



Behovsanalys för Angeredes Närsjukhus

- ur ett befolkningsperspektiv

3:e upplagan, 2010

Angeredes Närsjukhus

FÖRORD

Angereds Närsjukhus startade som projekt inom Västra Götalandsregionen under 2007, och övergick 2008 till att bli förvaltning. Under 2007 genomfördes det första behovsanalysen för invånarna i Nordöstra Göteborg. Behovsanalysen är en statistisk sammanställning utan slutsatser vilket innebär att den kan användas av alla verksamma i Nordost. Detta är den tredje i ordningen. Upplagorna skiljer sig åt innehållsmässigt. Den första upplagan innehåller mycket demografisk statistik och analyser kring vårdbehov. De senare två olika fokusområden och utgör komplement till den första upplagan.

Behovsanalyserna är statistiska sammanställningar av Angereds Närsjukhus upptagningsområde. Dessa underlag ligger till grund för uppbyggnaden av Angereds Närsjukhus och verksamheternas utformning. För att säkerställa att analyserna svarar upp mot vårt behov har innehåll och utformning i årets upplaga diskuterats med både sjukhusets politiska styrelse och i Angereds Närsjukhus ledningsgrupp.

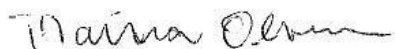
Fokus i årets upplaga är gynekologi, psykisk ohälsa och konsekvenser och resultat av införandet av VG Primärvård. Kartläggningarna i analysen görs utifrån ett befolkningsperspektiv och innehåller förutom analyser om hälso- och sjukvårdsbehov även kompletterande socioekonomiska och demografiska data.

Under 2010 gjordes även en särskild sammanställning för barn- och ungas hälsa i Nordost genom barnhälsoindex som sammanstälts av professor Lennart Köhler vid Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. Behovsanalysen och barnhälsoindex utgör värdefulla underlag i arbetet med den fortsatta utvecklingen av Angereds Närsjukhus.

Data och uppgifter i analysen har samlats in och sammanstälts av Olga Panfilova från Kommunforskning i Väst (KFi) tillsammans med Angereds Närsjukhus.

Det geografiska område som behandlas är Angereds Närsjukhus upptagningsområde, området Nordost. Nordost består av stadsdelarna Angered och Östra Göteborg. Nordost var fram till årsskiftet 2010/2011 uppdelat i fyra stadsdelar (Bergsjön, Gunnared, Kortedala och Lärjedalen). Med anledning av detta presenteras statistiken i behovsanalysen uppdelat på de fyra stadsdelarna Bergsjön, Gunnared, Kortedala och Lärjedalen. Bergsjön och Kortedala utgör numera stadsdelen Östra Göteborg, medan Lärjedalen och Gunnared sammanslagits till stadsdelen Angered. En mindre del av statistiken redovisas per församling i Göteborg.

Angered januari 2011



Marina Olsson, Sjukhusdirektör

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	6
BAKGRUNDSFAKTA	7
<i>Demografi</i>	7
<i>Socioekonomi</i>	9
<i>Ohälsotal</i>	12
<i>Medievanor</i>	13
GYNEKOLOGI	14
<i>Livmoderhalscancer</i>	14
<i>Bröstcancer</i>	17
PSYKISK OHÄLSA	21
<i>Vuxenpsykiatri</i>	21
<i>Själv mord</i>	26
<i>Barn- och ungdomspsykiatri</i>	29
VG PRIMÄRVÅRD	37
<i>Sökmönster på akuten</i>	39
<i>Remisstatistik</i>	41
MÅNGSÖKARE PÅ AKUTMOTTAGNINGAR	44
REFERENSER	45

SAMMANFATTNING

- Upp till 50 procent av befolkningen i Nordost är födda utomlands och majoriteten av dessa kommer från länder utanför Norden.
- De största språken i Nordost är, förutom svenska, arabiska, Serbiska/kroatiska/bosniska (SKB), persiska, kurdiska, somaliska och finska. Det talas fler än 40 språk i Nordost.
- Fattighedsindex och barnfattighedsindex är högre i Nordost i jämförelse med länet och riket.
- Ohälsotalen bland befolkningen i Nordost är höga vid jämförelse med länet och riket.
- Internetpenetration och morgontidningsläsande är lägre i Nordost än i övriga Göteborg och riket.
- Täckningsgraden för cellprovstaging och mammografiscreening är avsevärt lägre i Nordost jämfört med övriga Göteborg och riket.
- Utlandsfödda kvinnor har en förhöjd risk att drabbas av livmoderhalscancer jämfört med svenskfödda kvinnor.
- Bröstcancer är vanligast bland högutbildade kvinnor men kvinnor med lägre socioekonomisk status löper högre risk att dö i bröstcancer än kvinnor ur högre socioekonomiska grupper.
- Behandling av patienter med psykisk ohälsa från Nordost försvåras av låg social position, arbetslöshet, ekonomisk utsatthet, utanförskap, avsaknad av nätverk, stress och nedsatt välbefinnande.
- Den offentliga primärvården i Nordost tappade patienter i anslutning till införandet av VG Primärvård.

BAKGRUNDSFAKTA

I den inledande delen av behovsanalysen beskrivs de bakgrundsfakta som är relevanta att känna till inför den vidare läsningen i behovsanalysen. I årets upplaga har vi kompletterat tidigare framtagna data.

Demografi

Nedan följer statistik över befolkningsmängd. Till detta har vi även tagit fram statistik över invånarnas födelseland. Denna har sedan legat till grund för statistik över vilka språk som talas i området. Detta underlag kommer bland annat att användas för i syfte att ta fram riktlinjer kring översättningar. Årets upplaga innehåller även statistik kring medievanor och bilinnehav. Dessa uppgifter är av värde i utformningen av det sjukhuset kommunikationsinsatser samt för utformningen av nya sjukhuset. I området Nordost bor det cirka 95 000 människor. Tabell 1 visar att könsfördelningen i de fyra stadsdelarna är jämn och motsvarar fördelningen i såväl länet som riket.

Tabell 1. Folkmängd, Nordost, 2008

Stadsdel	Kvinnor	Män
Bergsjön	7 399	8 017
Gunnared	11 110	11 490
Kortedala	13 999	13 721
Lärjedalen	12 368	12 369
Nordost	44 876	45 597
Länet	781 653	776 477
Riket	4 652 637	4 603 710

Källa: SCB, Befolkningsstatistik

Av tabell 2 framgår att Kortedala är den stadsdel som har lägst andel utrikesfödda, medan cirka hälften av befolkningen i Gunnared, Bergsjön och Lärjedalen är födda utomlands. I dessa tre stadsdelar uppgår andelen födda utanför Europa till cirka 25 procent. Motsvarande siffra för Kortedala är 13 procent. Det har inte skett några stora förändringar jämfört med 2006 och 2007 gällande fördelningen av invånare efter födelseland.

Tabell 2. Andel invånare efter födelseland/område, 2008, andel (%)

Födelseland	Kortedala	Bergsjön	Gunnared	Lärjedalen	Länet	Riket
Sverige	70	44	50	55	86	86
Övriga Skandinavien*	3	3	5	3	3	3
Övriga Europa**	13	20	17	13	5	5
Övriga världen	14	33	27	29	6	6

*Norge, Danmark och Island

** Inkl. Turkiet samt forna Sovjetunionen och dess satellitstater

Källa: SCB, Befolkningsstatistik

Ytterligare nedbruten data över antal invånare per födelse land i Nordost ser vi i tabell 3. Tabellen redovisar de länder invånarna i Nordost är födda i.

Tabell 3. Andel invånare per födelse land och ålder, Nordost, 2009

Födelse land	0-24 år	25-44 år	45-64 år	65-w	Totalt
Sverige	24923	11318	8536	6197	50974
Irak	2153	3237	1484	263	7137
Bosnien/Hercegovina	493	1288	1015	403	3199
Jugoslavien	360	857	1236	508	2961
Somalia	961	1402	322	99	2784
Iran	321	1077	1131	231	2760
Finland	35	229	1375	719	2358
Polen	375	782	613	168	1938
Libanon	134	682	385	41	1242
Rumänien	232	427	212	61	932
Vietnam	115	433	306	49	903
Turkiet	82	395	238	70	785
Syrien	92	356	227	49	724
Etiopien	120	386	197	12	715
Chile	64	284	271	70	689

Källa: SCB, Stadskansliet Samhällsanalys & Statistik, Göteborg Stad

Det talas många språk i Nordost, efter analys av Göteborg stads data kan det konstateras att det talas över 40 språk i Nordost. I tabell 4 presenteras de mest talade språken bland befolkningen i Nordost. Dessa språk är identifierade utifrån vilka språk som talas i de olika länderna. De största språken, förutom svenska, är arabiska, serbiska/kroatiska/bosniska (SKB), persiska och somaliska. Därtill kommer kurdiska, både syd- och nordkurdiska. Exakt antal som talar kurdiska har dock inte kunnat utläsas i statistiken eftersom kurderna är födda i flera olika länder. Kurdiska betraktas därför som ett av de större språken i Nordost.

