk för komplikationer, karies och tandlossning. Många äldre, särskilt de med motoriska svårigheter, får svårt att sköta munhygien och har därmed ett ökat behov av hjälp med både egenvård och tandvård. Ungefär 30 000 äldre personer i Västra Götaland upplever att tandhälsan är ganska dålig eller mycket dålig.

Vi kan i Västra Götaland av flera skäl förvänta oss ett ökat behov av insatser för äldres munhälsa. Dels beror på att allt fler personer har allt fler tänder i behåll högt upp i åldrarna och har svårigheter att sköta munhälsan. Det beror också på att antalet äldre kommer att öka framöver.

Det finns flera brister hur munhälsan bland äldre tas omhand i VGR, främst knutet till bristande hjälp med egenvård inom hemtjänst, rutiner vid munhälsobedömning, förlust av tandvårdskontakt och kunskapsstöd.

Förslag till åtgärder:

1. Erbjud fler kommuner stöd, i första hand kommuner med indikationer på störst brister (preliminärt kommuner i norra nämnden), för att förbättra munhälsan hos äldre.
Delområden:
 - Utbildning för kommunens vård och omsorgspersonal
 - Munvårdsbehov vid biståndsbedömning och vårdplanering
 - Sakkunnig för medicinskt ansvarig sköterska och biståndsbedömare
 - Kvalitetsutveckling och uppföljning av munvård inom kommunal vård och omsorg
 - Rådgivande och sakkunnig gentemot vårdcentraler, brukare och anhöriga
2. Utveckla och pröva metoder för att nå äldre utan tandvårdskontakt
3. Inkludera fråga om munhälsa vid riskbedömning i primärvård
4. Komplettera terapigruppens checklista vid läkemedelsgenomgångar 75 år med biverkningar som påverkar munhälsa
5. Skapa arena i Västra Götaland för tandvårdspersonal om äldretandvård
6. Erbjud att VGR bekostar utbildning för kommunens personal i ROAG-bedömning
7. Förbättra hälso- och sjukvårdspersonalens kunskap om tandvårdsstöd

Kontaktperson: Anders Östlund anders.ostlund@vgregion.se

Innehåll *Munhälsa bland äldre*

Hälsoläge	139
Munhälsa hos äldre i Västra Götaland.....	139
Politiska beslut och inriktningar	143
Brukarnas uppfattning	143
Äldre brukares uppfattning om tandvården	145
Vårdkonsumtion	145
Hur många har inte alls kontakt med tandvård?	145
Uppsökande verksamhet, nödvändig tandvård, S-tandvård, F-tandvård, STB.....	147
Tillgängliga insatser och åtgärder.....	149
Centrum för äldretandvård - Folktandvården	149
Insatser i kommunen – biståndsbedömning och hemtjänst	149
Projekt Tandhygienist i kommun	150
Socialstyrelsens genomgång Interventioner för äldres munhygien utförd av äldreomsorgspersonal:	150
Fråga om munhälsa vid hälsokontroller	151
Utvärdering av tandvårdsstöd för äldre – Myndigheten för vårdanalys (MYVA)	151
Brister	151
Åtgärdsförslag, rangordnade	152
Referenser.....	154

Hälsoläge

God munhälsa som exempelvis förmågan att kunna tugga, svälja och smaka är viktig för individers välmående, livskvalitet och självkänsla. Tanderna är även viktiga för tal, kommunikation och utseende. Tandhälsan i Sverige har utvecklats positivt under lång tid, både på grund av förbättrad tandvård och ändrade levnadsförhållanden. Under mitten på 1960-talet var t.ex. 23 procent av befolkningen över 16 år helt tandlös men det har skett en stor förändring, särskilt i äldre åldersgrupper. Andelen tandlösa personer bland 70-åringar i Göteborg minskade från 56 procent år 1983 till 7 procent år 2003. Det är främst karies och tandlossning som leder till tandlöshet.

Dagens äldre har alltså kvar betydligt fler tänder vilket naturligtvis är positivt. Men det innebär också fler tänder att ta hand om och fler gamla lagningar, broar, implantat och därmed också en ökad risk för komplikationer, karies och tandlossning. För många äldre, särskilt de med motoriska svårigheter, blir det svårt att sköta munhygien. Många äldre har därmed ett ökat behov av hjälp med både egenvård och tandvård. Dagens äldre växte upp utan tillgång till dagens barntandvård och ett preventiv syn på karies. Behandlingspraxis innebar mer reparativa insatser, lagningar och mer restaurerade bett än idag.

Förhoppningsvis kommer senare generationer, som växt upp med en annan kunskap och tillgång till tandvård, att ha bättre förutsättningar för en god munhälsa under sin ålderdom.

Befolkningsprognosen för Västra Götaland pekar mot att antalet personer äldre än 80 år kommer att öka från dagens cirka 83 000 till cirka 105 000 år 2025 och en ytterligare ökning till 125 000 år 2030. Även om det tar fart först efter 2020, är det en markant ökning jämfört med tidigare år. Från år 2000 till 2013 ökade antalet personer över 80 år med knappt 9 000 personer.

Vi kan i Västra Götaland av flera skäl förvänta oss ett ökat behov av insatser för äldres munhälsa. Dels beror på att allt fler personer har allt fler tänder i behåll högt upp i åldrarna och har svårigheter att sköta munhälsan. Det beror också på att antalet personer över 80 år kommer att öka framöver.

Munhälsa hos äldre i Västra Götaland

Tyvärr saknas bra täckande beskrivning av tandhälsan bland äldre. I det nationella tandhälsoregistret används endast antalet tänder som indikator på tandhälsa. Vår kunskap om äldres munhälsa i VGR baseras därför på sammanvägning och analys av ett flertal olika källor, folkhälsoenkät, avgränsade studier och statistik från tandvårdsstöd och kvalitetsregister. Uppgifterna från dessa källor avser i viss utsträckning olika undergrupper av äldre och resultaten är därför svåra att jämföra men sammantaget ger det en godtagbar bild av munhälsan hos äldre.

Tabell 1. Andelen i åldern 65-84 år i Västra Götaland som upplever sin tandhälsa som ganska dålig eller mycket dålig 2006-2011. Källa: Folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor

Västra Götaland	Tandhälsa - ganska eller mycket dålig		
65-84 år	Samtliga	Kvinnor	Män
	andel i %	andel i %	andel i %
ÅR			
2011	10	9	11
2008	10	9	11
2007	10	9	12
2006	11	9	13

Tabell 2. Andelen i åldern 65-84 år i Västra Götaland som upplever sin tandhälsa som ganska dålig eller mycket dålig 2011. Källa: Folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor

Hälso- och sjukvårdsnämndsområde	Samtliga %	Kvinnor %	Män %
Västra HSN	9	8	10
HSN i Göteborg	12	10	14
Östra HSN	10	9	10
Norra HSN	9	8	10
Södra HSN	9	8	10
Västra Götaland	10	9	11

Av tabellerna ovan kan vi utläsa att tio procent av invånarna, ungefär 30 000 personer i de aktuella åldrarna, upplever sin tandhälsa som ganska dålig eller mycket dålig. Den egenupplevda tandhälsan varierar mellan geografiska områden i VGR och det är skillnader mellan kvinnor och män. Kvinnor upplever genomgående sin tandhälsa som något bättre än män. Underliggande statistik visar att man särskilt kan lyfta fram nordöstra Göteborg och män på Hisingen som en population som har sämre tandhälsa. Den bästa tandhälsan hittar man i hos kvinnor i Mittenälvsborg, och i mellersta och Norra Bohuslän. Vid andra studier av hälsoläget framkommer att det även andra skillnader *inom* respektive nämnd och då nästan alltid med en socio-ekonomisk gradient.

Av folkhälsoenkäten framgår också att är det färre i åldrarna 75-84 år som anser att deras tandhälsa är "ganska dålig" eller "mycket dålig" än personer i åldrarna 55-65 år, vilket kan verka förvånande (tabell visas ej här). Förklaringen är antagligen att förväntningarna på tandhälsan skiljer sig åt i olika åldrar men det kan möjligtvis också bero på att gruppen faktiskt har en tandhälsa som är bättre till följd av tidigare års utformning av tandvårdssubventioner. Svarefrekvensen i undersökningen är cirka 75 procent och det finns risk för att sköra och äldre som är beroende av stöd svarat i lägre utsträckning än andra. Resultatet från folkhälsoenkäten bör därför tolkas med försiktighet.

I en studie i Västra Götaland, ”Förebyggande hembesök – en möjlighet att påverka äldres tandvårdskontakt?”, undersöktes munhälsan hos seniorer 75 år och äldre i några kommuner i Västra Götaland och som tackat ja till erbjudande om förebyggande hembesök. Baserat på 364 svar uppgav 80 procent ha god munhälsa, 15 procent någorlunda och 5 procent uppgav att de hade dålig munhälsa. En lärdom av studien var f.ö. att de äldre som tackar ja till ett förebyggande hembesök är oberoende och har kvar kontakten med tandvården.

En annan studie i Västra Götaland, ”Skör och äldre- vad händer med tänder?”, undersöktes munhälsan, såväl kliniskt som självskattad, hos 90 nyinflyttade personer på några särskilda boenden i göteborgsområdet och i Fyrbodalen. Åtta procent hade akuta behov av tandvård och 24 procent hade synlig karies men utan några större problem med tandlossning och överlag bedömdes dessa studiedeltagares munhygien som bra. Tretton procent av deltagarna upplevde att munhälsan var dålig eller mycket dålig, alltså endast något sämre än vad som rapporterades i Västra Götalandsregionens folkhälsenkät med reservation för att undersökningarna inte är helt jämförbara.

Före flytten till äldreboendet skötte 96 procent själva sin dagliga munvård trots att 25 procent tidigare beviljats hjälp med personlig hygien eller s.k. handräckning. Detta indikerar att betydligt fler i eget boende borde få hjälp med sin munhygien.

Det framkom också att tandvårdspersonalens bedömning skiljde sig från de vad patienterna själva upplevde. Självupplevd munhälsa och tuggförmåga var genomgående bättre än den kliniska bedömningen, förutom muntorrhet för vilket det rådde ett omvänt förhållande.

I uppdraget för den *uppsökande verksamheten, munhälsobedömningar*, ingår även att registrera munhälsan hos de som undersökts och att bedöma vårdbehovet. Personkretsen omfattar personer med omfattande omsorgsbehov eller personer som omfattas av LSS. Alla äldre ingår således inte i gruppen och ungefär två tredjedelar är äldre än 60 år.

Det finns säkerligen skillnader mellan utförarna vid bedömningen av vårdbehov vilket kan påverka resultatet. Såväl under- som överskattning av behoven kan finnas, och det finns även skillnader i kommunernas bedömningar av de regler som ger rätt till bedömning och i förlängningen även rätt till nödvändig tandvård. Resultaten från den epidemiologiska registreringen 2014 kan sammanfattas enligt nedan.

- En tredjedel har dålig munhygien.
- 57 procent har vårdbehov som man vill ha åtgärdat. Andelen är ganska jämnt fördelad men där HSN 2, 6 & 12 hade lägre andel personer med vårdbehov som angett att man vill ha behovet åtgärdat.
- 22 procent har karies med ganska stora geografiska skillnader i ett spann från 11 procent i Trestad till 37 procent i Göteborg.
- 90 procent kan äta normalkost, inga större skillnader mellan utförare.
- 2 procent har smärta orsakad av problem med tänder och mun
- Övergripande jämförelse av statistik indikerar att en del personer som fått en munhälsobedömning inte fått behandling trots behov och önskemål.

På senare tid har ett enklare instrument för bedömning av munhälsa införts, ROAG (Revised Oral Assessment Guide), som en del i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. Registret används för riskbedömning av patienter eller omsorgstagare i kommuner och landsting och kan i viss utsträckning användas för epidemiologiska ändamål och

registreringen i sig är en av indikatorerna för uppföljning av regional handlingsplan för äldre. Användningen av ROAG är ett utmärkt sätt att fånga upp behov av munhälsoinsatser hos äldre och utvecklingen i Västra Götaland har varit positiv med alltfler kommuner som använder verktyget. Registreringen i ROAG 2014 visade bland annat. att

- Av cirka 11 000 riskbedömningar t.o.m. 2014-11-06 bedömdes ungefär hälften ha risk.
- De vanligaste symtomen gällde tänder (2150) och muntorrhet (1000)
- Positiv utveckling, antalet ROAG-bedömningar ökar i VGR. 37 kommuner registrerade pr november 2014 och fler är på gång. 2013 var det endast sju som registrerade.

Risikfaktorer hos äldre

Att åldras innebär en ökad risk för ökad sjuklighet vilket beror på såväl levnadsvanor och svårigheter med egenvård som att behovet av tandvård inte tillgodoses. I de studier som genomförts av sköra äldre med olika grad av behov av hjälp i vardagen lyfts några riskfaktorer särskilt fram; bristande munhygien, frånvaro av regelbunden tandvårdskontakt och omfattande restaurerade bitt (t.ex. många lagningar och protetik). Åtminstone de två första borde vara påverkbara på kort sikt då det t.ex. är många som inte efterfrågar eller erbjuder hjälp med sin munhygien. Sistnämnda kräver utveckling av kunskap, riktlinjer och beslutsstöd för lämpligaste behandling.

Läkemedel

Muntorrhet är vanligt förekommande hos äldre. Muntorrhet orsakar tand- och slemhinneproblem med nedsatt livskvalitet som följd. Olika sjukdomar, såsom depression, reumatoid artrit, Sjögrens syndrom, Parkinsons sjukdom och diabetes kan orsaka muntorrhet. Flertalet läkemedelsgrupper kan också ge muntorrhet, bland annat antikolinergika, diuretika, psykofarmaka, antihistaminer och vissa inhalationsläkemedel. Risken för besvärande muntorrhet ökar vid multimedicingering.

Det är viktigt med information om risker vid muntorrhet och hur man kan förebygga/behandla det. Att se över patientens läkemedel, framför allt hos sköra äldre med svårigheter att tugga och svälja, är ett viktigt första steg i behandlingen för att minska muntorrhet. I Läkemedelskommitténs REKlista 2014 rekommenderas att patienter med egna tänder ska ha fluorinnehållande och sockerfria medel, för såväl salivstimulering som saliversättning.

Utifrån Socialstyrelsens föreskrift 2000:1. SOSFS 2012:9 har VGR fastställt regional medicinsk riktlinje för läkemedelsgenomgångar för äldre. Det innebär t.ex. att för alla patienter över 74 år som skrivits in på särskilt boende, hemsjukvård eller sjukhus eller vid årskontroll ska läkemedelslistan gås igenom. En sådana genomgång innefattar även biverkningar som påverkar munhälsan. Uppföljning av det faktiska innehållet eller kvaliteten i genomgångarna saknas dock. Terapigrupp Äldre och läkemedel har utarbetat enkla checklistor som stöd för genomgångar av läkemedel för äldre men eftersom munhälsa inte anges specifikt kan det finnas risk att det glöms bort. Frågan kan därför behöva väckas hos terapigruppen så att munhälsan särskilt kan specificeras i checklistorna.

Större delen av försäljningen av läkemedel mot karies sker i egenvård varför det är svårt att få fram data för hur behandling med salivstimulerande/saliversättande medel ser ut hos äldre.

Politiska beslut och inriktningar

Tandvårdslagen

Målet för tandvården är, enligt 2 § tandvårdslagen (1985:125), en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen.

Regional handlingsplan för de mest sjuka äldre:

Det goda livet för mest sjuka äldre i Västra Götaland 2012-2014

En god munhälsa hos äldre. Munhälsa beaktas som en del av den totala hälsan och ingår i riskbedömningar, vårdplanering och i alla vård- och omsorgssituationer. Äldre med omfattande omvårdnadsbehov erbjuds uppsökande munhälsobedömning och nödvändig tandvård.

Det goda livet för mest sjuka äldre i Västra Götaland 2014-2015

Att arbeta för att förebygga fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen är viktigt för de äldres hälsa och välbefinnande. De tre riskområdena har en stark koppling till varandra. Arbetet i kvalitetsregistret Senior Alert innebär att personal får stöd i att bedriva ett aktivt förbättringsarbete med ett förebyggande syfte.

Regional utvecklingsstrategi för tandvård i Västra Götaland 2012

Regionfullmäktiges beslut i april 2012 om att godkänna utvecklingsstrategi för tandvård innebar utveckling inom åtta prioriterade områden. Äldre (+75 år) och sköra människors munhälsa är en av grupperna som lyfts fram:

”Det är viktigt att nå målgruppen innan munhälsoproblemen ökar och kontakterna med tandvården riskerar att ebba ut. När äldre väl omfattas av det särskilda tandvårdsstödet beroende på sitt omvårdnadsbehov, kan vårdbehovet vara omfattande och en god rehabilitering svår att genomföra på grund av sviktande allmänhälsa.”

Strategin innebär att ”... tandvården bör fortsätta ansträngningarna att hålla kontakten med sina patienter i åldersgruppen, men det krävs också ansträngningar att nå dem utanför tandvården. De som inte besöker tandvården alls eller mer sporadiskt. Förslaget är att i samverkan med pensionärsföreningar, invandrarföreningar, kyrkor och andra frivilliga organisationer försöka nå målgruppen. Samverkan med apotek, primärvård, kommunerna och Folktandvårdens Centrum för äldretandvård är också av stor betydelse.”

Hälso- och sjukvårdsnämndernas Mål och inriktning

De allra flesta nämnder, tio av tolv, har angett mål för äldres munhälsa, vilket är fler jämfört med tidigare år och den tydligaste förändringen inom tandvårdsområdet inför 2015. Målen anges på olika sätt och med nivåer, i några fall på en övergripande nivå som en del i hälsomål för äldre och andra fall mer specifikt knutet till uppdrag om uppsökande verksamhet eller läkemedelsgenomgångar.

