

Behovsanalys för Angeredes Närsjukhus

- ur ett befolkningsperspektiv

Marianne Olsson
Olga Panifilova

FÖRORD

Under 2006 och 2007 fattades en rad beslut som resulterade i att Västra Götalandsregionen nu planerar att starta Angereds Närsjukhus (ANS). Bakom besluten stod Hälso- och sjukvårdsnämnd 12, Regionstyrelsen, Styrelsen för Kungälvssjukhus och Frölunda Specialistsjukhus samt Regionfullmäktige.

Beställare av ANS är Hälso- och sjukvårdsnämnd 12 (HSN 12). Utförare är Styrelsen för Kungälvssjukhus och Frölunda Specialistsjukhus (Styrelsen) som därmed får en tredje självständig verksamhet att ansvara för. Sjukhuset skall arbeta med befolkningen i de fyra stadsdelarna Bergsjön, Gunnared, Kortedala och Lärjedalen. Sjukhuset skall när det är färdigt utsättas för konkurrensupphandling.

Uppdraget är för närvarande formulerat på följande vis:

- ANS skall vara ett närsjukhus, inte ett specialistsjukhus.
- Närsjukvården vilar på tre ben, primärvård, specialistsjukvård samt kommunal vård- och omsorg. Eftersom beställaren av sjukhuset bara äger frågan om primärvård samt specialistsjukvård måste planeringen lägga tyngdpunkten på dessa ben, men ett utökat samarbete med den kommunala vården och omsorgen skall eftersträvas.
- Ett riktmärke är att 80 % av den vård medborgarna behöver skall tillhandahållas av närsjukvården.
- ANS skall erbjuda tillgång till de vanligast förekommande specialiteterna.
- Särskilt viktigt är att utveckla en helhetssyn på vården, att aktivt arbeta med rehabilitering och fokus på målgrupperna barn, ungdomar och äldre.
- ANS skall innehålla dagoperativ verksamhet och skall vara planerat så att det möjliggör 5-dygnsvård.
- Röntgen skall finnas på sjukhuset.
- Utöver detta kräver ett närsjukhus samverkan med en rad aktörer, t ex Försäkringskassan (FK), apotek.

Verksamheten kommer att byggas upp successivt. Arbetet började egentligen redan 2006 genom tecknandet av avtal med Capio om psykiatritjänster och fortsatte under 2007 med uppbyggnad av neurologopedi, primärvårdsjour och hälsofrämjande insatser. Parallellt med denna utveckling sker projekteringen av det nya hus som från hösten 2011 skall inhysa Angereds Närsjukhus. Den senare delen sker i nära samarbete med Västfastigheter.

I februari 2007 startade projektkontoret i blygsam skala med 1 anställd för att den 1 september ha vuxit till 4 heltidsanställda samt ett antal timanställda och konsulter.

Anledningarna att bygga ett närsjukhus i nordöstra Göteborg är flera:

- Befolkningen i detta område får i högre grad än andra områden sina behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda utanför sitt geografiska område, bl a utgör denna grupp en stor andel av besökarna på Axessakuten i centrala Göteborg.
- Befolkningen har höga ohälsotal.
- Det finns ett lokalt missnöje med tillgången till hälso- och sjukvård.
- Göteborg tillförs under de närmaste åren ökade resurser, på grund av omfördelningar av resurser inom regionen.
- Det finns en regional plan för att utveckla närsjukvård.
- Det finns ett behov, både nationellt och internationellt, av att utveckla former för närsjukvård i mångkulturella storstadsmiljöer.

Samtidig är det viktigt att påpeka att skapandet och byggandet av ANS också är en del av ett större arbete med att utveckla denna del av Göteborg. I Angered kommer centrum att byggas om och ut, en bad- och ishall tillkommer och ett stort antal nya bostäder planeras. Under våren 2007 har gemensamma överläggningar mellan HSN 12 och Styrelsen lett fram till en samsyn kring hur processen för att bygga ANS ska se ut. Ett viktigt steg i denna process är att göra en behovsanalys. Analysen syftar till att ge en samlad bild av befolkningens hälsoläge och därmed ge underlag för beslut om innehåll och prioriteringar. När den unika möjligheten att bygga en helt ny verksamhet ges är det viktigt att inte slentrianmässigt och med utgångspunkt i nuvarande produktionsapparat bara replikera

eller kopiera befintlig hälso- och sjukvård. Genom att identifiera och möta befolkningens verkliga behov kan vården bli mer effektiv.

Styrelsen har av HSN 12 fått uppdraget att vara behjälplig med denna analys, som i sin siffermässiga del i stort bygger på uppgifter framtagna av Hälso- och sjukvårdskansliets medarbetare.

Det huvudsakliga arbetet med behovsanalysen har gjorts av Olga Panfilova, Kommunforskning i Västsverige, Kfi.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	6
INLEDNING.....	9
BAKGRUNDSFAKTA	11
Demografi.....	11
Hälsans bestämningsfaktorer	14
Ekonomisk och social situation	16
Fokusgruppintervjuer.....	23
LEVNADSVANOR OCH HÄLSA	25
Läkemedel.....	25
Fokusgruppintervjuer.....	33
KVINNOR OCH BARN.....	41
Graviditet och levnadsvanor	41
Fokusgruppintervjuer.....	50
TANDHÄLSA	55
Fokusgruppintervjuer.....	56
VÅRDKONSUMTION.....	58
Fokusgruppintervjuer.....	65
HEMSJUKVÅRD, HEMTJÄNST OCH ÄLDREOMSORG.....	70
Statistik.....	70
Fokusgruppintervjuer.....	74
FORTSATT ARBETE MED BEHOVSANALYSEN.....	78
SLUTSATSER.....	81
BILAGA 1.....	84
Primärvårdens ersättningssystem.....	84
Bilaga 2.....	87
BILAGA 3.....	89

SAMMANFATTNING

- Upp till 50 % av befolkningen är födda utomlands och majoriteten av dessa kommer från länder utanför Norden.
- Andelen socialbidragstagare samt ohälsotalen i Nordost skiljer sig markant jämfört med resten av Göteborg.
- Fattigdomsindex är högre i jämförelse med länet.
- Antalet arbetslösa samt personer som befinner sig i arbetsmarknadsåtgärder är högre i Nordost jämfört med länet och riket.
- Det finns färre höginkomsttagare (upp till 50 % färre) i Nordost och betydligt fler låginkomsttagare, särskilt kvinnor (upp till 50 % fler).
- Fler personer i Nordost har ohälsosamma levnadsvanor. Invånarna röker dagligen i betydligt större omfattning än invånarna i mer välbeställda stadsdelar t ex Askim. Fler personer är överviktiga, fysiskt inaktiva och upplever stress och nedsatt välbefinnande jämfört med Askim.
- Hälsosfrämjande insatser i Nordost försvåras av låg social position, arbetslöshet, ekonomisk utsatthet, utanförskap, stress och nedsatt välbefinnande.
- Dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar, KOL, lungcancer samt alkoholrelaterad dödlighet är avsevärt högre i jämförelse med länet och riket.
- Befolkningen i Nordost har ett annat sjukdomspanorama med bl a överrepresentation av infektionssjukdomar, tuberkulos, magsår samt posttraumatiskt stressyndrom.
- Andelen rökande blivande mödrar och spädbarnsföräldrar är högre i Nordost jämfört med länet och riket.

- Många barn föds med låg födelsevikt i Gunnared och Lärjedalen.
- Amningsfrekvensen i Bergsjön, Gunnared och Lärjedalen är lägre jämfört med länet och riket.
- Fler elever saknar betyg i kärnämnen och gymnasiebehörighet.
- Andelen kariesfria 3- och 6- åringar är låg i Nordost medan kostnaderna per behandling för patienter med särskilda behov inom tandvården är högre.
- Bristen på allmänläkare inom primärvården är stor i Nordost.
- Patienter från Nordost står för en stor andel av alla besök på akutmottagningen på Östra sjukhuset samt barnakutmottagningen på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus. Det största antalet patienter kommer under dagtid när vårdcentralerna i Nordost har öppet.
- Befolkningen i Nordost förefaller ha bristande kunskaper om egenvård samt om principerna för hur svensk sjukvård är organiserad.

■ Genomgången pekar på behovet av att arbeta med följande områden:

- Hjärt/kärlsjukdomar och diabetes
- Andningsorganens sjukdomar
- Psykisk ohälsa/neuropsykiatri
- Kvinnosjukvård
- Barnsjukvård
- Smärta/rörelseorganens sjukdomar
- Palliativ vård
- Särskilda insatser för vård av personer med flyktingbakgrund

ANS måste stärka det lokala hälso- och sjukvårdssystemet genom samverkan med övriga aktörer på vård- och omsorgsområdet.

INLEDNING

Syftet med behovsanalysen är att kartlägga befintliga problemområden för att utarbeta mål för verksamheten som stegvis skall startas upp redan under 2007. Behovsanalysen är tänkt att tjäna som beslutsunderlag för att identifiera de områden som kräver högst prioritet.

Tillvägagångssätt

Förarbete	Genomförande	Efterarbete
1. Definition av målgrupper 2. Urval av intervjupersoner 3. Tidsbeställning för intervjuer 4. Planering av datainsamling 5. Planering av statistisk genomgång 6. Litteratursökning	1. Intervjuer, fokusgruppintervjuer 2. Datainsamling 3. Statistisk genomgång 4. Analys av litteraturen	1. Analys av intervjuerna 2. Analys av datainsamlingen 3. Analys av statistiken 4. Sammanställning 5. Rapportskrivande 6. Slutrapportering

Data i rapporten kommer från Statistiska centralbyrån, Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet, Skolverket, Göteborgs stad, Fastighetskontoret samt Hälso- och sjukvårdskansliet. Samtliga uppgifter har hämtats från befintliga databaser eller från rapporter, undersökningar och enkäter. Materialet presenteras för att visa skillnader mellan kön, stadsdelar, länet, riket och etnicitet. I vissa fall har motsvarande uppgifter från tidigare år använts eftersom data för 2006-2007 saknats.

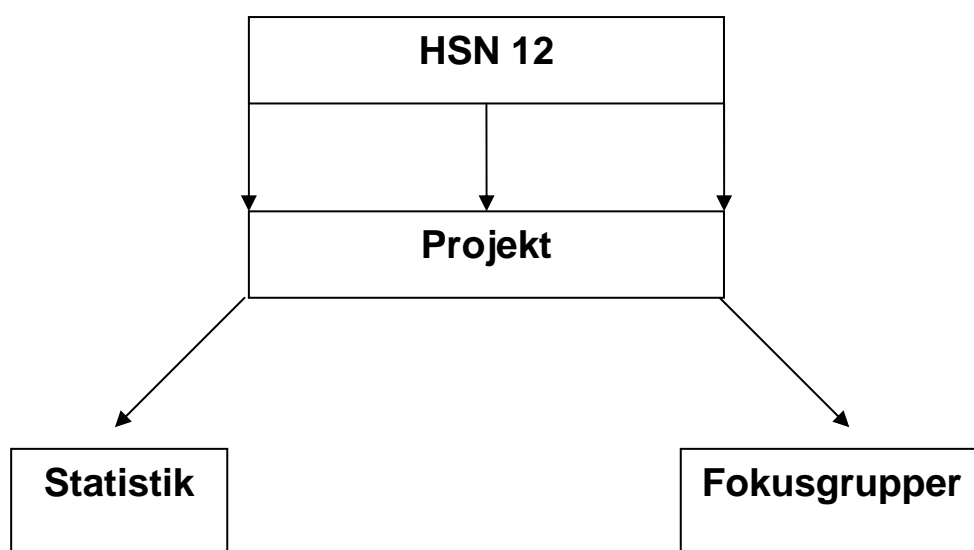
Förutom datainsamlingen genomfördes fokusgruppintervjuer med representanter för:

- Ledningsgruppen för Primärvården i Nordost, Primärvårdsområdeschefen.
- Representanter för vårdcentraler, Barnavårdcentraler (BVC) och Mödravårdcentralen (MVC) i Nordost.
- Barnhälsoplanerare från primärvårdskansliet.
- Barnpsykiater engagerad i flyktingbarnfrågor på Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.
- Vuxenakutmottagningen på Östra sjukhuset.
- Barnakutmottagningen på Östra sjukhuset.
- Kirurgi mottagningen på Östra sjukhuset.
- Infektionskliniken på Östra sjukhuset.
- Hemsjukvården, hemtjänsten och äldreomsorgen.
- Skolpersonal.
- Representanter för Hälsoteket i Angered.

Fokusgruppintervjuer är planerade att genomföras under år 2008 med representanter för:

- Invandrarföreningar i Nordost.
- Medborgargrupper.

Modellen för behovsanalysen illustreras nedan:



BAKGRUNDSFAKTA

I den inledande delen av behovsanalysen beskrivs bakgrundsfakta om befolkningen i Nordost samt beräknad befolkningsutveckling fram till år 2015.

Demografi

Tabell 1: Folkmängd i Nordost, 31 december 2005

	Stadsdel				Nordost	Länet	Riket
	Bergsjön	Gunnared	Kortedala	Lärjedalen			
Kvinnor	6 963	10 720	13 701	11 907	43 291	768 318	4 561 202
Män	7 564	10 910	13 462	11 902	43 838	760 137	4 486 550

Källa: Göteborgs stad. Fastighetskontoret. 2007

Som framgår av tabell 1 är könsfördelningen i de fyra stadsdelarna jämn och skiljer sig inte jämfört med länet och riket.

I rapporten ” Utvecklingsplan för vårdcentraler och vårdcentralsområden i Göteborg 2006 – 2015” finns en beräkning av befolkningsutvecklingen i Göteborgs stad. Enligt prognosen förväntas Nordost uppleva den minsta förändringen av befolkningsunderlaget bland de tre primärvårdsområdena i Göteborg.

Tabell 2: Beräkning av befolkningsutveckling

Primärvårdsområde	Förändring 2006-2010	Förändring 2011-2015	Förändring totalt
Centrum/Väster	7 623	10 800	18 423
Hisingen	10 074	8 096	18 170
Nordost	2 033	5 486	7 519

Källa: Göteborgs stad. Fastighetskontoret. 2007

Planerad bostadsproduktion i Göteborg 2006 – 2015

Tabell 3: Antagande om färdigställda bostäder för åren 2006 – 2015

Område	2006-2010	2011- 2015	Summa
Centrum/Väster	5 115	3 975	9 090
Hisingen	5 995	4 815	10 810
Nordost	2 355	2 690	5 045

Studentbostäder är exkluderade

Källa: Göteborgs stad. Fastighetskontoret. 2007

Utöver de bostäder som planeras för produktion fram till 2015 tillkommer planer på att bygga cirka 2 300 studentbostäder i stadsdelarna Centrum, Lundby, Kortedala, Örgryte samt Linnéstaden. Det är dock tveksamt om hänsyn här tagits till den pågående utvecklingen av Angered.

Primärvårdsområdena Centrum/Väster och Hisingen får en förväntad befolkningsökning på drygt 18 000 personer vardera fram till 2015. I primärvårdsområdet Nordost beräknas den förväntade ökningen att uppgå till cirka 7 500 personer.

Tabell 4: Fördelningen mellan stadsdelsförvaltningarna inom Nordost

Stadsdel	Förändring år 2015
Bergsjön	145
Gunnared	1 862
Kortedala	2 200
Lärjedalen	3 089
Härlanda	391
Örgryte	- 115

Källa: Göteborgs stad. Fastighetskontoret. 2007

Således förväntas befolkningen i stadsdelarna Kortedala och Lärjedalen öka mest i Nordost.

En annan intressant aspekt är åldersfördelningen bland de förväntade förändringarna i befolkningsunderlaget.

Tabell 5: Förväntad förändring av befolkningens åldersfördelning

Åldersintervall	Område Hisingen	Område Centrum/Väster	Område Nordost
80 år -	2 377	-97	- 2 279
65 - 79	2 990	6 580	2 224
45 - 64	3 765	1 746	1 725
7 -44	7 198	6 871	3 985
3 -6	1 195	2 106	1 050
0 -2	645	1 217	814

Källa: Göteborgs stad. Fastighetskontoret. 2007

Nya bostäder inom Hisingen och Centrum/Väster förväntas ge en ökning bland alla åldrar med undantag för gruppen äldre i Centrum/Väster som enligt prognosen förväntas minska. Andelen äldre i Nordost kommer att minska betydligt fram till år 2015 medan den största ökningen förväntas ske inom gruppen 7-44 år trots att Nordost redan har Göteborgs yngsta befolkning.

Tabell 6: Andel invånare efter födelseland, 2005, andel (%)

	Stadsdelarna				Länet	Riket
	Bergsjön	Gunnared	Kortedala	Lärjedalen		
Sverige	49	53	73	55	87	88
Finland	2	5	2	3	2	2
Övriga Skandinavien*	1	2	1	1	1	1
Övriga Europa**	19	15	12	13	5	4
Övriga världen	29	25	12	28	5	5

*Norge, Danmark och Island

** inkl. Turkiet samt f.d. Sovjetunionen och dess satellitstater

Källa: SCB, Befolkningsstatistik

Som framgår av tabell 6 är Kortedala den stadsdel i Nordost med minst andel utrikesfödda (27%). I Gunnared, Bergsjön och Lärjedalen är cirka hälften av befolkningen födda utomlands. I dessa stadsdelar uppgår andelen födda utanför Europa till cirka 25 procent. Motsvarande siffra för Kortedala är endast 12 %.