Tabell 4. De tio största språken exklusive kurdiska, Nordost, 2009

Språk	Totalt
Svenska	50974
Arabiska	9882
SKB	7401
Persiska	3203
Somaliska	2784
Finska	2358
Polska	1938
Engelska	1839
Spanska	1571
Tigrinja	1001
Romani	932
Vietnamesiska	903
Turkiska	785

Källa: SCB, Stadskansliet Samhällsanalys & Statistik, Göteborg Stad

Socioekonomi

Nedan följer kompletterad data vad gäller socioekonomi i området. Skillnaderna i ekonomiska uppväxtvillkor för barn i Nordost är stora jämfört med länet och riket. En högre andel barnfamiljer, såväl ensamstående som övriga barnfamiljer lever under betydligt sämre ekonomiska villkor i Nordost jämfört med länet och riket. Den största andelen familjer med låga inkomster (69 procent ensamstående föräldrar respektive 52 procent barnfamiljer) finns i Bergsjön medan motsvarande siffra för både länet och riket är cirka 35 respektive 10 procent. Påtagliga skillnader mellan Nordost och riket respektive länet finns också bland pensionärsfamiljer (med undantag för Kortedala) samt familjer som försörjer sig på förtidspension eller sjukbidrag.

Tabell 5. Familjer med låga inkomster 2007, andel (%)

	Kortedala	Bergsjön	Gunnared	Lärjedalen	Länet	Riket
Ensamstående utan barn	15	28	22	28	13	14
Ensamstående med barn	35	69	58	4	35	34
Övriga familjer med barn	10	52	35	37	10	10
Pensionärsfamiljer	9	15	15	16	9	9
Familjer med förtidspension/sjukbidrag	12	26	19	23	12	11

Källa: SCB inkomst- och taxeringsregistret

Det finns en påtaglig skillnad i inkomster mellan de tre stadsdelarna Bergsjön, Gunnared och Lärjedalen jämfört med länet och riket. Andelen kvinnor med höga inkomster i Nordost varierar mellan 2 till 5 procent medan den motsvarande siffran för länet och riket ligger mellan 10 respektive 11 procent. Andelen män med höga inkomster varierar mellan 7 till 16 procent medan andelen manliga höginkomsttagare i länet och riket är 28 procent. Däremot är andelen kvinnor med låga inkomster i Bergsjön, Gunnared och Lärjedalen dubbelt så stor jämfört med länet och riket. Den största andelen (56 procent) finns i Bergsjön jämfört med 22 i länet och riket.

Tabell 6. Andel hög/låginkomsttagare per kön, 2007, andel (%)

Stadsdelar	Höga inkomster		Låga inkomster	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Kortedala	5	18	33	27
Bergsjön	2	7	56	44
Gunnared	4	13	41	31
Lärjedalen	5	16	44	34
Länet	10	28	22	17
Riket	11	28	22	18

Källa: SCB, inkomst- och taxeringsregistret

En jämförelse mellan de fyra stadsdelarna och stadsdelen Askim i Göteborg visar på en markant skillnad i andel invånare som saknar kontantmarginal* eller har svårt att klara löpande utgifter för till exempel mat, hyra och räkningar vid upprepade tillfällen.

Tabell 7. Andel som saknar kontantmarginal* 16-84 år, 2005-2008, andel (%)

Stadsdelen	Procent
Bergsjön	56
Gunnared	53
Lärjedalen	43
Kortedala	31
Askim	10

Källa: Nationella folkhälsoenkäten - Hälsa på lika villkor 2008

* Kontantmarginal avser individens möjlighet att på en vecka kunna skaffa fram 14 000 kronor

Tabell 8. Andel som har haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar med mera vid flera tillfällen 16-84 år, 2007, andel (%)

Stadsdelen	Procent
Bergsjön	22
Gunnared	18
Lärjedalen	15
Kortedala	14
Askim	4

Källa: Nationella folkhälsoenkäten - Hälsa på lika villkor 2008

Det finns också fler fattiga barn i Bergsjön, Gunnared och i Lärjedalen jämfört med Kortedala. I Kortedala är dock barnfattigdomen dubbelt så stor jämfört med länet. Tabell 9 visar också andel barn med utländsk bakgrund och barn med utländsk bakgrund i ekonomiskt utsatta hushåll.

Tabell 9. Barnfattigdomsindex 2007

	Bergsjön	Gunnared	Lärjedalen	Kortedala	Länet
Antal barn 0-17 år	3 800	5 594	7 359	4 564	32 494
Barn (%) med utländsk bakgrund	89	81	76	49	25
Andel (%) barn med utländsk bakgrund i ekonomiskt utsatta hushåll	54	39	49	31	29
Andel (%) barn m svensk bakgrund i ekonomiskt utsatta hushåll	37	20	9	9	5
Andel (%) barn totalt i ekonomiskt utsatta hushåll	52	36	39	20	11

Källa: SCB, Inkomst- och taxeringsregistret

Bilnehav hos familjer i Nordost redovisas i tabell 10. Observera att statistiken endast gäller familjer, ensamståendes bilnehav presenteras inte.

Tabell 10. Familjer* med bil per stadsdelsnämnd 2008-12-31

	Utan bil	Med en bil	Med två eller flera bilar
Gunnared	7 090	3 418	734
Lärjedalen	6 389	3 220	1 273
Kortedala	11 595	4 986	845
Bergsjön	6 055	1 783	350
"Nordost"	31 129	13 407	3 202

* Anm. Familjebegreppet innebär att gifta eller sammanboende med gemensamt barn räknas som en familj. Sambos utan gemensamma barn räknas som ensamstående.

Ohälsotal

Nedan återfinns kompletterad statistik vad avser befolkningens ohälsotal. Kvinnor har generellt sett högre ohälsotal än män, se tabell 11. Högst ohälsotal i Nordost finns bland kvinnor bosatta i Gunnared och Bergsjön med 59 respektive 60 sjukdagar per år. Ohälsotalen bland kvinnor i Lärjedalen och Kortedala är också höga vid jämförelse med länet och riket. Bland männen är ohälsotalen också avsevärt högre i Nordost jämfört med länet och riket.

Tabell 11. Ohälsotal, 16-64 år, 2008

Stadsdel	Samtliga	Män	Kvinnor
Bergsjön	54,5	50	59
Gunnared	53	46	60
Kortedala	47,5	43	52
Lärjedalen	40,5	41	52
Länet	40,5	33	48
Riket	39	31	47

Källa: SCB Ohälsotalet är summan av antalet dagar med sjuk- och aktivitetsersättning divideras med antalet invånare i åldrarna 16-64 år.

En jämförelse mellan förekomsten av riskfaktorer i de fyra stadsdelarna i Nordost och en stadsdel som Askim visar högre tal i Nordost gällande övervikt eller fetma, stress, nedsatt psykiskt välbefinnande, daglig rökning, fysisk inaktivitet och svår värk i rörelseorganen. Däremot finns inga stora skillnader gällande riskabla alkoholvanor och daglig snusning. I Bergsjön är det färre personer som använder snus dagligen. På motsvarande sätt uppges färre invånare i Lärjedalen ha riskabla alkoholvanor jämfört med de andra stadsdelarna.

Tabell 12. Jämförelse mellan riskfaktorer per stadsdel, 2005-2008, andel (%)

Riskfaktorer	Bergsjön	Gunnared	Kortedala	Lärjedalen	Askim
Övervikt eller fetma	53	53	43	50	38
Stress	28	19	19	24	11
Nedsatt psykiskt välbefinnande	30	28	22	28	14
Daglig rökning	29	27	16	21	9
Dagligt snus	8	10	11	11	10
Fysisk inaktivitet	36	30	19	28	10
Riskabla alkoholvanor	12	12	15	11	13
Svår värk i rörelseorganen	27	25	21	27	10

Källa: Nationella folkhälsoenkäten - Hälsa på lika villkor 2008

Medievanor

Statistik över internetpenetration och tillgång till Internet har tidigare inte funnits för området. I årets upplaga presenteras data från Poseidons bobarometer avseende Internetanvändningen lokal nivå. Poseidons bobarometer innehåller endast data över de områden där de har bostadshus. Därför jämförs Angered, Hammarkullen och Kortedala med Linnéstaden. På riksnivå görs årligen undersökningar av World Internet Institute. Tillgången till Internet är lägre i Angered, Hammarkullen och Kortedala jämfört med Linnéstaden och riket. Lägst ligger Hammarkullen med en internetpenetration på 69 procent.

Tabell 13. Internetpenetration Nordost, andel (%)

	Internetanvändning
Angered	73
Hammarkullen	69
Kortedala	70
Linnéstaden	88
Riket	83

Källa: Poseidons bobarometer 2009, World Internet Institute 2009

Även dagstidningspenetrationen är lägre i Nordost än i övriga Göteborg. 44 procent av invånarna i Nordost läser morgontidning 6-7 dagar per vecka jämfört med 57 procent av övriga Göteborgs befolkning. Siffran för de som läser morgontidning 4-5 dagar per vecka ligger på 67 procent i Nordost jämfört med 75 procent i övriga Göteborg. Observera att även gratistidningen Metro omfattas av undersökningen.