Brukarnas uppfattning

Att bli skör och äldre innebär en gradvis större ansträngning med egenvård och beroende av andra med att få hjälp med munhälsan och tandvårdskontakter. I Östergötland genomförde landstinget strukturerade samtal med brukare, anhöriga och personal om munhälsa och tandvård. De iakttagelser som gjordes berörde en stor bredd av aspekter som har betydelse för äldres munhälsa och livskvalitet. Iakttagelserna speglar såväl krångliga regler, dyr tandvård, hemtjänstens uppdrag och skillnaderna gentemot hälso- och sjukvård.

Motivationen och möjlighet till egenvård påverkas av allmäntillstånd, omgivning, förväntningar och den egna bedömningen munhälsans betydelse. En holländsk studie av hur skörhet hos äldre påverkar attityder till munhälsa och tandvård visade att ett starkt skäl bland sköra äldre för att upprätthålla bra munhälsorutiner är att bevara självkänsla och värdighet för sin egen del och i relationer till omgivning. (*Nielsen et al.*) Situationer när det är större risk att upphöra med rutinerna är när man tyngs av svårare sjukdomar, särskilt kronisk smärta, trötthet och utmattning. Det finns också psykologiska och sociala hinder att få/begära hjälp med munvård, man vill kanske inte orsaka besvär hos andra.. Det finns också en gradvis anpassning till situationen som kan föra med sig att man accepterar smärta och andra obehag och helt enkelt inte tror eller vet om tandvård eller tandborstning kan hjälpa eller nedvärderar betydelsen av munhälsa och munvård, ”man är ju ändå så gammal och sjuk”. Det kan även finnas även en rationalitet där man medvetet använder den ork man har till andra prioriteringar.

Författarna framhåller vikten av att brukarnas egen bedömning av sina munhälsoproblem vägs in tillsammans med tandvårdspersonalens bedömning. Patientbaserade mått på munhälsa är en viktig indikator på vad brukarna behöver hjälp med och kan behöva ges större vikt än idag vid terapiplanering. Det skulle i så fall innebära att en större andel av resurserna läggs på insatser som bidrar till att bevara självrespekt och självkänsla snarare än på traditionell tandvård.

Flera studier om sambandet mellan munproblem och munhälsorelaterad livskvalitet antyder att behandlingspraxis skulle förändras om man tog mer hänsyn till faktorer som spelar roll för brukarna. (*Christensen et al., Willumsen et al*)

I ”Ramdokument Äldretandvård” från Folktandvården Sverige 2013 diskuteras etiska principer, bemötande och ambitionsnivå i behandlingar. De rekommendationer och råd som ges lägger stor vikt på att utgå från patienterna behov och önskemål, vilket är i linje med de slutsatser som dragits i de refererade studierna.

Äldre brukares uppfattning om tandvården

Tandvård ingår inte i Vårdbarometern, som är Västra Götalandsregionens telefonundersökning om invånarnas uppfattning av vården. Däremot genomför Folktandvården kundundersökning vart annat år. Resultat från 2013 visar att personer äldre än 60 år överlag är nöjda med den tandvård man fått och att de är mer nöjda än Folktandvårdens genomsnittliga patient. Resultatet avspeglar Folktandvårdens patienter, patienter hos privata vårdgivare ingår således ej.

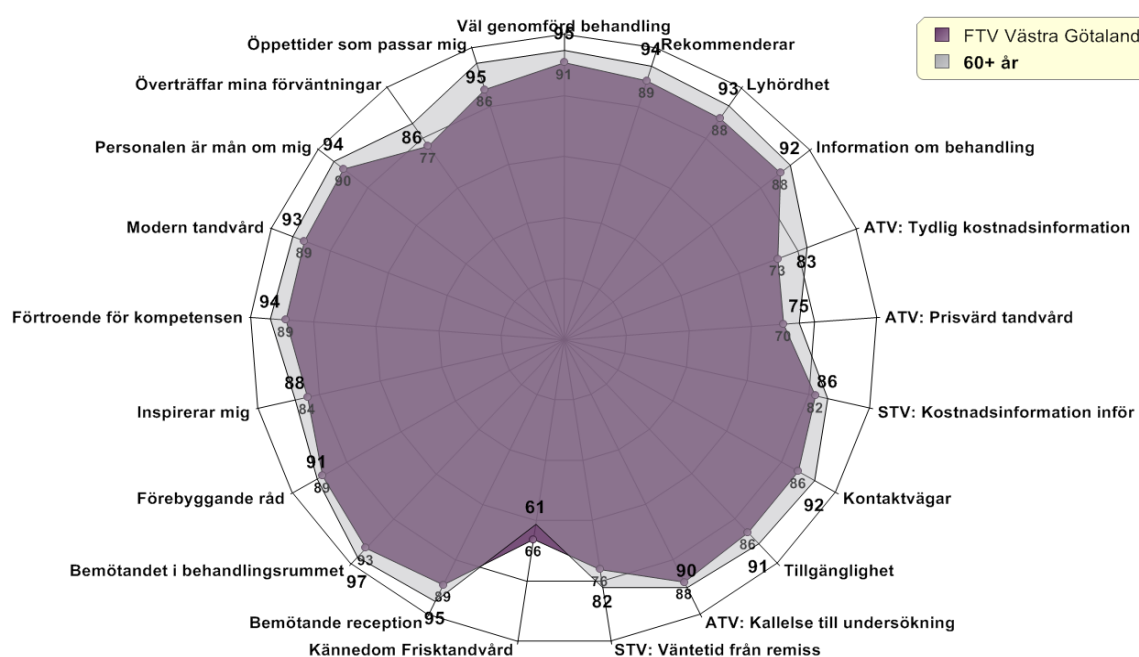


Fig 1. Resultat från kundundersökning 2013, Källa Folktandvården Västra Götaland

Vårdkonsumtion

Hur många har inte alls kontakt med tandvård?

Flera studier visar på ett positivt samband mellan munhälsa och regelbunden tandvårdskontakt. Sannolikt finns det en underliggande orsak som innebär att man inte bara uteblir från besök, utan heller inte sköter sin munhälsa. Den största ”frånvaron” hittar vi i åldersgruppen runt 30-40 år och i de äldsta åldersgrupperna.

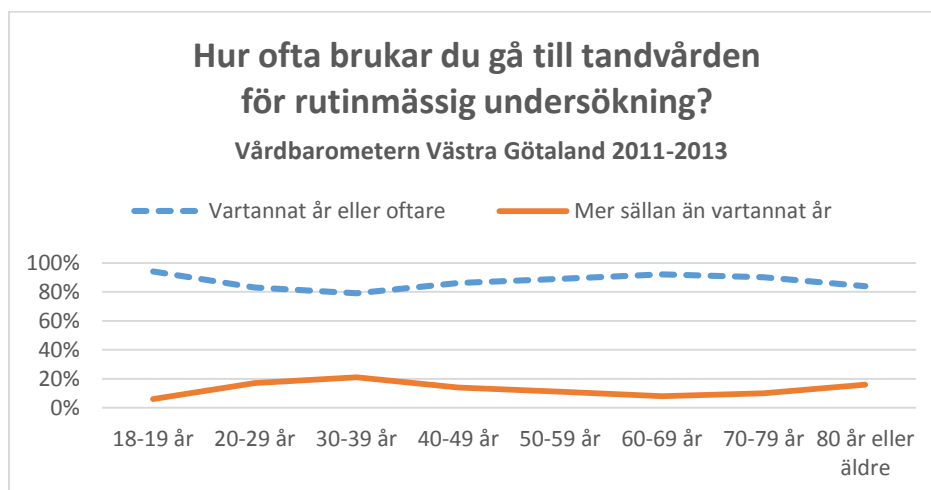


Fig 2. Hur ofta brukar du gå till tandläkaren för rutinmässig undersökning. Källa Vårdbarometern Västra Götaland 2011-2013.

Uppgifterna i nationella tandhälsoregistret, som är en säkrare källa, visar på samma mönster men något högre frånvaro än Vårdbarometern vilket tyder på att en del invånare tror sig gå till tandläkaren med tätare intervall än vad som faktiskt är fallet.

Andelen utan tandvårdskontakt ökar med stigande ålder. I Västra Götaland var det 27 procent av alla över 80 år som *inte* har någon rutinmässig tandvårdskontakt alls under 2013 eller 2014.

Tabell 3. Andel personer 65- år utan rutinmässig undersökning 2013 eller 2014, Västra Götaland.

Västra Götaland	Andel utan rutinmässig undersökning hos tandvård 2013 eller 2014		
	Samtliga andel i %	Kvinnor andel i %	Män andel i %
Ålder			
90+	32	34	27
85-89	28	30	26
80-84	24	24	24
75-79	19	19	20
70-74	16	14	18
65-69	21	18	23

Källa: Tandhälsoregistret

Med stigande ålder blir det allt glesare mellan undersökningarna hos tandvård och det finns även skillnader i mönstret mellan kvinnor och män.

De geografiska skillnaderna inom VGR är mycket stora, från 16 procent i Lidköping till 37 procent i Bengtsfors. I de flesta kommuner har kvinnor lägre kontaktgrad än män men bilden varierar mellan kommunerna. Om tandvårdskontakterna i Västra Götaland skulle ligga i nivå med de bästa kommunerna skulle det innebära att ungefär 8000 fler människor sökte under en två-årsperiod. Av nedanstående tabell framgår de tio kommuner med lägst respektive högst kontaktgrad.

Tabell 4. Andel personer >80 år utan rutinmässig undersökning hos tandvård 2013 eller 2014, de sju kommunerna i VGR med högst resp lägst kontaktgrad.*Källa: Tandhälsoregistret**Högst kontaktgrad*

Lidköping	16 %
Lerum	17 %
Kungälv	17 %
Vårgårda	19 %
Alingsås	20 %
Partille	20 %
Härryda	20 %

Lägst kontaktgrad

Gullspång	39 %
Tanum	40 %
Dals-Ed	40 %
Färgelanda	41 %
Strömstad	42 %
Svenljunga	43 %
Bengtstors	47 %

Skillnaderna mellan kommunerna är stora och kan knappast förklaras av olika vårdbehov. Västra Götalandsregionens folkhälsoenkät visar att de vanligaste skälen till utebliven kontakt i turordning är ekonomi, tandläkarrädsla, att besvären gick över samt ”övriga skäl”. Försäkringskassans analys från 2012, som omfattade alla åldrar, visar på socioekonomiska komponenter som påverkar efterfrågan på tandvård. Även om en del personer i högre åldrar, t.ex. 25 procent av de äldre än 90 år, omfattas av rätt till tandvård till låg kostnad står de flesta äldre själva för sina kostnader.

Förloppen som föregår inflyttning på särskilda boenden, d.v.s. i övergången från oberoende via skör period till en situation med hög grad av beroende av andra, innebär en ökad risk för utebliven tandvårdskontakt. Resultat från studie visar att 42 procent saknade tandvårdskontakt vid första kontakten med kommunen och att den ökade till 58 procent vid tiden för flytt till särskilt boende (*Tronje et al*).

Uppsökande verksamhet, nödvändig tandvård, S-tandvård, F-tandvård, STB⁶⁸.

Alla regionens invånare kan utnyttja det utbud av allmäntandvård, hos privat eller offentlig vårdgivare, som finns i alla kommuner i Västra Götaland eller hos specialisttandvård, som främst utförs av Folktandvården. De flesta äldre finansierar själva en stor del av kostnaderna för tandvård, även om det finns ett visst skydd mot alltför höga kostnader. För personer med viss sjukdomar, funktionsnedsättningar eller ett stort omsorgsbehov (s.k. ”Grönt kort”) finns landstingets tandvårdsstöd (N-, F- och S-tandvård) som innebär att man betalar tandvård enligt de patientavgifter som gäller för hälso- och sjukvård. I Västra Götaland omfattas cirka 28 000 personer, varav många äldre, av dessa regler, främst s.k. nödvändig tandvård (N-tandvård).

För S-tandvård, F-tandvård och Särskilt tandvårdsbidrag är läkarintyg en förutsättning för att utnyttja stöden men på grund av kunskapsbrister om tandvårdsstöden hos såväl hälso- och sjukvårdspersonal som patienter är det en stor del av målgruppen som går miste om tandvård eller betalar själva.

⁶⁸ STB = Särskilt TandvårdsBidrag, S-tandvård = Tandvård som led i sjukdomsbehandling, F-tandvård = Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Ytterligare information om tandvårdsstöd finns i broschyren Tandvårdsstöd genom hela livet, VGR Centrum för Äldretandvård eller på <http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/Tandvardsenheten/Regionens-tandvardsstod/>

Munhälsobedömning

Personer som har s.k. grönt kort har rätt till en gratis munhälsobedömning per år. Det har visat sig svårt att nå målgruppen i förväntad utsträckning, men under 2014 undersöktes cirka 12 000 personer, vilket är drygt 60 procent av de som tackat ja till munhälsobedömning. Det var stora variationer mellan nämndområdena men generellt låg kommunerna i Fyrbodalen lite bättre till än genomsnittet. Det fanns olika skäl till att inte hela gruppen nåddes, en del personer tackar av olika skäl nej och det finns också möjligheter att förbättra rutinerna hos kommuner och utförare. Man kan också konstatera att det finns skillnader mellan kommunerna, både när det gäller antalet intyg ("grönt kort") och hur många som tackar ja till undersökning. Övergripande jämförelse av statistik indikerar att en del personer som fått en munhälsobedömning inte fått behandling trots behov och önskemål. Orsaken till detta behöver klarläggas.

I uppdraget om uppsökande verksamhet ingår också att utbilda kommunens vård- och omsorgspersonal i munhälsa och att ge individuella råd om daglig munhygien. Ungefär 3 100 personer inom kommunerna fick utbildning 2014, vilket bedöms som alldeles för få och det är dessutom stora skillnader mellan kommunerna.

Nödändig tandvård (N-tandvård)

I Västra Götaland har ungefär 28 000 personer rätt till munhälsobedömning och tandvård till samma kostnad som sjukvård varav två tredjedelar, det vill säga 18 500 personer, är över 60 år. Under 2014 utnyttjade 14 500 personer över 60 år nödvändig tandvård till en kostnad av ungefär 60 mnkr. Utnyttjandet av nödvändig tandvård varierade avsevärt mellan kommunerna såväl vad gäller antalet personer som fick nödvändig tandvård som hur mycket tandvård varje patient fick.

Tabell 5. Kostnad per invånare >60 år för nödvändig tandvård kv4 2013-kv3 2014, kommuner i Västra Götaland. Nyckeltal. Källa: Statistik om nödvändig tandvård, VGR

Medelvärde	Median	Variationsvidd	Min-max
149 kr	132 kr	147 kr	69 – 216 kr

Tabell 6. Andel invånare >60 år som utnyttjat nödvändig tandvård kv4 2013-kv3 2014, kommuner i Västra Götaland. Nyckeltal. Källa: Statistik om nödvändig tandvård, VGR

Medelvärde	Median	Variationsvidd	Min-max
3,7%	3,60%	3%	2,1%-5,1%

Tabell 7. Kostnad per patient >60 år som utnyttjat nödvändig tandvård kv4 2013-kv3 2014, kommuner i Västra Götaland. Nyckeltal. Källa: Statistik om nödvändig tandvård, VGR

Medelvärde	Median	Variationsvidd	Min - max
4 060	3 857 kr	1 877	2 769 – 4 646

Det är relativt stora skillnader mellan kommunerna i VGR och ett genomgående mönster är att det är låga kostnader för invånare i kommuner i Dalsland och högre vårdutnyttjande i kommuner i mittenälvborg och större städer (förutom Trestad). Samma mönster uppvisas när det gäller andel invånare som utnyttjat nödvändig tandvård.

Om befolkningsprognos för Västra Götaland slår in och med oförändrad konsumtion per åldersklass kommer kostnaderna för nödvändig tandvård att öka med cirka 10 mkr år 2025.

Även övriga tandvårdsstöd utnyttjas av äldre men någon närmare analys av utnyttjandet av dessa stöd görs inte här. Det finns emellertid goda skäl att utgå ifrån att utnyttjandet av dessa stöd inte når ut till målgruppen i någon större utsträckning och att det finns stora geografiska skillnader som inte kan motiveras av skillnader i behov.

Tillgängliga insatser och åtgärder

Ansvar för tandvård för äldre delas mellan kommun, sjukhus, primärvård, tandvård och patient.

- Landstingets ansvar är att tillhandahålla tandvård och uppsökande verksamhet.
- Kommunernas ansvar är att ge de enskilda bistånd i hemmet med daglig omsorg och vård i särskilda boenden, vilket inkluderar hjälp med daglig munhygien.
- Landsting och kommun är båda ansvariga för vårdplanering, inklusive tandvård, efter utskrivning från sjukhus.

Fördelningen av ansvaret är förhållandevis väl beskrivet i lagar och förordningar och den uppsökande verksamheten och nödvändig tandvård är relativt detaljerat beskrivet i hälso- och sjukvårdsavtalet mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland.

Centrum för äldretandvård - Folktandvården

I nämndernas överenskommelse med tandvårdsstyrelsen ingår sedan några år att driva kompetenscentrum, Centrum för Äldretandvård. Uppdraget innebär i korthet att utveckla och sprida kunskap om äldretandvård till tandvårdens organisation och till vårdgrannar och att utveckla kliniskt stöd till tandvård. Uppdraget är riktat till några av de bristområden som konstaterats i denna behovsanalys men inte i tillräcklig omfattning. Ett exempel på kliniskt stöd är Gerioweb. Gerioweb är ett web-baserat interaktivt program för konsultation och terapiplanering inom tandvården.

Utöver den utbildning av personal som erbjuds i samband med munhälsobedömning anlitar kommunerna Folktandvården och andra vårdgivare för utbildning av vård- och omsorgspersonal i s.k. ROAG-bedömning. ROAG är ett enklare sätt att bedöma munhälsa och används i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.