Hälsans bestämningsfaktorer

Enligt Nationella folkhälsokommittén påverkas graden av ohälsa av såväl klass som etniskt ursprung. Hälsan hos invandrare beror på olika faktorer på individ- och gruppnivå samt en rad samhällsfaktorer såväl i hemlandet som i Sverige. Klasstillhörighet, utbildning och yrke är starkt relaterade till hälsa och har en stor betydelse för individen i det nya landet. Dessutom innebär migration en förlust av ett kulturellt och socialt sammanhang oavsett om man flyttar som arbetskraftsinvandrare eller som flykting. I det nya landet har invandrarens tidigare erfarenheter, utbildning och sociala status i många fall ringa betydelse. De som kommer till Sverige som arbetskraftsinvandrare har redan blivit utvalda för att arbeta, men arbetslöshet och marginalisering bland flyktingar är viktiga sociala faktorer som bidrar till en ökad ohälsa. Detta syns dels genom en ökad mottaglighet för sjukdomar som gör individen mer sårbar och dels genom påverkan på individens levnadsvanor. De biologiska mekanismerna beskrivs kortfattat nedan.

Vad påverkar hälsan vid invandring?

Tabell 7: Faktorer i hemlandet som påverkar hälsan

Individuella	Grupp	Samhälle
Arv	Ursprung	Samhällssystem
Ålder	Klass	Repression, krig
Kön	Etnicitet - kultur	Diskriminering p.g.a. politiska åsikter o.s.v.
Levnadsvanor	Familj	Arbetslöshet
	Socialt nätverk	Fattigdom
	Utbildning	Sexuell läggning
	Yrke	

Tabell 8: Faktorer i Sverige som påverkar hälsa

Individuella	Grupp	Samhälle
Arv	Ursprung	Det svenska samhällets olikhet
Ålder	Klass	Diskriminering,
Kön	Etnicitet - traditioner	främlingsfientlighet
Levnadsvanor	Familj	Utbildning som inte godkänns
	Språk – god svenska – dålig svenska	Arbetslöshet
	Tidigare utbildning minskar i betydelse	Social utslagning
	Yrke	Fattigdom
	Minskat socialt nätverk	Bostadssegregation

Enligt Statens Folkhälsoinstituts statistik utgör flyktingar majoriteten av invandrare som kommit till Sverige under de senaste decennierna. Individerna behövde skydd från krig och fattigdom samt politiskt, ekonomiskt, och religiöst förtryck. Följaktligen lider många av Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) till följd av svåra traumatiska eller livshotande upplevelser. PTSD är starkt associerat med depressionssjukdomar och ångest.

Ett annat problem som bör uppmärksammas är sjukdomspanoramata med avseende på infektionssjukdomar bland invandrare. Sjukdomarna är smittsamma och beror på förhållanden i hemlandet. Vissa kroniska sjukdomar som till exempel HIV och hepatit B ställer särskilda krav på sjukvården för att bromsa spridningen. Tuberkulos är ett exempel på en sjukdom som nästan inte förekommer bland den svenska befolkningen och de flesta fall av nyupptäckt tuberkulos

förekommer bland utomeuropeiska invandrare som smittats i hemlandet.

Sammanfattning av statistiken:

- Upp till 50 % av befolkningen är födda utomlands.
- Majoriteten kommer från länder utanför Norden vilket kan påverka sjukdomspanoramata med överrepresentation av infektionssjukdomar, TBC och magsår.
- Majoriteten av utrikesfödda personer är flyktingar och många lider av posttraumatiskt stressyndrom vilket i sin tur påverkar deras integrationsmöjligheter samt individuellt välbefinnande.

Ekonomisk och social situation

Tabell 9: Sociala förhållanden

	Fattigdomsindex 2002	Fattigdomsindex 2004	Andel socialbidragstagare 2006, %	Ohälsotal 2006 sjukdagar/år
Bergsjön	62	61	42	57
Gunnared	48	44	26	57
Kortedala	23	20	11	51
Göteborg	12	11	8	38

Källa: Hälso- och sjukvårdskansliet.

Som framgår av tabell 9 är fattigdomsindexet nästan fem gånger högre i Bergsjön jämfört med Göteborg. Samma procentuella fördelning gäller för socialbidragstagare. Fattigdomsindex i Gunnared är fyra gånger högre än i Göteborg. I samma stadsdel är andelen socialbidragstagare 26 %, vilket är lägre än Bergsjön, men tre gånger högre jämfört med hela Göteborg. För Kortedala är fattigdomsindex ungefär två gånger högre än i Göteborg och det finns fler socialbidragstagare i stadsdelen. Ohälsotalen uttrycker som antalet sjukdagar per år är höga i samtliga nordöstra stadsdelar och det finns en markant skillnad jämfört med Göteborg.

I folkhälsorapporten 2001 och rapporten "Arbetsliv och Hälsa 2000" beskrivs utvecklingen av den psykosociala arbetsmiljön sedan 1980-talet. Oro, ångslan och trötthet bland både förvärvsarbetande och öppet arbetslösa har ökat sedan 1980-talet. Arbeten med höga krav

och litet beslutsutrymme (spända arbeten) ökade mellan 1995 och 1997. Vidare var det ensamstående föräldrar (oftast kvinnor), ungdomar och invandrare som drabbades särskilt hårt av fattigdom och arbetslöshet under 1990-talet. Under denna period försämrades arbetsvillkoren för anställda inom vård och omsorg, i många fall invandrarkvinnor. Denna negativa trend har inte förändrats sedan dess och återspeglas i jämförelser av ohälsotalsiffror mellan olika stadsdelar och kön.

Tabell 10: Ohälsotal mellan olika stadsdelar och kön

Stadsdel	Ohälsotal		
	Samtliga	Män	Kvinnor
Bergsjön	56.8	53.8	60.3
Gunnared	56.9	50.0	64.2
Kortedala	51.4	45.7	57.3
Lärjedalen	48.5	43.0	54.1
Askim	24.1	17.6	30.3

Källa SCB. Ohälsotalet är ett framräknat värde som räknas genom att summan av antalet dagar med sjuk och aktivitetsersättning divideras med antalet invånare i åldrarna 16-64 år.

Som framgår av tabell 10 har kvinnor generellt sett högre ohälsotal än män. Mest ohälsa verkar finnas bland kvinnor bosatta i Gunnared och Bergsjön med 64.2 respektive 60.3 sjukdagar/år. Ohälsotalen bland kvinnor i Lärjedalen och Kortedala är också höga. Män i de fyra stadsdelarna visar höga ohälsotal jämfört med stadsdelen Askim. Skillnaderna mellan de fyra stadsdelarna är små. Samma trend finns vad gäller sjuk- och aktivitetsersättning samt sjukpenningtal.

Tabell 11: Sjuk- och aktivitetsersättning samt sjukpenningtal

Stadsdel	Sjuk- och aktivitetsersättning	Sjukpenningtal		
		Samtliga	Män	Kvinnor
Bergsjön	1 342	12.0	11.4	12.6
Gunnared	2 038	12.8	11.4	14.4
Kortedala	2 330	11.7	10.2	13.2
Lärjedalen	1 756	12.2	11.0	13.4
Askim	840	7.6	4.5	10.5

Källa: SCB

Sjukpenningtal motsvarar antal dagar ersatta med sjukpenning dividerat med folkmängden. Begreppet förtidspensionering har ersatts med "sjuk och aktivitetsersättning".

Enligt den så kallade "Arbetskraftsundersökningen" är invandrare överrepresenterade bland arbetslösa. I en studie publicerad av Arbetsmarknadsstyrelsen fann man att det var mer ovanligt för utlandsfödda än för svenskfödda att ha ett arbete som motsvarar utbildningsnivån. Uppgifter om arbetslöshet redovisas i tabell 12.

Tabell 12: Arbetssökande 31 oktober 2006

Stadsdel	Invånare 18-64 år			Utrikes födda 18-64 år		
	Totalt	Öppet arbetslösa		Totalt	Öppet arbetslösa	
		Antal	%		Antal	%
Gunnared	14 222	1 069	7.5	8 596	756	8.8
Lärjedalen	14 962	1 016	6.8	8 943	768	8.6
Kortedala	18 374	903	4.9	6 096	404	6.6
Bergsjön	9 621	723	7.5	6 252	536	8.6
Askim	13 336	306	2.3	1 394	66	4.7
Göteborg stad	324 055	13 248	4.1	80 407	5 469	6.8

Källa: SCB, Arbetssökandestatistik

Samtliga stadsdelar i Nordost har högre andel arbetslösa (varierande mellan 4.9- 7.5 %) jämfört med stadsdelen Askim och hela Göteborg. Bland utrikesfödda i Nordost är andelen arbetslösa mellan 6.6-8.8 % vilket med 4.7% i Askim. Kortedala är den enda av stadsdelarna i Nordost där andelen arbetslösa födda utomlands ligger under Göteborg som helhet.

Tabell 13: Förvärvsarbetande 2004, andel (%)

Stadsdel	Kvinnor (%)	Män (%)
Bergsjön	41	46
Gunnared	51	59
Kortedala	63	67
Lärjedalen	51	61
Länet	74	78
Riket	74	78

Andel (%) av alla i ålder 20 - 64 år

Källa: SCB, Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik (RAMS)

Som framgår av tabell 13 finns den största andelen förvärvsarbetande kvinnor och män i Kortedala. Bergsjön är den stadsdel med lägst andel förvärvsarbetande. Andelen förvärvsarbetande är dock lägre i dessa stadsdelar jämfört med länet och riket.

Tabell 14: Andel hög/låginkomsttagare efter kön 2004

	Höga inkomster (%)		Låga inkomster (%)	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Bergsjön	2	7	55	45
Gunnared	4	13	41	30
Kortedala	6	19	32	26
Lärjedalen	5	16	42	32
Länet	10	28	22	17
Riket	11	28	22	18

Källa: SCB, inkomst- och taxeringsregistret

Vidare finns det en påtaglig skillnad i inkomster mellan tre av stadsdelarna i Nordost (Bergsjön, Gunnared, Lärjedalen) jämfört med länet och riket. Andelen kvinnor med höga inkomster varierar mellan 2-5 % medan motsvarande siffra för länet och riket uppgår till 10 - respektive 11 %. Andelen män med höga inkomster varierar mellan 7-16 %, medan andelen manliga höginkomsttagare i länet och riket är 28 %.

Däremot är andelen kvinnor med låga inkomster i Bergsjön, Gunnared och Lärjedalen dubbelt så stor jämfört med länet och riket. Den största andelen (55 %) finns i Bergsjön medan motsvarande siffra för länet och riket är 22 %. Liknande skillnader finns även för män i de tre stadsdelarna. Tabellen visar att 32-45% av männen är låginkomsttagare medan motsvarande andel i länet och riket är 17 respektive 18 %.

Tabell 15: Familjer med låga inkomster 2004, andel (%)

	Stadsdel				Länet	Riket
	Bergsjön	Gunnared	Kortedala	Lärjedalen		
Ensamstående utan hemmav. barn	22	15	13	20	11	12
Ensamstående med hemmav. barn	55	46	30	54	29	29
Övriga familjer med hemmav. barn	49	4	14	35	9	9
Pensionärsfamiljer	9	9	4	10	6	6
Familjer med förtidspension/sjukbidrag	14	12	8	14	7	7

Källa: SCB, inkomst- och taxeringsregistret

Skillnaderna i ekonomiska uppväxtvillkor för barn är stora mellan Nordost jämfört med länet och riket. Samma gäller för familjer som försörjer sig på förtidspension eller sjukbidrag.

Sammantaget kan konstateras att barn till ensamstående föräldrar lever under betydligt sämre ekonomiska villkor i Nordost jämfört med övriga länet och riket. Andelen familjer med lågs inkomst är 4-5 gånger högre i Nordost än i länet och riket.

En jämförelse mellan de fyra stadsdelarna och stadsdelen Askim visar på en markant skillnad i andel invånare som saknar kontantmarginal eller har svårt att klara löpande nödvändiga utgifter för t ex mat och hyra vid upprepade tillfällen (se tabell 16-17).

Tabell 16: Andel som saknar kontantmarginal 16 – 84 år, 2006

Stadsdel	Procent
Bergsjön	59
Gunnared	50.5
Kortedala	32.5
Lärjedalen	40.5
Askim	9

Källa: Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor 2006

Tabell 17: Andel som har haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar m.m. vid flera tillfällen 16 -84 år 2006

Stadsdel	Procent
Bergsjön	24
Gunnared	12
Kortedala	16
Lärjedalen	14
Askim	5.5

Källa: Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor 2006

Sammanfattning av statistiken

- Fattigdomsindexet, andelen socialbidragstagare samt ohälsotal skiljer sig markant jämfört med hela Göteborg.
- Högre andel av befolkningen är i öppen arbetslöshet eller i arbetsmarknadsåtgärder.
- Andelen höginkomsttagare är lägre (upp till 50 %)
- Andelen låginkomsttagare, särskilt kvinnor, är högre (upp till 50 %).
- Det finns en högre andel barnfamiljer med låga inkomster (upp till 40 %).
- Andelen som saknar kontaktmarginal eller har svårt att klara de löpande utgifter är högre.

Fokusgruppintervjuer

Resultaten av olika fokusgruppintervjuer kan sammanfattas under följande rubriker.

Brist på distriktsläkare

Bristen på distriktsläkare nämndes som det största problemet inom primärvården i Nordost. Enligt respondenterna är primärvården i Nordost tungt belastade i och med den stora andelen flyktingar med besvär till följd av traumatiska upplevelser i sina hemländer. Många av dessa lider av olika psykiska besvär som försvårar språkinlärning och möjligheter till en ny start i livet. Många av invånarna i Nordost är beroende av socialbidrag och ohälsotalen är mycket högre jämfört med Göteborg. Dessa förutsättningar försvårar rekrytering av allmänläkare till primärvården. Underbemanning av vårdcentraler medför dålig kontinuitet för patienter, särskilt de som lider av kroniska sjukdomar, och stora kostnader för sjukvården eftersom lediga tjänster bemannas av stafettläkare.

Brist på resurser för hantering av posttraumatiskt stressyndrom

Enligt respondenterna har många flyktingar varit utsatta för psykiska och fysiska påfrestningar i hemlandet och under flykten. Därför lider många av dem av olika fysiska sjukdomar, depression och posttraumatiskt stressyndrom kännetecknat av ångest, oro, sömnproblem, trötthet och irritabilitet. Trots stora satsningar inom sjukvården finns fortfarande stora kunskapsbrister gällande PTSD. Specialiserad psykiatrisk verksamhet ägnas åt patienter med allvarliga typer av psykiska problem t ex schizofreni, medan primärvården får ta hand om patienter med PTSD.

Ett stort behov av andra personalkategorier (kuratorer, psykologer)

Respondenterna uppger att det finns ett behov bland patienter av sociala stödsystem och nätverk för att bearbeta svåra upplevelser. Sådana behov kräver ytterligare personalkategorier i form av kuratorer och psykologer för att avlasta läkarna. Därmed skulle patienterna få ett bättre omhändertagande och läkarnas arbetssituation skulle förbättras. Samtliga respondenter var överens

om att vårdcentralerna i Nordost behöver en annan personalsammansättning än vårdcentraler belägna i mer välmående områden.

Ett annat återkommande problem är det faktum att många invånare vänder sig till vården för att lösa problem med Socialtjänsten eller Försäkringskassan. Troligen beror detta på att förtroende för vårdpersonal är större än för personalen vid respektive myndighet. Vårdpersonalen får dock ägna mycket tid åt att förmedla kontakter till olika myndigheter och förbättra förståelsen mellan olika kulturella grupper. Befolkningen i dessa områden är också extra känsliga för händelser i omvärlden, vilket ställer krav på vårdpersonalen. Krig och oroligheter i andra delar av världen leder ofta till hälsoproblem hos de invandrargrupper som har sina släktingar och familjemedlemmar i de drabbade områdena.

Enligt respondenterna är kvinnor överrepresenterade yrken med hög fysisk belastning, lågt inflytande över sin arbetssituation och låga inkomster. Sådana yrken finns t ex inom städbranschen, äldreomsorgen och vården. Resultatet är att många kvinnor har sjukdomar i rörelseapparaten och utvecklar depressiva besvär. Höga ohälsotal kräver större insatser från primärvården i form av administrativt arbete, kontakter med Försäkringskassan och insatser för rehabilitering. Kulturella faktorer skapar dock problem med rehabilitering i Nordost. Tidiga erfarenheter och vanor från hemlandet gör att vissa grupper inte uppfattar sjukgymnastik och arbetsterapi som aktiva behandlingar. Därför finns en utbredd misstro mot icke-medikamentella åtgärder. Det har gjorts en del försök att få till stånd en förändring, bland annat genom Hälсотeket i Angered som till exempel arrangerat föreläsningar om motion och promenadgrupper, men ytterligare insatser behövs.