Tabell 14. Dagstidningspenetration i Nordost och Göteborg, andel (%)

	Nordost	Göteborg
Läser morgontidning 6-7 dagar/vecka	44	57
Läser morgontidning 4-5 dagar/vecka	67	75

Källa: Väst-SOM 2009

GYNEKOLOGI

Under 2010 startade Angereds Närsjukhus Gynekologimottagning. Inför 2011 har Angereds Närsjukhus fått ett utökat folkhälsouppdrag inom området kvinnohälsa. Utöver de förebyggande arbetet med att minska sexuellt överförbara sjukdomar och aborter i området kommer Angereds Närsjukhus att under 2011 även verka för att deltagandet i screening för cervixcancer och mammografi ökar. Som ett led i detta arbete innehåller årets upplaga statistik för dessa områden.

Livmoderhalscancer

En ny studie från Karolinska Institutet visar att utlandsfödda kvinnor har en förhöjd risk att drabbas av livmoderhalscancer jämfört med svenskfödda kvinnor. I studien ingick mer än 750 000 kvinnor bosatta i Sverige och med ursprung i olika delar av världen. Under den studerade perioden (1968-2004) inträffade 1991 fall av livmoderhalscancer bland kvinnorna som ingick i studien. Det är 10 procent fler fall jämfört med svenskfödda kvinnor. Samtidigt hade de kvinnor som invandrat till Sverige en lägre förekomst av livmoderhalscancer än kvinnor i sina respektive ursprungsländer.

Studien visade också på stora variationer mellan olika födelseländer. Kvinnor från Östafrika hade en fem gånger lägre risk att drabbas av livmoderhalscancer jämfört med svenskfödda kvinnor. Samtidigt var risken att drabbas för kvinnor från södra Asien halverad. Däremot var risken kraftigt förhöjd bland kvinnor från Norge och Danmark 70 respektive 80 procent. Störst risk hade kvinnorna från Centralamerika där risken var 150 procent jämfört med svenskfödda kvinnor.

Forskarna kunde också konstatera att risken för livmoderhalscancer ökade ju äldre kvinnorna var när de kom till Sverige, men att risken därefter minskade med tiden. Sannolikt behövs fler studier på området, men resultaten hittills visar att det finns underlag för att effektivisera det förebyggande arbetet, till exempel med riktade screeningprogram för utlandsfödda kvinnor.

I synnerhet gäller detta kvinnor över 50 år och under de första 10 åren som de vistas i Sverige. Ökat deltagande i screeningprogram anses vara den viktigaste åtgärden för att minska insjuknande och dödsfall i livmoderhalscancer.

Täckningsgrad är det mest relevanta måttet på vilket skydd som kvinnor i ett område har av cellprovstagning. Täckningsgraden skall vara högst i åldrarna 27-54 år eftersom screeningen börjar först vid 23 år och glesas ut efter 50 års ålder.

Täckningsgraden är beräknad utifrån antalet kvinnor skrivna i Västra Götalandsregionen per den 31 december 2009. Täckningsgraden innefattar all provtagning, oavsett om provet är taget inom organiserad screening eller i annat sammanhang. Täckningsgraden redovisas per församling. Församlingsindelningen har dock genomgått en del förändringar från 1 januari 2010 vilket har påverkat datauttagen. Därför presenteras 2009 års data.

Täckningsgraden har i alla delar av Västra Götalandsregionen ökat varje år under 2004-2008 för att mellan 2008-2009 avstanna. I en nationell jämförelse ligger Västra Götalandsregionen väsentligt högre än övriga storstadsregioner och jämförelse mellan Göteborg och Stockholm är tydligt till Göteborgs fördel.

I tabell 15 presenteras täckningsgraden för Göteborgs församlingar för år 2009. Bergsjöns församling har med en täckningsgrad på 58 procent lägst täckningsgrad i Göteborgsområdet. Angereds och Gunnareds församling ligger även de på en låg täckningsgrad, 64 respektive 63 procent.

Tabell 15. Församling och täckningsgrad, kvinnor i åldrarna 25-49 år, 2009, andel (%)

Församling	Täckningsgrad i procent	Församling	Täckningsgrad i procent
Askim	88	Backa	79
Älvsborg	87	Sankt Pauli	79
Torslanda	86	Björkekärr	79
Näset	84	Masthugget	78
Säve	83	Lundby	78
Nylöse	82	Högsbo	78
Haga	82	Tynnered	78
Domkyrko-församlingen	81	Bergum	78
Härlanda	81	Johanneberg	74
Annedal	81	Kortedala	73
Oskar Fredrik	81	Västra Frölunda	73
Karl Johan	81	Angered	64
Styrsö	81	Gunnared	63
Vasa	80	Bergsjön	58
Örgryte	79		

Källa: Onkologiskt Centrum Västra Götalandsregionen

Hörsamhet efter kallelse är det direkta måttet på hur stor andel av kvinnorna som får en inbjudan som tar ett prov. Det går dock inte att dra några slutsatser gällande statistiken som insamlats på grund av att tidigare års data inte är jämförbara. Ett försök gjordes att räkna hörsamhet som andelen kvinnor som får ett prov taget inom tre månader. Svårigheter var att hela området har haft årliga omkallelser vilket gör statistiken svårtolkad. Ytterligare ett problem är att en del kvinnor har lämnat prov i andra delar av länet. Förhoppningen är att i framtiden kunna redovisa data på hörsamhet efter kallelse.

Ytterligare ett mått som är relevant att analysera är tid till svar. Alltså det totala antalet kalenderdagar från registrering av provet till att svar skickas från laboratoriet. Det görs ingen skillnad för screeningsprover och prover tagna utanför ramen för organiserad screening. Om provet är normalt går svaret direkt till kvinnan. Om svaret däremot avviker från det normala skickas svar och följebrev som regel tillsammans med en kallelse från en gynekologimottagning. Laboratorierna svarar i 75 procent av fallen inom två veckor. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer skall prov besvaras inom fyra veckor. Denna målsättning uppfylls av Västra Götalandsregionen.

Statistiken gällande förekomsten av livmoderhalscancer hos kvinnor bosatta i Nordost presenteras i tabell 16 nedan. Statistiken presenteras församlingsvis.

Tabell 16. Antal kvinnor med livmodershalscancer, 2005-2009

Församling	Åldersgrupp											
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	70-74	75-79	80-84	85-	Totalt
Angered	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	3
Bergsjön	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	4
Bergum	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Björkekärr	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Gunnared	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	3
Härlanda	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	4
Kortedala	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	7
Nylöse	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	5
Örgryte	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
Totalt	3	2	2	1	2	5	5	3	2	4	1	30

Källa: Onkologiskt Centrum Västra Götalandsregionen

I tabell 17 nedan ser vi samma statistik standardiserad per ålder och uppdelad per år.

Tabell 17. Antal kvinnor med livmoderhalscancer 2005-2009

Åldersstandardiserade tal.

Församling	2005	2006	2007	2008	2009
Angered	0	22.4	0	0	10.7
Bergsjön	18.1	0	0	19.3	31.7
Bergum	0	0	0	0	56.9
Björkekärr	0	36.5	0	0	0
Gunnared	16.1	26.4	0	0	0
Härlanda	0	22.8	11.6	0	0
Kortedala	0	40.5	27.9	0	20.3
Nylöse	0	0	14.9	23.9	37.1
Örgryte	20.5	0	0	0	0

Antal /100 000 (medelbefolkning 15 + år).

Källa: Onkologiskt Centrum Västra Götalandsregionen

Bröstcancer

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen bland kvinnor. Varje år insjuknar cirka 7 000 kvinnor och sjukdomen står för cirka 30 procent av det totala insjuknandet i cancer bland kvinnor i alla åldrar. Medelåldern för insjuknandet är 62 år, men en insjuknandetopp finns vid 50 år. bröstcancer är vanligast bland högutbildade kvinnor. Förklaringen till detta kan vara att högutbildade kvinnor som regel blir förstagångsföräldrar vid senare ålder än kvinnor med lägre utbildning. (Lagerlund. M., m.fl. 2005)

Trots att förekomsten av bröstcancer är vanligare bland högutbildade kvinnor jämfört med lågutbildade är förhållandet när det gäller dödlighet i bröstcancer det omvända. År 2005 publicerades en studie som redovisade överlevnaden hos bröstcancerpatienter från hela Sverige fem år efter första diagnos. Kvinnor med lägre socioekonomisk status löpte 37 procent högre risk att dö i sin bröstcancer än kvinnor ur högre socioekonomiska grupper. Skillnaderna var som störst hos de kvinnor som fått sin diagnos före 50 års ålder (Lagerlund. M., m.fl. 2005)

En annan studie gick ett steg längre och fokuserade på cancerpatienter tio år efter diagnos, se tabell 18 nedan. Studien visade att socioekonomiska skillnader i överlevnad i bröstcancer bestod ännu tio år efter första cancerdiagnos. Kvinnor i hushåll som tillhörde en högre socioekonomisk grupp löpte 19 procent lägre risk att dö tio år efter diagnos jämfört med lägre socioekonomiska grupper. Socioekonomiska skillnader i överlevnad kort efter diagnos kan förmodligen härledas till socioekonomiska skillnader i befolkningen. Men skillnader som består efter fem år torde peka på faktiska skillnader i behandlingen av tumörer. (Halmin. M. m.fl. 2008).