Med en förändrad klinisk problembild följer ökat behov av vägledning och riktlinjer till tandvårdens professioner. Nationella riktlinjer finns för vuxna patienter men inte specifikt för äldre sköra patienter som ofta kräver en mer individualiserad behandling. Folktandvården i Sverige har utarbetat ramdokument som kan betecknas som konsensusdokument för behandling av äldre med exempel på vårdprogram för de vanligaste munhälsoproblemen vid karies, diskussion om ambitionsnivå vid behandling och råd vid bemötande och patientinformation. Utöver att vara ett kunskapsstöd i sin nuvarande form utgör ramdokumentet en bra grund för utveckling av behandling och synsätt för äldretandvård.

Insatser i kommunen – biståndsbedömning och hemtjänst

En kritisk faktor är att tidigt identifiera personer med behov och ge stöd i basal omsorg i vardagen. Det kan gälla hjälp med tandborstning, påminna om att boka tid hos tandläkaren och motivera. Munhälsan hos äldre har getts extra uppmärksamhet de senaste två åren i samband med nationella handlingsplanen för äldre med t.ex. särskild ersättning för ROAG-registrering i kommuner där det har också varit en positiv utveckling. Det finns studier som

visar att kunskap hos vård- och omsorgspersonal om munhälsa och munvård har positiv betydelse för munhälsan hos de personer som får hjälp. (se t.ex. Park s 691 f).

Under arbetet med behovsanalysen inhämtades uppgifter från kommunerna i Västra Götaland om biståndsbedömning. Inte så många kommuner svarade men det går ändå att få en viss uppfattning i vilken utsträckning munhälsa beaktas vid biståndsbedömning.

Övervägande antalet kommuner har svarat att munhälsa beaktas som en naturlig del i biståndsbedömningen vid behov av stöd och eventuell hjälp med personlig hygien. Den bild som ges är också att biståndshandläggare är väl insatta i intygsutförandet av ”Uppsökande tandvård och munhälsobedömning”. Det är emellertid tveksamt om hemtjänsten faktiskt ger den hjälp med munhälsan som en del personer behöver.

Andra undersökningar ger andra resultat. Socialstyrelsen konstaterar i nationell undersökning att det är många äldre som har problem med munhälsan, men trots det är det ovanligt att munhälsan tas upp av kommunernas handläggare vid biståndsbedömning. Endast fem procent av handläggarna uppger att de alltid tar upp munhälsa och tandvård vid sina bedömningar (Socialstyrelsen 2014)

I en del kommuner i Västra Götaland erbjuds äldre i 80-årsåldern ett hembesök eller informationsträff, där syftet är att främja hälsan och bidra till ökad livskvalitet. Besöket kan vara ett tillfälle att även ta upp munhälsa.

Projekt Tandhygienist i kommun

I samarbete med Mariestads kommun genomför Folktandvården genom Centrum för äldretandvård (CÄT), ett treårigt projekt med start hösten 2013 för att skapa och utvärdera effekten av kommunalt anställd tandhygienist (TAIK). Projektet finansieras gemensamt av VGR och kommunen. Målet är att utveckla ett koncept som minskar riskerna för en försämrad munhälsa då förmågan till egenvård sviktar på grund av psykisk och/eller fysisk funktionsnedsättning. Den modell som utvecklas skall kunna användas av andra kommuner både inom och utanför Västra Götaland.

Socialstyrelsens genomgång Interventioner för äldres munhygien utförd av äldreomsorgspersonal:

Litteraturgranskning av interventioners effekter och vetenskapliga stöd.

Målet är att undersöka om det finns vetenskapligt stöd för att äldreomsorgspersonal kan påverka äldres munhälsa och övriga hälsa. Genom en kombination av strama inklusionskriterier, brister i studier och svårigheter att studera denna åldersgrupp kvarstod endast fyra studier som granskades. Resultatet visade att majoriteten av effekterna är positiva men genomgående marginella och endast i enstaka fall signifikant skillnad. Ingen av de granskade studierna innehöll något utfallsmått på munhälsorelaterad livskvalitet.

Slutsatsen i rapporten är att det är små effekter och otillräckligt vetenskapligt stöd för att uttala sig om effekterna av interventionerna. Det betyder å andra sidan inte att de inte hade effekt. SoS skriver också att ”När det gäller vilka interventioner och metoder som skall användas i praktiken så behöver man ta hänsyn till mer än styrkan i det vetenskapliga underlaget och effektstorlekar.”

Interventionerna i två av studierna var av sådan omfattning, att det knappast kan vara realistiskt att införa dem i praktiken (personalen borstade de äldres tänder i fem min efter varje måltid och besök av tandvårdspersonal varje vecka). I de två övriga återfinns

åtgärderna 1) Initial undersökning, behandlingsplan, daglig hjälp med munhygien, utbildning och påminnelse-system om tandvårdsbesök (max 6 mån). 2) individuell munhygienplan, daglig hjälp med munhygien, utbildning och munvårdskordinator.

Fråga om munhälsa vid hälsokontroller

Man kan med en enkel åtgärd fånga upp munhälsan vid besök på vårdcentral. En engelsk studie fann att personer som tackade ja till en tandvårdskontakt i samband med vanlig hälsoundersökning i större utsträckning hade problem med munhälsa eller helt saknade tandvårdskontakt än de som tackade nej. De flesta behöll även sin tandvårdskontakt senare (*Lowe et al*). Det verkade alltså som om man träffar ganska rätt målgrupp med denna aktivitet. Enligt Krav- och kvalitetsbokens kap 2.2.1. om kroniskt sjuka och personer med sammansatta vårdbehov ingår att identifiera personer med risk för stort vård- och omsorgsbehov i förebyggande syfte. I samband med sådan bedömning kan en åtgärd vara att ställa enkel fråga om munhälsa och att hänvisa till tandvård.

Utvärdering av tandvårdsstöd för äldre – Myndigheten för vårdanalys (MYVA)

Flera studier på regional och nationella nivå har indikerat att tandvårdsstödet för äldre inte når ut i den utsträckning som tänkt. Mot denna bakgrund utreder MYVA hur stöden fungerar och skall även lämna förslag på hur tandvårdsstöden för äldre kan vidareutvecklas.

Översynen presenteras under våren 2015 och de förslag som utredningen presenterar kommer att ha stor relevans för val av åtgärder inom ramen för denna behovsanalys.

Brister

Skillnader i hur behov är tillgodosedda

Intyg som ger rätt till munhälsobedömning och nödvändig tandvård utfärdas inte på lika grunder, det finns skillnader såväl inom som mellan kommuner.

En del äldre tappar kontakt med tandvården och det är stora geografiska skillnader.

Det är stora geografiska skillnader i utnyttjande av nödvändig tandvård.

Utförande

Munhälsoinsatser är inte tydliggjorda och integrerade i hemtjänstens processer och kunskaperna upplevs som otillräckliga.

Det finns brister i registrering av personers boendeuppgifter, kontaktpersoner och om personer tackat ja till munhälsobedömning.

Utbildningar av omsorgspersonal i allmän munhälsovård är dåligt utnyttjad i de flesta boenden eller områden i kommunerna.

Kontinuitet

Många får inte åtgärd efter munhälsobedömning trots konstaterat behov och önskemål.

Kunskap om de olika tandvårdsstöden

Regelverken om de olika tandvårdsstöden är komplexa, svåröverskådliga och med krångliga rutiner för såväl patienter som personal inom kommun, tandvård och hälso- och sjukvård.

Uppföljning och analys

Det saknas tillförlitliga och täckande datakällor för beskrivning av äldres tandhälsa.

Det är oklart i vilken utsträckning läkemedelsgenomgångar omfattar biverkningar som påverkar munhälsa.

Incitament

ROAG-användningen i kommunerna ökade avsevärt under 2014 och det finns risk att utvecklingen stannar av 2015 när ersättning upphör.

Kliniska riktlinjer och beslutsstöd

Det behövs nationella riktlinjer anpassade till tandvård för äldre.

Det är svårt att nå privata tandläkare med kliniskt beslutsstöd och dialog om äldretandvård.

Åtgärdsförslag, rangordnade

- 1. Erbjud fler kommuner stöd, i första hand kommuner med indikationer på störst brister (preliminärt kommuner i norra nämnden), för att förbättra munhälsan hos äldre. Delområden:**
 - **Utbildning för kommunens vård och omsorgspersonal**
 - **Munvårdsbehov vid biståndsbedömning och vårdplanering**
 - **Sakkunnig för medicinskt ansvarig sköterska och biståndsbedömare**
 - **Kvalitetsutveckling och uppföljning av munvård inom kommunal vård och omsorg**
 - **Rådgivande och sakkunnig gentemot vårdcentraler, brukare och anhöriga**Förbättrar bristerna:
Samtliga, förutom ”Uppföljning och analys”, ”Incitament” och ”Kliniska riktlinjer och beslutsstöd” samt bristande kunskap om tandvårdsstöden hos invånare och brukare.
- 2. Utveckla och pröva metoder för att nå äldre utan tandvårdskontakt.**
Förbättrar brist:
”En del äldre tappar kontakt med tandvården och det är stora geografiska skillnader.
”Det är stora geografiska skillnader i utnyttjande av nödvändig tandvård.”
- 3. Inkludera fråga om munhälsa vid riskbedömning i primärvård (enligt KoK-bok 2.2.1).**
Förbättrar brist:
”En del äldre tappar kontakt med tandvården och det är stora geografiska skillnader.”
- 4. Komplettera terapigruppens checklista vid läkemedelsgenomgångar 75 år med biverkningar som påverkar munhälsa.**
Förbättrar brist:
Det är oklart i vilken utsträckning läkemedelsgenomgångar omfattar biverkningar som påverkar munhälsa
- 5. Skapa arena i Västra Götaland för tandvårdspersonal om äldretandvård.**
Förbättrar brist:
”Det är svårt att nå privata tandläkare med kliniskt beslutsstöd och dialog om äldretandvård”

6. Erbjudande till kommuner att VGR bekostar utbildning i ROAG-bedömning.

Förbättrar brist:

Det finns risk att (... den positiva) utvecklingen stannar av 2015 när ersättning upphör.

7. Förbättra hälso- och sjukvårdspersonalens kunskap om tandvårdsstöd.

Förbättrar brist: Bristande kunskap om tandvårdsstöd. Ekonomiska styrmedel

Åtgärdsförslag som framkommit i diskussioner men som inte rangordnats

- Initiera förenkling av tandvårdsstöden hos nationella instanser
- Subventionerad tandvårdsundersökning av Västra Götaland i samband med biståndsbedömning
- Information på 1177 och web
- Munvård på recept
- Inkludera munhälsa för äldre i grundutbildningar inom vård och omsorg
- Utveckla kunskapsstödet för äldretandvård

Referenser

Rapporter

Dalum, J, ”Uppföljning av utförd nödvändig tandvård hos individer 65 år och äldre inom den uppsökande verksamheten i Landstinget Västmanland – en registerstudie”, Examensarbete, 15hp, magisteruppsats i oral hälsovetenskap, Jönköping 2014.

Efterfrågan på tandvård: Analyser av prisets och inkomstets betydelse, Working papers i Social Insurance 2012:1, Försäkringskassan 2012

Förebyggande hembesök – en möjlighet att påverka äldres tandvårdskontakt? Västra Götalandsregionen 2013

Hälsoekonomisk analys av hemtandvård jämfört med tandvård på stationära kliniker för äldre vid särskilda boenden, CMT Rapport 2013:4

Interventioner för äldres munhygien utförd av äldreomsorgspersonal - en systematisk översikt av interventioners effekter och vetenskapliga stöd. Socialstyrelsen 2014

Munhälsa för sköra äldre – Behovsanalys 2014. Landstinget Östergötland 2014.

När tänderna får vänta- Analys av de som inte har regelbunden kontakt med tandvården, Socialförsäkringsrapport 2012:10, Försäkringskassan 2012.

Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2014 – socialstyrelsen 2014

Skogsberg, E, Abrahamsson, KH, Andersson, P, Cederström, L, Kronvall, L, Wård, I, Gahnberg, L. Tandvårdens uppsökande verksamhet och rutiner; En studie inom Västra Götaland. Projektrapport 2012

Tronje Hansson, L, Gahnberg, L, Hägglin, C, Odebo, L, ”Sköra och äldre – vad händer med tänder?” FOU i Väst Rapport 4:2013

Artiklar

Christensen, LB Hede, B Nielsen E. A cross-sectional study of oral health and oral health-related quality of life among frail elderly persons on admission to a special oral health care programme in Copenhagen City, Denmark. *Gerodontology* 2012; 29: e392-e400.

Holm-Pedersen, P Vigild, M Nitschke, I Berkeley, DB. Dental Care for Aging Populations in Denmark, Sweden, Norway, United Kingdom and Germany. *Journal of Dental Education* 69;9 September 2005.

Holmén, A. Strömberg, E. Hagman-Gustavsson, M-L. Wårdh, I. Gabre, P.: “Oral status in home dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living: prevalence of edentulous subjects, caries and periodontal disease”, *Gerodontology* 2012; 29: e503-e511

Lowe, C Blinkhorn, AS Worthington, HV Craven, R. Testing the effect of including oral health in general health checks for elderly patients in medical practice – a randomized controlled trial. *Community Dent Oral Epidemiology* 2007; 35: 12-17

Nielsen, D, van Mourik, K, van der Sanden, W.: “The impact of frailty on oral care behaviour of older people: a qualitative study”, *BC Oral Health* 2013, 13:61

Park MS, Choi-Kwon S. (2011). “The effects of oral care education on caregivers' knowledge, attitude, & behavior toward oral hygiene for elderly residents in a nursing home”, *J Korean Acad Nurs*. Vol.41 No. 5, 684-93.

Strömberg, E. Hagman-Gustavsson M-L. Holmén, A. Wårdh, I. Gabre, P: “Oral status, oral hygiene habits and caries risk factors in home-dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living”. *Community Dentistry and Oral epidemiology* 2012; 40; 221-229.

Vilstrup, L., Holm-Pedersen, P, Mortensen, E L, Avlund, K, ”Dental status and dental caries in 85-years old Danes”, *Gerodontology* 2007; 24; 3-13

Willumsen, T Fjaera, B Eide, H. Oral health-related quality of life in persons receiving home-care nursing: associations with aspects of dental status and xerostomia. *Gerodontology* 2010; 27: 251-257.

Åström AN, Ekback, G. Ordell, S. Nasir, E: "Long-term routine dental attendance: influence on tooth loss and oral health-related quality of life in Swedish older adults." *Community Dent Oral Epidemiol* 2014; 42: 460-469.

Övrigt tryckt material

Avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland, VästKom och Västra Götalandsregionen 2011

Grönbeck-Lindén, I., et al. (2011). "Loss of dental attendance among elderly Swedish people". Poster presentation ECG Gent 2011
Sammanställning av material och diskussioner från workshop *Munhälsa och livskvalitet hos sköra äldre*, den 1 september 2014, Socialdepartementet

Ramdokument Äldretandvård, Folk tandvården Sverige 2013-11-05

Det goda livet för sjuka äldre i Västra Götaland. Regional handlingsplan 2014-2015 med särskilt fokus på de mest sjuka äldre. Västra Götalandsregionen

Verksamhetsberättelse 2013, Uppsökande verksamhet med munhälsobedömning, Västra Götalandsregionen

Nationell satsning för ökad patientsäkerhet, Munhälsa, Åtgärder för att förebygga ohälsa i munnen, Sveriges kommuner och landsting 2014

Regional medicinsk riktlinje; Läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse, September 2013, Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen.

Tandvårdsstöd genom hela livet, informationsbroschyr om tandvårdsstöd, Centrum För äldretandvård, Västra Götalandsregionen.

Övriga källor:

Fokusgrupp 2014-01-14 med deltagare från kommuner, Folk tandvård, Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli och regionkansliet Västra Götaland.

Resultat i Västra Götalandsregionen från Folkhälsoenkät "Hälsa på lika villkor" 2005-2011

Senior Alert 2014, Revised Oral Assessment Guide, Nationellt kvalitetsregister

Statistik från Västra Götalandsregionens uppsökande verksamhet, munhälsobedömning 2013 och 2014.

Statistik från Västra Götaland om Nödvändig tandvård 2013-2014

Tandhälsoregistret Socialstyrelsen 2013-2014, Statistik över andelen personer i Västra Götaland som inte haft tandvårdskontakt på två år, per kommun, åldersgrupp och kön, preliminära data.

Tack till:

[Lars Gahnberg, Centrum för äldretandvård, Folk tandvården i Västra Götaland](#)
[Gunnar Henning, hälso- och sjukvårdsavdelningen, Västra Götalandsregionen](#)
[För, bland mycket annat, värdefulla synpunkter, information och faktagranskning.](#)

Öppen gynekologi

Gynekologin i Västra Götalandsregionen (VGR) bedrivs på tre olika vårdnivåer, primärvård (vårdcentraler och dessutom några gynnottagningar i Göteborgsområdet), specialistvård (öppen och sluten) och högspecialiserad vård. Den här analysen innefattar enbart primärvård och öppen specialistvård.

Analysen ska utforska eventuella regionala skillnader i konsumtion hos befolkningen, om tillgängligheten är god och om vården bedrivs på rätt vårdnivå. Analysen kommer också att beskriva var och av vem östrogenpreparat, inkontinens- och antikonceptionsmedel förskrivs.

I hälso- och sjukvårdsnämndernas mål och inriktningsdokument framgår att invånarnas behandling ska ske nära patienten, ges på lika villkor och ha en hög tillgänglighet.

Den totala konsumtionen av öppenvårdsgynekologi för kvinnor över 15 år ser olika ut i VGR. Högst är konsumtionen i HSN Göteborg och lägst i HSN norra. Det är också skillnader i konsumtion när det gäller vårdnivå. I HSN Göteborg är konsumtionen hög på specialistnivå och låg på primärvårdsnivå i jämförelse med övriga nämndområden. Orsaker till detta kan vara det större utbud av specialistmottagningar som finns i Göteborgsområdet och att befolkningen där av tradition i första hand söker sig till en specialistmottagning istället för till en vårdcentral.