Förslag till fortsatt arbete

Löpande arbete för nämnden och dialog med styrelsen

- Att fortlöpande kartlägga befolkningens sjukdomspanorama med avseende på vilka sjukdomstillstånd som är vanligast bland befolkningen. (Analys av statistiken från Hälso- och sjukvårdskansliet, länssjukvården och vårdcentralerna).

- Att öka kunskapen om sambandet med socioekonomiska faktorer.
- Att genomföra ytterligare fokusgruppintervjuer för att få en heltäckande bild av befintliga problem och möjligheter för samarbete mellan vården och andra intressenter.
- Att årligen undersöka vilka områden som behöver högst prioritet för att möta befolkningens behov.

LEVNADSVANOR OCH HÄLSA

Läkemedel

Västra Götalandsregionens läkemedelskostnader uppgick under 2006 till 4 147 mkr, vilket är något lägre än riket. En teknisk måttenhet som ofta används vid analyser av läkemedelsförbrukning är definierad dygnsdos (DDD) dvs. dygnsdosen då läkemedlet används av vuxna vid medlets huvudindikation. En översikt av regionens och sjukvårdsnämndernas läkemedelskostnader samt fördelningen av DDD mellan olika läkemedelsklasser presenteras nedan.

Tabell 18: Regionen och sjukvårdsnämndernas läkemedelskostnader samt fördelning av DDD mellan olika läkemedelsklasser

	VGR:s kostnad		Invånarnas egenavgift
	Per invånare	Differens 05-06%	Per invånare
VGR	2 744	0.33	703
HSN 5	2 913	0.47	735
HSN 11	2 911	-0.66	736
HSN 12	2 982	1.95	751

Källa: Xplain

Västra Götalandsregionens kostnader och invånarnas egenavgifter utgör tillsammans den totala läkemedelskostnaden.

Kostnaderna mellan de olika nämndområdena är ungefär samma med undantag för HSN 12, som har en något högre kostnad. Samtliga nämndområden har dock högre kostnader än genomsnittet för regionen. Orsaken till den här skillnaden är oklar, men en möjlig förklaring skulle kunna vara förskrivning av dyra preparat eller att förskrivningen inte följer gällande behandlingsrekommendationer.

Tabell 19: Förskrivning av olika typer av läkemedel per nämndområde och kön, andel (%)

16 - 84 år	Män				Kvinnor			
	Nord-ost	HSN 5	HSN 11	VGR	Nord-ost	HSN 5	HSN 11	VGR
Magsår/magkatarr-medicin	10	9	10	10	17	15	16	15
Astma/allergi	11	11	11	11	16	13	15	14
Antidiabetika	6	5	4	5	5	4	4	4
Blodtryckssänkande	17	13	17	16	16	14	15	16
Sömnmedel/insomningsmedicin	12	10	13	9	17	17	18	15
Antidepressiva	7	6	6	5	10	10	12	10
Lugnande/ångestdämpande	9	6	7	5	12	9	12	8
Smärtstillande (receptbelagda)	21	12	16	14	23	18	24	21
Smärtstillande medicin (ej receptbelagda)	37	37	38	38	55	55	56	55
Blodfettssänkande medicin	10	8	11	9	7	9	7	8
Avstått från att köpa medicin	11	6	6	6	11	8	7	7

Källa: Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor 2006

Tabell 20: Förskrivning av olika typer av läkemedel per kön

Medicin	Procent	
	Kvinnor	Män
Magsår/magkatarr	16	9
Astma/allergi	16	11
Antidiabetika	4	5
Blodtryckssänkande	15	15
Sömnmedel/insomningsmedicin	17	10
Antidepressiva	10	6
Lugnande/ångestdämpande	11	7
Smärtstillande (receptbelagda)	20	16
Smärtstillande medicin (ej receptbelagda)	54	34
Blodfettssänkande medicin	7	8
Avstått från att köpa medicin	10	8

Källa: Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor 2006

Det finns avsevärda könsskillnader i konsumtionen av smärtstillande medicin, såväl på som utan recept. Samma skillnader mellan könen syns även i användningen av sömnmedel, antidepressiva- och lugnande mediciner samt läkemedel mot magsår och astma/allergi. Det finns ingen enkel förklaring till dessa skillnader. Förmodligen är det en rad olika faktorer som förklarar dessa trender. Fler kvinnor avstår från att köpa ut sina mediciner på recept. Vanligaste orsaken som anges är att man "inte hade råd" eller "hade medicin så det räckte". En annan förklaring är att "man blev frisk" eller att man "inte trodde att medicinen skulle hjälpa".

Riskfaktorer

Skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället kan förklaras med olikheter i levnadsvanor. Till dessa räknas primärt rökvanor, matvanor, alkoholkonsumtion och motionsvanor. Psykosociala faktorer har också som bekant stor betydelse för hälsan. Hälsorelaterade levnadsvanor påverkas av kultur, traditioner och beror bland annat på ekonomiska villkor, arbetslöshet, utbildning och socioekonomisk tillhörighet. Därför skiljer sig levnadsvanorna ganska mycket och utvecklas på olika sätt i olika befolkningsgrupper. Skillnaderna finns dels mellan svenskfödda och invandrare, men finns också mellan olika invandrargrupper och beror på den sociala och ekonomiska position som dessa får i det nya landet. I tabell 21 presenteras förekomsten av riskfaktorer i de fyra stadsdelarna i Nordost jämfört med en välmående stadsdel som Askim.

Tabell 21: Jämförelse mellan riskfaktorer per stadsdel, andel (%)

Riskfaktorer	Stadsdel				
	Bergsjön	Gunnared	Kortedala	Lärjedalen	Askim
Övervikt eller fetma	52	55	45	50	33
Stress	24	22	18	19	12
Nedsatt psykiskt välbefinnande	28	26	23	25	17
Daglig rökning	28	24	14	21	8
Dagligt snus	8	9	10.5	11	7.3
Fysisk inaktivitet	36	30	17	26	10
Riskabla alkoholvanor	12.5	10	14	10	13
Svår värk i rörelseorganen	23.5	26	18	24.5	10.5

Källa: Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor 2006

Övervikt eller fetma

Övervikt och fetma utgör en betydande riskfaktor för diabetes, högt blodtryck, ledproblem och vissa cancersjukdomar. Individer som lider av fetma löper cirka 70 % högre risk att dö i förtid jämfört med normalviktiga. Matvanor spelar en stor roll vad gäller utveckling av övervikt och ohälsa. Ökningen av övervikt och fetma i Sverige har stannat av bland vuxna och möjligen också bland barn. I rapporten "Födelselandets betydelse" från Statens Folkhälsoinstitut visas att övervikt och fetma var betydligt vanligare bland 10-åringar år 2004/05 jämfört med för 20 år sedan. Enligt rapporten syns ingen ökning mellan åren 2001- 05. Under denna period noteras till och med en liten minskning bland flickor.

Statistik från SCB om barnfamiljernas hushållsutgifter visar att konsumtionen av läsk och snacks minskade under perioden 2003 och 2005. Denna observation bekräftas också av försäljningssiffror för samma period. Utvecklingen har dock inte varit jämt fördelad. Som framgår av tabellen ovan är andelen personer med övervikt och fetma betydligt högre i Nordost än i Askim och uppgår till cirka 50 %. En av flera tänkbara förklaringar skulle kunna vara bristande integration och social stress. Enligt amerikanska studier kan just dessa faktorer leda till utbredd konsumtion av snabbmat och bristande motion som i sin tur ökar risken för övervikt och fetma.

Rökning

Det är välkänt att rökning är starkt associerad med sjuklighet och dödlighet. Rökning ökar kraftigt risken att insjukna i ett stort antal sjukdomar eller att förvärra befintliga sjukdomar. Detta gäller bland annat cancer i lungor, mage, lever, näsa, mun, luftstrupe, matstrupe, svalg, bukspottkörtel, njurar och urinblåsa samt blodcancer. Rökning ökar vidare risken för hjärtinfarkt, kärlkramp, slaganfall, benskörhet, KOL, långvarig luftrörsinflammation och lungtuberkulos.

Tobaksrökning under graviditeten innebär en ökad risk för låg födelsevikt hos barnen samt ökar risken för plötslig spädbarnsdöd.

Sedan mitten av 1980-talet har cigarettförsäljningen i Sverige minskat medan försäljningen av snus ökat stadigt. Bilden är dock inte entydig då andelen rökare bland flickor i årskurs 9 och ensamstående mödrar ökar. I Folkhälsorapporten 2001 uppmärksammas att andelen rökare är högre i vissa befolkningsgrupper än i övriga befolkningen. I rapporten betonas att just ogynnsamma sociala villkor påverkar livsstilen. I Statistiska Centralbyråns återkommande "Undersökningen av levnadsförhållanden" - ULF redovisas att rökning är vanligare inom vissa invandrargrupper. Andelen dagliga rökare varierar kraftigt mellan infödda svenskar och personer av utländsk härkomst. Således röker svenska män mindre än män födda utanför Sverige. Kvinnor från övriga nordiska länder samt övriga Europa röker i större utsträckning än svenska kvinnor. Däremot röker kvinnor från övriga världen i mindre utsträckning än svenska kvinnor. Det här mönstret finner man också i Nordost där rökning är betydligt vanligare än i Askim. Eftersom rökning är en betydelsefull riskfaktor för en rad olika sjukdomar kan även begränsade förändringar i rökvanor få stor betydelse för hälsan.

Fysisk aktivitet

Det är välkänt att fysisk aktivitet har gynnsamma hälsoeffekter. Under de senaste årtiondena har stillasittande arbete blivit allt vanligare. Samtidigt uppger allt fler att de motionerar på fritiden. I SCB:s "Undersökningen av levnadsförhållanden" anger cirka hälften av den svenska befolkningen att de motionerar minst en gång i

veckan. Som framgår av tabellen är andelen fysiskt inaktiva invånare i Nordost högre jämfört med Askim.

Riskabla alkoholvanor

Överkonsumtion av alkohol kan leda till våld, olycksfall, tragedier i familjer samt sjukdomar och dödsfall med alkoholdiagnos. Det finns nästan ingen skillnad i alkoholkonsumtion mellan invånare i Nordost och Askim. Konsumtionen av alkohol är dock ofta kraftigt underskattad till följd av "fri införsel" från utlandet, illegal tillverkning etc. Följaktligen är den officiella konsumtionsstatistiken ett dåligt mått på den verkliga konsumtionen.

Stress och nedsatt psykisk välbefinnande

Levnadsförhållandena i form av trygghet och sociala nätverk kan vara avgörande för välbefinnandet. Bland invandrarna varierar möjligheter till sociala kontakter. Ett glest socialt nätverk ökar individens mottaglighet för sjukdomar, stress och leder till minskat välbefinnande. Det finns en påtaglig skillnad mellan stadsdelarna gällande stress och nedsatt psykiskt välbefinnande. Förmodligen kan det förklaras med att en stor andel av befolkningen är av utländsk härkomst och lever under relativt svåra sociala förhållandena (dålig ekonomi, hög arbetslöshet, högt ohälsotal).

Dödlighet

En för tidig död kan bero på flera faktorer t ex genetiska förutsättningar, riskfaktorer och olycksfall. Dödsorsaker kan grovt delas in i hälsopolitiskt och sjukvårdsrelaterade orsaker. Exempel på sjukvårdsrelaterade dödsorsaker är blindtarminflammation, stroke etc. Dödsfall till följd av lungcancer, levercirros, motorfordonsolyckor etc anses däremot vara hälsopolitiskt relaterade eftersom de skulle kunna undvikas genom rökavvänjning, förbättrade alkoholvanor etc. Indelningen är naturligtvis diskutabel då många av de så kallade sjukvårdsrelaterade dödsorsakerna som hypertoni, diabetes etc. är åtkomliga för preventiva insatser på olika nivåer. Dödlighet i olika sjukdomar kan dock användas som ett mått vid jämförelser mellan populationer och sjukvårdssystem.

Som framgår av Socialstyrelsens rapport "Öppna jämförelser" från 2006 ligger Västra Götaland på samma nivå som riket vad gäller

hälsopolitiskt relaterad respektive sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. Inom regionen finns en del variationer som exempelvis högre dödlighet i hjärt- kärlsjukdomar, alkoholrelaterad dödlighet samt dödlighet i KOL och lungcancer i Nordost (HSN 12). Detta mönster förklaras förmodligen av de sociala skillnaderna som finns i Nordost jämfört med länet samt riket. Nedan presenteras dödsstatistiken för hjärt- kärlsjukdomar, alkoholrelaterad dödlighet samt dödligheten i KOL och lungcancer.

Tabell 22: Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom (hjärtinfarkt)

	Stadsdel				Länet	Riket
	Bergsjön	Gunnared	Kortedala	Lärjedalen		
Kvinnor	353.0	411.5	276.2	297.2	239.2	241.1
Män	494.3	440.1	356.7	355.5	289.9	296.1

Antal döda/100 000 (medelfolkm, 15 + år). Standardiserade tal

Källa: Socialstyrelsen. Dödsorsakregistret.

Dödligheten bland kvinnor i de fyra stadsdelar är högre jämfört med länet och riket. Den största skillnaden finns i Gunnared och Bergsjön. Antalet döda är mindre i Lärjedalen och Kortedala, men ändå högre än i länet och riket.

Tabell 23: Alkoholrelaterad dödlighet år 2000-2004

	Stadsdel				Länet	Riket
	Bergsjön	Gunnared	Kortedala	Lärjedalen		
Kvinnor	45.2	43.3	31.6	15.9	10.2	11.2
Män	187.2	190.7	111.1	85.6	46.6	45.0

Antal döda/100 000 (medelfolkm, 15 + år). Standardiserade tal

Källa: Socialstyrelsen. Dödsorsakregistret.

Män och kvinnor i Nordost har markant högre alkoholrelaterad dödlighet jämfört med länet och riket. Antalet dödsfall bland män i Bergsjön och Gunnared är nästan fem gånger högre jämfört med länet och riket. Antalet dödsfall bland kvinnor är mindre i jämförelse med antalet dödsfall hos män. Samtidigt är antalet dödsfall bland kvinnor nästan fyra gånger högre i Bergsjön och Gunnared i jämförelse med länet och riket.

Analysen av dödligheten i KOL och lungcancer i Nordost visar att dödligheten bland män och kvinnor är nästan dubbelt så hög jämfört med länet och riket. I nordost drabbas flest kvinnor, medan förhållandet mellan könen i länet och riket är det omvända. I Bergsjön dör tre gånger fler kvinnor av KOL jämfört med riket. Antalet dödsfall till följd av KOL bland män i Bergsjön, Gunnared och Kortedala är nästan dubbelt så högt jämfört med länet och riket.

Tabell 23: Dödlighet i KOL år 2002-2004

	Stadsdel				Länet	Riket
	Bergsjön	Gunnared	Kortedala	Lärjedalen		
Kvinnor	81.6	71.5	51.1	39.6	30.8	26.6
Män	63.5	57.7	59.2	41.4	30.7	30.1

Antal döda/100 000 (medelfolkm, 15 + år). Standardiserade tal

Källa: Socialstyrelse. Dödsorsaksregistret.

Tabell 24: Dödlighet i lungcancer år 2000-2004

	Stadsdel				Länet	Riket
	Bergsjön	Gunnared	Kortedala	Lärjedalen		
Kvinnor	28.2	38.8	48.5	51.4	34.4	36.6
Män	124.0	88.3	84.0	59.9	45.9	50.5

Antal döda/100 000 (medelfolkm, 15 + år). Standardiserade tal

Källa: Socialstyrelsen. Dödsorsaksregistret.

Även dödligheten i lungcancer är högre i hela nordost jämfört med länet och riket. I Bergsjön dör nästan tre gånger fler män av lungcancer än i länet och riket.

[hit] Sammanfattning av statistiken

Riskfaktorer hos befolkningen i Nordost:

- Övervikt eller fetma.
- Daglig rökning.
- Fysisk inaktivitet.
- Stress och nedsatt välbefinnande.

Högre dödlighet i jämförelse med länet och riket:

- Hjärt-kärlsjukdomar.
- KOL.
- Lungcancer.
- Alkoholrelaterad dödlighet.

Det finns ett stort behov av att utreda ytterligare riskfaktorer och komplexa samband mellan dessa eftersom de har betydelse för överdödligheten i Nordost i förhållande till resten av länet samt riket.

Fokusgruppintervjuer

Förklaringen till många invandrargrupperns sämre hälsa finns enligt respondenterna på samhällsnivån. Många upplever utanförskap, har problem med inläring av svenska och stängs ute från arbetsmarknaden. Människor upplever ofta att de förlorat den sociala position och respekt från sin närmaste omgivning som de trots alla svårigheter hade i hemlandet. Många arbetslösa invandrare lever under knappa ekonomiska förhållanden. Det är inte sällan att föräldrar upplever att de degraderats från sin föräldraposition, tappat kontrollen och inte längre har den rollen i familjen som de hade förut. Detta leder till att människor inte bryr sig om sin hälsa och sin livsstil. Det finns resurser i Nordost för rökavvänjning men få som har incitament eller viljan att sluta. Samma gäller fysiska aktiviteter då det i många länder saknas traditioner att ägna sig åt motion.