Tabell 18. Överlevnad i bröstcancer 10 år efter diagnos, andel (%)

Överlevnad i bröstcancer 10 år efter diagnos	
Andel kvinnor i olika behandlingsgrupper som fortfarande lever tio år efter diagnos	
Social status	Överlevnad
Arbetare, okvalificerad	66
Lägre tjänstemän	71,2
Högre tjänstemän	77,1
Lågutbildad	62,1
Mellanutbildad	64,9
Högutbildad	72,7
Hushållsinkomst, grupp 1 (lägst)	34,9
Hushållsinkomst, grupp 2	55,5
Hushållsinkomst, grupp 3	68,6
Hushållsinkomst, grupp 4 (högst)	76,3

Källa: Halmin. M. m.fl.2008

Desto tidigare sjukdomen diagnostiseras, desto bättre är prognosen. Ungefär hälften av alla fall av bröstcancer upptäcks i samband med en mammografiundersökning. Mammografi beräknas minska risken att dö i bröstcancer med åtminstone 30 procent, eftersom cancer då kan upptäckas och behandlas på ett tidigare stadium.

Screening med mammografi har tillämpats i Sverige sedan 1980-talet. Flera studier pekar på att screeningen inte har samma räckvidd i alla befolkningsgrupper. I en studie från Stockholmsregionen upptäcktes att högutbildade och höginkomsttagare som diagnostiserades med bröstcancer första gången led av mindre framskriden cancer och därmed hade bättre chanser till överlevnad. Detta tyder på att det antingen finns en ojämlikhet i medvetenheten om sjukdomen hos olika socialgrupper eller att tillgången till tidig diagnostisering är ojämlik. Den sistnämnda hypotesen hämtar stöd av att färre från socialt utsatta grupper nås av bröstcancerscreening. (Rutqvist. L.E., m.fl. 2006).

I en studie som genomfördes i Malmö har det visat sig att kvinnor som antingen är arbetslösa, har låg inkomst eller är födda utomlands är förknippade med ett lägre deltagande i mammografi (Blom.J., m.fl. 2008). Andra grupper som i hög grad uteblir från mammografi är ensamstående och barnlösa kvinnor. (Lagerlund. M., 2002). Orsaken varför dessa personer oftare uteblir från screening än andra är inte klarlagd. Kostnaden för mammografiundersökningar uppgår idag till 100 kronor och uppföljande besök kostar 300 kronor. Möjligen kan det kännas som en större ekonomisk tröskel för låginkomsttagare eller personer i yrken med begränsat självbestämmande att delta i screeningsprogram, delvis eftersom de måste be om ledighet från arbetet med eventuella ekonomiska konsekvenser (Blom., m.fl. 2008).

Vidare erbjuder människors boendemiljö flera faktorer som påverkar deltagande i screening. Faktorer som "migration" och materiellt välstånd i bostadsområdet har visat sig också påverka medverkan i ett mammografiprogram. För att uppnå en så stor uppslutning som möjligt kring screeningsprogram räcker det inte att rikta in sig på de grupper som oftare än andra uteblir från screening. En screening som dessutom inriktar sig på hela bostadsområden som utmärks av lågt socialt deltagande, det vill säga där de boende deltar i få eller inga sociala aktiviteter, och begränsad materiell standard kan ha en större chans att höja deltagandet. (Zackrisson. S., m.fl. 2007).

Kvinnor som bor i Nordost kallas för mammografiundersökning till Avesinas mottagning som ligger på Salviagatan i Gårdsten. Hälso- och sjukvårdskansliet har gjort en sammanställning av antalet kallade respektive undersökta kvinnor under perioden januari-juli 2010.

Tabell 19. Täckningsgrad för mammografiundersökning i Nordost, januari-juli 2010

Antalet kallade	7 104
Antalet undersökta	3 888
Täckningsgraden	55 %
Svar inom 10 arbetsdagar	95 %

Källa: Hälso- och sjukvårdskansliet

Som framgår av tabell 19 uppgick täckningsgraden för kvinnor bosatta i Nordost endast till 55 procent. I tabell 20 och 21 presenteras incidensen i bröstcancer under 2005-2009.

Tabell 20. Antal kvinnor med bröstcancer, 2005-2009

Församling	Åldersgrupp													Total
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-	
Angered	0	3	1	1	7	6	7	2	3	2	5	2	7	46
Bergsjön	0	1	1	2	2	8	5	7	3	2	2	3	3	39
Bergum	0	0	0	2	2	1	1	0	1	1	2	0	0	10
Björkekärr	0	0	1	5	0	2	2	5	1	3	4	10	9	42
Gunnared	2	0	2	1	8	7	7	8	10	6	4	2	2	59
Härlanda	1	2	4	6	9	7	9	4	10	1	3	9	6	71
Kortedala	0	1	0	2	2	4	5	1	12	8	8	3	2	48
Nylöse	0	0	1	6	2	3	6	6	2	3	2	0	4	35
Örgryte	1	0	1	6	7	6	6	5	9	12	8	3	20	84
Total	4	7	11	31	39	44	48	38	51	38	38	32	53	434

Källa: Onkologiskt Centrum Västra Götalandsregionen

Tabell 21. Antal kvinnor med bröstcancer 2005-2009
Åldersstandardiserade tal.

Församling	2005	2006	2007	2008	2009
Angered	213.3	84.9	131.5	154.3	85.9
Bergsjön	218.5	22.4	180.9	209.8	118.0
Bergum	83.7	424.7	0	97.5	82.8
Björkekärr	195.0	51.2	144.2	249.7	134.5
Gunnared	104.5	138.5	177.5	179.0	65.2
Härlanda	211.4	216.7	123.2	269.5	101.7
Kortedala	112.4	107.7	161.2	139.6	86.4
Nylöse	107.5	120.1	174.9	130.6	119.6
Örgryte	132.4	192.1	188.3	231.5	180.4

Antal kvinnor med bröstcancer/100 000 (medelfolk 15 + år).

Källa: Onkologiskt Centrum Västra Götalandsregionen

Sammanfattning Gynekologi

Det kan konstateras att täckningsgraden för såväl cellprovstagning som mammografi ligger på en låg nivå för kvinnor boende i Nordost. Enligt EU:s rekommendationer bör täckningsgraden vara 85 procent för att screeningen skall vara effektiv och för att kvinnor skall uppnå ett bra skydd mot cancer, såväl livmoderhalscancer som bröstcancer. Sverige hade år 2009 en täckningsgrad på 79,5 procent för cellprovstagning, men det fanns regionala och lokala skillnader. Socialdepartementet och Sveriges kommuner och landsting (SKL) har kartlagt faktorer som kan påverka kvinnornas deltagande i screeningprogram. I sammanhanget nämns utformning av kallelsen, provtagningens tillgänglighet, kunskap om screeningens värde, kulturella och religiösa traditioner och aspekter, kostnad för provtagning samt möjligheter till bokning och ombokning. Dessa faktorer kan ha betydelse för kvinnors deltagande i screeningprogram på lokal nivå.

PSYKISK OHÄLSA

Psykisk ohälsa berör flera olika tillstånd och flera sjukdomsgrupper. I detta kapitel presenteras data över allmänpsykiatrisk vård, alkoholvård, narkomanvård, självmord och antal vårdtillfällen. Statistiken är uppdelad och presenteras för vuxna och barn för sig. I kapitlet presenteras också resultatet av genomförda intervjuer med företrädare för psykiatrivården.

Statistiken kring vårdbehoven inom psykiatri i olika målgrupper är relevanta för Angeredes Närsjukhus. Dels i den pågående översyn kring vilken framtida vuxenpsykiatrisk vård som ska finnas i Nordost, men också eftersom Angeredes Närsjukhus erbjuder psykiatri till barn- och unga. På vuxensidan har Angeredes Närsjukhus fram till 2010 års utgång erbjudit viss öppenvård psykiatri genom samarbete med Capio. I nedan uppställning ingår inte Barn- och ungdomsspecialistcentrum vid Angeredes Närsjukhus. Här erbjuds psykiatri i kombination med barnmedicin.

I följande avsnitt presenteras statistik med utgångspunkt i antal vårdbesök, oavsett om besöken varit nybesök eller återbesök. Statistiken är framtagen för att ge en bild av hur vårdkonsumtionen sett ut i Nordost som upptagningsområde, det vill säga inte att jämföra detta mellan olika stadsdelar. Eftersom skillnad inte gjorts mellan de olika av besök är det inte heller möjligt att bryta ner statistiken per invånare.