Även förskrivningen av östrogenpreparat, inkontinens- och antikonceptionsmedel ser olika ut i VGR. I HSN södra förskrivs färre östrogenpreparat än i övriga VGR och i HSN norra förskrivs fler inkontinensläkemedel. Varför det ser ut på det viset har analysen inte belyst utan behöver utredas ytterligare. Systemiska östrogenpreparat förskrivs i högre utsträckning till åldersgruppen 45- 84 i HSN Göteborg och antikonceptionsmedel förskrivs i mindre utsträckning av barnmorskor där än i övriga regionen. Orsaker till båda dessa skillnader kan vara den högre andelen specialistläkare i området.

Tillgängligheten till alla mätbara gynekologiska mottagningar i VGR är god och håller sig till största del inom vårdgarantins gränser.

Enligt den Nationella patientenkäten 2014 har invånarna i Västra Götalandsregionen något sämre uppfattning om den gynekologiska vården än landet i övrigt. Det gäller fram för allt tillgängligheten.

En stor del av problemen som analysen belyst beror delvis på att ansvarsfördelningen mellan vårdnivåerna inte har verkställts fullt ut. Åtgärdsförslag:

1. En fördjupad uppföljning av kontrakt och avtal årligen för att säkerställa att vårdaktörerna följer de medicinska riktlinjerna.
2. Skillnaderna i förskrivning av östrogen- och inkontinensläkemedel mellan nämnderna behöver utredas ytterligare.
3. Höjda patientavgifter för specialistgynekologin (från 200 till 300 kronor).
4. Ett förbättra samverkan och konsultationsstöd för verksamheter inom primärvården.

Kontaktperson: Inger Ahlmark, inger.ahlmark@vregion.se

Innehåll *Öppen gynekologi*

Hälsoläge	158
Politiska beslut och inriktningar	158
Förklaringar	158
Primärvårdsnivå.....	158
Specialistvårdsnivå.....	159
Sammanlagd konsumtion	159
Invånarnas uppfattning	160
Vårdkonsumtion	161
Vård på rätt vårdnivå	161
Konsumtion av privat vård	163
Dysplasi	163
Sammanlagd konsumtion	164
Läkemedel	165
Tillgängliga insatser och åtgärder.....	167
Väntetider	167
Brister	168
Åtgärdsförslag	169
Uppföljningsmetoder	170
Referenser	170

Hälsoläge

Gynekologin i Västra Götalandsregionen (VGR) bedrivs på tre olika vårdnivåer, primärvård (vårdcentraler och dessutom gynmottagningar i fram för allt i Göteborgsområdet), specialistvård (öppen och sluten) och högspecialiserad vård. Den här analysen kommer bara att behandla primärvård och öppen specialistvård. Analysen ska utforska eventuella regionala skillnader i konsumtion hos befolkningen, om tillgängligheten är god och om vården bedrivs på rätt vårdnivå. Analysen kommer också att beskriva var och av vem östrogenpreparat, inkontinens- och antikonceptionsmedel förskrivs. Också detta för att se eventuella regionala skillnader, då i val av behandling och vårdnivå.

Politiska beslut och inriktningar

I hälso- och sjukvårdsnämndernas mål och inriktningsdokument framgår att invånarnas behandling ska ske nära patienten, ges på lika villkor och ha en hög tillgänglighet.

En regional medicinsk riktlinje som tydliggör ansvarsfördelningen mellan allmänmedicin och gynekologi samt definierar det basgynekologiska uppdraget är framtagen av sektorsråden i allmänmedicin och kvinnosjukvård "Ansvarsfördelning mellan allmänmedicin och gynekologi" (HSD-A § 36-2013).

Förklaringar

När vi i dokumentet skriver om olika vårdnivåer hänvisar vi till vissa diagnoser. I enlighet med "Ansvarsfördelning mellan allmänmedicin och gynekologi" (HSD-A § 36-2013) delas sjukdomar och symptom upp mellan de olika vårdnivåerna, de av svårare art till specialistnivån och de med lite lättare art till primärvårdsnivån. Inom specialistnivån, som kan vara både privat och offentlig, arbetar i regel läkare med specialistkompetens i gynekologi. Inom primärvården, som också kan vara privat eller offentlig, är det oftast läkare med specialistutbildning i allmänmedicin som undersöker och behandlar kvinnor med gynekologisk problematik. På båda nivåerna arbetar både sjuksköterskor och barnmorskor.

Det finns många diagnoser som beskriver gynekologiska sjukdomar. Inom specialistgynekologin kategoriserar man sina diagnoser utifrån verksamhetsområde och inom primärvården registreras varje diagnos enskilt. Att fånga alla diagnoser är av tekniska skäl därför lättare inom specialistvården. I analysen har inte alla diagnoser inom gynekologisk primärvård beaktats. Ett urval har gjorts för att på ett begripligt och enkelt sätt beskriva helheten.

Nedan följer ett förtydligande över diagnoser som inkluderats i analysen;

Primärvårdsnivå

För att se hur väl verksamheterna följer riktlinjerna för ansvarsfördelning mellan primärvård och specialistvård har i analysen diagnoserna N91- N95 valts ut, se beskrivning nedan. För att få en tydlig bild över vem som gör vad, har samma diagnoser mätts på båda vårdnivåerna. se *Figur 2, 3 och 4*.

ICD -10:

N91 - Utebliven, sparsam och gles menstruation

N92 - Riklig, frekvent och oregelbunden menstruation

N93 - Annan onormal blödning från livmodern och slidan

N94 - Smärtor och andra symtom som har samband med de kvinnliga könsorganen och menstruationscykeln

N95 - Sjukliga tillstånd i samband med klimakteriet

Specialistvårdsnivå

Inom specialistnivån beskriver vi oftast alla diagnoser som registrerats inom Medicinskt verksamhetsområde (MVO) gynekologi, förlossningsvård samt gynekologi och obstetrik (MVO 431, MVO 441 och MVO 451).

Privat vård

I diagrammet som beskriver konsumtionen av privat gynekologi finns alla diagnoser med. Den privata vården är på specialistnivå och registreras därför på samma sätt som den offentliga. Det är beskrivet med MVO i diagrammet, se *Figur 5*.

Sammanlagd konsumtion

När vi beräknar den totala konsumtionen av gynekologi ingår alla vårdenheter, alla diagnoser inom specialistvården och diagnoser: N70-N77, N80-N98 och O00-O99 inom primärvården, se *Figur 7*.

ICD -10:

N70 - Salpingit och ooforit (inflammation i äggledare och äggstock)

N71 - Inflammatorisk sjukdom i livmodern utom livmoderhalsen

N72 - Inflammatorisk sjukdom i livmoderhalsen

N73 - Andra inflammatoriska sjukdomar i det kvinnliga bäckenet

N74 - Inflammatoriska tillstånd i det kvinnliga bäckenet vid sjukdomar som klassificeras annorstädes

N75 - Sjukdomar i Bartholins körtel

N76 - Annan inflammation i vagina och vulva

N77 - Vulvovaginal ulceration och inflammation vid sjukdomar som klassificeras annorstädes

N80 - Endometriosis (felbelägen livmoderslemhinna)

N81 - Framfall av livmodern och slidan

N82 - Fistlar som engagerar de kvinnliga könsorganen

N83 - Icke inflammatoriska sjukdomar i äggstockar, äggledare och breda ligament

N84 - Polyp i de kvinnliga könsorganen

N85 - Andra icke inflammatoriska sjukdomar i livmodern, utom livmoderhalsen

N86 - Erosion och ektropi i cervix uteri (livmoderhalsen)

N87 - Dysplasi i cervix uteri (livmoderhalsen)

N88 - Andra icke inflammatoriska sjukdomar i cervix uteri (livmoderhalsen)

N89 - Andra icke inflammatoriska sjukdomar i vagina

N90 - Andra icke inflammatoriska sjukdomar i vulva och perineum (mellangården)

N91 - Utebliven, sparsam och gles menstruation

N92 - Riklig, frekvent och oregelbunden menstruation

N93 - Annan onormal blödning från livmodern och slidan

N94 - Smärtor och andra symtom som har samband med de kvinnliga könsorganen och menstruationscykeln

N95 - Sjukliga tillstånd i samband med klimakteriet

N96 - Kvinna med habituella aborter (upprepade missfall)

N97 - Kvinnlig infertilitet (ofruktsamhet)

N98 - Komplikationer i samband med assisterad befruktning

O00-O08- Gravitet som avslutas med abort

O10-O16- Ödem, proteinuri (äggvita i urinen) och hypertoni under graviditet, förlossning och barnsängstid

O20-O29 Andra sjukdomar hos den blivande modern i huvudsak sammanhängande med graviditeten

O30-O48- Vård under graviditet på grund av problem relaterade till fostret och amnionhålan samt befarade förlossningsproblem

O60-O75- Komplikationer vid värkarbete och förlossning

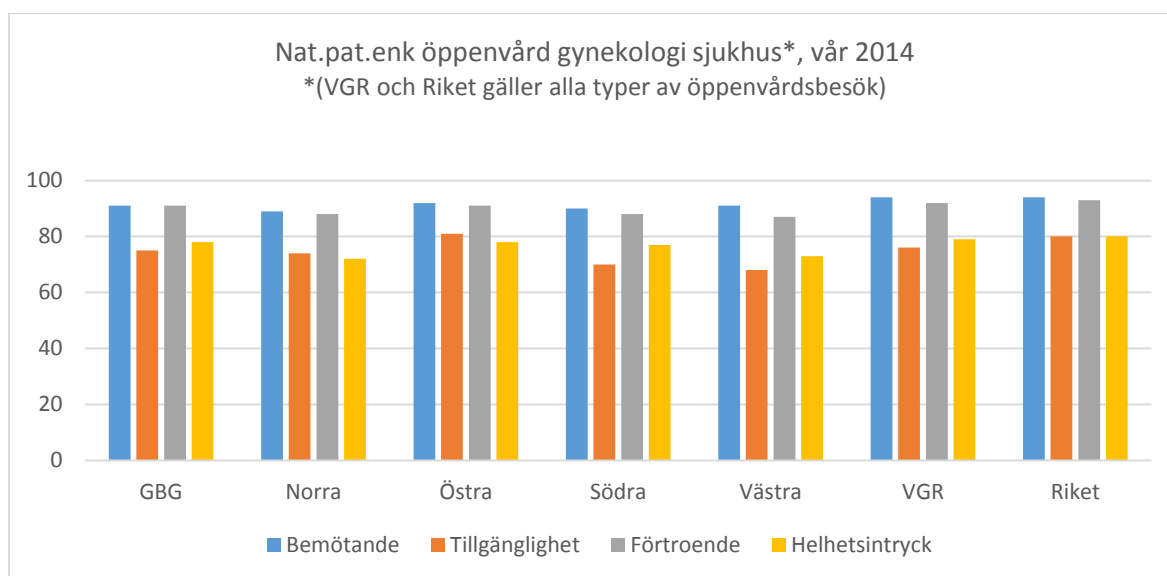
O80-O84- Förlossning

O85-O92- Komplikationer huvudsakligen sammanhängande med barnsängstiden

O94-O99, O94-O99- Andra obstetriska tillstånd som ej klassificeras annorstädes

Invånarnas uppfattning

Enligt den Nationella patientenkäten har invånarna i Västra Götalandsregionen något sämre uppfattning om den gynekologiska vården än landet i övrigt. Det gäller fram för allt tillgängligheten. I HSN östra upplever man dock en något bättre tillgänglighet till den gynekologiska vården än både i övriga regionen och i landet som helhet.



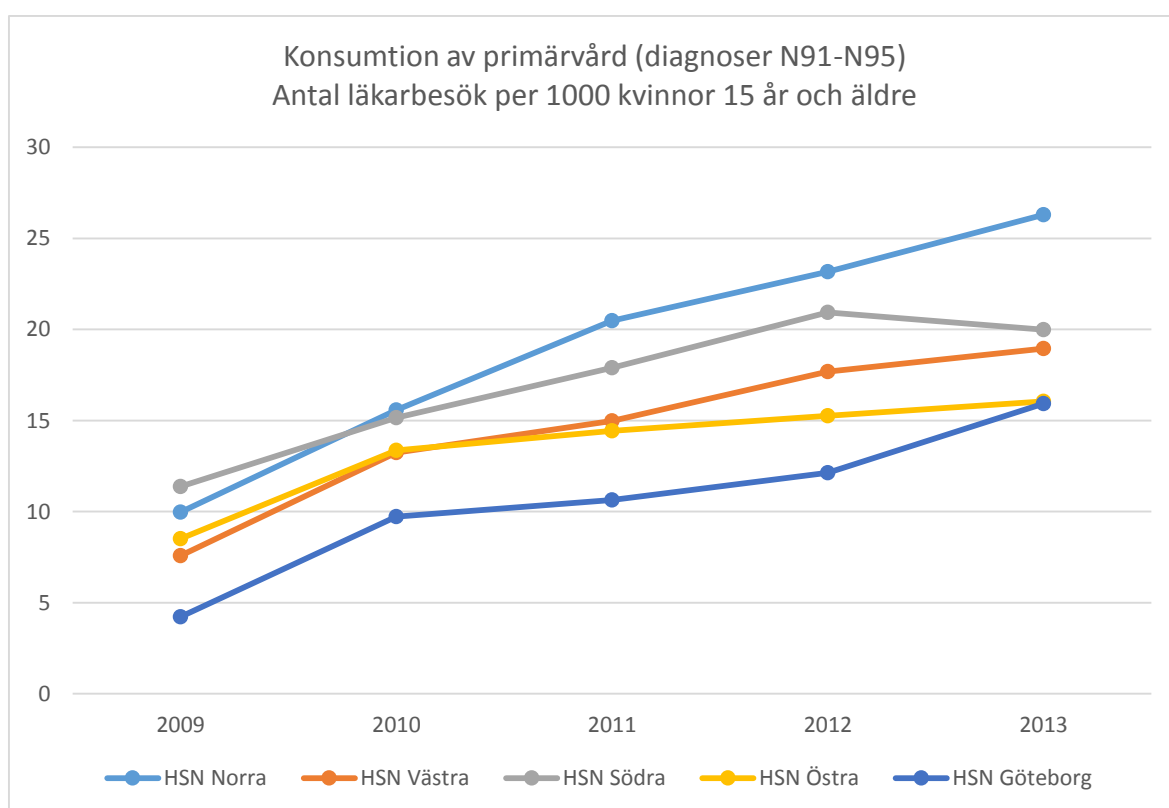
Figur 1: Källa: Nationella Patientenkäten 2014

Vårdkonsumtion

Vård på rätt vårdnivå

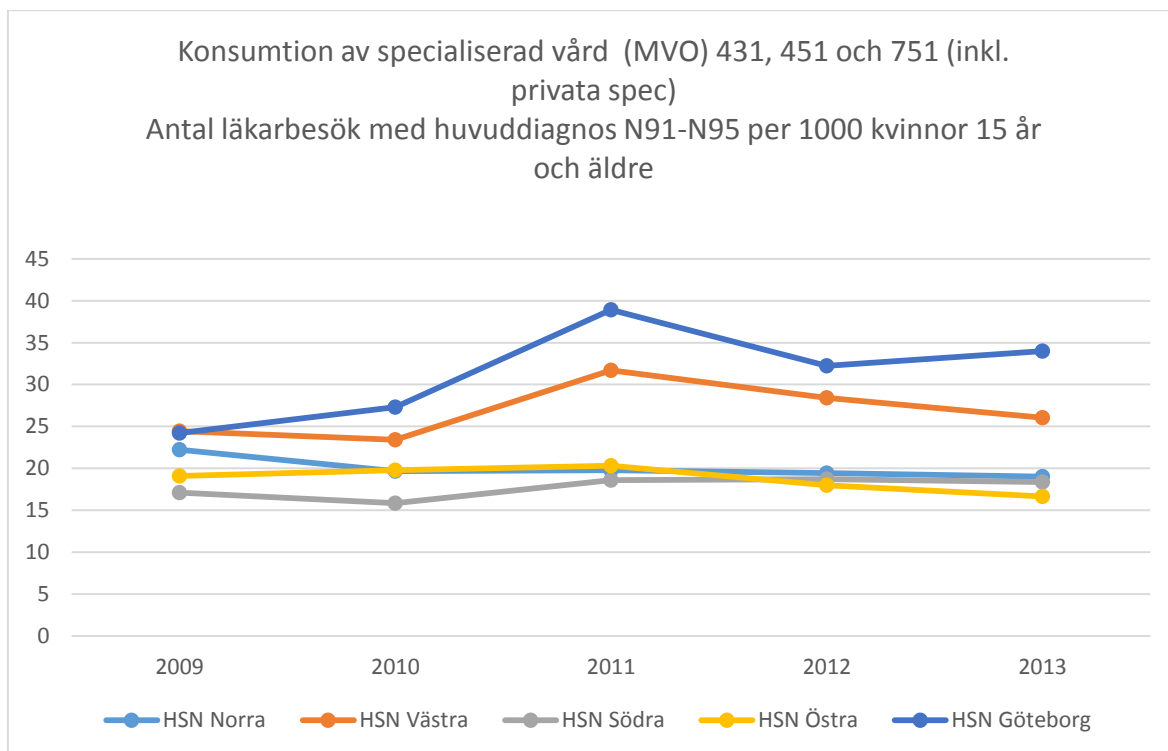
De vanligaste förekommande diagnoserna inom gynekologin är ICD-10 N91-N95. Enligt ”Ansvarsfördelning mellan allmänmedicin och gynekologi” (HSD-A § 36-2013) tillhör dessa primärvårdens ansvarsområde. Med primärvård menar vi här fram för allt vårdcentralerna.