I mataffärer finns ingen information om hälsosamma matvaror men däremot gott om läsk, snacks och godis till låga priser. Enligt respondenterna uppfattas dessa ofta som lyxvaror och dessutom säljs dem till lågt pris vilket är viktigt för hushåll med dålig ekonomi. Matvanor är också kulturellt betingade varför det är viktigt att samla kunskaper om traditionella maträtter från olika länder för att kunna lära folk att byta ut vissa varor mot mer hälsosamma alternativ. Det har framförts förslag på att etablera ett kök på ANS med plats för undervisning så att man skulle kunna inkorporera information om matlagning till individuella patienter med familj som en del av ett patientbesök (fetma, diabetes, hjärt-kärlsjukdomar, träningskök i olika sammanhang). Vidare skulle köket kunna användas för grupper från MVC, BVC, olika patientgrupper och vara utrustat och planerat som ett modernt hemkunskapskök. Ansvaret för köksavdelningen skulle ligga hos sjukhusets/primärvårdens gemensamma dietistsektion.

Ett annat problem är illegal spritförsäljning. Alkohol är tillgänglig för alla åldersgrupper och kan köpas på torget eller i lägenheter. Respondenterna var eniga om vikten av att påbörja hälsofrämjande arbete redan på förskolan och i skolan, informera barn och elever om fysiska aktiviteter, skador för hälsan som orsakas av rökning, hälsosamma kostvanor.

Under intervjuerna diskuterades frågan om effektiviseringen av informationsspridningen. Det fanns olika åsikter om språksvårigheter. En del respondenter tyckte att information på modersmålet skulle vara mer effektivt medan andra såg informationstillfällen som ett sätt att träna svenska. Tolkhjälp diskuterades också i sammanhanget och åsikterna gick isär då vissa föredrog att använda sig av tolkcentralen och andra

ansåg att det behövdes fastanställda tolkar med kvalificerad utbildning i sjukvårdsterminologi.

Vidare diskuterades frågan om behovet av att samordna insatser inom psykiatri i syfte att förbättra vårdkedjan för att patienterna skulle hamna på rätt vårdnivå. Ytterligare ett problem- område var patienter med svår värk i rörelseapparaten som enligt respondenterna behövde ett ortopediskt team bestående av ortoped, sjukgymnast och psykolog. Det framfördes också funderingar om möjligheter för sjukgymnaster att vara med på läkarbesöket för att utarbeta en gemensam plan för behandling och rehabilitering. Ytterligare insatser för diabetesvård och rökavvänjning togs upp som önskvärda.

Hälsofrämjande arbete

För närvarande pågår en särskild satsning på hälsofrämjande insatser genom det så kallade Hälсотeket i Angered som erbjuder olika aktiviteter vad gäller kost, motion, hälsa och stress. Nedan presenteras en beskrivning av Hälсотekets verksamhet.

Beskrivning av Hälсотeket i Angered

Hälсотeket i Angered är ett samarbete mellan SDF Gunnared, SDF Lärjedalen och VG regionens HSN 12.

Behov

Nordost är ett område med ett stort behov av förebyggande arbete och hälsofrämjande insatser. Enligt befintlig statistik är dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar, KOL, lungcancer och alkoholrelaterade skador mycket högre jämfört med länet och riket. Antalet överviktiga personer, dagliga rökare, fysiskt inaktiva är också högre jämfört med andra stadsdelar i

Göteborg samt länet. Det så kallade Hälsoteket är en del i det hälsofrämjande arbetet i Nordost.

Målsättning

Ett övergripande mål med Hälsoteket är att stärka människornas hälsa utifrån ett salutogent synsätt och se både den fysiska och psykosociala hälsan utifrån ett helhetsperspektiv. Det finns inga delmål eller någon mer preciserad målsättning.

Verksamhetens aktiviteter

Aktiviteter	Syfte	Arbetsätt	Antal deltagare
Öppen mottagning	Att informera boende om hälsa samt om aktiviteter i området	Hälsoinformatörer finns på fasta tider på olika platser och kan ge tips och råd eller hänvisa till en passande aktivitet	Statistik saknas
Öppen mottagning i primärvårdens väntrum	Att sprida information bland befolkningen	Hälsoinformatörer har funnits tillgängliga ca 2-3 timmar i väntrummen på BVC, MVC och VC i Gunnared och i Lärjedalen 3 gånger/vecka under våren	Statistik saknas
"Må bra" skolan	Att sprida kunskap om hälsa, samt förbättring av hälsa	Må Bra skolan äger rum varannan vecka med olika teman bl.a. sömn, stress, hjärt-kärlsjukdomar, barnsjukdomar m.m.	Varierar mellan 0 och 8 per tillfälle
Rökning	Rökavvänjning	Motiverande samtal som ges individuellt eller i grupp.	2-4 från början och sen 1-2.
"Värk-staden"	Att hjälpa människor med ständig smärta och värk.	Med hjälp av "Värkstaden" förbättra livskvalitet samt ge möjlighet att träffa andra i samma situation.	5 personer från början och sen minskning till 1 person.
Drop-in dietist	Att ge kostråd	Kostrådgivare ger allmän information om enklare kostrelaterade problem men ej kostbehandling	0-4 besökare per gång
"Må bra med din vikt"	Att hjälpa människor med övervikt	Gruppträffar. Antalet träffar - 5	14 personer sedan 4-5 personer
"Må bra med diabetes"	Att ge mer kunskap om hälsa bland diabetiker	Gruppträffar. Antalet träffar - 5. Gruppen leds av två diabetessköterskor med	Cirka 5-8 personer per tillfälle

		medverkan från läkare och dietist.	
"FaR" barn Drop – in-mottagning	Fysisk aktivitet på recept för barn och ungdomar 7 – 16 år.	Barn och ungdomar kommer på motiverande samtal eller får rådgivning av sjukgymnast.	Statistik saknas men enligt uppgift ej välbesökt
Lågintensiv träning	Att förbättra kondition och vardagsstyrka bland befolkningen.	Träning av kondition, styrka i grupp, även en dialog och samtal i grupperna.	12-15 personer
Grupper för barn och ungdomar	Att erbjuda en anpassad träning till barn och ungdomar som inte är fysiskt aktiva.	Tre grupper: grundmotoriskträning 7-12 år, cirkelträning 12-16 år samt dansinspirerad träning 12-16 år	Statistik saknas men enligt uppgift ej välbesökt
Avspänning	Att ge kunskap om hur människor spänner sig.	Träningen består av mjuka rörelser samt andningsövningar.	2 personer per tillfälle
Sittgympa	Att ge deltagarna bättre vardagsstyrka	Att träna rörlighet, balans och vardagsstyrka i grupp. Träningen ges två gånger per vecka.	Cirka 15 personer
Graviditets-gympa	Att träna kondition samt förebygga och minska ryggproblem	Att träna rörlighet, styrka, kondition och avspänning i grupp. Programmet varierar i svårighetsgrad beroende på deltagare.	2-6 personer per tillfälle
Basal kropps-kännedom	Att träna ett funktionellt och avspänt rörelsemönster.	Balanserad hållning, frihet i andning och rörelser samt mental närvaro tränas i gruppen.	Varierar mellan 7-18 personer. 5 personer kommer regelbundet.
KMT - gympa	Att förbättra kondition, balans, rörlighet och kroppsmedvetandet	Träningen som inspireras av gympa och afrikansk dans och avslutas med 15 min avspänning.	Cirka 10 personer
Kom – igång träning	Att förbättra kondition, styrka	Träning av kondition, styrka i grupp.	Variande mellan 10-20
ABF	Att ge elever som läser svenska på ABF och SFi möjligheten till fysisk aktivitet	Samma träningsform som på Kom – igång- gympa.	Statistik saknas men enligt uppgift ej välbesökt

Dansinspirerad träning	Att träna rörligheten	Träning ges i en härlig rörelseform med flöde av helhetskänsla.	Varierar mellan 6-10 personer. 5 personer kommer mer regelbundet.
Lättgympa	Att förbättra kondition	Träning av kondition och styrka till musik.	Varierande
Medicinsk Qigong	Att förbättra fysisk och psykisk hälsa	Deltagarna arbetar med långsamma harmoniska rörelser samt med andning och koncentration för att skapa bättre fysisk och psykisk balans.	14 personer i gruppen
Promenader	Att promenera i naturen	En lugn promenad som passar alla åldersgrupper	Varierande men inte väl besökt

Kommentar

Det finns ett stort utbud av olika aktiviteter på Hälsoteket. En del kurser ligger nära varandra gällande syfte och innehåll som till exempel lågintensiv gympa, kom – igång gympa, lätt gympa m.m. Antalet deltagare varierar men är i stort sett lågt med undantag för medicinsk Qigong, lågintensiv gympa, sittgympa. Det bör noteras att huvudidén med Hälsoteket är att det inte skall likna sjukvården. Detta är en återkommande punkt i halvårsrapporten samt i intervjuer med Hälsotekets anställda. Representanterna för verksamheten betonar att deras verksamhet är uppbyggd på frivillig basis. Personer som kommer till olika aktiviteter kan stämpla ett kort som de kan visa för sin socialsekreterare eller sin handläggare på Försäkringskassan som bevis för att de deltagit i någon aktivitet.

Det bästa sättet att sprida information anses vara ”mun till mun” metoden. Därför är tanken att ge potentiella deltagare tid att på egen hand upptäcka Hälsoteket och dess breda utbud även om vissa informationskampanjer med informationsblad och information till idrotts- och föreningsförvaltningen genomförs.

En självutvärdering genomförs på månatlig basis. En sådan undersökning gjordes i mars 2007 då deltagarna i samtliga grupper fick besvara diverse frågor om Hälsoteket. Av 101 personer som besvarade enkäten ansåg 76 att deras hälsa hade påverkats positivt. Ett antal problem som uppmärksammats under dessa självutvärderingar nämndes i såväl halvårsrapporten som i intervjuerna. En sammanställning av identifierade problem och deras konsekvenser redovisas nedan.

Identifierade problem	Potentiella konsekvenser
Behov av större lokaler för lättgymna, lågintensiv gymna och andra typer av aktiviteter samt lokaler för barnpassning.	Färre deltagare i olika aktiviteter. Begränsade möjligheter för kvinnor med små barn.
Brist på fritidsledare	Begränsat utbud för barn och ungdomar särskilt barn med övervikt.
Språksvårigheter	Försvårar möjligheter till gemensamma grupper (svenskar och invandrare) Begränsade möjligheter att ge information om svensk sjukvård till elever på ABF och Sfi (mångspråkiga grupper) Försvårar planering av föreläsningar
Problem med schemaläggning för FaR mottagning för barn och ungdomar	Få deltagare på grund av för få lämpliga tider
Bristande intresse för rökavvänjning	Försvårar hälsofrämjande arbete med olika riskfaktorer
Begränsade resurser för barnöverviktsgrupper på Rehabiliteringen	Försvårar möjligheter för överviktiga barn att gå ner i vikt

Enligt respondenterna finns ett stort behov av att etablera barn- ungdomsteam med psykolog och specialistläkare. Dessutom behövs ett centrum för samlad kompetens kring hälsofrämjande arbete. Vidare finns ett behov av en

informationscentral där information om egenvård, sjukvårdens organisation m.m. kan ges ut på olika språk.

Det framfördes också en del önskemål om framtida samarbete och stöd från Angereds närsjukhus:

- Forskning och utvärdering av metoder samt effekter av verksamheten och dess aktiviteter.
- Träningskök för att möjliggöra praktiska matlagningskurser ur ett hälsoperspektiv.
- Tillgång till större föreläsningssal/konferensrum för att organisera eventuella tematräffar om t.ex. kvinnohälsa.
- Att vårdpersonalen ställer frågor om alkohol, rökning, motion och kostvanor till patienter i samband med besök.
- Att vårdpersonalen informerar patienter om Hälsoteket och de aktiviteter som finns på Hälsoteket.
- Att informera patienter med kronisk smärta om att de kan få hjälp och träffa andra i samma situation på Värkstaden.

Förslag till fortsatt arbete

- Att göra en kunskapsöversikt över effekten av primära och sekundära preventiva interventioner i mångkulturella storstadsmiljöer.
- Att kartlägga och analysera befintlig information samt tidigare informationsinsatser för att utarbeta strategi för en mer effektivt informationsspridning bland befolkningen, i skolan och SFi.

KVINNOR OCH BARN

Graviditet och levnadsvanor

De medicinska riskerna i samband med graviditet och förlossning har minskat drastiskt i Sverige. Trots att utgången av graviditet och förlossning är i regel god uppstår inte så sällan komplikationer. I mödrahälsovårdens uppgifter ingår övervakning av graviditetsförloppet samt psykologiskt stöd, amningsstöd och upplysning om risker med alkohol och rökning. Psykiska och sociala problem i samband med graviditet och barnafödande kräver extra uppmärksamhet och resurser med tanke på framtida konsekvenser för barnet.

Rökning under graviditeten innebär en stor risk för barnet vad gäller fostrets tillväxt och försämrade förutsättningar för omställningsprocessen i samband med födelsen. Barnet till blivande mödrar som röker löper större risk att dö under de första levnadsveckorna på grund av nedsatt känslighet för syrebrist. Rökning under graviditeten kan även leda till övervikt och fetma i skolåldern. Under de senaste decennierna har andelen rökande mödrar minskat och år 2002 var det endast elva procent av gravida som rökte. Statistiken angående rökning bland blivande mödrar i Nordost samt länet och riket under perioden 2002-2004 presenteras nedan.

Tabell: Rökande blivande mödrar år 2000 -2004, andel (%)

	Stadsdel				Länet	Riket
	Bergsjön	Gunnared	Kortedala	Lärjedalen		
Kvinnor	15.5	16.0	13.5	12.4	10.9	10.5

Andel av gravida vid inskrivning till mödravårdcentral

Källa: Socialstyrelsen. Medicinska födelseregistret.

Som framgår av ovan finns en markant skillnad gällande rökning hos blivande mödrar mellan Bergsjön och Gunnared relativt länet och riket. I Kortedala och Lärjedalen är andelen rökande mammor mindre.

Efter nyföddhetsperioden påverkas luftvägarna i större utsträckning av tobaksrök. Barn till rökande föräldrar får sämre lungfunktion och drabbas av fler infektioner i organ med nära kontakt med luftvägarna som till exempel öron, lungor. Sedan år 1999 rapporterar barnavårdcentraler antalet rökande spädbarnsföräldrar till Socialstyrelsen. Statistiken från Socialstyrelsens Epidemiologiska Centrum år 2004 visar följande vad gäller rökande spädbarnsföräldrar:

Tabell: Rökande spädbarnsföräldrar, andel (%)

	Stadsdel				Länet	Riket
	Bergsjön	Gunnared	Kortedala	Lärjedalen		
Mamma	13.5	10.5	9.9	8.5	6.7	6.4
Pappa	34.6	34.7	24.0	29.8	12.4	11.8
Någon i hushållet	35.8	39.4	29.1	29.2	15.6	14.9

Barn 1-4 veckor födda 2004, procent

Källa: Socialstyrelsen, EpC

Även här finns det en påtaglig skillnad gällande andelen rökande föräldrar i de nordöstra stadsdelarna. Situationen är något bättre i Lärjedalen, men i övrigt är rökande spädbarnsföräldrar överrepresenterade i Nordost.

Antalet barn som födda med låg födelsevikt presenteras i tabellen nedan.

Tabell: Låg födelsevikt 2002-2004

	Stadsdel				Länet	Riket
	Bergsjön	Gunnared	Kortedala	Lärjedalen		
Barn med låg födelsevikt	47.9	73.3	32.9	63.6	41.7	42

Medelvärde för perioden 2002-2004

Antal per 1 000 födda med en födelsevikt mindre än 2 500 g

Källa: Socialstyrelsen. Medicinska födelseregistret

Som framgår av tabellen ovan föddes de flesta barn med låg födelsevikt i Gunnared och Lärjedalen. Skillnaden mellan Bergsjön och länet och riket gällande antalet barn med låg födelsevikt var inte så stor och i Kortedala var läget till och med bättre än i länet och riket.

Amning har inte bara positiva skyddande effekter på kort sikt utan även på lång sikt. Modersmjölken innehåller ämnen som stärker immunförsvaret och minskar risken för allergier. Amning under de första veckorna har visats ha en gynnsam effekt på ämnesomsättningen med minskad risk för övervikt, högt blodtryck och typ 2 diabetes senare i livet. WHO rekommenderar att bröstmjolk skall vara enda födan under de första sex månaderna. Den här rekommendationen uppfylldes dock för endast en tredjedel av barn födda i Sverige år 2001. För år 2004 gällde följande statistik:

Tabell: Amningsfrekvens

	Stadsdel				Länet	Riket
	Bergsjön	Gunnared	Kortedala	Lärjedalen		
Barn som ammas helt eller delvis vid 6 månader	64	60	72	62	70	72

Avser barn födda 2004

Källa: Socialstyrelsen, EpC

Således var antalet barn som ammass vid sex månaders ålder lägre i Bergsjön, Gunnared och Lärjedalen jämfört med länet och riket, men inte i Kortedala.