Vuxenpsykiatri

I de tre tabellerna nedan presenteras statistik över den allmänpsykiatriska vården i Nordost över åren 2007, 2008 och 2009. De vanligaste diagnoserna för samtliga stadsdelar är olika former av schizofreni, depression, fobi, akutstressreaktion och posttraumatiskt stressyndrom.

Tabell 22. Allmänpsykiatrisk vård, vuxna i Nordost, 2007, (antal läkarbesök)

Diagnos	Gunnared	Lärjedalen	Kortedala	Bergsjön	Nordost
Skadligt bruk av alkohol	49	31	70	33	183
Psykiska störningar orsakade av droger	51	28	54	15	148
Schizofreni	241	249	266	190	946
Bipolär sjukdom	27	33	110	38	208
Depression	342	244	344	191	1 121
Fobier	204	185	227	132	748
Akutstress-reaktion, posttraumatiskt stressyndrom	232	202	194	167	795
Personlighets-störning	22	23	65	38	148
Utvecklingsstörning	44	41	32	58	175
Totalt	1 212	1 036	1 366	862	4 476

Källa: Hälso- och sjukvårdskansliet

Tabell 23. Allmänpsykiatrisk vård, vuxna i Nordost, 2008 (antal läkarbesök)

Diagnos	Gunnared	Lärjedalen	Kortedala	Bergsjön	Nordost
Skadligt bruk av alkohol	46	45	101	42	234
Psykiska störningar orsakade av droger	66	43	70	37	216
Schizofreni	293	325	274	190	1 082
Bipolär sjukdom	65	131	158	22	376
Depression	419	349	409	275	1 452
Fobier	242	189	275	188	894
Akutstresreaktion, posttraumatiskt stressyndrom	214	215	214	174	817
Personlighets-störning	48	41	162	74	325
Utvecklingsstörning	52	29	-	-	81
Totalt	1445	1 367	1 663	1 002	5 477

I tomma fält saknas tillförlitliga data.

Källa: Hälso- och sjukvårdskansliet

Av tabell 23 framgår att antalet besök har ökat med 1001 jämfört med år 2007.

Tabell 24. Allmänpsykiatrisk vård, vuxna i Nordost, 2009 (antal läkarbesök)

Diagnos	Gunnared	Lärjedalen	Kortedala	Bergsjön	Nordost
Skadligt bruk av alkohol	71	51	94	72	288
Psykiska störningar orsakade av droger	64	60	68	34	226
Schizofreni	253	217	350	195	1 015
Bipolär sjukdom	102	94	193	81	470
Depression	392	254	410	222	1 278
Fobier	279	232	352	175	1 038
Akutstresreaktion, posttraumatiskt stressyndrom	212	206	193	145	756
Personlighets-störning	61	38	111	59	269
Utvecklingsstörning	-	18	12	-	30
Totalt	1 434	1 170	1 783	983	5 370

I tomma fält saknas tillförlitliga data.

Källa: Hälso- och sjukvårdskansliet

Det totala antalet besök har år 2009 minskat med 107 läkarbesök jämfört med året innan.

Även i alkoholvården har andelen läkarbesök minskat, se tabellerna nedan. Enligt statistiken har dock antalet besök till andra personalkategorier ökat. Trenden för psykologbesök avviker med en halvering av antalet besök under 2009 jämfört med 2008.

Tabell 25. Alkoholvård 2007

	Kurator	Läkare	Psykolog	Arbetsterapeut
Gunnared	3	159	0	4
Lärjedalen	3	142	3	2
Kortedala	1	337	25	6
Bergsjön	0	163	0	1
Nordost	7	801	28	13

Källa: Hälso- och sjukvårdskansliet

Tabell 26. Alkoholvård 2008

	Kurator	Läkare	Psykolog	Arbetsterapeut
Gunnared	25	142	2	10
Lärjedalen	35	143	46	22
Kortedala	69	302	372	104
Bergsjön	52	152	56	1
Nordost	181	739	476	137

Källa: Hälso- och sjukvårdskansliet

Tabell 27. Alkoholvård 2009

	Kurator	Läkare	Psykolog	Arbetsterapeut
Gunnared	25	160	30	11
Lärjedalen	33	146	17	14
Kortedala	86	230	184	72
Bergsjön	47	156	42	2
Nordost	191	692	273	99

Källa: Hälso- och sjukvårdskansliet

Tillgängligt finns även data över narkomanvården i Nordost över en treårsperiod. Statistiken visar antalet besök per personalkategori, med undantag för år 2007 där endast andelen läkarbesök presenteras.

Tabell 28. Narkomanvård 2007

	Läkarbesök
Gunnared	44
Lärjedalen	31
Kortedala	115
Bergsjön	34
Nordost	224

Källa: Hälso- och sjukvårdskansliet

Tabell 29. Narkomanvård 2008

	Läkarbesök	Psykolog	Sjuksköterska
Gunnared	53	26	484
Lärjedalen	45	10	344
Kortedala	107	84	830
Bergsjön	61	83	506
Nordost	266	203	2 164

Källa: Hälso- och sjukvårdskansliet

Tabell 30. Narkomanvård 2009

	Läkarbesök	Psykolog	Sjuksköterska
Gunnared	46	76	719
Lärjedalen	37	35	972
Kortedala	127	239	2 522
Bergsjön	53	166	1 017
Nordost	263	516	5 230

Källa: Hälsa- och sjukvårdskansliet

Generellt sett har antalet besök hos psykolog och sjuksköterska fördubblats i narkomanvården jämfört med 2008 och 2009. I stadsdelen Kortedala är besöken inom narkomanvården mycket fler än i övriga stadsdelar. En möjlig förklaring är att förekomsten av riskabla alkoholvanor är högre i Kortedala jämfört med övriga stadsdelar (se tabell 12). Ytterligare en möjlig förklaring kan vara att Kortedala har det bättre ställt socioekonomiskt jämfört med de andra stadsdelarna. Det skulle kunna tala för att individer med missbruk har ökat stöd från familjer eller sociala nätverk i att söka vård och hjälp för missbruket jämfört med andra stadsdelar.

De fyra tabellerna nedan presenterar data över antal vårdtillfällen per stadsdel under 2007 till 2009.

Tabell 31. Gunnared, antal vårdtillfällen 2007-2009

Typ av vård	2007	2008	2009
Allmänpsykiatrisk vård, vuxna	122	184	156
Geropsykiatrisk vård	24	25	27
Barn- och ungdomspsykiatrisk vård	4	3	5
Rättspsykiatrisk regionsjukvård	0	9	5
Specialvård, psykiatrisk	5	0	0
Alkoholvård	104	125	106
Narkomanvård	23	19	11
Totalt	282	365	310

Källa: Hälsa- och sjukvårdskansliet

Tabell 31 visar att antal vårdtillfällen i Gunnared efter en höjning från år 2007 till 2008 därefter har minskat. Samma trend ser vi i tabell 32 som presenterar data över Lärjedalen.

Tabell 32. Lärjedalen, antal vårdtillfällen 2007-2009

Typ av vård	2007	2008	2009
Allmänpsykiatrisk vård, vuxna	102	133	108
Geropsykiatrisk vård	15	14	8
Barn – och ungdomspsykiatrisk vård	10	8	6
Rättspsykiatrisk regionsjukvård	0	1	11
Specialvård, psykiatrisk	10	0	0
Alkoholvård	75	81	68
Narkomanvård	16	25	29
Totalt	228	262	230

Källa: Hälsa- och sjukvårdskansliet

Tabell 33 visar att antal vårdtillfällen i Kortedala har minskat från 2007.

Tabell 33. Kortedala, antal vårdtillfällen 2007-2009

Typ av vård	2007	2008	2009
Allmänpsykiatrisk vård, vuxna	141	161	168
Geropsykiatrisk vård	5	1	1
Barn – och ungdomspsykiatrisk vård	42	28	33
Rättspsykiatrisk regionsjukvård	7	3	13
Specialvård, psykiatrisk	5	0	0
Alkoholvård	176	158	150
Narkomanvård	32	25	19
Totalt	403	376	389

Källa: Hälso- och sjukvårdskansliet

Tabell 34. Bergsjön, antal vårdtillfällen 2007-2009

Typ av vård	2007	2008	2009
Allmänpsykiatrisk vård, vuxna	116	124	118
Geropsykiatrisk vård	11	15	15
Barn – och ungdomspsykiatrisk vård	3	5	1
Rättspsykiatrisk regionsjukvård	0	11	3
Specialvård, psykiatrisk	7	0	0
Alkoholvård	97	82	98
Narkomanvård	23	19	19
Totalt	257	256	254

Källa: Hälso- och sjukvårdskansliet

Totalt sett i Nordost har antalet vårdtillfällen minskat jämfört med 2008. Vad gäller allmänpsykiatrisk vård minskade antalet vårdtillfällen bland patienterna från Bergsjön och Lärjedalen under 2009 men någon specifik förklaring saknas.