Konsumtionen på primärvårdsnivå (diagnoser N91-N95) har ökat över tid i hela regionen men mest i HSN norra (fram för allt i Trestadsområdet). Ökningen kan ses som en följsamhet till de regionala medicinska riktlinjerna ”Ansvarsfördelning mellan allmänmedicin och gynekologi”. HSN östra och HSN Göteborg har den lägsta konsumtionen.



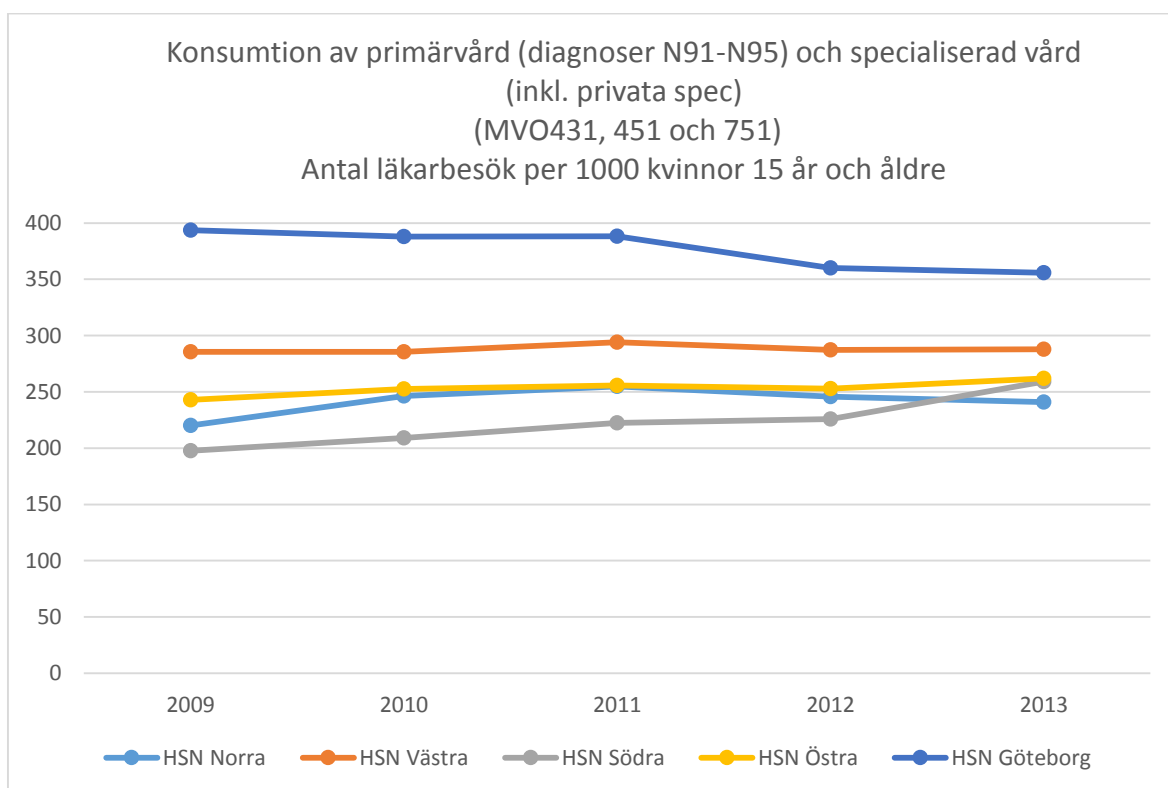
Figur 2: Källa: VEGA

Konsumtionen av den specialiserade vården har inte minskat i samma omfattning som den på primärvårdsnivå har ökat. Fortfarande behandlas många med diagnoserna N91-N95 på specialistnivå. I HSN Göteborg är konsumtionen högst i regionen och HSN östra, och norra lägst.



Figur 3: Källa: VEGA

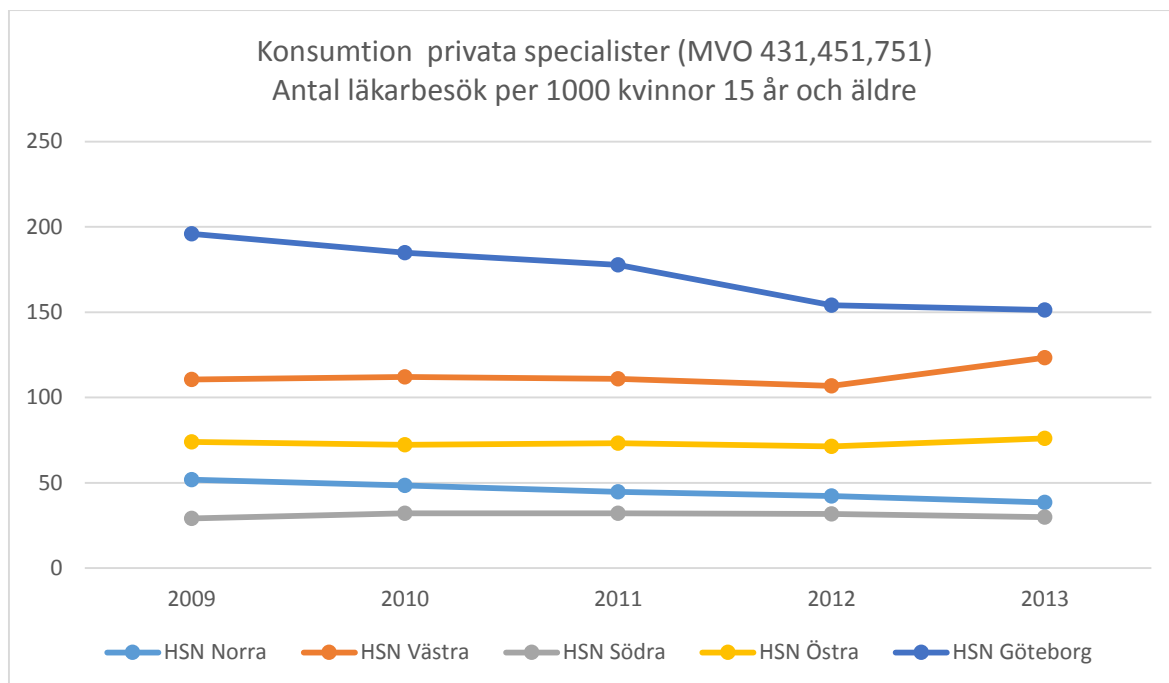
Lägger man samman primärvård och den specialiserade öppenvården ses samma mönster, konsumtionen ligger högst i HSN Göteborg.



Figur 4: Källa: VEGA

Konsumtion av privat vård

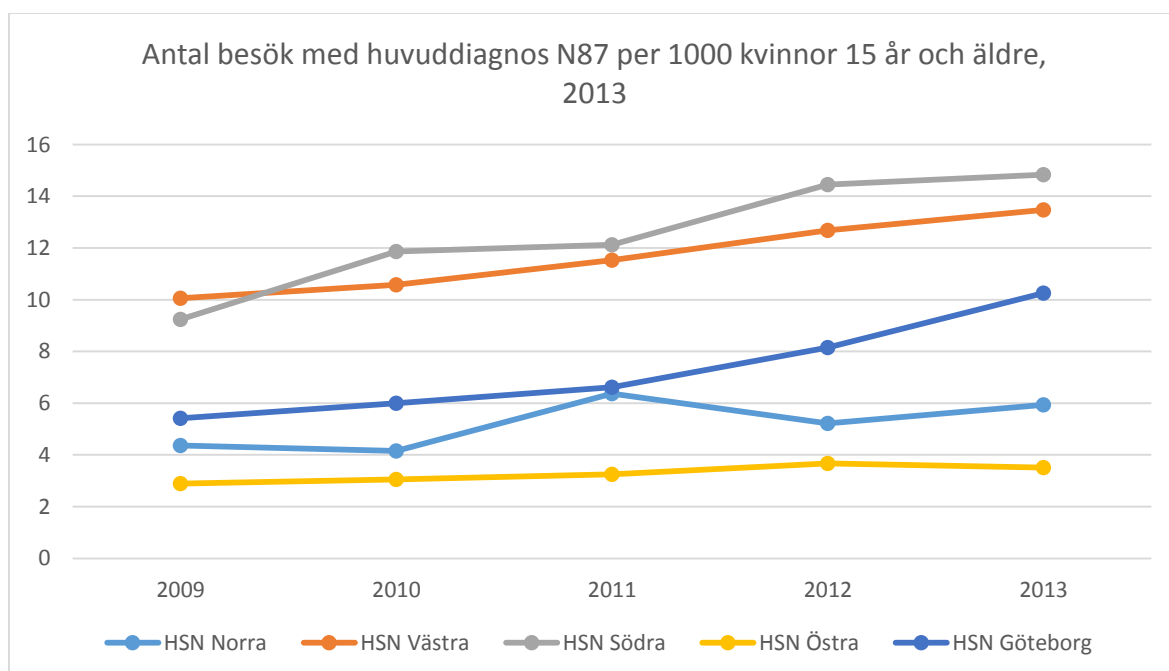
Konsumtionen av privat vård är högre i HSN Göteborg än i övriga områden även om den har minskat över tid. Lägst är konsumtionen i HSN södra och HSN norra (framför allt i Dalsland).



Figur 5: Källa: VEGA

Dysplasi

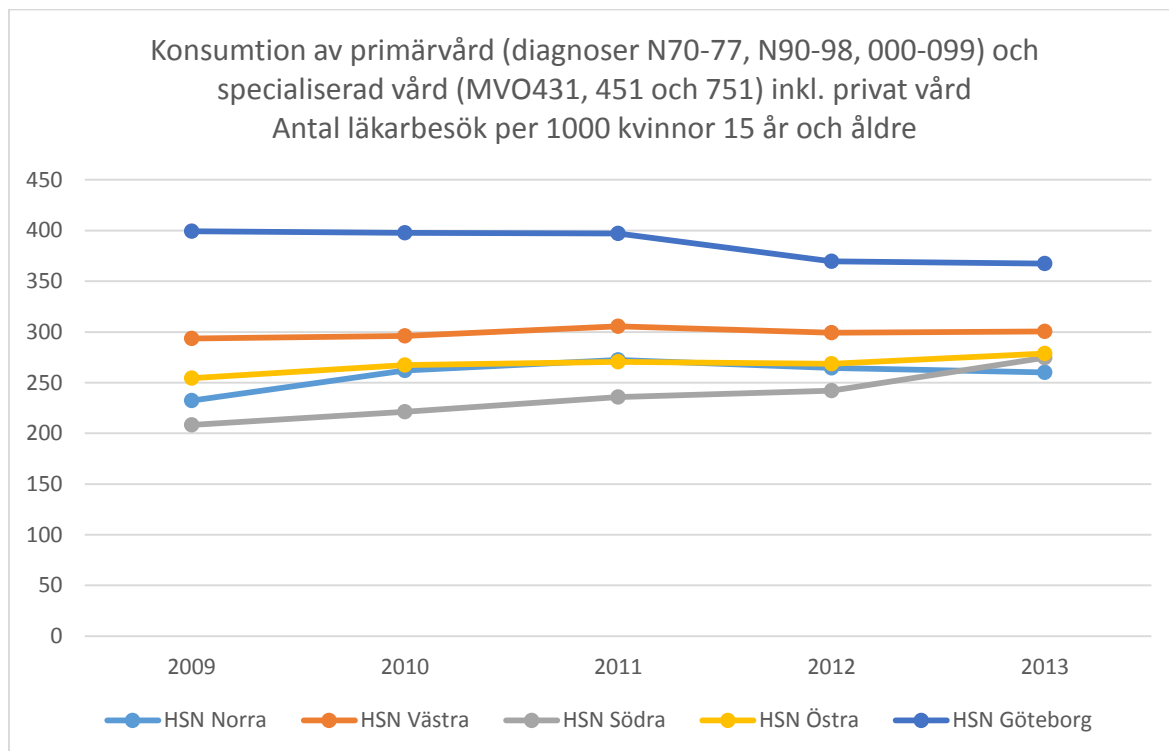
Förekomsten av diagnosen dysplasi (N 87, cellförändringar i livmoderhalsen) har ökat sedan 2009 i alla nämndområden men mest i HSN Göteborg. Störst antal diagnoser per 1000 kvinnor över 15 år finns dock registrerade i HSN södra.



Figur 6: Källa: VEGA

Sammanlagd konsumtion

Den totala konsumtionen av gynekologisk öppenvård ser olika ut i regionen. Den högsta konsumtionen finns i HSN Göteborg och den lägsta i norra nämnden. I HSN Göteborg har konsumtionen minskat något sedan 2009 medan det i HSN södra har ökat. Övriga nämndområden ligger fortfarande kvar på ungefär samma nivå.



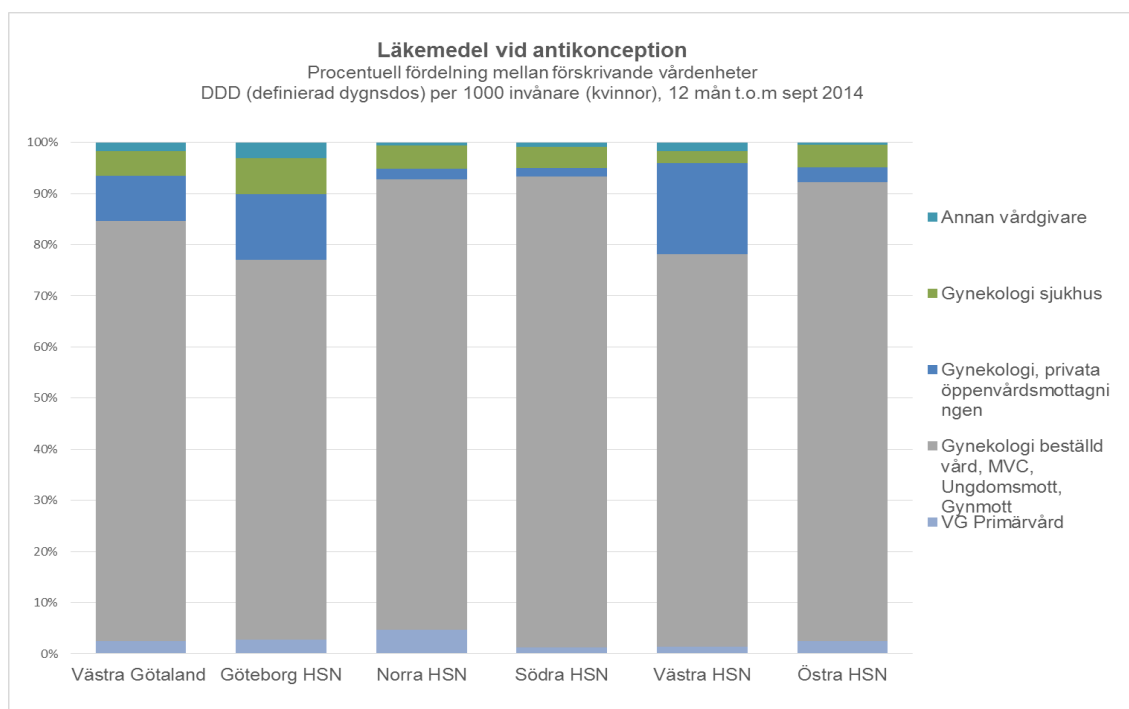
Figur 7: Källa: VEGA

Läkemedel

Antikonception (olika typer av P-piller)

Förskrivning av antikonceptionsmedel i regionen sker till största delen på ungdomsmottagningar och inom mödravården. Ca 90 procent av all förskrivning av antikonceptionsmedel görs av barnmorskor. I HSN Göteborg är siffran lägre, något under 80 procent. Inom HSN västra och HSN Göteborg sker förskrivningen i större utsträckning hos privata öppenvårdsmottagningar än i övriga regionen.

I HSN västra sker en lägre förskrivning på sjukhusnivå och i HSN norra en något högre förskrivning inom vårdcentralerna än i övriga regionen.



Figur 8; Källa; Concise

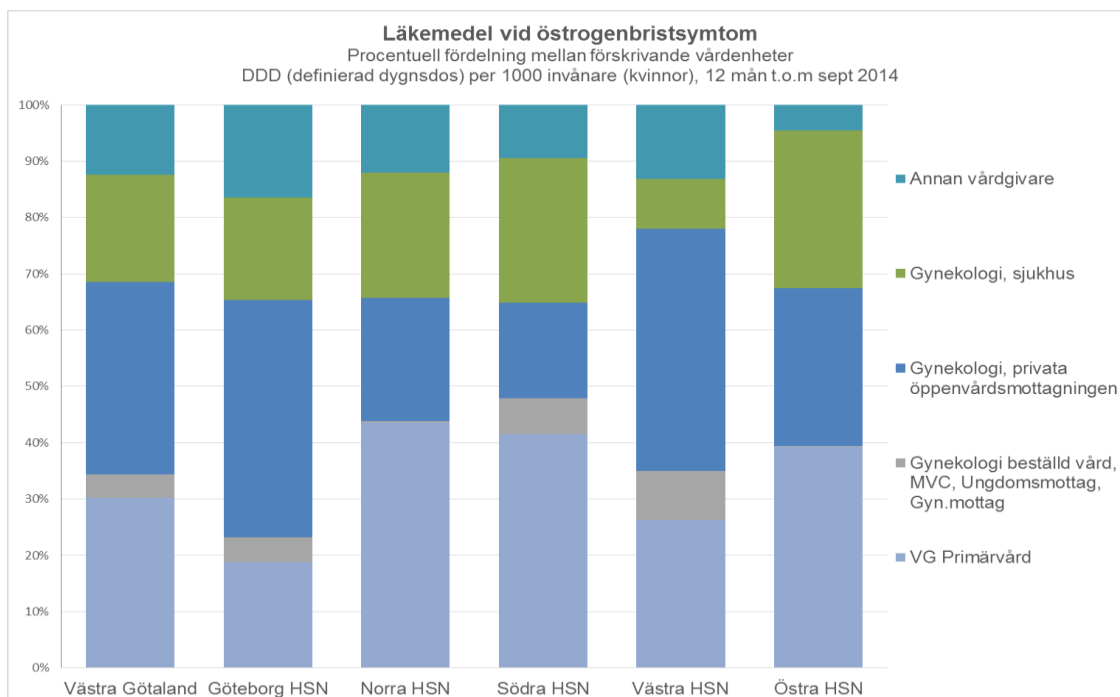
Östrogen

Östrogenpreparat förskrivs oftast till kvinnor i övergångsåldern samt äldre kvinnor med sköra slemhinnor i underlivet. Det finns läkemedel som ges lokalt och de som ges systemiskt (påverkar hela kroppen).