Ytterligare en faktor som påverkar hälsotillståndet hos nyfödda och blivande mödrar är övervikt som är en riskfaktor för graviditetsdiabetes och havandeskapsförgiftning. Överviktiga får ofta stora barn, vilket orsakar högre kejsarsnittsfrekvens. Bland kvinnor med kraftig viktökning fortsätter fler att vara överviktiga och därmed riskerar att utveckla hjärt- kärlsjukdomar och typ 2 diabetes. En annan riskfaktor är alkoholkonsumtion då alkohol kan ge allvarliga fosterskador, framförallt hjärnskador, som i sin tur kan ge beteendestörningar och svåra inlärningsproblem. Därför rekommenderas total avhållsamhet från alkohol under graviditeten. Alkoholmissbruk hos modern är ofta dolt och dessa uppgifter förekommer sällan i mödravårdsjournalerna.

Sammanfattning av statistiken

- Högre andel rökande blivande mödrar och spädbarnsföräldrar
- Fler barn med låg födelsevikt i Gunnared och Lärjedalen
- Lägre amningsfrekvens i Bergsjön, Gunnared och Lärjedalen

Ekonomi och utbildning

Rädda Barnen har genomfört årliga studier för att kartlägga förändringar i barns välfärd på kommunal nivå. Den första studien "Barns ekonomiska utsatthet under 1990-talet" (Tapio Salonen) omfattade åren 1991-1999 och återspeglade konsekvenserna av den ekonomiska krisen under 1990-talet. Resultaten av studien visade att barnfattigdomen i Sverige ökade kraftigt under 1991-1997.

Framförallt drabbade den ekonomiska krisen de hushåll som redan tidigare hade en svag ekonomi. I slutet på 1990-talets skedde en ekonomisk återhämtning och antalet barn i ekonomiskt utsatta familjer minskade. Barnfamiljernas ekonomi har också återhämtat sig jämfört med krisåren men detta gäller framförallt för par med barn och inte ensamstående föräldrar. Par med barn kunde i genomsnitt stärka sin ekonomi med 15-16 % mellan åren 1991 och 2004. Motsvarande ökning för ensamstående med barn var endast 5 %. Skillnaderna mellan olika typer av barnfamiljer började öka igen mellan 2003 och 2004 och aktuella uppgifter indikerar stora skillnader i barns ekonomiska uppväxtvillkor. De två viktigaste faktorerna som var för sig och tillsammans ökar risken för ekonomisk utsatthet är: ensamstående föräldrar och utländsk bakgrund. Den ekonomiska utsattheten mångdubblas om både faktorerna sammanfaller.

Socialdepartementet presenterade år 2004 en utredning med titeln "Ekonomiskt utsatta barn" där man använde sig av tre olika mått: barn i hushåll med disponibel inkomst under 60 % av landets medianinkomst (EUs fattigdomsdefinition), barn i hushåll som någon gång under året mottagit socialbidrag och barn som lever i de 20 % av familjerna som har lägst inkomst och som samtidigt saknar kontantmarginal. Ett mått som används av SCB är det så kallade barnfattigdomsindexet medan Rädda barnen föredrar att tillämpa låg inkomststandard och socialbidragsnivå. Statistiken från SCB respektive Rädda barnen presenteras i tabellerna nedan.

Tabell: Barnfattigdomsindex (2004)

	Stadsdel				Länet
	Bergsjön	Gunnared	Kortedala	Lärjedalen	
Antal barn 0-17 år	3 604	5 543	4 551	7 194	328 077
Barn med utländsk bakgrund (%)	86	76	46	75	23
Barn med UB i ekonomisk utsatta hushåll (%)	64	50	31	58	33
Barn med SB i ekonomisk utsatta hushåll (%)	48	24	11	11	7
Differens utländsk-svensk bakgrund (%)	16	26	20	47	25

Källa: SCB, Inkomst- och taxeringsregistret

Det finns stora variationer även inom gruppen för barn med utländsk bakgrund. Barnfattigdom är betydligt vanligare i Bergsjön, Gunnared, Lärjedalen än i Kortedala. Däremot är barnfattigdomen i Kortedala dubbelt så stor jämfört med länet.

Stora variationer finns även i gruppen för barn med svensk bakgrund. Flest barn i ekonomiskt utsatta hushåll finns i Bergsjön. Situationen är bättre i Gunnared, men fortfarande högre än länet. I Kortedala och Lärjedalen är skillnaderna mellan stadsdel och länet avsevärt mindre.

Statistik från Rädda Barnen

Stadsdel	Totalt antal barn	Andel barn med utländsk bakgrund	Andel barn i hushåll med låg inkomst eller socialbidrag		Differens svensk/ utländsk
			svensk bakgrund	utländsk bakgrund	
Göteborg	92 361	38.2	9.3	39.1	29.8
Gunnared	5 543	76.5	23.6	50.1	26.5
Lärjedalen	7 194	74.8	11.2	58.5	47.3
Kortedala	4 551	46.4	11.3	31.0	19.7
Bergsjön	3 604	86.1	47.7	63.6	15.8
Askim	5 935	16.3	4.8	10.4	5.5
Torslanda	5 955	10.1	3.1	6.5	3.4

Källa: Rädda Barnen. 2006

Med begreppet utländsk bakgrund avses barn som själva är födda utomlands eller som har minst en förälder som är född utomlands. Det är fyra gånger så vanligt att barn med utländsk bakgrund lever i hushåll med låg inkomst eller socialbidrag i Göteborg. Jämförelsen mellan olika stadsdelar visar att sex-fem gånger fler barn i Bergsjön, Gunnared, Lärjedalen lever i fattigdom än i Askim och Torslanda. Resultatet visar att segregationen är stor i de tre stadsdelarna med stora antal barn med utländsk bakgrund. Barnfamiljer med utländsk bakgrund är mer koncentrerade till de stadsdelarna som står längst ner i socioekonomisk ordning. Klyftan mellan barn i de olika stadsdelarna återspeglas i även i utbildningsresultat.

Tabell: Betygsfördelning i grundskolans årskurs 9 vårterminen 2006 i kommunala skolor, stadsdelsnämnder

Stadsdel	Antal elever	Procentuell fördelning samtliga ämnen*				Elever med "ej betyg" i kärnämne**	
		G	VG	MVG	Ej betyg	Antal	%
Bergsjön	114	41.7	25.1	11.7	21.5	49	43.0
Gunnared	264	38.0	31.4	12.5	18.1	53	20.1
Kortedala	219	36.4	33.3	16.7	13.6	32	14.6
Lärjedalen	293	37.8	33.7	14.8	13.8	78	26.6
Askim	295	33.4	40.5	23.0	3.1	15	5.1

Källa: Elevregistersystemet Procapita Barn och Ungdom

* Betyg eller ej betyg i % av samtliga betyg som delats ut

** Elever med minst ett kärnämne med ej betyg

Det största antalet elever med "ej betyg" i något av kärnämnen finns i Bergsjön. Av kolumnen "elever med ej betyg" framgår att andelen elever utan avgångsbetyg är nästan åtta gånger högre jämfört med Askim. Den lägsta procenten elever utan betyg i Nordost finns i Kortedala, men den är fortfarande tre gånger högre än i Askim. Även Gunnared och Lärjedalen skiljer sig avsevärt.

Samma resultat finner man beträffande "Behöriga till gymnasieskolan vt 2005" i Skolverkets rapport från 2005.

Tabell: Behöriga till gymnasieskolan vt 2005, andel (%)

	Stadsdel				Länet	Riket
	Bergsjön	Gunnared	Kortedala	Lärjedalen		
Flickor	58	79	89	74	91	90
Pojkar	70	82	84	71	88	87

Andel % elever i åk 9. Kommunal huvudman

Källa: Skolverket

Det finns samma trend vad gäller de fyra stadsdelarna d.v.s. sämsta resultat i Bergsjön och lite bättre situationen i Kortedala medan Gunnared och Lärjedalen ligger i mitten.

En genomgång av 111 studier presenterad i Folkhälsoinstitutets rapport "Sociala skillnader i ohälsa bland

barn och unga i Sverige” har visat att fysiska problem bland barn från mindre socialt gynnade familjer i genomsnitt är 60 procent vanligare jämfört med barn från mer gynnade familjer. En stor del av de variationer i hälsa som finns hos barn och ungdomar kan förklaras av sociala faktorer och är därmed möjliga att påverka. Genom att ge barn och ungdomar en bättre uppväxtmiljö, bättre kvalitet på förskola, skola och fritidsverksamhet samt genom indirekt stöd till föräldrarna kan de socialt betingade skillnaderna i ohälsa minskas.

Förhållandena under de första levnadsåren har särskilt stor betydelse för hälsan. Dels påverkar uppväxtvillkoren prestationerna i skolan och därigenom framtida möjligheter på arbetsmarknaden, dels kan god hälsa under de första levnadsåren ha biologiskt skyddande effekter under resten av livet. Ett flertal författare har pekat på sambandet mellan fysisk tillväxt under fostertiden och risk för hjärt-kärlsjukdomar senare i livet.

Sammanfattning av statistiken

- Högt fattigdomsindex i jämförelse med länet.
- Fler barn lever i hushåll med låga inkomster eller socialbidrag.
- Högre procent elever saknar betyg i kärnämnen.
- Högre procent elever saknar gymnasiebehörighet.

Fokusgruppintervjuer

Kvinnornas hälsa, levnadssvanor och sociala situation

Olika problemområden vad gäller kvinnornas och flickornas sociala förhållanden i Nordost beskrevs i intervjuerna. En del flickor växer upp i familjer med starkt patriarkala värderingar och föreställningar om familjens heder. Värderingarna, som lever kvar även efter flytten till Sverige, handlar i stor utsträckning om hur kvinnors och flickors sexualitet kan kontrolleras. Situationen förvärras av språksvårigheter som försvårar kontakter och utbyte av erfarenheter. Barnen lär sig svenska snabbare än sina föräldrar och får ibland övertaget. De fungerar som tolkar åt sina föräldrar vid kontakter med sjukvården eller skolan. Föräldrarna upplever ofta att de är på väg att tappa kontrollen över barnens liv och försöker därför vara strängare än nödvändigt, särskilt mot flickorna. Det händer exempelvis att fäder blir upprörda om de råkar få syn på recept på P-piller etc. Enligt respondenterna behövs mer samtal och information till familjer där traditionella modeller inte fungerar. Det krävs gott om tid, respekt och kulturkompetens för att skapa förtroende med i första hand papporna.

En annan problematisk grupp är kvinnor som vill skilja sig trots att de kommer från kulturer där detta inte är accepterat. Även om kvinnor inte utsätts för fysiskt våld kan de utsättas för svåra psykologiska påfrestningar från omgivningen genom utfrysning. De hamnar ofta ensamma med sina barn i en lägenhet utan kontakter, bekanta eller vänner. Många från deras tidigare umgänge vågar inte ta kontakt, eftersom det är förbjudet att ha kontakt med kvinnor som bryter mot regler.

Respondenterna berättade också om traditioner inom patriarkala familjer när föräldrar och släkt väljer äktenskapspartner åt både flickor och pojkar från hemlandet. De kvinnor som blivit utvalda som fruar och kommer till Sverige hamnar i en svår situation utan socialt stödnätverk. Deras möjligheter att lära sig svenska är små och många får barn relativt snart efter ankomsten vilket ytterligare försvårar deras integrationsmöjligheter och placerar dem i beroendeställning i förhållande till männen och deras familjer. Bristfälliga språkkunskaper medför problem när sedvanlig information om kostrekommendationer, motion, fysisk aktivitet med mera skall ges på MVC eller BVC. Ett annat problem som nämndes i sammanhanget var det svaga intresset för föräldragrupper. Respondenternas förklaring var att det saknas motsvarande traditioner i många andra länder. Resultatet är att det ofta finns gott om lediga platser till grupperna i Nordost medan BVC i centrum har fullbokat och till och med ibland kö till sina föräldragrupper.

Intresset för rökavvänjning är också svagt. Resurser finns för att hjälpa dem som vill sluta röka men få anmäler sig till gruppen och de flesta brukar sluta efter några få tillfällen. Respondenterna påpekade att det fanns många svenskar bland rökande blivande mödrar eftersom statistiken gällde hela befolkningen. Den allmänna uppfattningen var att det behövdes en mer aktiv och genomtänkt kampanj för att informera om rökningens konsekvenser för mödrars och barns hälsa.

Det framfördes olika förslag som enligt respondenterna skulle kunna förbättra omhändertagandet av kvinnor, barn och ungdomar:

1. Ungdomsmottagning – en separat ingång för att ungdomarna inte skall oroa sig för att träffa sina grannar eller familjens bekanta. Hedersrelaterade problem skall tas mer på allvar. Det skall bedrivas mer informationsarbete bland familjer, särskilt riktat mot pappor. Undervisningen om könssjukdomar behöver förbättras.
2. En gynekologisk mottagning på MVC för att läkarna skall kunna hjälpa gravida kvinnor på plats.
3. Inkontinensmottagning då det finns många kvinnor med inkontinensproblem.
4. En mottagning för äldre invandrarkvinnor med klimakteriebesvär.
5. Möjligheter till ultraljudsundersökning på MVC.
6. Osteoporosmottagning för att förebygga benskörhet. I dagsläget finns det en osteoporosmottagning vid Olskrokens vårdcentral men den tar emot endast patienter från sitt upptagningsområde.
7. Det framfördes önskemål om att bygga upp familjecentrum.
8. Det finns ett stort behov av att utöka kvinnojourens verksamhet samt förbättra möjligheter till social samvaro för kvinnor som är isolerade hemma.

Skolbarn

Enligt respondenterna finns ett rad problem hos skolbarn i Nordost. Många familjer i Nordost lever under knappa ekonomiska förhållanden varför det behövs fler kostnadsfria aktiviteter eller aktiviteter till rabatterade priser anpassade till

ekonomiska förhållanden. Överviktiga barn är ofta ovilliga att delta i gemensamma aktiviteter eftersom de känner sig klumpiga och rädda för att bli utskrattade eller retade av jämnåriga. Detta leder i sin tur till tröstätande med fortsatt viktuppgång och dålig tandhälsa som följd. Försök med tandbuss som kommer till skolorna i området för att undersöka barnen och lära ut god tandhygien har gjorts men det behövs mer insatser och information till föräldrarna för att förbättra den dåliga tandhälsan i området.

Ytterligare ett problem med anknytning till den höga förekomsten av övervikt bland barn- och ungdomar angavs vara det stora antalet barn som inte får frukost på morgonen. Barnen stillar istället sin hunger med godis, chokladkakor och läsk som är tillgängliga till låga priser. Under intervjuernas gång diskuterades möjligheten att genomföra ett projekt under ett begränsat antal månader med gratis frukost på en av skolorna i Gunnared. Uppskattade kostnader skulle vara fem kronor per frukost och person och antalet elever skulle uppgå till 350.

Vidare diskuterades möjliga orsaker till dåliga skolbetyg hos barnen i Nordost. Som främsta orsak angavs språksvårigheter bland barn som inte har svenska som sitt modersmål samt otillräcklig hjälp med svenska. Antalet undervisningstimmar i svenska är för få och det behövs bättre samordning av olika undervisningsinsatser för att förbättra barnens språkkunskaper.

Flyktingbarn

Barnen som kommer till Sverige som flyktingar bär ofta på traumatiska erfarenheter. En del har genomgått en lång asylprocess tillsammans med sina familjer för att sedan placeras i invandrantäta områden med hög arbetslöshet,

ohälsa och utbredd fattigdom. Många barn lever med känslan av utanförskap. Det pågår många forskningsstudier kring traumatiska upplevelser hos barn men det krävs mer samarbete för att uppnå en positiv hälsoutveckling trots de svåra erfarenheter som barnen bär med sig. Det behövs mer omfattande stödinsatser i skolan med språkinlärningsprocessen. Samtidigt är det viktigt att stödja föräldrar för att få dem att känna sig delaktiga i barnuppfostran. Det bör skapas närmare kontakter med skolan och föräldrar, i vissa fall med kvalificerad tolkhjälp. Barnen skall inte behöva agera som tolkar åt sina föräldrar vid kontakter med skolan.

Förslag på fortsatt arbete

- Att utvidga analysen med avseende på vilka resurser per gravid kvinna och per barn som behövs för att ge ett adekvat omhändertagande efter behov.
- (Analysera statistiken från MVC och BVC samt resultatet av fokusgruppintervjuer).
- Att undersöka möjligheter till och konsekvenserna av könssegregerade mottagningar.