Antal personer som vårdas på sjukhus på grund av avsiktligt självdestruktiv handling har år 2009 minskat med ungefär 30 procent sedan år 2007. Se tabell 35 nedan. De flesta personer som vårdas på grund av avsiktlig självdestruktiv handling har skadat sig genom förgiftning med specificerade och icke specificerade droger, läkemedel och biologiska substanser.

Tabell 35. Antal vårdtillfällen med diagnos "Avsiktligt självdestruktiv handling" 2007-2009

	2007	2008	2009
Gunnared	40	46	39
Lärjedalen	56	33	23
Kortedala	40	47	31
Bergsjön	27	27	20
Totalt	163	153	113

Källa: Hälso- och sjukvårdskansliet

Själv mord

De bakomliggande orsakerna till ett självmord kan vara flera. Själva handlingen utgör ett slutsteg i en kortare eller längre tids process där biologiska, sociala, psykologiska och existentiella faktorer samverkar. Detta synsätt kan beskrivas med stress- sårbarhetsmodellen, som betonar samspelet mellan arv och miljö, individuell sårbarhet, biologiska faktorer och personlighetsvariabler samt problemlösningsförmåga och förmåga till återhämtning. Cirka 90 procent av dem som tar sitt liv lider av en psykisk störning eller sjukdom, vanligast är depression eller beroendesjukdomar med inslag av ångest. Depression är dubbelt så vanligt hos kvinnor som hos män men självmord är vanligare bland män än hos kvinnor. Detta faktum illustrerar stora skillnader mellan könen när det gäller hanteringen av belastande yttre händelser, utlösande faktorer och förmågan att söka hjälp.

Själv mordstatistik anges ofta som antal självmord per 10 000 invånare och är åldersstandardiserad. Statistiken över självmord i Europa bygger som regel på endast säkra självmord, alltså självmord med klart uppsåt. Osäkra självmord ingår inte i statistiken vilket är viktigt att ha i minnet vid jämförelser där även osäkra fall ingår. Erfarenheter från Sverige har dock visat att en majoritet av osäkra fall med stor sannolikhet är självmord vilket gör att de självmordstal som redovisas i Sverige och troligtvis även för flera andra länder är underskattningar av de sanna självmordstalen.

Karolinska Institutets folkhälsoakademi publicerade under 2009 rapporten "Själv mord i Europa och världen" där statistik gällande åldersstandardiserade självmordstal för 49 länder i Europa samt åldersstandardiserade självmordstal för män och kvinnor i samma länder (antal självmord per 100 000 invånare) presenterades. Jämfört med andra europeiska länder ligger Sverige något över medel. Män i Sverige placerar sig något under medel på tjugosjunde plats med cirka 20 självmord per 100 000 invånare år 2006. Svenska kvinnor har ett självmordstal på cirka 10 per 100 000 invånare vilket motsvarar plats nummer elva i sammanställningen.

Statistiken för självmordstal från Socialstyrelsen som presenteras nedan avser antalet döda per 10 000 invånare och presenteras för perioden 2002-2006 efter stadsdel, kön och ålder.

Tabell 36. Själv mord hos kvinnor per 10 000 invånare efter stadsdel och ålder, 2002-2006

	15-24	25- 44	45- 64	65 +
Gunnared	0.0	2.7	2.3	1.9
Lärjedalen	1.2	0.6	3.2	0.0
Kortedala	2.0	1.0	0.0	0.0
Bergsjön	0.0	1.0	0.0	0.0
Härlanda	1.5	1.7	1.9	0.9
Örgryte	0.0	0.6	0.6	1.7

Källa: Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret

Dödsfall med säkra suicider

Siffrorna avser antalet döda per 10 000 invånare (medelbefolkningen)

Tabell 37. Självmord hos män per 10 000 invånare efter stadsdel och ålder, 2002-2006

	15-24	25-44	45-64	65 +
Gunnared	3.5	2.0	2.9	4.9
Lärjedalen	0.0	1.8	1.6	6.5
Kortedala	0.0	0.4	2.0	4.3
Bergsjön	0.0	0.8	2.6	2.9
Härlanda	0.0	1.2	1.0	3.0
Örgryte	0.0	1.2	4.3	6.0

Källa: Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret

Dödsfall med säkra suicider.

Siffrorna avser antalet döda per 10 000 invånare (medelbefolkningen)

Tabell 38. Självmord, åldersstandardiserat 15+ under 2002-2006

	Kvinnor	Män
Gunnared	2.0	3.1
Lärjedalen	1.4	2.4
Kortedala	1.4	1.7
Bergsjön	0.3	1.7
Härlanda	1.6	1.3
Örgryte	0.7	3.0

Källa: Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret.

Dödsfall med säkra suicider.

Siffrorna avser antalet döda per 10 000 invånare (medelbefolkningen)

Statistiken över självmordstal visar att det förekommer stora skillnader mellan stadsdelarna. Totalt sett ligger män generellt högre än kvinnor vad gäller självmordstal. I Gunnared, som ligger allra högst, är självmordstalet 2.0 för kvinnor och 3.1 för män jämfört med 0.3 för kvinnor i Bergsjön och 1.3 i Härlanda som ligger lägst.

I rapporten "Att förebygga självmord" som publicerades av Världshälsoorganisationens (WHO) avdelning för psykisk hälsa år 2000 presenteras resultaten från studier som belyst olika grupper med förhöjd risk för självmord. De riskfaktorer som lyfts fram i rapporten är följande:

- Psykiska sjukdomar
 - Depression
 - Personlighetsstörning
 - Alkoholism eller drogmissbruk
 - Schizofreni
 - Organisk psykisk störning

- Somatiska sjukdomar
 - Cancer
 - Neurologiska sjukdomar
 - Smärta
 - Andra somatiska sjukdomar

- Yttre stressfaktorer
 - Riskyrke
 - Kriminalitet

Tabell 39. Riskfaktorer för olika åldersgrupper

Ålder	Riskfaktorer
Unga 5-19 år	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Påfrestande levnadsmiljöer till exempel familjer med missbruk, våld och bristande kommunikation ▪ Långvariga mobbningsituationer <p>Skyddsfaktorer</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Familjemönster ▪ Kognitiva faktorer och personlighet ▪ Kulturella och sociala faktorer
Unga vuxna 20-29 år	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psykisk ohälsa ▪ Samlevnadssvårigheter ▪ Partnerproblem ▪ Homo-, bi- eller transexualitet
Vuxna 30-64 år	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Negativ kognitiv förmåga ▪ Negativa livshändelser av psykologisk och social karaktär till exempel skilsmässa, stora förluster, relationssvårigheter, arbetslöshet, ekonomiska problem
Vuxna 65 år +	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kroppsliga sjukdomar ▪ Depression

Källa: WHO & NASP (2003)

Sverige har såväl ett nationellt program för självmordsprevention samt lokala program där olika enheter arbetar med att förebygga självmord.

Tabell 40. Nationella mål för självmordsprevention

Implementering	Delmål	Utvärdering
Implementering av delmålen skall ske på nationell nivå, regional nivå och lokal nivå	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kunskap 2. Samverkan 3. Högriskgrupper 4. Säker hälso- och sjukvård med patient/familj i fokus 5. Forskning 	Utvärdering av effekter på självmord eller självmordsförsök på nationell nivå, regional nivå och lokal nivå

De lokala programmen för självmordsprevention är följande:

- Nationella Hjälpelinjen
Professionell, anonym och kostnadsfri kris- och stödhantering via telefon.
- Riskförbundet för Suicidprevention och Efterlevandestöd (SPES)
SPES har utarbetat 14 steg mot nollvision för ett suicidfritt Sverige. Representanter från SPES ingår i ledningarna för samtliga sex regionala suicidpreventiva nätverk i Sverige.
- "Depressionsskola"
Skola där deltagarna har möjlighet att öka sin kunskap om och därmed möjligheter att lära sig hantera sin depression. Anhöriga får bättre kunskap för att kunna stödja sina närstående.

- "Leva vidare"
Grupp där anhöriga får stöd och hjälp med sin sorgbearbetning.

Barn- och ungdomspsykiatri

Barn- och ungdomspsykiatrisk vård (BUP), är till för barn och unga i åldrarna upp till 17 år.

Angereds Närsjukhus bedriver barn- och ungdomspsykiatri och utför neuropsykiatriska utredningar och behandlingar. Denna rapport innefattar inte analys av denna verksamhet.

I tabellerna nedan presenteras statistiken från Hälso- och sjukvårdskansliet för antalet läkar- och psykologbesök under perioden 2007-2009.