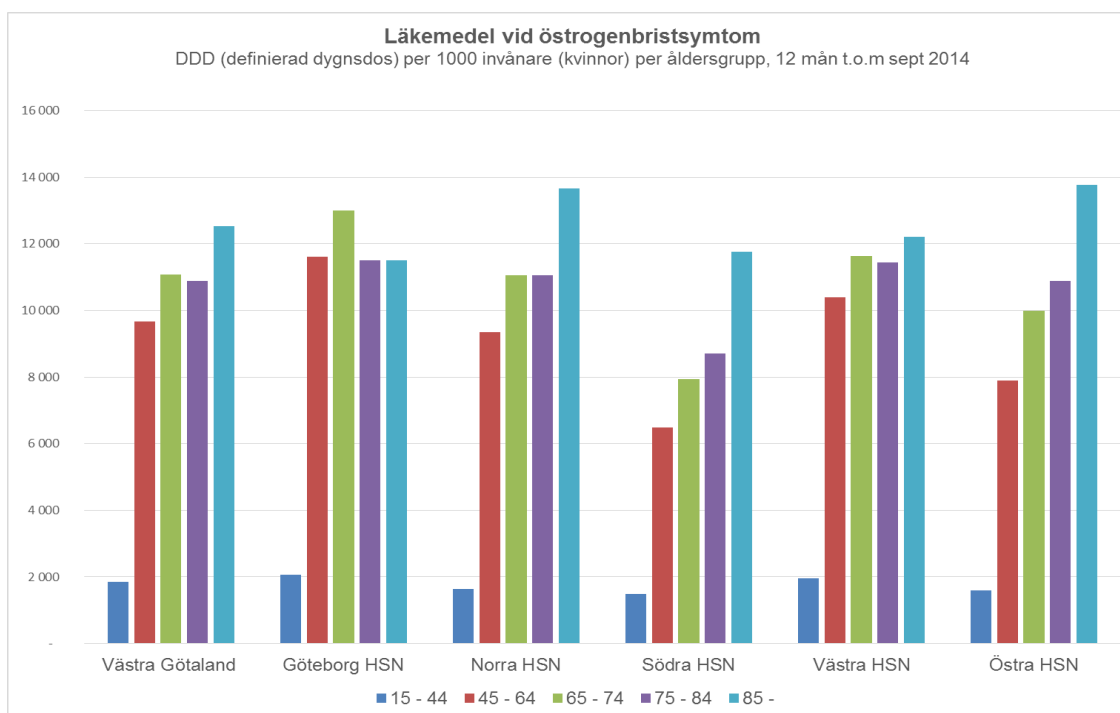
I HSN södra förskrivs totalt sett en lägre andel preparat än i regionen i övrigt. HSN östra och norra har en något högre förskrivning för 85 år och äldre än övriga.

I HSN Göteborg förskrivs i högre utsträckning systemisk behandling i åldersgruppen 45-74 år än i de övriga nämndområdena.

Den största förskrivningen görs på de privata mottagningarna i HSN Göteborg och i HSN västra medan det i övriga nämnder görs i primärvården.



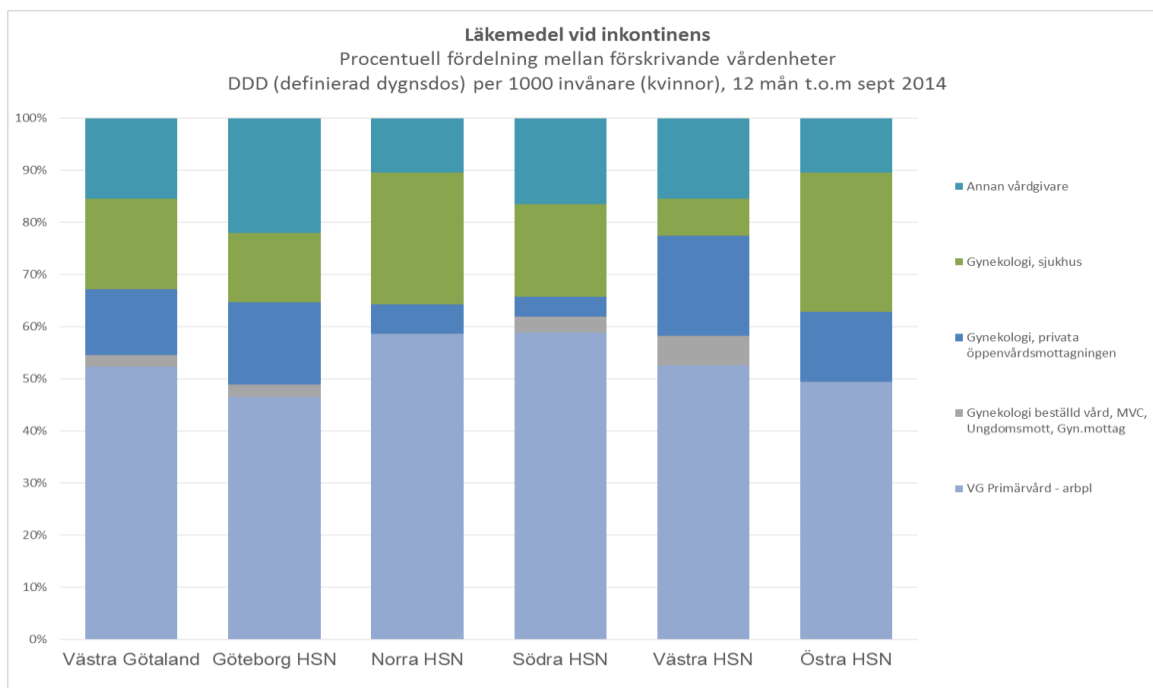
Figur 9; Källa; Concise



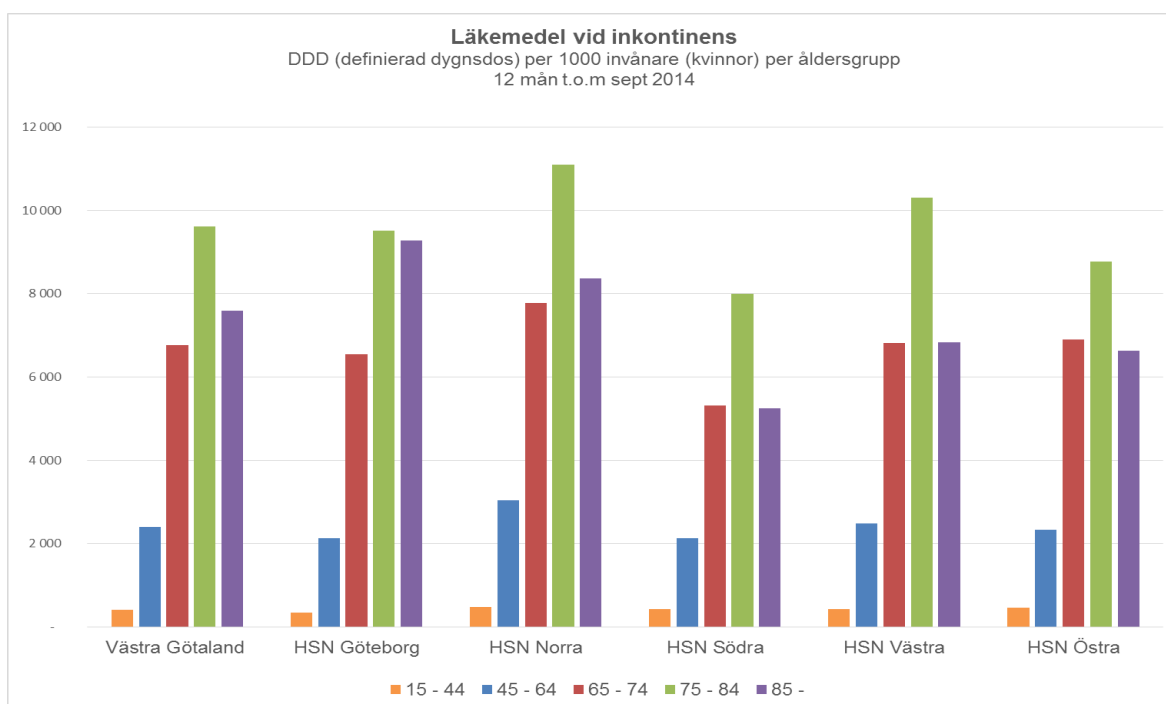
Figur 10; Källa; Concise

Inkontinensläkemedel (läkemedel vid urinläckage)

Förskrivningen av inkontinensläkemedel är högre i området HSN norra än i övriga regionen, fram för allt på vårdcentralsnivå men även inom länssjukvården. Skillnaden ses i nästan alla åldersgrupper. Antalet registrerade operationer för inkontinensbesvär ser inte ut att vara färre i HSN norra än i övriga regionen.



Figur 11; Källa; Concise

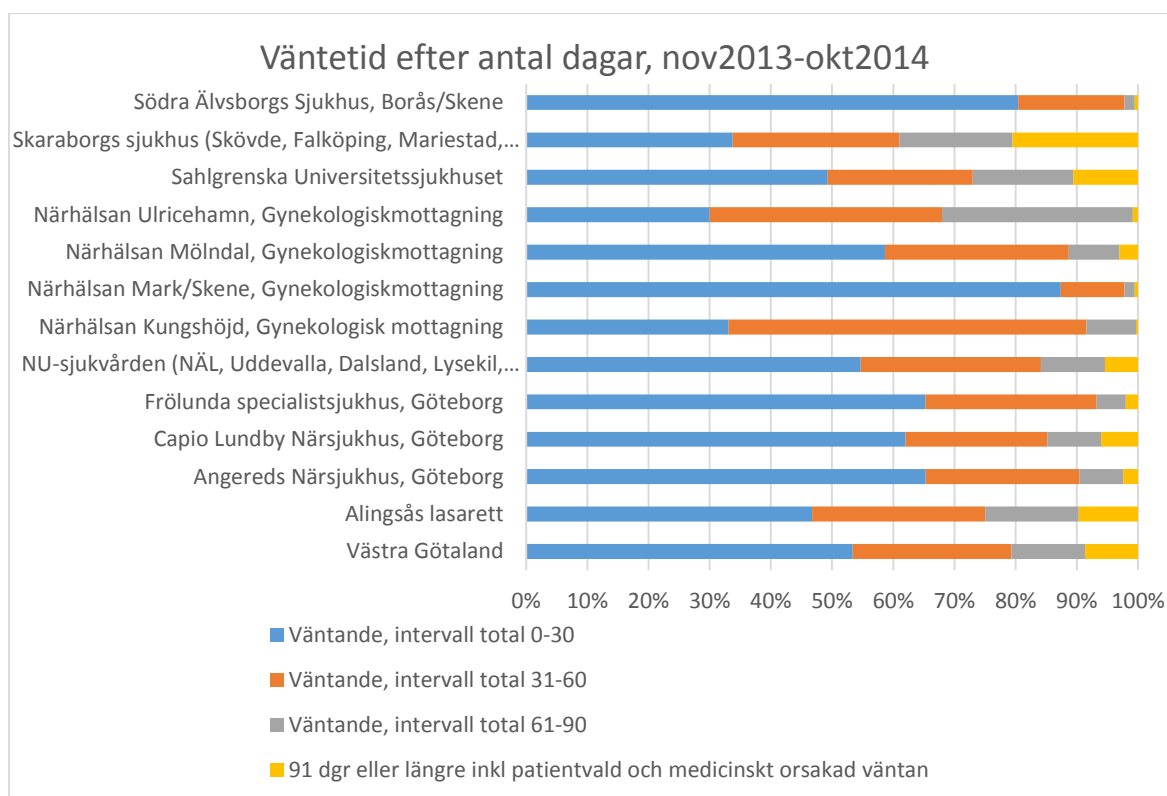


Figur 12; Källa; Concise

Tillgängliga insatser och åtgärder

Väntetider

Tillgängligheten till de gynekologimottagningar där vi kan mäta väntetider är relativt god. Enbart Skaraborgs sjukhus har en längre väntetid för ett ”första besök” än 90 dagar. Andelen kvinnor som får tid inom 30 dagar varierar och även så antalet kvinnor som väntar på ett första besök.



Figur 13; Källa; Den regionala väntetidsmätningen

Brister

Enligt den Nationella patientenkäten har invånarna i Västra Götalandsregionen något sämre uppfattning om den gynekologiska vården än landet i övrigt, framför allt när det gäller tillgängligheten.

Antalet besök per kvinnor 15 år och äldre per 1 000 invånare inom den totala öppenvårdsgynekologin är betydligt högre i HSN Göteborg än i övriga nämndområden. Det är svårt att veta om behovet verkligen är större eller om konsumtionen blir högre på grund av en större tillgång. Konsumtionen av besök på vårdcentralerna är låg medan den inom den specialiserade vården är hög. En slutsats kan vara att den låga konsumtionen på primärvårdsnivå kompenseras av den höga inom specialvården.

Enligt Krav- och kvalitetsboken inom VG Primärvård ska vårdcentralerna ha samma uppdrag inom gynekologi. Där står bland annat ”Vårdcentralerna ska tillämpa gällande riktlinjer i regionen, som anger ansvarsfördelning mellan primär- och specialistsjukvård”. Mot bakgrund av detta kan man anta att konsumtionen i HSN Göteborg i dagsläget delvis ligger på fel vårdnivå.

Enligt Team ”beställd primärvård” inom HSNK finns en oro hos vårdgivarna i HSN Göteborg att resurserna inte ska räcka till den efterfrågan som finns. Orsaken, enligt Teamet, är bland annat att diagnosen dysplasi har ökat och att detta medför en höjd resursåtgång. Diagnosen dysplasi har ökat i alla nämndområden men mest i HSN Göteborg. Andelen kvinnor med diagnosen dysplasi är dock högre i både HSN västra och HSN södra. Ingen ytterligare analys av eventuella orsaker är gjord.

Inkontinensläkemedel förskrivs i större utsträckning i HSN Norra än i övriga regionen. Någon orsak till detta har inte vi inte kunnat hitta.

I HSN Göteborg och HSN Väster förskrivs inkontinensläkemedel i högre grad av privata gynekologimottagningar än i övriga regionen. Detta kan kanske ses som en naturlig följd av att det också finns fler privata mottagningar där än i övriga regionen.

Antikonceptionsmedel förskrivs i lägre utsträckning av barnmorskor i HSN Göteborg än i övriga regionen. Detta skulle också kunna bero på den högre förekomsten av privata gynekologiska mottagningar där antikonceptionsmedel möjligtvis i högre utsträckning förskrivs av läkare.

I HSN Södra förskrivs färre östrogenläkemedel. Vi har inte kunnat hitta några specifika orsaker till detta.

Tittar man mer detaljerat på förskrivningen av östrogenbehandlingar, visar det på skillnader mellan förskrivning av lokala- och systemiska läkemedel. I HSN Göteborg finns en högre förskrivning av systemiska läkemedel för åldersgruppen 45- 74 år än för övriga nämnder. Detta kan eventuellt också kopplas till att det i högre grad är läkare som förskriver läkemedel i HSN Göteborg än i övriga regionen.

Sammanfattningsvis kan man kanske hävda att de vanligast förekommande läkemedlen inom gynekologin förskrivs i större utsträckning på en högre vårdnivå i HSN Göteborg än i övriga VGR.

Väntetiderna för patienter vid SkaS sjukhus är längre än vid övriga mätbara mottagningar i regionen. Trots detta upplever invånarna i HSN östra en bättre tillgänglighet till vården än i övriga områden i regionen, enligt den Nationella patientenkäten.

Åtgärdsförslag

I Göteborgsområdet finns en högre konsumtion av specialistgynekologi och en lägre av gynekologi i primärvård, än i övriga VGR. Det finns en lång tradition hos befolkningen där att vända sig till en gynekologisk mottagning när man har problem istället för till en vårdcentral.

Det är svårt att ändra människors beteendemönster men ett sätt att styra patientströmmar kan vara patientavgiften. Idag betalar patienterna 200 kronor för ett läkarbesök inom gynekologisk specialistvård till skillnad mot övriga specialistbesök i VGR där man får betala 300 kronor. För besöket till läkaren på den vårdcentral där du är listad betalar du bara 100 kronor. Ett förslag kan därför vara att jämföra ett specialistbesök inom gynekologin med övriga specialistbesök och höja patientavgiften till 300 kronor även för dessa besök. Patienten spar då 200 kronor genom att vända sig till sin vårdcentral istället.

För att specialistvården ska kunna använda sina resurser för patienter med en tyngre problematik måste man också släppa de med lättare. Det är därför viktigt ur ett tillgänglighetsperspektiv att patienter tas om hand och vårdas på rätt vårdnivå. Ett stöd i det arbetet skulle kunna vara en mer strukturerad organisation kring konsultationsverksamheten mellan specialist- och primärvård. Det skulle för primärvårdens del innebära större möjligheter till stöd och kunskapsutveckling inom området och på så vis också kunna öka förutsättningarna för att ta emot fler patienter.