TANDHÄLSA

Hälso- och sjukvårdsnämnderna ersätter såväl folktandvård som privat tandvård med barntandvårdspeng för barn och ungdomar. Barn och ungdomar får avgiftsfri tandvård tills de fyller 19 år. För att uppskatta omhändertagandet av barn inom tandvården används två mått, nämligen antalet behandlade barn och täckningsgraden. Med täckningsgrad menas antalet barn som kallats till tandvården under ett års tid i förhållande till antalet barn i området. Dessa siffror för olika sjukvårdsnämnder presenteras nedan.

Tabell: Omhändertagandet av barn inom tandvården

Barn- och ungdoms-tandvård	Antal barn 3 – 19 år	Antal behandlade inom Ftv	Antal behandlade inom Ptv	Summa	Täckningsgrad
HSN 5	34 008	19 271	1 820	21 091	62
HSN 11	24 772	13 492	649	14 141	57
HSN 12	27 427	15 543	946	16 489	60
VGR	314 355	191 728	14 132	205 860	65

Källa: Hälsö- och sjukvårdskansliet. 2007

Av uppgifterna i tabellen framgår att täckningsgraden inte skiljer sig markant mellan de olika nämnderna, men att den ligger lägre än i länet i övrigt.

Tabell: Patienter med särskilda behov 2006

Patienter med särskilda behov	Antal behandlade	Kostnad (Tkr)	Kostnad per behandling	Kostnad per invånare
HSN 5	3 317	13 622	4 106	63
HSN 11	1 593	6 166	3 870	48
HSN 12	2 045	8 801	4 304	62
VGR	21 656	81169	3 748	53

Källa: Hälsö- och sjukvårdskansliet. 2007

I tabellen ovan anges såväl antalet patienter som kostnader för verksamheten för respektive nämnd.

I tabellen nedan presenteras tandstatus hos ett urval av olika åldersgrupper.

Tabell: Kariesfrihet, skadade tänder, andel (%)

Nämnd	Kariesfria		Antal skadade tänder		Behandlade 3-19 åringar
	3 åringar	6 åringar	12 åringar	19 åringar	
HSN 5	96	73	0.89	3.19	62
HSN11	91	63	0.92	3.38	57
HSN 12	89	50	1.4	3.85	60
VGR	93	67	0.82	2.76	65

Källa: Tandvårdens datasystem T4.

De flesta 3-åringar är kariesfria, men det bör noteras att HSN 12 har lägst andel kariesfria barn bland 3 och 6-åringar. Inom HSN 12 område har varannan sexårig sökt tandvård på grund av karies. I rapporten från Socialstyrelsen "Tandhälsan hos barn och ungdomar 1985-2005" konstateras att det inte finns någon stor skillnad i tandhälsan mellan flickor och pojkar. Samtidigt har Sverige dock inte uppnått målet på 80 % kariesfria 6 – åringar vilket är WHO:s mål för Europa år 2020.

Sammanfattning av statistiken

- Lägst andel kariesfria 3 och 6- åringar.
- Större kostnader per behandling för patienter med särskilda behov inom tandvården.

Fokusgruppintervjuer

Tandhälsa hos barn

Respondenterna var medvetna om att barn i Nordost har sämre tandhälsa än i de övriga stadsdelarna. Det kan bero på dåliga kostvanor hos gravida kvinnor och barn. Kvinnor

och barn äter mycket godis, choklad och dricker mycket läsk. Barnen premieras med läsk och choklad för läkarbesök. I Nordost finns ett antal lågprisaffärer som säljer chips, läsk m.m. till låga priser. Därför finns det ett stort behov av tandsköterska eller tandhygienist på BVC.

Förslag på fortsatt arbete

- Att undersöka möjligheter till utökad samverkan med tandhälsovården.

VÅRDKONSUMTION

Befolkningens kontakter med hälso- och sjukvården varierar över tiden och mellan olika områden. Individens hälsotillstånd, uppfattningar om och förväntningar på sjukvården samt individens ekonomi avgör i vilken utsträckning ett upplevt hälsoproblem resulterar i en telefonkontakt eller ett besök hos en vårdgivare. Konsumtionen av vård varierar mellan olika socioekonomiska -, ålders-, och sjukdomsgrupper. Vårdkonsumtion påverkas även av vårdutbud, boendeort, tillgänglighet, närheten till vårdgivare, kön och födelseland.

Genomgången av vårdtillfällen i länssjukvården under 2006 sorterade efter diagnos visade att cirkulationssjukdomar, psykiska sjukdomar och beteendestörningar, endokrina sjukdomar samt andningsorganens sjukdomar var de sjukdomar som genererade flest vårdtillfällen i länssjukvården (se bilagor 2,3).

Situationen i primärvården i Nordost presenteras i sammanställningen nedan.

Vårdcentralerna i Nordost

Vårdcentralen Angered

Ålder	Antal listade	Andel av listade	Andel av läkarbesök
0-2 år	807	5 %	-
3-6 år	965	6 %	-
7-44 år	9 292	57 %	45 %
45-64 år	3 766	23 %	32 %
65-79 år	1 120	7 %	12 %
> 79 år	281	2 %	4 %
Summa	16 231		

Vårdcentralen Lärjedalen

Ålder	Antal listade	Andel av listade	Andel av läkarbesök
0-2 år	984	5 %	-
3-6 år	1 271	7 %	-
7-44 år	11 079	59 %	45 %
45-64 år	3 810	20 %	27 %
65-79 år	1 325	7 %	12 %
> 79 år	351	2 %	7 %
Summa	18 730		

Vårdcentralen Lövgärdet

Ålder	Antal listade	Andel av listade	Andel av läkarbesök
0-2 år	434	4 %	-
3-6 år	563	5 %	-
7-44 år	5 944	56 %	43 %
45-64 år	2 659	25 %	33 %
65-79 år	793	7 %	12 %
> 79 år	214	2 %	5 %
Summa	10 607		

Vårdcentralen Spinnaren

Ålder	Antal listade	Andel av listade	Andel av läkarbesök
0-2 år	1 758	4 %	-
3-6 år	1 937	5 %	-
7-44 år	24 473	57 %	41 %
45-64 år	8 954	21 %	28 %
65-79 år	3 947	9 %	16 %
> 79 år	1 903	4 %	11 %
Summa	42 972		

Den största gruppen utgörs av patienter mellan 7 och 44 år som därmed står för merparten av genomförda läkarbesök vid samtliga vårdcentraler. Den åldersjusterade kapitationsersättningen för dessa patienter är betydligt lägre än exempelvis för patienter över 65 år då de sistnämnda förväntas vara sjukare och mer vårdkrävande. De yngre patienterna i Nordost är dock mer vårdkrävande än inom

andra områden medan de äldre patienterna endast står för en liten andel av det totala antalet läkarbesök.

Tabell: Besök under 2006

	VC Angered	VC Lärjedalen	VC Lövgärdet	VC Spinnaren
Läkare	10 688	14 271	7 451	12 008
Sjuksköterska	5 560	6 247	3 510	10 359
Kurator	558	685	298	836
Psykolog	27	529	6	277
Undersköterska	102	82	49	1 255
Annan vårdgivare	648			400
Totalt	17 583	21 814	11 314	25 135

Tabell: Tillgänglighet, andel (%)

	VC Angered	VC Lärjedalen	VC Lövgärdet	VC Spinnaren
Telefon, 1 dag, mars - 07	43	78	81	91
Telefon 1 dag, april - 07	88	97	100	99
Vårdgaranti 7 dgr	58	100	91	88

I mars månad hade VC Spinnaren bättre telefontillgänglighet än de andra vårdcentralerna. I april förbättrades tillgängligheten på samtliga vårdcentraler avsevärt och uppgick till 100 % på VC Lövgärdet. Vårdgarantin uppfylldes till 100 % på VC Lärjedalen medan situationen på VC Angered var sämre än på de andra enheterna, då vårdgarantin endast uppfylldes med 58 %.

Akutbesök hos andra vårdgivare

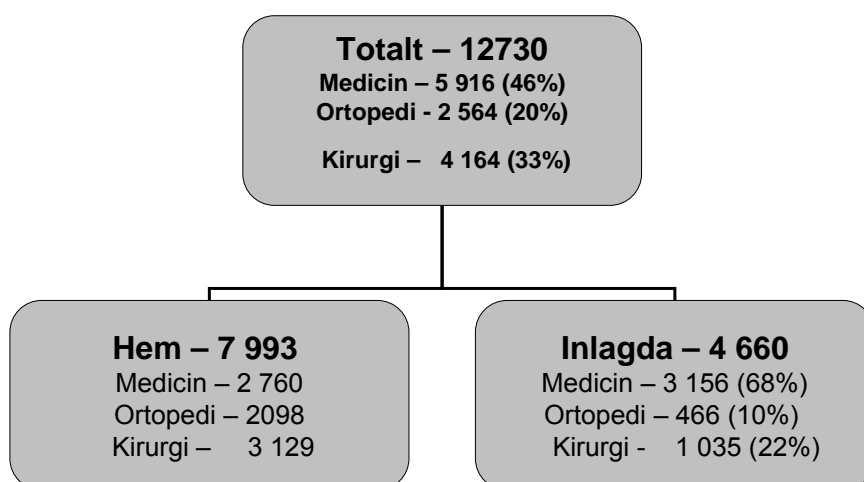
Som framgår av tabellen besöker patienterna Axessakuten, Östra sjukhusets akutmottagning samt akutmottagningen vid Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus i högre utsträckning än andra vårdgivare.

Tabell: Aktubesök från nämnd 12 fördelade mellan Nordost och Härlanda/Örgryte

Vårdgivare	Antal			Procent		
	Nordost	Härlanda/ Örgryte	Summa	Nordost	Härlanda/ Örgryte	Summa
Kungälvssjukhus	233	118	351	66	34	100
SU Barn	7 935	2 903	10 838	73	27	100
SU MS	2 782	1 992	4 774	58	42	100
SU SS	3 467	1 855	5 322	65	35	100
SU ÖS	8 920	4 589	13 509	66	34	100
Axessakuten	18 907	7 660	26 567	71	29	100
Backa Läkarhus	5 459	1 185	6 644	82	18	100
Haga-Almedal	3 698	1 953	5 651	65	35	100

Analys av akutbesök på Östra sjukhusets akutmottagning visar att totalt 12 730 patienter besökte akutmottagningen under år 2005. Det största antalet patienter sökte akutmottagningen på grund av medicinska besvär (46 %), 33 % sökte kirurgisk hjälp och 20 % på grund av ortopediska besvär.

Figur: Fördelning av patienter ÖS akut



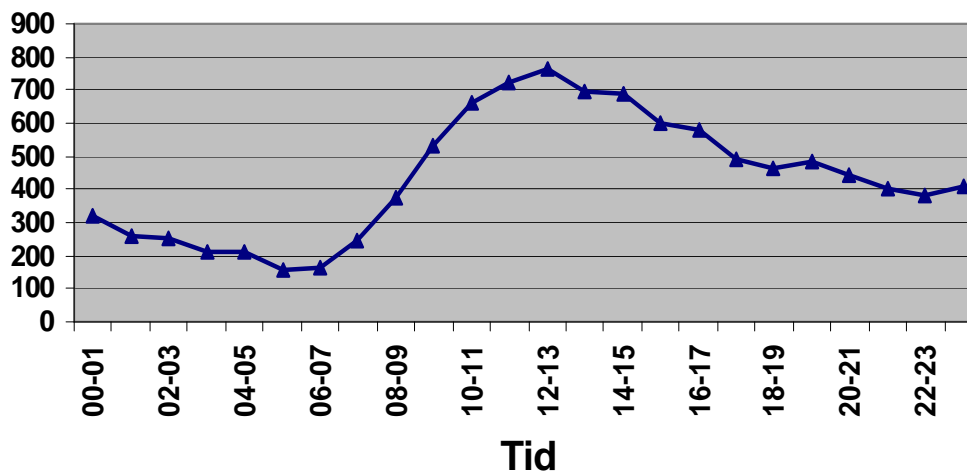
Efter besöket på akutmottagningen skickades 7 993 patienter hem (63 %), av dessa hade 2 760 (35 %) sökt för medicinska besvär, 2098 (26 %) för ortopediska problem och 3 129 (39 %) för kirurgiska besvär. De resterande patienterna - 4 660 (37 %) blev inlagda, varav 3 156 (68 %) på medicin, 1 035 (22 %) på kirurgi och 466 (10 %) på ortopedi.

Medicin - 5 916	
Hem – 2 760 (47 %)	Inlagda – 3 156 (53 %)
Kirurgi – 4 164	
Hem – 3 129 (75 %)	Inlagda – 1 035 (25 %)
Ortopedi – 2 564	
Hem – 2098 (82 %)	Inlagda – 466 (18 %)

Av de patienter som kom till akutmottagningen på grund av ortopediska besvär blev 82 % hemskickade medan motsvarande siffra för kirurgi blev 75 % och 47 % för medicin.

Statistik från den psykiatriska akutmottagningen angående patientflödet med psykiatriska åkommor har ännu inte samlats in och bearbetats. Den här analysen är planerad att genomföras i ett senare skede.

Diagram: Sökmönster akutmottagningen ÖS timme för timme



Som framgår av diagrammet ovan ökar söktrycket på Östra sjukhusets akutmottagning kraftigt mellan klockan 07 och 12 på förmiddagen. I diagrammet syns vidare att trycket successivt minskar framåt klockan 06 nästa morgon. Detta innebär att majoriteten av patienterna kommer till akutmottagningen när vanliga vårdcentraler är öppna. Av dessa patienter skickas 63 % hem igen. Därmed finns skäl att genomföra ytterligare undersökningar för att förstå varför patienter söker sjukhusets akutmottagning istället för att vända sig till primärvården. Den första pilotundersökningen genomfördes på Akutmottagningen SU/Östra under 10 dagars tid i syfte att kartlägga vilka symptom och besöksorsaker som förde patienterna från Nordost till akutmottagningen. Resultatet presenteras nedan.

Resultatet av pilotundersökningen på Akutmottagningen SU/ÖS

Antalet patienter inskrivna i Nordost som uppsökte akutmottagningen under perioden 21/5- 31/5 uppgick till 82. Sju av dessa patienter kom från Lärjedalen, 43 patienter från Kortedala och Bergsjön och 32 patienter kom från Gunnared.

I tabellen nedan presenteras svar på frågan "Varför kommer patienten hit?".

Tabell: "Varför kommer patienten hit?"

Direkt på eget initiativ	51
Kom inte fram till VC per telefon	0
Kom fram till VC men fick ingen tid	0
Hänvisad till SU/ÖS från VC	16
Varit på VC men ej fått hjälp	2
Oklart	4
Annat	9

Som framgår av tabellen kom majoriteten av patienterna (62 %) till akut mottagningen på eget initiativ och endast 20 % av patienterna hade remitterats till akutmottagningen från sin vårdcentral. Tretton patienter kunde inte besvara frågan utan markerade "oklart eller annat" utan kommentar, förmodligen på grund av språksvårigheter.

Tabell: "Har patienten blivit bedömd av läkare på akutmottagningen?"

Ja	60
Nej	8
Oklart	14

Resultatet visade att 60 patienter blev bedömda av läkare på akutmottagningen medan 8 patienter hänvisades direkt till primärvården. Utfallet för 14 patienter var oklart.

Följande tabeller är en sammanställning av besöksorsaker eller symtom som patienterna sökte för på akutmottagningen. Uppgifterna kommer från akutmottagningen Östra.

Tabell: Sökorsak

Allergi	1
Anemi	1
Arytmi	1
Ljumskbråck	1
Bältros	1
Halsfluss	1
Hemorroid, Perianal abcess	1
Intoxikation	2
Misshandel	1
Ryggbesvär	1
Skallskada, revbenskada	4
Sårskada	4
Urinvägsproblem	1
Oklart	6

Tabell: Symptom

Andnöd	7
Bröstmärta	8
Buksmärta	24
Blodig kräkning	1
Flanksmärta	2
Gynekologisk blodning	1
Huvudvärk	1
Yrsel, illamående, nacksmärta	3

24 av totalt 82 (29 %) patienter sökte akutmottagning på grund av buksmärta, 11 patienter (13 %) kom till akutmottagningen på grund av förgiftningar, skallskador, sårskador eller till följd av misshandel. Åtta patienter sökte på grund av bröstsmärta och 7 på grund av andnöd.

Fokusgruppintervjuer

Respondenterna är medvetna om att det största antalet patienter som söker akutmottagningen kommer från Nordost. Det uppges flera orsaker till den rådande situationen. En möjlig orsak är brist på akuttider då det stora antalet multisjuka och sjukskrivna patienter medför

omfattande administration i form av intyg och utlåtanden som tar mycket läkartid i anspråk. Vidare finns det kulturellt betingade förväntningar bland många patienter på att alltid träffa en läkare då sjuksköterskor i deras hemländer har betydligt lägre utbildning och status. Dessa patienter blir missnöjda om de hänvisas till distriktssköterskan för rådgivning och söker sig till sjukhusets akutmottagning. Ytterligare ett skäl kan vara svårigheter med att komma fram per telefon eller få tid samma dag. Återigen kan patienternas erfarenheter från hemlandet spela roll då feber i många länder kan vara tecken på allvarliga sjukdomstillstånd som är svåra att häva varför några dagars exspektans är otänkbart för dessa patienter. Enligt respondenterna saknas både kunskaper om egenvård hos många patienter och kunskaper om olika nivåer i den svenska sjukvården.