Tabell 41. Barn- och ungdomspsykiatrisk vård 2007

Diagnos	Gunnared		Lärjedalen		Kortedala		Bergsjön	
	L*	P**	L*	P**	L*	P**	L*	P**
Psykiska störningar orsakade av droger	1	0	2	0	4	2	0	0
Bipolär sjukdom (olika former)	9	5	9	0	1	0	8	6
Depression (olika former)	15	39	16	72	21	44	19	28
Fobi (olika former)	12	62	25	45	19	58	5	15
Akutstressreaktion, posttraumatiskt stressyndrom (olika former)	30	72	30	42	38	101	15	79
Utvecklingsstörningar	5	15	31	53	3	10	4	31
Autism	7	9	0	3	0	0	0	0
Aspergers sjukdom	2	2	0	0	0	0	0	0
Aktivitets- uppmärksamhetsstörning	15	6	10	11	27	11	3	0
ADHD	1	0	1	0	5	0	0	0
ADD	3	0	0	0	0	0	0	0
Hyperaktivitet	1	0	6	11	0	0	0	0
Beteendestörningar	4	8	10	15	13	13	2	15
Totalt	105	218	140	252	131	239	56	174

Källa: Hälso- och sjukvårdskansliet

*L=läkare

**P=psykolog

Tabell 42. Barn- och ungdomspsykiatrisk vård 2008 (exklusive vård utförd av Angereds Närsjukhus)

Diagnos	Gunnared		Lärjedalen		Kortedala		Bergsjön	
	L*	P**	L*	P**	L*	P**	L*	P**
Psykiska störningar orsakade av droger	0	0	0	0	0	0	0	0
Bipolär sjukdom (olika former)	3	5	12	11	0	0	13	3
Depression (olika former)	25	21	19	57	28	60	15	19
Fobi (olika former)	8	60	25	52	25	51	7	14
Akutstresreaktion, posttraumatiskt stressyndrom	47	77	20	41	27	33	4	35
Utvecklingsstörningar	5	23	8	3	8	2	6	3
Autism	5	4	3	0	6	0	0	0
Aspergers sjukdom	7	6	4	1	4	1	0	0
Aktivitets- uppmärksamhetsstörning	29	14	41	19	39	33	12	16
ADHD	7	0	10	1	15	0	5	0
ADD	4	2	10	11	0	1	1	0
Hyperaktivitet	3	0	12	11	1	0	1	0
Beteendestörningar	6	11	7	16	4	9	3	10
Totalt	149	223	171	223	157	190	67	100

Källa: Hälso- och sjukvårdskansliet

*L=läkare

**P=psykolog

Tabell 43. Barn- och ungdomspsykiatrisk vård 2009 (exklusive vård utförd av Angereds Närsjukhus)

Diagnos	Gunnared		Lärjedalen		Kortedala		Bergsjön	
	L*	P**	L*	P**	L*	P**	L*	P**
Psykiska störningar orsakade av droger	0	0	3	0	8	0	1	0
Bipolär sjukdom(olika former)	0	0	0	2	4	0	0	0
Depression (olika former)	29	37	38	44	49	156	2	17
Fobi (olika former)	11	28	35	121	21	100	16	25
Akutstresreaktion, posttraumatiskt stressyndrom (olika former)	32	203	38	143	47	142	20	42
Utvecklingsstörningar	7	7	16	8	31	39	11	14
Autism	0	1	5	4	0	0	0	0
Aspergers sjukdom	4	8	8	4	0	0	0	0
Aktivitets- uppmärksamhetsstörning	20	21	21	27	26	27	9	8
ADHD	0	0	6	0	11	1	0	0
ADD	4	2	0	0	1	0	0	0
Hyperaktivitet	2	2	9	18	5	4	5	8
Beteendestörningar	19	29	20	71	14	14	5	3
Totalt	128	338	199	442	217	483	69	117

Källa: Hälso- och sjukvårdskansliet

*L=läkare

**P=psykolog

Tabell 44. Antal läkar- och psykologbesök för samtliga diagnoser 2007-2009.
(exklusive vård utförd av Angereds Närsjukhus)

Stadsdelar	2007		2008		2009	
	L*	P**	L*	P**	L*	P**
Gunnared	105	218	149	223	128	338
Lärjedalen	140	252	171	223	199	442
Kortedala	131	239	157	190	217	483
Bergsjön	56	174	67	100	69	117
Totalt	432	883	544	736	613	1380

Källa: Hälso- och sjukvårdskansliet

*L=läkare

**P=psykolog

Både läkar- och psykologbesöken har ökat mellan 2007-2009 i stadsdelarna Lärjedalen och Gunnared. Däremot har antalet besök hos psykolog minskat i Bergsjön. Samtidigt har andelen läkarbesök i Bergsjön ökat under perioden från 56 besök till 69. I Kortedala har antalet besök hos läkare och psykolog fördubblats under den aktuella perioden. Det kan finnas flera orsaker till detta, en kan vara att fler barn med psykiska problem uppmärksammades i skolor och förskolor eller inom Primärvården

Tabell 45. Barn- och ungdomspsykiatrisk vård.

Antal vårdtillfällen 2007-2009. (exklusive vård utförd av Angereds Närsjukhus)

Stadsdelar	2007	2008	2009
Gunnared	4	3	5
Kortedala	42	28	33
Bergsjön	3	5	1
Lärjedalen	10	8	6
Totalt	59	44	45

Källa: Hälso- och sjukvårdskansliet

Det bör noteras att barn och ungdomar i Kortedala står för merparten av vårdtillfällen (inläggningar kopplat till psykiatrisk vård) i Nordost under perioden 2007-2009. Samtidigt har antalet vårdtillfällen i Kortedala minskat från 42 till 33 stycken under den aktuella perioden. Det minsta antalet vårdtillfällen finns bland patienter hemmahörande i Bergsjön.

Genomgång av barnpsykiatri i Nordost exklusive Barn- och ungdomsspecialistcentrum vid Angereds Närsjukhus

Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen i Gamlestaden (BUP)

Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen (BUP) i Gamlestaden har hela Nordost som upptagningsområde. Uppdraget är att bota och lindra psykisk sjukdom och störning som utgör hinder för personlig tillväxt och mognad. Mottagningen erbjuder ett brett tvärvetenskapligt utbud av utrednings- och behandlingsmetoder anpassade till upptagningsområdet i samverkan med övriga verksamheter för barn och ungdomar.

På mottagningen arbetar 20 personer med kompetens inom:

- Psykodynamisk inriktad behandling
- Kognitiv beteendeterapi (KBT)

- Systeminriktad familjeterapeutisk behandling
- Farmakologisk behandling
- Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)

På mottagningen arbetar legitimerade psykoterapeuter med inriktning mot barn-vuxen-familj. Internutbildning genomförs varje termin och det finns tillgång till extern handledning. BUP arbetar huvudsakligen med komplexa barnpsykiatriska tillstånd. Huvudgrupperna är pojkar i åldern 9-14 år med utåtriktade symptom och flickor 13-18 år med inåtvända symptom. 58 procent av patienterna remitteras till mottagningen från annan vårdgivare och 42 procent söker på egen hand.

Nedan presenteras de patientgrupper som kräver mest vård.

Tabell 46. Vårdkrävande patientgrupper (%)

Patientgrupp	Andel
Utsatta barn och ungdomar som far illa	28,1
Barn och ungdomar med depression	10
Överaktiva och impulsiva barn och ungdomar med uppmärksamhetsproblem, koncentrationssvårigheter, utagerande beteende	9,6
Barn och ungdomar som har ångest, ätstörningar, tvångstankar, självskadande beteende	8
Barn och ungdomar med psykotiska, bipolära, maniska störningar	2,3

Mottagningen deltar i arbete inom utvecklingsenhetens ram:

- COOL KIDS: ångestbehandling i grupp för barn
- CHILLED: ångestbehandling i grupp för ungdom
- Utveckling av ett mobilt team
- Förstärkt Komet: föräldraträningsprogram i grupp
- DAWBA: internetbaserad intake- intervju
- Deliberate Self Harm manualbaserad behandling av självskadebeteende

Enligt enhetschefen på BUP har en framgångsrik modell för verksamheten utarbetats. Se tabell 47 för modellens beståndsdelar.

Tabell 47. Modell

Faktorer	Arbetsätt
Patientorientering	Att fråga patienten/familjen om hjälp som efterfrågas, lyssna på patienten, familjen, vidta åtgärder som efterfrågas
Flöde	Att lika många ärenden måste avslutas som påbörjas, att erbjuda korttidsinsatser utan väntetid eftersom man i 60-70 procent av ärendena har maximalt 7 besök för att åstadkomma förändring tillsammans med familjen.
Rättvisa	Att dela lika på arbetet utefter tjänstgöringsgrad
Arbetsledning	Att fokusera mer på det arbete som skall utföras och hur det skall fördelas än på att konsensus skall uppnås. En högt strukturerad arbetsplats med tydlig ledning ger behandlarna utrymme att bidra till metodutveckling och forskning.
Samverkan	Mottagningen samarbetar med socialtjänsten, skolor, vårdgrannar. Vidare deltar representant för mottagningen i samverkansgrupp mellan BUM, BNK och BUP i syfte att förbättra arbetet med patienter med neuropsykiatriska tillstånd.

68 procent av alla nya ärenden i modellen avslutas efter 6-7 besök. Mottagningens egna data visar att cirka 15 procent av patienterna söker igen inom 1 år.