En annan åtgärd för att styra patienter rätt i vården kan vara att intensivifiera övervakningen av vårdgivarnas följsamhet till de regionala riktlinjerna för

ansvarsfördelningen mellan specialistvård och primärvård. Genom att årligen följa konsumtionen kan Hälso- och sjukvårdsnämnderna påvisa tydligare var bristerna finns och därigenom kräva förändringar.

Förskrivning av läkemedel ser olika ut i regionen och orsakerna till skillnaderna i förskrivning av östrogen- och inkontinensläkemedel bör utredas ytterligare.

Genom att följa förskrivningen av läkemedel per vårdnivå kan delvis efterlevnaden av de regionala riktlinjerna mätas, vilket därför också bör göras årligen

Diagnosen Dysplasi ökar i VGR men kommer sannolikt att minska i takt med att vaccinationer numera utförs på många unga flickor.

Uppföljningsmetoder

Årligen följer Hälso- och sjukvårdsnämnderna upp alla avtal som tecknats, även så inom vårdvalen. I all avtalsuppföljning bör ovan föreslagna åtgärder vidtas.

Referenser

Den regionala vårddatabasen VEGA

Apotekens service AB Concise

Nationella Patientenkäten, våren 2014

Den regionala väntetidsmätningen

Team Övrig Primärvård

Långvarig icke malign smärta

Mellan 14- 20 procent av befolkningen i Västra Götaland antas ha långvarig smärta (224 000 - 320 000 personer i Västra Götaland) och ungefär sju procent antas lida av svår, långvarig och behandlingskrävande smärta (cirka 100 000 personer i Västra Götaland). Fördelningen mellan kvinnor och män är generellt 60/40.

Invånare i regionen med långvarig smärta anser inte att tillgången till smärtvård är anpassad till de vårdbehov som finns. Av de behovsgrupper som ingår i behovsanalys 2015 är behovsgrupp långvarig smärta, tillsammans med behovsgrupp psykisk ohälsa, de grupper som har högst andel individer som upplever att de inte har tillgång till den vård de behöver. Andelen som ändå anser att de har tillgång till den sjukvård de behöver är högst i Södra nämnden och lägst i Göteborg.

Vårdutbudet i regionen för personer med långvarig smärta är mitt upp i en omfattande förändring. När det gäller smärtvård på primärvårdsnivå infördes Vårdval rehab under hösten 2014. Samtidigt kom signaler om avveckling av ett antal multimodala rehabiliteringsteam (MMR-team), som en direkt följd av det nya vårdvalet. Det är för närvarande osäkert hur det sammanlagda vårdutbudet på primärvårdsnivå, för personer med långvarig smärta, kommer att se ut under 2015. För hälso- och sjukvårdsnämnderna är det därför angeläget att följa upp invånarnas tillgång till smärtvård och hur väl vårdbehovet tillgodoses. Det är i sammanhanget viktigt att bevaka kommande regionalt beslut avseende smärtvård på primärvårdsnivå, som kommer att baseras på resultat från planerad utvärdering av effekter av Vårdval Rehab samt resultat från pågående utvärdering av insatser i form av multimodal rehabilitering, inom ramen för statliga medel ur Rehabiliteringsgarantin.

När det gäller smärtvård på sjukhus fattades i december 2014 regionalt beslut inom ramen för ordnat införande. Beslutet baseras på förslag från regionens Smärtråd och innebär en uppbyggnad av smärtvården på sjukhus samt jämnare fördelning av vården i regionen. För hälso- och sjukvårdsnämnderna är det angeläget att följa upp implementeringen av detta beslut samt att bevaka planerad utvärdering av genomförda insatser 2015, som kommer att vara en av utgångspunkterna för regionalt beslut om ordnat införande 2016. [Åtgärdsförslag](#)

Kontaktperson: Marika Fixell, marika.fixell@vgregion.se

Innehåll *Långvarig icke malign smärta*

Hälsoläge	173
Förekomst	173
Sammanställning hälsoläge	175
Politiska beslut och inriktningar	176
Multimodal rehabilitering.....	176
Vårdval Rehab	176
Regional handlingsplan	176
Gemensam vårdkedja i Skaraborg.....	176
Invånarnas uppfattning	177
Tillgång till vård	177
Vårdkonsumtion	178
Besök	178
Multimodal rehabilitering.....	178
Kostnader.....	179
Vårdkontakter	179
Multimodal rehabilitering.....	179
Läkemedel	180
Tillgängliga insatser och åtgärder.....	180
Primärvårdsrehabilitering	180
Smärtverksamhet på sjukhus	181
Planerad utveckling	182
Brister	182
Tillgång till vård – invånarnas uppfattning	182
Tidigare identifierade brister	182
Åtgärdsförslag	183
Stödja och följa upp.....	183
Uppföljningsmetoder	184
Referenser.....	184

Smärta brukar delas upp i akut och långvarig, ibland kallad kronisk, smärta. Det finns inga klara definitioner, men ofta räknas smärtan som långvarig om den pågått i minst tre månader. Den här rapporten omfattar i första hand tillstånd av långvarig smärta. Syftet är att beskriva sjukvårdsbehovet för de personer i Västra Götaland som lider av långvarig smärta som inte är huvudvärk eller beror på bakomliggande cancersjukdom eller reumatism.

Hälsoläge

I det här avsnittet beskrivs förekomst av smärta bland befolkningen i Västra Götaland. Beskrivningen baseras på uppgifter från Smärtrådets rapport från 2014 ”Långvarig smärta i Västra Götalandsregionen Beskrivning och handlingsplan”, uppgifter från den nationella patientenkäten ”Hälsa på lika villkor” samt från den regionala vårddatabasen VEGA och läkemedelsdatabasen Digitalis.

Förekomst

Enligt Smärtrådets rapport visar ett flera olika studier att ungefär 20 procent av befolkningen antas ha långvarig smärta (cirka 320 000 personer i Västra Götaland) och ungefär sju procent antas lida av svår, långvarig och behandlingskrävande smärta (cirka 100 000 personer i Västra Götaland). Personer med långvarig smärta konsumerar generellt mer vård än befolkningen i övrigt och långvarig smärttillstånd är en av de vanligaste orsakerna till långtids-sjukskrivning. Även suicidfrekvensen tycks vara högre hos patienter med långvarig smärta (Smärtrådets rapport).

Källa: Hälsa på lika villkor

Den nationella enkäten Hälsa på lika villkor (2011) innehåller bland annat följande frågor:

- Har du värk i skuldror, nacke eller axlar?
- Har du ryggsmärtor, ryggvärk, höftsmärtor eller ischias?
- Har du värk eller smärtor i händer, armbågar, ben eller knän?

Baserat på resultatet av enkätundersökningen upplever 14 procent av invånarna i Västra Götaland svåra besvär av smärta/värk (17 procent av kvinnorna och 11 procent av männen). Av de som har svåra besvär är 60 procent kvinnor och 40 procent män. Andelen personer med svåra besvär varierar mellan 13 procent i västra nämnden) och 15 procent i södra nämnden. Följande kriterier är vanligt förekommande hos de personer som svarat ”ja, svåra besvär” på ovanstående frågor:

- kvinna
- >45 år
- kort utbildning
- har sjuk-/aktivitetsersättning eller är arbetslös
- är arbetare eller lägre tjänsteman
- har låg inkomst och saknar kontantmarginal
- utlandsfödd
- skattar sitt hälsotillstånd som dåligt/mycket dåligt
- är ensamstående med barn
- lever ohälsosamt
- konsumerar sjukvård i hög grad
- socialt inaktiv

Källa: Vårddatabasen VEGA

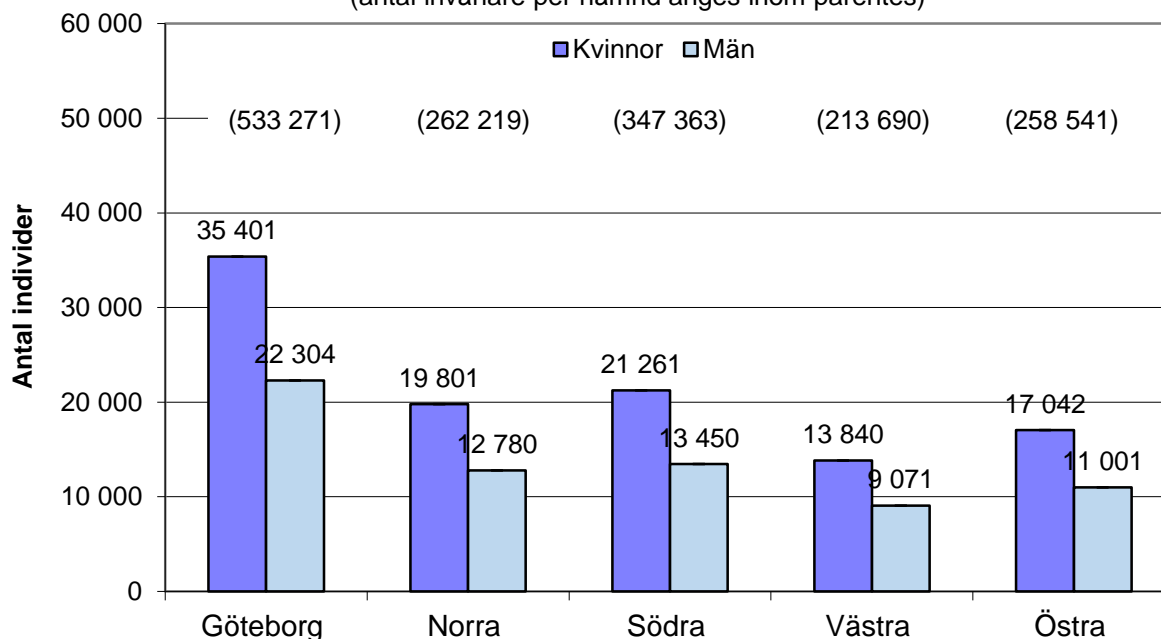
Antalet personer i Västra Götaland med registrerad smärtdiagnos enligt nedan (valda diagnoser) år 2013 är 175 663, vilket motsvarar cirka 11 procent av befolkningen. Bland kvinnorna är motsvarande andel 14 procent och bland männen 9 procent. Av samtliga individer med dessa diagnoser är drygt 60 procent kvinnor. I nedanstående tabell anges de smärtdiagnoser och ICD-koder som i rapporten benämns som valda diagnoser, samt hur stor andel respektive diagnos utgör av hela gruppen.

ICD	Diagnos	Andel
F45.4	Kroniskt somatoformt smärtsyndrom	38,8 %
M54	Ryggvärk	23,9 %
M79.1	Myalgi (muskelvärk)	19,1 %
M79.2	Icke specificerad neuralgi och neurit	10,8 %
M79.6	Smärtor i extremitet (armar och ben)	3,4 %
M79.7	Fibromyalgi	1,6 %
R52.1	Kronisk behandlingsresistent smärta (svårbehandlad smärta)	0,9 %
R52.2	Annan kronisk smärta eller värk	0,6 %
R52.9	Smärta eller värk, ospecificerad	0,4 %
M25.5	Ledvärk	0,4 %
		100,0 %

Tabell1: Diagnoser som ingår i sökningarna och som i rapporten benämns som ”valda diagnoser”

Av nedanstående diagram framgår att antalet individer med registrerad smärtdiagnos är högst i Göteborg och lägst i västra nämnden, detta gäller såväl för kvinnor som för män. Andelen individer med smärtdiagnos är dock högst i norra nämnden och lägst i södra.

Diagram 1. Antal individer i befolkningen som registrerats med smärtdiagnos (valda diagnoser) 2013 fördelat på HSN och kön
(antal invånare per nämnd anges inom parentes)



Källa: Läkemedelsdatabasen Digitalis

Enligt uppgifter i läkemedelsdatabasen Digitalis står totalt 102 500 individer i regionen på långvarig smärtbehandling. Långvarig smärtbehandling avser här behandling med något av följande läkemedel under tredje kvartilen 2013 samt andra kvartilen 2014:

- analgetika exklusive medel vid migrän (N02 exklusive N02C)
- antiepileptikum, som också används vid smärtsam diabetesneuropati (N03AX12)
- icke-steroida antiinflammatoriska/antireumatiska medel, NSAID (M01A).

Antalet individer med långvarig smärtbehandling och valda smärtdiagnoser enligt ovan är 37 600, vilket motsvarar drygt 2 procent av befolkningen. Kvinnor utgör 65 procent av alla individer med långvarig smärtbehandling och 68 procent i undergruppen med valda diagnoser.

Tabell 2. Individer i Västra Götaland med långvarig smärtbehandling.

	Antal	Andel i VGR	Andel kvinnor
Alla	102 500	6,3 %	65 %
Valda diagnoser	37 600	2,3 %	68 %

Sammanställning hälsoläge

Nedanstående tabell är en sammanställning över de källor och indikatorer som i denna rapport har använts för att ringa in behovsgruppen. Baserat på dessa källor antas förekomsten av långvarig smärta i Västra Götaland vara 14-20 procent medan förekomsten av icke malign smärta, som inte är huvudvärk eller beror på bakomliggande cancersjukdom eller reumatism, antas vara omkring 11 procent. Hur stor andel av dessa 11 procent som handlar om långvarig smärta har vi inte kunnat ringa in.

Tabell 3. Källor och indikatorer som använts för att ringa in behovsgruppen.

Källa	Smärtrådets rapport	Hälsa på lika villkor	VEGA
Indikator	Förekomst långvarig smärta i Västra Götaland	Har svåra besvär av värk/ smärta i rygg/ nacke/ axlar/ skuldror/extremiteter	Har registrerad smärtdiagnos (valda diagnoser)
Andel	≈ 20 %	14 %	11 %
Antal	≈ 320 000	224 000	175 663
Andel kvinnor/män		60/40	60/40

Politiska beslut och inriktningar

Det här avsnittet ger en beskrivning av politiska beslut som fattats i Västra Götalandsregionen och som berör smärtvården i regionen.

Multimodal rehabilitering

I Västra Götaland har sedan år 2008 fattats årliga politiska beslut om insatser inom ramen för statliga medel (Rehabiliteringsgarantin), det vill säga multimodal rehabilitering (MMR) vid långvarig smärta i rygg nacke och axlar. Dessa insatser har utförts dels inom primärvården, genom 96 godkända MMR-team på vårdcentraler och 29 MMR-team på rehabiliteringsenheter, dels inom specialistvården, genom totalt sex godkända multimodala smärtteam inom sjukhusvården.

Den 1 september 2014 infördes Vårdval rehab i Västra Götalandsregionen, vilket innebar nya ekonomiska förutsättningar för MMR-team på rehabenheter, genom att ersättningsformen övergick från fast ersättning till prestationsersättning. Denna förändring, som innebär en lägre ersättning till MMR-team på rehabenheter, har lett till att man inom Närhälsan är tveksamma till fortsatt drift av MMR-team och det är osäkert om hur många team som kommer att finnas kvar i regionen år 2015.

Vårdval Rehab

Det nya vårdvalet innebär att patienter själva kan välja någon av de rehabiliteringsenheter som blivit godkända i vårdvalet. Rehabenheter som uppfyller Västra Götalandsregionens krav ska erbjuda arbetsterapi och fysioterapi/sjukgymnastik på primärvårdsnivå. Den 1 januari 2015 fanns 84 valbara rehabenheter i Västra Götaland.

Regional handlingsplan

Smärtrådet i Västra Götaland lade under våren 2014 fram ett förslag till regional handlingsplan avseende långvarig smärta "Långvarig smärta i Västra Götalandsregionen Beskrivning och handlingsplan" (RSK 2011-01-31). Förslaget, som omfattar såväl insatser inom primärvård som inom sjukhusvård bereddes under hösten 2014 inom ramen för ordnat införande. Politiskt beslut, avseende den del av handlingsplanen som avser smärtvård på sjukhus, fattades i Hälso- och sjuvårdsutskottet (HSU) den 17 december 2014 (RS 1378-2012). Beslutet innebär att smärtvården på sjukhusen ska byggas upp och förstärkas samt fördelas jämnare i regionen. När det gäller primärvården och Smärtrådets förslag om uppbyggnad av permanenta multidisciplinära team jämt fördelade i hela VGR var bedömningen att det i nuläget inte finns tillräckligt stöd för Smärtrådets förslag och beslutet blev att avvakta, dels för att invänta resultat av pågående utvärdering av nuvarande insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin, dels för att utvärdera effekter av Vårdval Rehab som nyss har införts i regionen.

Gemensam vårdkedja i Skaraborg

I Skaraborg fanns 2014 tilläggsöverenskommelser mellan HSN och Skaraborgs Sjukhus (SkaS) respektive Närhälsan Beställd primärvård. Överenskommelserna innebär att SkaS och Närhälsan ansvar för en gemensam vårdkedja för behandling och rehabilitering av patienter med långvarig icke malign smärta.

Invånarnas uppfattning

I det här avsnittet beskrivs uppfattningen om tillgång till sjukvård bland de invånare i Västra Götalandsregionen som har kronisk smärta/värk. Beskrivningen baseras på resultat från Vårdbarometern.

Tillgång till vård

I Vårdbarometern ställs frågan ”Har du något av följande?” varpå ett antal tillstånd anges, däribland kronisk smärta/värk. Under perioden 2010-2014 har 26 285 personer svarat på frågan, varav 5 829 (21 procent) har svarat att de har kronisk smärta/värk. I nedanstående tabell framgår utfall för respektive nämnd.

Tabell 4. Andel individer som uppger att de har kronisk smärta eller värk.

HSN	Göteborg	Västra	Östra	Norra	Södra	VGR
andel	19 %	20 %	23 %	24 %	22 %	21 %

De patienter som har uppgett att de har kronisk smärta/värk har också besvarat följande: ”Har tillgång till den sjukvård jag behöver?” Av nedanstående tabell framgår att andelen individer som anser sig ha tillgång till den sjukvård man behöver är högst i Södra nämnden och lägst i Göteborg.