Den här bilden stämmer väl överens med akutpersonalens uppfattningar. En stor andel patienter som söker på akutmottagningen skulle kunna få hjälp inom primärvården. Kirurgiska patienter söker oftast på grund av lättare skador och sårskador eller när de behöver röntgenundersökningar. Majoriteten av ortopediska patienter söker för smärtsymptom från rörelseapparaten av icke akut karaktär som till exempel kronisk nack- eller ryggsmärta. Detta förklarar varför nästan 80 % av ortopediska patienter skickas hem efter sitt besök på akutmottagningen. Sjukdomspanoramata bland medicinska patienter är mer varierat men en stor grupp utgörs av diabetiker med otillfredsställande blodsockerkontroll, diabetiska komplikationer i form av infekterade fotsår med mera.

Enligt respondenterna behövs ett fungerande diabetesteam inom primärvården med diabetesläkare, dietister, sjuksköterskor och fotvårdsterapeuter. Respondenterna var

eniga om att primärvården i Nordost behöver förstärkas och förbättras. Möjligheter att bygga upp vårdcentralerna i Nordost på ett annat sätt för att underlätta rekryteringen av läkare och ge bättre vård behöver undersökas och analyseras. En annan stor grupp patienter på akutmottagningen består av patienter som primärt lider av sociala och inte medicinska problem. Dessa omfattar psykiskt sjuka, missbrukare och ensamma äldre, med andra ord patientkategorier som behöver mer omfattande insatser från samhällets sida.

Frågan om läkarbesök med tolk diskuterades också under intervjuerna. Läkarbesök med tolk uppges ta längre tid och vara mer krävande för läkarna på grund av sämre kontakt med patienten. I sammanhanget framfördes önskemål om en kurs som skulle kunna ges på Angered Närsjukhus "Samtalsmetodik med tolk".

Mönstret för barnakutmottagningen var samma som på vuxenakutmottagningen. År 2006 gjordes 49 000 läkarbesök på barnakutmottagningen av vilka 19 000 hade kunnat klaras av inom primärvården. Förklaringen till den här situationen var följande.

Barnmottagningarna inom primärvården har akuta tider för barn under 2 år och tar hand om kroniskt sjuka barn som kräver barnmedicinsk specialistkompetens. Allmänmedicinska mottagningar och jourcentraler tar hand om barn över 2 år utan känd kronisk sjukdom. Den här strukturen förutsätter att vårdcentralerna är fullbemannade och har tillräcklig kapacitet för att ta hand om barn. Detta för att barnfamiljer skall ha förtroende för primärvården och i första hand vända sig dit istället för att söka direkt på sjukhusets akutmottagning. Dessa förutsättningar saknas i

Göteborg och den bristande bemanningen på vårdcentralerna i Nordost innebär ett högt tryck på barnsjukhusets akutmottagning.

För att lösa problemet med långa väntetider på akutmottagningen finns ett förslag på en akutmottagning av primärvårdskaraktär som kan ta emot barn med lättare besvär som ej kunnat få tider inom primärvården. På basis av befintlig sökstatistik bedöms behovet av en sådan mottagning vara störst mellan kl. 10-22. Personalmässigt skulle det behövas två läkare och fyra sjuksköterskor samt en halvtids sekreterartjänst. Den föreslagna modellen är bäst anpassad efter dagens belastning men är flexibel och kan anpassas efter behov. Läkarbemanningen uppdelad på två eller möjligen tre pass under tiden 10 – 22 innebär en minimering av antalet kvällsjourpass per engagerad läkare. Möjligheten till rotationsschema för sjukvårdspersonalen mellan barnsjukhusets akutmottagning och den nya primärvårdsmottagningen kan dessutom öka förståelsen för barnets olika problem och behov av olika nivåer av insatser samt ge ökad kompetens.

Kontakter med infektionskliniken

Enligt uppgifterna från infektionskliniken har de flesta patienter infekterade med HIV eller hepatit B eller C utländsk bakgrund. Dessa patienter är väl omhändertagna av hög-specialiserade team på infektionskliniken. Förekomsten av en del andra infektionssjukdomar som till exempel malaria och TBC beror på besök i hemlandet. För övrigt skiljer sig inte infektionsbilden för personer som har bott i Sverige under många år från infödda svenskar.

Vad gäller medverkan av infektionsläkare på Angereds vårdcentral så framfördes synpunkten att tiden skulle

användas mer effektivt om dessa läkare befann sig på sin ordinarie arbetsplats. Orsaken till detta var att patienter med HIV eller hepatit B/C behöver infektionsklinikens resurser och kompetens vad gäller såväl behandlingen som provtagning och andra åtgärder. Likaså behöver många patienter med akuta infektioner skyndsamt handläggning för att undvika svåra komplikationer. Den här typen av insatser är ej möjliga i primärvården.

Däremot skulle utbildning av distriktsläkare samt distriktssköterskor vara av stort värde. Den rådande bemanningssituationen i Nordost medför dock svårigheter med såväl tid som engagemang för vidareutbildning. Därför framfördes önskemål om ett mer effektivt samarbete kring utbildning i infektionssjukdomar mellan infektionskliniken och primärvården.

Förslag på fortsatt arbete

- Att undersöka befolkningens kunskaper och föreställningar om sjukvården och olika vårdnivåer för att förbättra interaktionen mellan befolkningen och sjukvården och därigenom åstadkomma mer effektivt resursutnyttjande.

HEMSJUKVÅRD, HEMTJÄNST OCH ÄLDREOMSORG

Statistik

Nedan presenteras statistiska uppgifter om befolkningens mängd, åldersfördelning efter 65 år samt utnyttjande av hemtjänsten, hemsjukvården och antalet vårdtagare i äldreboenden.

Tabell: Befolkning, statistik och prognos (Pr 2006)

SDN	Total befolkn. 2006	Total befolkn. 2010	Total befolkn. 2015	65-79 år 2006	65-79 år 2010	65-79 år 2015	80 år och äldre 2006	80 år och äldre 2010	80 år och äldre 2015
Bergsjön	14 933	14 709	14 948	1 183	1 109	1 160	350	367	347
Gunnared	22 016	22 597	23 024	1 687	1 947	2 357	408	482	514
Kortedala	27 372	27 596	30 200	2 910	2 704	2 910	1 492	1 434	1 237
Lärjedalen	24 421	25 523	26 947	1 678	1 930	2 165	469	499	530
Härlanda	20 218	20 789	21 535	1 708	1 733	2 070	1 697	1 425	1 122
Örgryte	33 586	34 160	34 433	2 870	3 079	3 599	2 374	2 040	1 657
Askim	22 557	23 698	26 027	2 420	2 882	3 408	860	884	902
Göteborg	489 797	506 248	528 032	47 468	51 437	58 550	24 621	23 083	20 891

Tabell: Procentuella förändringar av åldersgrupper enligt prognos 2006, andel (%)

SDN	65-79 år 2006	65-79 år 2010	65-79 år 2015	80 år och äldre 2006	80 år och äldre 2010	80 år och äldre 2015
Bergsjön	8	8	8	2	3	2
Gunnared	8	9	10	2	2	2
Kortedala	11	10	10	5	5	4
Lärjedalen	7	8	8	2	2	2
Härlanda	8	8	10	8	7	5
Örgryte	9	9	11	7	6	5
Askim	11	12	13	4	4	4
Göteborg	10	10	11	5	5	4

Enligt statistiken från Göteborgs kommun varierar andelen av befolkningen mellan 65-79 år mellan stadsdelarna. Färre personer i åldersgruppen 65-79 år bor i Gunnared, Lärjedalen, Bergsjön och Härlanda medan flest äldre invånare bor i Askim. I Göteborg som helhet utgör äldre invånare 10 % av den totala befolkningen. Antalet personer som är 80 år eller äldre är störst i Härlanda och minst i Gunnared, Lärjedalen och Bergsjön.

Befolkningsstrukturen skiljer sig mellan de olika stadsdelarna i Göteborg inte bara med avseende på åldersfördelningen utan också med avseende på invånarnas bakgrund, tidigare upplevelser, kulturella skillnader samt deras anknytning och nätverk inom sin stadsdel. I Nordost finns en större andel utomnordiska invandrare som kommit till Sverige som flyktingar.

Hushållsstrukturen ser olika ut inom olika stadsdelar. Äldre som lever ensamma är mer sårbara och kan ha större behov av äldreomsorgens stöd än personer som lever i hushållsgemenskap. Äldreomsorgen innehåller många olika typer av insatser. I tabellen nedan presenteras de vanligaste respektive de mest omfattande insatserna.

Personer med hemtjänst, äldreboende och kortidsvistelse (snitt 2006)

Kortidsvistelse som biståndsform används för personer som får hjälp i hemmet av anhörig eller hemtjänsten. Dessa vårdtagare kan ha regelbunden eller tillfällig tillgång på korttidsplats. Kortidsvistelse kan också användas i utrednings- och bedömningssammanhang eller i väntan på permanent plats på äldreboende.

Tabell: Personer med hemtjänst, äldreboende och korttidsvistelse

Stadsdel	Hemtjänst	Befolkning i äldreboende	Årsplatser korttidsvistelse
Bergsjön	140	87	9
Gunnared	193	120	13
Kortedala	508	249	47
Lärjedalen	129	131	9
Härlanda	498	291	34
Örgryte	762	434	24
Askim	203	116	24
Göteborg	7 788	4 553	558

Källa: stadsdelsnämndernas årsrapporter och Ledningsstatistiken 7

Det finns stora skillnader mellan stadsdelarna. Antalet personer med hemtjänst, i äldreboende samt antalet årsplatser för korttidsvistelse är minst i Gunnared, Lärjedalen och Bergsjön.

I tabellen nedan presenteras antal och andel i äldreboende fördelad mellan olika åldersgrupper. Beräknat endast på personer över 65 år.

Tabell: Antal och andel i äldreboende beräknat för olika åldersgrupper (2006-12-31)

SDN	65-74	75-79	80-84	85-89	90-	65-
Bergsjön						
Antal i äbo	20	16	17	20	14	87
Andel av befolkningen	2,3 %	5,0 %	8,3 %	20,8 %	28,6 %	
Gunnared						
Antal i äbo	28	21	30	26	15	120
Andel av befolkningen	2,2 %	5,0 %	13,0 %	19,7 %	33,3%	
Kortedala						
Antal i äbo	26	33	64	73	53	249
Andel av befolkningen	1,4 %	3,3 %	7,8 %	15,2%	27,5 %	
Lärjedalen						
Antal i äbo	18	18	32	30	33	131
Andel av befolkningen	1,4 %	4,7 %	12,2%	21,1%	50,8 %	

I vissa fall står anhöriga för en del av äldreomsorgen. Hemvårdsbidrag kan utgå till personer som har omfattande behov av insatser och som väljer att ta hjälp av anhöriga i stället för av äldreomsorgens organisation. Fram till den 1 september 2005 fanns möjligheten att byta hemsjukvårdsbidrag till anhöriganställning. Denna möjlighet finns inte längre. I tabellen nedan presenteras andelen med hemsjukvårdsbidrag i förhållande till hela äldrebefolkningen över 65 år.

Tabell: Andel personer med hemsjukvårdsbidrag i relation till befolkningen 65 år och äldre (2006), andel (%)

Stadsdel	Andel personer
Bergsjön	4,1
Gunnared	1,7
Kortedala	1,2
Lärjedalen	4,4
Härlanda	1,2
Örgryte	1
Askim	1,1
Göteborg	1,5

Källa: Stadsdelsnämndernas årsrapporter

Som framgår av tabellen varierar andelen personer med hemsjukvårdsbidrag från en procent i Örgryte till 4,4 % i Lärjedalen. Snittet för Göteborg ligger på 1,5 %.

Tabell: Antalet inskrivna personer i hemsjukvården redovisas för Nordost månadsviss (2007)

	Nordost	
	Totalt antal inskrivna/ journalförda den 25-e	Totalt antal hembesök
Jan	589	5 308
Feb	601	5 243
Mar	621	5 186
Apr	632	5 913
Maj	630	5 741
Jun	616	6 137
Jul	644	5 766
Aug	647	5 746
Sep	595	5 769
Snitt aug	622,5	5 630

Antalet personer i Nordost som är inskrivna i hemsjukvården är i genomsnitt 623 per månad och hemsjukvårdspersonal gör 5 630 besök i snitt per månad. Resultatet baseras på beräkningar för åtta månader under år 2007.

Fokusgruppintervjuer

Under de senaste åren har "kvarboendeprincipen" tillämpats i allt större utsträckning. Social service och omsorg samt hälso- och sjukvård i det egna hemmet spänner över ett brett verksamhetsområde och kräver därför mer utbildad personal och planering av hjälpinsatserna. Den snabba utvecklingen av modern medicinsk utrustning samt moderna behandlingsmetoder har skapat större möjligheter till palliativ vård i hemmet. Denna utveckling ställer dock också högre krav på personalens kunskaper och förmåga att hantera den svåra situationen för patienter och deras anhöriga. Representanter för hemsjukvården uttryckte önskemål om bättre utbildning och handledning inom palliativ vård.

Vidare beskrevs arbetet inom hemsjukvården som självständigt men med begränsade möjligheter till

erfarenhetsutbyte. Därför efterfrågades utbildningsdagar för personalen med föreläsningar om senaste nytt inom palliativ vård samt diskussioner kring aktuella patientfall och etiska frågor. Vidare diskuterades huruvida personalen kunde få tillfälle att få arbeta vid lämpliga sjukhuskliniker. Det framfördes också förslag på ett palliativt team som skulle verka över stadsdelarnas gränser, detta för att samla och fördela resurser på ett mer effektivt sätt.

Personalbrist inom hemtjänsten medför ibland bristande kunskaper i omvårdnad hos personalen som tillfälligt arbetar inom hemtjänsten. Det finns ett behov av en skräddarsydd utbildning för den här personalkategorin för att förbättra kvalitet och underlätta samarbetet med hemsjukvården.

Ett annat problem som diskuterades under intervjuerna var inläggning av palliativa patienter för sjukhusvård i samband med akuta komplikationer. Tillgång på några akutplatser vid närsjukhuset nämndes som en möjlig lösning.

Förutom patienter som vårdas hemma i livets slutskede finns en annan stor grupp av patienter som behöver hemsjukvård, nämligen diabetespatienter. För deras omhändertagande krävs specialistutbildade diabetessköterskor inom hemsjukvården eftersom primärvårdens resurser är otillräckliga. Ytterligare en stor resurskrävande grupp är KOL patienter. Den svåraste frågan för den här gruppen är rökavvänjning. Respondenterna berättade att patienterna med KOL trots sin sviktande hälsa och dagligt behov av syrgas var dåligt motiverade att sluta röka och att det krävdes andra arbetssätt för att få bättre resultat.

Vad gäller äldreomsorgen så har utvecklingen sedan Ädelreformens införande medfört allt färre platser på

sjukhusavdelningar och allt kortare vårdtider. Följaktligen har också kraven på den kommunala äldre- och handikappsomsorgen också ökat då särskilda boenden tagit över vårdkrävande patienter som tidigare hade vårdats vid medicinska och geriatriska avdelningar. Enligt respondenterna finns det brist på utbildad personal även inom äldreomsorgen, i synnerhet vad gäller vård av patienter med demens eller efter stroke.

De kortare vårdtiderna har även ökat trycket på korttidsboenden som behöver anpassas till dagens behov. Brist på korttidsplatser försvårar situationen för patienter som behöver längre rehabilitering efter sjukhusvistelsen.

Ett annat stort problem som togs upp var vård av psykiskt sjuka patienter, särskilt patienter med dubbel diagnos d.v.s. missbruk och psykisk sjukdom. Enligt respondenterna missgynnas ofta den här gruppen inom den somatiska vården. Psykiskt sjuka patienterna har svårt att klara av de långa väntetiderna på akutmottagningarna vilket gör att de ofta inte kommer under vård inom rimlig tid. Psykiatriska kliniken vid Östra sjukhuset har långa väntetider på akutmottagningen och få platser på sina avdelningar. Därför är det angeläget med en lätt tillgänglig vårdenhet där patienterna skulle kunna få en snabb bedömning för sina psykiatriska och somatiska problem.

En fråga som också var aktuell inom äldreomsorgen gällde en stor grupp av äldre personer med utländsk bakgrund som vårdades hemma av sina anhöriga. Enligt respondenterna var det önskvärt att samla mer kunskaper om kulturella skillnader i omvårdnad och andra frågor för att ge personalen bättre utbildning och därigenom undvika kulturkrockar och missförstånd. Ett annat förslag var att

organisera några studiebesök på kommunala äldreboenden för att anhöriga skulle få en bild av hur äldrevården fungerar i Sverige och kanske våga lämna sina äldre sjuka anhöriga på dagvården eller andra typer av avlastningsplatser.