Tabell 5. Andel individer som uppger att de har tillgång till den vård de behöver.

HSN	Göteborg	Västra	Östra	Norra	Södra	VGR
-instämmer	67 %	74 %	72 %	68 %	76 %	70 %
-varken eller	18 %	14 %	15 %	19 %	15 %	17 %
-tar avstånd	14 %	13 %	13 %	13 %	10 %	13 %

Av de behovsgrupper som ingår i behovsanalys 2015 är behovsgrupp långvarig smärta, tillsammans med behovsgrupp psykisk ohälsa, de två grupper som har högst andel individer som upplever att de inte har tillgång till den vård de behöver.

Vårdkonsumtion

I det här avsnittet redovisas antalet besök och antalet insatser i form av multimodal rehabilitering. Redovisningen baseras på uppgifter i VEGA och avser år 2013.

Besök

Antalet patienter, med valda smärtdiagnoser i Västra Götaland, som enligt uppgifter i vårddatabasen VEGA, besökte sjukvården under år 2013 var 175 663. Dessa patienter stod för 395 425 besök, vilket innebär 2,3 besök per patient. Som framgår av nedanstående tabell finns en variation mellan olika nämnder, i antalet besök per patient, hos vissa vårdgivarkategorier. Till exempel är antalet besök per patient hos sjukgymnast/fysioterapeut förhållandevis lågt i Västra nämnden men högt i Södra nämnden. Vidare är antalet besök per patient hos psykolog högt i Norra nämnden jämfört med övriga nämnder.

Tabell 6. Besök per patient – smärtpatienter, valda diagnoser

Smärtpatienter	Antal besök/patient per HSN-område 2013					
	Göteborg	Norra	Södra	Västra	Östra	VGR
Vårdgivarkategori						
Läkare	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7
Sjukgymn/Fysioterapeut	2,7	3,1	4,4	1,8	3,1	3,0
Sjuksköterska m fl	1,8	1,4	1,7	1,4	1,6	1,6
Arbetsterapeut	1,8	3,1	2,4	3,1	2,4	2,4
Psykolog	4,2	6,7	3,5	5,3	4,0	5,0
Kurator	3,8	3,6	1,2	3,9	3,1	3,5
Samtliga vårdgivarkat.	2,1	2,4	2,4	1,9	2,5	2,3

Multimodal rehabilitering

MMR och valda smärtdiagnoser

Antalet individet med valda smärtdiagnoser, som enligt uppgifter i vårddatabasen VEGA, fick multimodal rehabilitering (MMR) år 2013 redovisas i nedanstående tabell. Dessa individer utgör drygt hälften av alla för vilka MMR registrerats i VEGA, oavsett diagnos. Andelen kvinnor var nästan 80 procent.

Tabell 7. Andel individer med valda smärtdiagnoser som fick MMR år 2013.

Antal registrerad MMR i VEGA år 2013	MMR 1	MMR 2
Valda diagnoser	933	521
Oavsett diagnos	1 890	805

MMR inom ramen för rehabiliteringsgarantin 2013

Rehabiliteringsgarantin omfattar diagnoser som till stor del överlappar valda smärtdiagnoser i denna rapport. Godkända MMR-team får ersättning per genomförd behandlingsserie förutsatt att en avslutningskod finns registrerad i VEGA. Antalet godkända behandlingsserier inom ramen för rehabiliteringsgarantin 2013 samt var dessa utfördes, framgår av nedanstående tabeller.

Tabell 8. Godkända behandlingsserier inom ramen för Rehabiliteringsgarantin år 2013.

Antal registrerad MMR i VEGA år 2013	MMR 1	MMR 2
Godkända inom ramen för Rehabgarantin	1 082	427
- varav på sjukhus	1	138
- varav inom offentlig primärvård	807	171
- varav inom privat primärvård	274	118

Kostnader

Här redovisas vårdkostnader år 2013 för patienter med smärta valda diagnoser, dels baserat på uppgifter i VEGA. Här redovisas också hälso- och sjukvårdsnämndernas kostnader för multimodala team (MMR 2) på sjukhus som nämnderna finansierar med statliga medel.

Vårdkontakter

I nedanstående tabell redovisas totala vårdkostnader för antalet vårdkontakter, på grund av smärta, som patienter med valda smärtdiagnoser stod för år 2013.

Tabell 9. Vårdkostnader för smärtpatienter i Västra Götaland år 2013

Vårdnivå	Vårdkostnad (tkr)
Specialiserad vård	106 100
Primärvård	225 700
S:a	331 800

Multimodal rehabilitering

Primärvård

Hälso- och sjukvårdsnämndernas ersättning, till godkända MMR-team på vårdcentraler och rehabiliteringsenheter, är 20 000 kr för MMR1 och 40 000 kr för MMR2, per avslutad behandlingsserie. Till detta kommer ett generellt utvecklingsbidrag om 1 000 kr per serie. Finansiering sker genom statliga medel inom ramen för Rehabiliteringsgarantin. Uppgifter om totalt antal godkända behandlingar i regionen år 2014 finns ännu inte tillgängliga. Ersättning för kvartal 3 och 4 beräknas utbetalas till vårdgivarna i mars 2015.

Sjukhusvård

I nedanstående tabell anges ersättningen till de MMR-2 team på sjukhus som hälso- och sjukvårdsnämnderna år 2014 finansierade med statliga medel. Enligt beslutet i Hälso- och sjukvårdsutskottet (se avsnitt Politiska beslut och inriktningar) tillförs den specialiserade smärtvården ekonomiska medel inom ramen för ordnat införande år 2015. Inför 2016 ska insatserna utvärderas innan beslut tas om ytterligare medel för ordnat införande. Utgångspunkten för HSU:s

beslut om finansiering av smärtvård på sjukhus är att finansieringen med statliga medel fortsätter med samma belopp som tidigare.

Tabell 10: MMR2-team på sjukhus som HSN finansierade med statliga medel 2014

Sjukhus	MMR2-team	Ersättning 2014 (tkr)
Angereds Närsjukhus (ANS)	Smärtcentrum	3 000
Frölunda Specialistsjukhus (FSS)	Smärtcentrum	4 205
Kungälvssjukhus (KS)	Smärtenheten	2 500
Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS)	Smärtteamet	782
Skaraborgs Sjukhus (SkaS)	MMR2-team	1 400
NU-sjukvården	Smärtbehandlingsteamet	2 400
S:a		14 287

Läkemedel

Enligt uppgifter i regionens läkemedelsdatabas uppgick den totala kostnaden för all konsumtion av smärtläkemedel* i Västra Götaland år 2014 (oavsett diagnos) till 364 miljoner kronor, vilket utgör 63 miljoner dagliga dygnsdoser (DDD). Egenvårdsförsäljningen på apotek (mätt i DDD) var 25 procent och receptföreskrivningen 72 procent. Regionens kostnad (förmånskostnad) för receptläkemedel var 129 miljoner kronor. Till detta kommer kostnader för läkemedel som används i slutenvård (rekvisitionsläkemedel) om cirka 13 miljoner kronor. Noteras bör att en stor del av egenvårdsförsäljningen sedan år 2009 sker i vanlig handel, vilken inte kan fångas i läkemedelsdatabasen.

*Smärtläkemedel som avses är N02 exklusive N02C, N03AX12, NSAID, M01A

Tillgängliga insatser och åtgärder

Det här avsnittet är en beskrivning av vårdutbudet i regionen, för patienter med långvarig smärta. Här ges också en kort beskrivning av planerad utveckling.

Primärvårdsrehabilitering

Rehabiliteringsenheter inom Vårdval Rehab

Rehabenheter som uppfyller Västra Götalandsregionens krav ska erbjuda arbetsterapi och fysioterapi/sjukgymnastik på primärvårdsnivå. I uppdraget ingår bland annat att "...initiera till och medverka i multidisciplinär rehabilitering för de patienter som bedöms ha behov av sådan åtgärd och upprätta individuella rehabiliteringsplaner, enligt regionens anvisningar, där insatserna samordnas mellan de vårdgivare/aktörer som är aktuella..." (Krav- och kvalitetsbok). Den 1 januari 2015 fanns i Västra Götaland 84 valbara rehabiliteringsenheter.

Hur dessa enheter är fördelade mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna framgår av nedanstående tabell. (Källa: lista över valbara enheter 2015-01-01, www.vgregion.se).

Tabell 11. Valbara rehabiliteringsenheter i Västra Götaland år 2015

HSN	Rehabeenheter 2015
Göteborg	19
Västra	20
Södra	7
Östra	21
Norra	17
VGR	84

Multimodala team (MMR-team) på vårdcentraler och rehabeenheter

Inom ramen för statliga medel från Rehabiliteringsgarantin finns i Västra Götaland multimodala team (MMR-team) som bland annat erbjuder samordnad rehabilitering för patienter med långvarig smärtproblematik i rygg, nacke och axlar. Beroende på teamets kapacitet och kompetens ges rehabiliteringen på två nivåer, MMR 1 och MMR 2. Vilken form och intensitet av MMR som är lämplig bestäms utifrån komplexiteten i patientens problem. I nedanstående tabell anges antalet godkända MMR-team på vårdcentraler och rehabiliteringsenheter i Västra Götaland 2014. Siffror inom parentes anger antalet MMR-team organiserade inom Närhälsan, kring vilka osäkerhet råder om hur många av dessa som kommer att finnas kvar år 2015 (se avsnitt Politiska beslut och inriktningar).

Tabell 12. Godkända MMR-team på vårdcentraler och rehabiliteringsenheter i VGR 2014*

HSN	MMR1, VC	MMR1, rehabeenheter	MMR2, VC	MMR2, rehabeenheter
Göteborg	12 (5)	7 (0)	1 (1)	0 (0)
Västra	24 (13)	8 (6)	1 (0)	2 (1)
Södra	20 (19)	8 (8)	0 (0)	0 (0)
Östra	6 (3)	0	3 (1)	0
Norra	29 (17)	0	0	4 (4)
VGR	91 (57)	23 (14)	5 (2)	6 (5)

(*siffror inom parentes anger varav inom Närhälsan)

Smärtverksamhet på sjukhus

Västra Götalandsregionens utbud av smärtmottagningar och multimodala rehabiliteringsteam på sjukhus, samt hur de är fördelade mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna, framgår nedan. Uppgifter om utbudspunkter baseras på Smärtrådets rapport. Godkända MMR2-team 2014, som finansieras med statliga medel är markerade med *

Göteborgsnämnden

Smärtcentrum Angereds närsjukhus (ANS)*

Smärtcentrum Frölunda specialistsjukhus (FSS)*

Multidisciplinärt smärtcentrum Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU)/Östra Smärtenheten SU/Sahlgrenska

Västra nämnden

Smärtenheten Kungälv's sjukhus (KS)*

Smärtenheten Alingsås lasarett

Gottfriesmottagningen Mölndals sjukhus

Södra nämnden

Smärteamnet Södra Älvsborgs sjukhus Borås (SÄS)
Smärtrehabiliteringsteamet SÄS Borås*

Östra nämnden

MMR2-team Skaraborgs Sjukhus (SkaS)*
Smärtenheten Kärnsjukhuset Skövde

Norra nämnden

Smärtbehandlingssenheten NU-sjukvården*

Planerad utveckling

Den planerade utvecklingen av regionens smärtvård på sjukhus baseras på Smärtrådets förslag som beslutades i HSU den 17 december 2014 (se ovan). För den specialiserade vården innebär beslutet i korthet att en smärtmottagning med smärtutbildade läkare och sjuksköterskor ska finnas på varje sjukhus i regionen samt att multidisciplinära smärtmottagningar inrättas på utvalda sjukhus. Enligt förslaget ska också multidisciplinära rehabiliteringsenheter inrättas, jämt fördelade i regionen. Politiskt beslut avseende utvecklingen av smärtvården på primärvårdsnivå blev, som tidigare nämnts, att avvakta, dels för att invänta resultat av pågående utvärdering av nuvarande insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin, dels för att utvärdera effekterna av Vårdval Rehab som nyss har införts i regionen.

När det gäller multimodal rehabilitering inom ramen för rehabiliteringsgarantin kommer sannolikt de regionala riktlinjerna för dessa insatser i allt väsentligt att vara desamma år 2015 som år 2014. Bedömningen är att de privata MMR-teamen kommer att finnas kvar även 2015 medan den fortsatta driften av de offentliga är mer osäker.

Brister

Här redovisas brister som har identifierats när det gäller vården i Västra Götaland för personer med långvarig smärta.

Tillgång till vård – invånarnas uppfattning

Av de behovsgrupper som ingår i behovsanalys 2015 är behovsgrupp långvarig smärta, tillsammans med behovsgrupp psykisk ohälsa, de två grupper som har högst andel individer som upplever att de inte har tillgång till den vård de behöver.

Tidigare identifierade brister

Smärtrådets har identifierat en rad brister i regionens smärtvård. Rådet beskriver i sin rapport att smärtvården i regionen är geografiskt ojämnt fördelad och att verksamheterna tycks ha tillkommit utan övergripande plan och nivåstrukturering, vilket sammantaget leder till ojämlig vård. Vidare sägs att den del som inte finansieras med tillfälliga statliga medel är liten och otillräcklig. Enligt Smärtrådet föreligger ett stort behov av att nivåstrukturera vårdutbudet och göra upp en långsiktig plan för att bygga upp bra vårdkedjor.

Smärtrådet pekar också på att tillstånd av långvarig smärta är mer komplex och mångfacetterad och betydligt mer svårbehandlad än akut smärta samt orsakar mer lidande under längre tid. Samtidigt uppges kunskapen, om hur långvarig smärta utvecklas och hur den kan behandlas, vara otillräcklig i de stora delar av sjukvården som inte arbetar med smärta. Smärtrådet ser behov av mer utbildning i smärtbehandling, vilket gäller hela kedjan från grundutbildningar till färdiga specialister.

Åtgärdsförslag

Smärtvården i Västra Götaland, för patienter med långvarig smärta, har som tidigare nämnts varit föremål för en omfattande kartläggning via Smärtrådet, avseende kapacitet och kompetens när det gäller utredning, behandling och rehabilitering av personer med långvarig icke malign smärta samt utbildning i området. Arbetet, som har pågått i tre år, resulterade i april 2014 i dokumentet "Långvarig smärta i Västra Götalandsregionen. Beskrivning och handlingsplan". I dokumentet ingår förslag till nivåstruktur, förslag till regional medicinsk riktlinje samt förslag till utbildningsplan för vårdgivare som möter patienter med långvarig smärta. Smärtrådets förslag har under hösten 2014 beretts inom ramen för ordnat införande och i december 2014 fattade HSU beslut om delar av de förslag som rör sjukhusvården, medan man valde att avvakta med beslut om de delar i förslaget som avser primärvård (se ovan, i avsnitt Politiska beslut och inriktningar).

Stödja och följa upp

Mot bakgrund av ovanstående föreslås följande åtgärder som genomgående handlar om att stödja och följa upp.

Invånarnas uppfattning om tillgång till smärtvård

Följ upp invånarnas uppfattning om tillgången till den smärtvård de är i behov av.

Beslutad uppbyggnad av smärtvård på sjukhusen

Följ upp implementeringen av regionalt beslut om uppbyggnad av smärtvård på sjukhus. En angelägen fråga, om ägarens utvärdering av insatserna 2015 leder till ytterligare satsning år 2016, är finansieringen på lång sikt eftersom en del av ersättningen för smärtvård på sjukhus utgörs av tillfälliga medel (statliga medel inom ramen för Rehabiliteringsgarantin och medel för ordnat införande).

Utvecklingen av smärtvård inom primärvården

Bevaka regional utvärdering av Vårdval Rehab samt utvärdering av nuvarande insatser inom ramen för Rehabiliteringsgarantin. Bevaka kommande regionalt beslut om utvecklingen av smärtvård på primärvårdsnivå.

Ekonomiska konsekvenser för hälso- och sjukvårdsnämnderna

Bevaka ekonomiska konsekvenser, för hälso- och sjukvårdsnämnderna, till följd av fattade beslut. Se över och anpassa vårdöverenskommelser och avtal så att den smärtvård som byggs upp på lång sikt också har en långsiktig finansiering

Uppföljningsmetoder

I det här avsnittet ges förslag på uppföljningsområden i förhållande till de brister som har identifierats inom regionen smärtvård, de beslut som redan är fattade samt de utvärderingar som pågår. Förslagen handlar genomgående om att stödja och följa upp.

Uppföljningsområde	Uppföljningsmetod
Invånarnas uppfattning Om tillgången till smärtvård i regionen	<ul style="list-style-type: none">– Vårdbarometern– Riktad patientenkät
Smärtvård på sjukhus Följ upp implementeringen av regionalt beslut om uppbyggnad av smärtvård på sjukhus. Bevaka planerad utvärdering av insatser 2015 och nytt beslut inför 2016. Smärtvård inom Primärvård Bevaka regional utvärdering av Vårdval Rehab samt utvärdering av nuvarande insatser inom ramen för Rehabiliteringsgarantin. Bevaka kommande regionalt beslut, baserat på dessa utvärderingar, avseende utveckling av smärtvård på primärvårdsnivå	<ul style="list-style-type: none">– Dialog med ägare och utförare/sjukhus – Dialog med ägare och utförare/primärvård
Ekonomiska konsekvenser Bevaka ekonomiska konsekvenser, för hälso- och sjukvårdsnämnderna, till följd av fattade beslut. Se över och anpassa vårdöverenskommelser och avtal så att den smärtvård som byggs upp på lång sikt också har en långsiktig finansiering.	<ul style="list-style-type: none">– I beställningsarbetet

Referenser

Långvarig smärta i Västra Götalandsregionen. Beskrivning och handlingsplan”, Smärtrådet (april 2014)

Vårdbarometern

Regional vårddatabas, VEGA

Regional läkemedelsdatabas, Digitalis/Conscie

Nationell patientenkät, Hälsa på lika villkor