Förslag på fortsatt arbete

- att analysera möjligheter till utbildningsdagar gällande palliativ vård.
- att analysera möjligheter till vidareutbildningar i omvårdnad.
- att samla och analysera befintlig statistik vad gäller vårdinsatser för psykiatriska patienter.
- att undersöka möjligheter till samverkan avseende korttidsvård och palliativ vård.

FORTSATT ARBETE MED BEHOVSANALYSEN

Beskrivningar av befolkningens demografiska utveckling, levnadsförhållanden, levnadsvanor, hälsa- och vårdkonsumtion, kvinnors och barns sociala förhållanden och hälsa samt äldreomsorgen kommer att samlas och analyseras kontinuerligt. Arbetet med behovsanalyser kommer att utvecklas och fördjupas. För att få en så komplett bild av etableringen av Angered's Närsjukhus samt identifiera områden som behöver prioriteras har en uppföljningsmodell för behovsanalysen utarbetats. Modellen är flexibel och kan användas årligen med vissa anpassningar till externa förändringar.

Modellen har samma struktur som för behovsanalysen i maj – juni 2007. De viktigaste komponenterna utgörs av såväl relevanta statistiska uppgifter som fokusgruppintervjuer.

Statistik

Relevant statistik kommer att hämtas från Statistiska Centralbyrån, Folkhälsoinstitutet, Stadens årsbok, Socialstyrelsen, Folkhälsoenkäten, Vårdbarometern, Skolverket, Hälso- och sjukvårdskansliet i Göteborg, Primärvårdskansliet, andra rapporter, undersökningar, enkäter och artiklar.

Nytt: En statistisk databas med uppgifter om närsjukhusets upptagningsområden kan byggas upp och ligga till grund för utveckling av metoder, rutiner, kvalitetskriterier samt produktionsmått för den vård och det hälsofrämjande arbete som ANS bedriver bland personer bosatta i Nordost.

Fokusgruppintervjuer

Det skall utarbetas en plan för regelbundna möten med olika fokusgrupper.

Nytt: Nya fokusgruppintervjuer kommer att genomföras vid behov. Fokusgruppintervjuerna kan kompletteras med referensgrupper för olika verksamhetsområden.

Uppföljningen av behovsanalysen är planerad att ske på årsbasis och sammanställas i rapportform.

Sammanfattning - förslag på fortsatt utredning:

- Att fortlöpande kartlägga befolkningens sjukdomspanorama med avseende på vilka sjukdomstillstånd som är vanligast bland befolkningen.
- Att öka kunskapen om sambandet mellan hälsa och socioekonomiska faktorer.
- Att genomföra ytterligare fokusgruppintervjuer för att få en heltäckande bild av befintliga problem och möjligheter för samarbete mellan vården och andra intressenter.
- Att årligen undersöka vilka områden som behöver högst prioritet för att möta befolkningens behov.
- Att göra en kunskapsöversikt över effekten av primära och sekundära preventiva interventioner i mångkulturella storstadsmiljöer.
- Att kartlägga och analysera befintlig information samt tidigare informationsinsatser för att utarbeta strategi för en

mer effektivt informationsspridning bland befolkningen, i skolan och SFi.

- Att utvidga analysen med avseende på vilka resurser per gravid kvinna och per barn som behövs för att ge ett adekvat omhändertagande efter behov.
- Att undersöka möjligheter till och konsekvenserna av könssegregerade mottagningar.
- Att undersöka möjligheter till utökad samverkan med tandhälsovården.
- Att undersöka befolkningens kunskaper och föreställningar om sjukvården och olika vårdnivåer för att förbättra interaktionen mellan befolkningen och sjukvården och därigenom åstadkomma mer effektivt resursutnyttjande.

SLUTSATSER

Det sammantagna resultatet visar på ett tydligt mönster, där befolkningens förutsättningar skapar ett riskbeteende som leder till ökad sjuklighet och dödlighet. Nordöstra Göteborg befinner sig i en utvecklingsfas där stora insatser görs och samordnas för att få till stånd en positiv samhällsutveckling.

Hälso- och sjukvården bör i första hand inrikta sina insatser på att främja hälsa och behandla sjukdomar. För att skapa likvärdiga förutsättningar för hälsa hos befolkningen i nordöstra Göteborg som i övriga regionen krävs uppenbart särskilda satsningar. Det är viktigt att understryka behovet av att knyta samman det förebyggande och det behandlande arbetet, så att rätt avvägningar ständigt kan göras mellan dessa olika led i vårdkedjan. Det är också viktigt att understryka att närsjukhuset är en av många aktörer på sjukvårdsområdet. Primärvården, den kommunala hälso- och sjukvården samt universitetssjukhuset, andra sjukhus och privata vårdgivare är sammantaget en större aktör än vad närsjukhuset någonsin kan bli. Utöver dessa finns en mängd viktiga andra aktörer. Närsjukvård handlar ytterst om att skapa fungerande, lokala system för hälso- och sjukvård. En viktig uppgift för ANS är att synliggöra detta system, identifiera vårdprocesser och vårdkedjor och eventuella luckor i dessa samt i samverkan med alla aktörer ständigt förbättra hälso- och sjukvården i nordöstra Göteborg.

Behovsområden

Genomgången ovan pekar på behovet av att arbeta med följande områden:

- Hjärt/kärlsjukdomar och diabetes.
- Andningsorganens sjukdomar.

- Psykisk ohälsa/neuropsykiatri.
- Kvinnosjukvård.
- Barnsjukvård.
- Smärta/rörelseorganens sjukdomar.
- Palliativ vård.
- Särskilda insatser för vård av personer med flyktingbakgrund.

Tidsplan

ANS skall byggas upp successivt. För att lyckas med att bygga ett framgångsrikt sjukhus är det viktigt att de första stegen blir framgångsrika både i befolkningens och hälso- och sjukvårdens ögon. Detta kommer att vara avgörande för det som är den kanske största utmaningen för verksamheten, rekryteringen av medarbetare, framförallt läkare. Tidsplaneringen bör därför vara grundad på behovsanalysen, men därutöver på genomförbarhet och framgångsfaktorer. För att lyckas med uppdraget är det inte heller möjligt att initiera för många områden samtidigt, en prioritering är nödvändig. Med hänsyn tagen till samtliga dessa parametrar föreslår vi därför följande grova inriktning:

Fas 1 -

- Bygg upp behandling av och förebyggande av hjärta/kärl sjukdomar samt diabetes i form av en samlad mottagning.
- Utöka barnmedicinsk mottagning.
- Skapa ett neuropsykiatriskt utredningsteam.
- Förbättra insatserna för personer med flyktingbakgrund, särskilt barn.
- Ta över uppdraget att hälso- undersöka asylsökande.
- Bygg upp smärtteam med särskild inriktning arbetslivsrehabilitering.

Fas 2 -

- Bygg upp behandling av och förebygg KOL.
- Utveckla beroendearbetet.
- Bygga upp lokal kvinnosjukvård.
- Utveckla insatser för att förebygga och behandla psykisk ohälsa.

Fas 3 -

- Utveckla arbetet med rörelseorganens sjukdomar.
- Korttidsvård för äldre i samverkan med stadsdelarna.
- Utveckla palliativ vård i samverkan med stadsdelarna.

Fas 4 –

- Utveckla operationsverksamhet.
- Utveckla röntgen och labbverksamhet.

Uppföljning

För att kunna följa effekterna av beslutade insatser vill vi utveckla en modell som bygger på att vi för varje prioriterat område utvecklar:

- Resultatmål.
- Processmål.
- Mätbara mål.

Samverkan

Närsjukvård handlar i mycket hög grad om att skapa ett lokalt system för hälso- och sjukvård. Samverkan mellan närsjukhuset, primärvården, den kommunala hälso- och sjukvården samt universitetssjukhuset är därför en annan av nycklarna till framgång.

BILAGA 1

Primärvårdens ersättningssystem

Primärvården i Göteborg använder sig av ett ersättningssystem bestående av en fast och en rörlig komponent som beräknas enligt följande principer.

- Fasta ersättningar
- Ålderstrappan
- Ersättningen som kapitation för fast läkarkontakt, områdesansvar och del av ersättningen för medicinsk service beräknas med följande ålderstrappa som grund.

Ålder	Poäng
0-2 år	1,2 p
3-6 år	1,1
7-44 år	1,0
45-64 år	1,5
65-79 år	2,4
80- år	2,9

Kapitation

Invånarna bosatta i ett givet område och aktivt listade hos vårdgivaren ersätts med 282 kr/p. Invånare aktivt listade hos andra vårdgivare genererar ingen kapitationsersättning. Till den sammanlagda kapitationsersättningen kommer även delersättning för medicinsk service på 41 kr/p vilket ger ett totalbelopp på 323 kr/p.

Områdesansvar

Ersättningen för områdesansvar är 33 kr/poäng.

Ersättningen räknas på alla boende, inklusive dem som är

aktivt listade hos andra vårdgivare, dock ej individer mellan 0 – 6 år. Ersättningen utgår endast till vårdgivaren med områdesansvar.

Socioekonomiskt grundad ersättning

Socioekonomiskt tillägg utgår med 33 kr per person med kort utbildning eller socialbidragstagare. Personer födda utomlands ersätts med 48 kr per person. Ersättningen utgår endast till vårdgivaren med områdesansvar.

Rörlig ersättning

Den rörliga ersättningen framgår av tabellen nedan. I den rörliga ersättningen ingår i förekommande fall patientavgifter. Vårdgivaren debiterar och behåller patientavgifter enligt de regler som fastställs av VGR. Vid fakturering/utbetalning görs avdrag för debiterade patientavgifter.

Läkarbesök

Typ av kontakt	Kr	Inkl. ersättning med med.serv. (kr)
Telefon, brev, mail	82	
Recept	108	
Normalbesök	324	401
Hembesök	489	566
Särskilda åtgärder (1)	541	618
Särskilda åtgärder (2)	649	726
Särskilda åtgärder (3)	757	834
Besök av olistad, utanför Gbg	Enl.nat.taxa	
Vård- el. rehabplanmöte	489	

Med särskilda åtgärder 1 avses:

- 24 – timmars blodtrycksregistrering
- Dynamisk spirometri utan/med bronkodilatation
- Omfattande allergologisk utredning med prick-/epikutantest, avser första besöket
- Excision av tre eller fler hudtumörer med hudsutur

- Radikaloperation av nageltrång med resektion av nagelroten

Med särskild åtgärd 2 avses:

- Inhalationsbehandling av akut astma/KOL

Med särskilda åtgärder 3 avses:

- Venös insufficiens, duplex bilat
- Datoriserat medicinskt arbetsprov. Åtgärden får tillämpas högst två gånger per år och patient.

Vårdgivaren betalar själv för medicinsk service. För att balansera denna kostnad erhåller vårdgivaren dels en kapitationsersättning på 41 kr/poäng, dels 77 kr för varje läkarbesök med undantag för telefon, brev, mail, recept, vård- och rehabplaneringsmöten. Nämnden ersätter också vårdgivaren för tolkkostnader.

Sjuk- och distriktssköterskebesök	Telefon, brev, mail	82 kr
	Normalbesök	179 kr
	Hembesök	237 kr
Specialmottagningar	Besök på specialmottagning	227

Ersättningen för läkarbesök betalas inte för mer än 3500 besök per läkare och år. Summan beräknas per vårdcentral. I tabellerna nedan presenteras antalet listade patienter, åldersgrupper, antalet läkarbesök och andra statistiska uppgifter för primärvården i Nordost.

Antalet listade – både aktivt och passivt listade inkluderade, oavsett bostadsadress

Andelen listade – åldersgruppens andel av alla listade på vårdcentralen

Andel av läkarbesök – åldersgruppens andel av det totala antalet läkarbesök under 2006 (läkarbesök 0 – 7 år redovisas ej på grund av annorlunda åldersindelning)

Bilaga 2.

Stadsdelarna Bergsjön, Gunnared, Kortedala, Lärjedalen

Tabell: Antal vårdtillfällen efter diagnoskapitel 2006
Länssjukvård

	Antal vårdtillfällen				Procent			
	Samtliga diagnoser		Huvuddiagnos		Samtliga diagnoser		Huvuddiagnos	
	Totalt	Varav SU	Totalt	Varav SU	Totalt	Varav SU	Totalt	Varav SU
Vissa sjukdomar och parasit-sjukdomar	702	687	374	364	3,2	3,3	3,2	3,2
Tumörer	1 128	1 109	801	789	5,2	5,3	6,8	7,0
Sjukdomar i blod och blod-bindande organ	411	402	145	143	1,9	1,9	1,2	1,3
Endokrina sjukdomar,	1 655	1 616	185	180	7,6	7,7	1,6	1,6
Psykiska sjukdomar och syndrom samt bete-ende-störningar	1 895	1 701	1 312	1 135	8,7	8,1	11,1	10,1
Sjukdomar i nervsystemet	611	596	298	291	2,8	2,8	2,5	2,6
Sjukdomar i ögat och närliggande organ	84	82	42	40	0,4	0,4	0,4	0,4
Sjukdomar i örat och mastoidutskottet	107	105	62	61	0,5	0,5	0,5	0,5
Cirkulationsorganens sjukdomar	3 490	3 415	1 469	1 437	16,0	16,3	12,5	12,8
Andningsorganens sjukdomar	1 626	1 558	1 008	953	7,5	7,4	8,5	8,5
Matsmältning	1 249	1 198	913	868	5,7	5,7	7,7	7,7

sorganens sjukdomar								
Hudens och underhudens sjukdomar	171	154	85	70	0,8	0,7	0,7	0,6
Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven	882	807	399	330	4,1	3,8	3,4	2,9
Sjukdomar i urin- och könsorganen	959	930	529	509	4,4	4,4	4,5	4,5
Graviditet, förlossning	1 615	1 600	1 611	1 596	7,4	7,6	13,7	14,2
Vissa perinatala tillstånd	122	117	116	111	0,6	0,6	1,0	1,0
Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser	138	135	44	43	0,6	0,6	0,4	0,4
Symptom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd	1 541	1 501	1 156	1 128	7,1	7,2	9,8	10,0
Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker	1 108	1 063	979	936	5,1	5,1	8,3	8,3
Yttre orsaker till sjukdom och död	1 142	1 096			5,2	5,2	0,0	0,0
Faktorer av betydelse för hälsotillstånd och för kontakter med hälso- och sjukvården	1 099	1 072	260	251	5,1	5,1	2,2	2,2
Summa	21762	20 971	11794	11 241	100,0	100,0	100,0	100,0

Bilaga 3

Stadsdelarna Bergsjön, Gunnared, Kortedala, Lärjedalen

Tabell: Antal läkarbesök efter diagnoskapitel 2006
Länssjukvård och primärvård

	Antal läkarbesök							
	Varav				Varav			
	Samtliga diagnoser	SU	Off PV	Övr	Huvud-diagnos	SU	Off PV	Övriga
Vissa sjukdomar och parasit-sjukdomar	6 604	3 229	2 810	495	5 568	2 702	2 390	476
Tumörer	5 240	4 175	800	265	4 239	3 398	605	236
Sjukdomar i blod och blod-bindande organ	1 167	590	549	28	790	445	325	20
Endokrina sjukdomar,	7 720	3 259	4 171	290	4 530	1 726	2 579	225
Psykiska sjukdomar och syndrom samt bete-endestörningar	13 812	5 770	7 555	487	12 019	5 510	6 063	446
Sjukdomar i nervsystemet	2 930	1 376	1 344	210	2 114	1 060	883	171
Sjukdomar i ögat och närliggande organ	5 771	3 667	1 173	921	4 905	3 281	785	839
Sjukdomar i örat och mastoid-utskottet	5 702	2 056	2 979	667	4 907	1 862	2 412	633
Cirkulationsorganens sjukdomar	10 551	3 496	6 404	651	7 365	2 388	4 446	531

Andningsorganens sjukdomar	15 841	3 477	10 398	1966	14 120	3 009	9 261	1 850
Matsmältningens organens sjukdomar	6 249	2 962	2 738	549	5 176	2 641	2 038	497
Hudens och underhudens sjukdomar	8 047	3 074	4 10	868	6 855	2 781	3 288	786
Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven	16 911	4 860	10 405	1646	14 320	4 365	8 478	1 477
Sjukdomar i urin- och könsorganen	6 179	3 288	2 307	584	5 351	2 909	1 905	537
Graviditet, förlossning	2 004	1 934	29	41	1 948	1 886	26	36
Vissa perinatala tillstånd	138	112	22	4	67	48	17	2
Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavv.	1 200	1 030	145	25	885	754	109	22
Symptom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd	12 188	4 652	6 457	1079	10 374	4 233	5 247	894
Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker	8 203	5 808	1 706	689	7 487	5 387	1 467	633
Yttre orsaker till sjukdom och död	6 141	5 892		242	2			2

Faktorer av betydelse för hälso-tillstånd och för kontakter med hälso- och sjukvården	17 924	8 964	7 818	1142	14 256	7 300	5 954	1 002
Summa	162 656	73794	75917	12945	129 151	57706	60047	11398