Tabell 48. Olika typer av åtgärder som vidtagits på mottagningen (BUP) under perioden 2005-2008

Åtgärd	2005	2006	2007	2008
Kallade till nybesök	456	443	487	479
Barn- och ungdomspsykiatrisk utredning	70	67	83	68
Övriga åtgärder (t.ex. psyko-educativa insatser)	63	28	17	21
Samtal - stödbehandling	38	29	53	34
Behandling (KBT, EMDR)	94	99	124	132
Psykoterapi och familjeterapi	17	14	16	7

Mottagningen har ansvar för traumatiserade flyktingbarn med posttraumatiskt stressyndrom. Ett flyktingbarnteam har startats upp av Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen och Angereds Närsjukhus barn- och ungdomsmedicinska mottagning i Gamlestaden. Flyktingbarnteamet bedrivs i nära samverkan med vårdcentralen för nyanlända flyktingar samt Kris- och traumaenheten. Uppdraget är att behandla traumatiserade barn och föräldrar samt att inventera behovet av insatser och skapa ett kunskapscentrum. Teamet är permanent och uppdraget är att arbeta med utveckling över tid.

Tabell 49. Förändringar som har skett på BUP över tid presenteras nedan.

BUP Gamlestadens 1997-2005	BUP Gamlestadens 2005-2010
<p>Fokus på strukturella frågor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ingen kö - hög tillgänglighet - rätt insats för patienter 	<p>Fokus på utrednings- och behandlingsmetoder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forskning - Utveckling av barnpsykiatri i framtiden: <ul style="list-style-type: none"> o bidra till nationell utveckling av barnpsykiatri o genom att informera och delge erfarenheter

Enligt verksamhetschefen på BUP är mottagningen en välfungerande verksamhet med ett effektivt och tydligt arbetssätt.

Ett problem är övergångsperioden för unga vuxna från BUP till vuxenpsykiatri. Psykiatriska sjukdomar som debuterar tidigt är relaterade till sämre social anpassning såsom lägre grad av förvärvsarbete, högre förekomst av bidragsberoende, normöverskridande beteende och kriminalitet. Unga vuxna behöver ett särskilt omhändertagande och ett särskilt upplägg av den första kontakten för att etablera ett behandlingsarbete.

Enligt respondenterna från BUP och Primärvården tillämpar vuxenpsykiatri en snäv gräns när det gäller unga vuxna som går över till vuxenpsykiatri.

I dagsläget har vårdkedjan brister när det gäller övergången mellan BUP och vuxenpsykiatri. En stor grupp patienter klarar inte den övergången på grund av att de inte känner sig bekväma i en annan miljö med andra rutiner. Kontinuiteten som funnits på BUP har brutits och de måste vänja sig vid andra personer. Trots att många patienter uteblir från bokade besök saknas uppsökande verksamhet med adekvata resurser. Enligt respondenterna saknas i dagsläget rutiner för övergångsperioden och det finns behov av uppföljning i samband med övergången. Problemet med uteblivna besök är också välkänt inom Primärvården.

Primärvården

I dagsläget finns inga insatser som riktar sig specifikt till ungdomar. Ungdomar med missbruksproblem remitteras till samma behandlingsenheter som vuxna. För ungdomar som lider av ångest, oro, depressiva besvär finns möjligheter att utarbeta en handlingsplan där olika personalkategorier är inblandade, till exempel sjukgymnast, kurator. Problemet är att ungdomarna ofta inte följer planen eller inte kommer på besök, trots SMS-påminnelser via mobiltelefon. Som regel kontaktas ungdomarna tre gånger vid uteblivna besök därefter görs inga försök att återuppta kontakten.

Psykiatriska mottagningen i Gamlestan (PMG)

Problemet med övergångsperioden är välkänt inom den specialiserade psykiatrvården. Dels beror problematiken på olika kriterier för mottagande, dels på uteblivna besök. Personalen försöker kontakta personer som inte har kommit på avtalad tid en eller två gånger men sedan görs inga försök att återuppta kontakten. Enligt respondenterna behöver beteendeavvikelse uppmärksammas i tidigare ålder för att barn skall kunna få mer hjälp i förskolan eller skolan. Det finns medvetenhet om att en stor grupp unga vuxna med

psykiska besvär som hindrar dem från att etablera sig på arbetsmarknaden hamnar i "gråzonen" samt att neuropsykiatriska undersökningar och utredningar tar lång tid.

I Nordost bedrivs ett antal projekt som hjälper ungdomar med olika typer av beteendevikelser eller psykiska besvär att etablera sig, se tabell nedan.

Tabell 50. Översikt över befintliga insatser för grupper med olika psykiatriska diagnoser

Grupper i behov av insatser	Insatser
1. Unga med missbruksproblematik	Ungdomarna kan remitteras via socialtjänsten till behandlingsenheter men ansvarsfördelningen är oklar.
2. Unga med kognitiva svårigheter, till exempel ADHD, dyslexi	Ungdomarna kan remitteras för utredning men väntetiderna är långa.
3. Unga med komplex problematik som befinner sig i "gråzonen".	Gruppen är svåridentifierad eftersom de "snurrar runt" i systemet och det saknas kontaktpersoner med en samordnande funktion.
4. Unga med personlighetsstörningar	För personer med "lättare" störningar: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ungdomscentrum i Gunnared, Lärjedalen ▪ Handläggarteam i Bergsjön, Kortedala ▪ För "tungt" fall - Arena

Som framgår av tabellen finns det begränsade möjligheter att hjälpa ungdomar med missbruksproblematik och kognitiva svårigheter. Ansvarsfördelningen vad gäller oregistrerade ungdomar och ungdomar med komplex problematik är oklar och dessa har därmed sämre chans att få hjälp.

Stödteamet Arena

Målgruppen för Stödteamet Arena är ungdomar som hamnar mellan olika instanser och som har fler misslyckanden bakom sig från skolan och familjen. Många av dem har svårt att organisera sin tillvaro på grund av depression, ångest och/eller bristande förmåga att hantera sitt liv och dagliga rutiner. De har upplevt trauman av olika slag och flera har extrema uppväxtförhållanden. Dessa komplexa och diffusa problem kräver mycket tid och tålamod som ofta inte finns hos de ordinarie myndigheterna.

Det fundamentala i arbetet är att etablera en relation som plattform för tillit och kontinuitet i kontakten. Inom ramen för det ska utredning och behandling ske med hänsyn till ungdomarnas situation och förmåga. I metoden ingår också en samordnande funktion som skall hjälpa till med dagliga rutiner eller kontakt med andra myndigheter. Långa väntetider till neuropsykiatriska undersökningar utgör ett återkommande problem som försvårar flödet.

Handläggarteam för unga vuxna i Kortedala och Bergsjön

Handläggarteamet har som målgrupp ungdomar mellan 18-25 år som står till arbetsmarknadens förfogande men som inte är självständiga och som är i behov av insatser från fler parter än Arbetsförmedlingen. För att komma till handläggarteamet måste ungdomarna vara bosatta i Kortedala eller Bergsjön och uppbära försörjningsstöd eller a-kassa. De flesta ungdomar som blir föremål för teamets insatser har oftast endast slutfört grundskolan och många har avbrutit sina gymnasiestudier samt saknar arbetslivserfarenhet. Många har problem av både psykisk och social karaktär. Det kan handla om ekonomiska svårigheter, bostadsproblem, ensamhet och bristande nätverk. Det finns också de som har neuropsykologiska problem som inte blivit upptäckta tidigare, till exempel ADHD.

Ungdomarna har möjlighet att träffa sjukgymnast för att få hjälp med avslappnings- och andningsövningar samt hjälp med sömnproblem, stress och ångest. De kan också få råd om kost och träning för att vända en passiv livsstil till ökad aktivitet och motivation. En psykolog erbjuder en fördjupad samtalskontakt med reflektion och bearbetning av tidigare upplevelser och för att hitta strategier inför framtiden. Det finns även möjlighet att göra neuropsykologiska tester och fobiträning. Samtidigt bedrivs ett omfattande arbete med planering för arbete eller studier för att förebygga utanförskap, passivering och beroendet av samhällsinsatser. Arbetet uppges kunna bli mer effektivt om kontakter med den psykiatriska vården kan förbättras.

Sammanfattning intervjuer

- Det finns ett behov av att utarbeta fungerande rutiner för övergången från BUP till vuxenpsykiatri.
- Det finns ett behov av uppföljning i samband med övergången från BUP till vuxenpsykiatri.
- Det finns ett behov av utökade insatser för unga vuxna med depression, ångest, fobier med mera för att underlätta deras etablering på arbetsmarknaden eller studier.
- Det finns ett behov av utökat samarbete mellan förskolor och skolor med BUP samt Primärvården för att tidigare upptäcka barn med beteendevikelser, koncentrationssvårigheter och andra psykiska besvär.

VG PRIMÄRVÅRD

Införandet av valfrihetssystemet VG Primärvård som trädde i kraft den 1 oktober 2009 i Västra Götalandsregionen innebär att primärvården konkurrensutsätts. Patienter har när som helst möjlighet att byta vårdgivare och ta med sig sin offentligt finansierade check/peng till den vårdgivaren som han/hon valt. Systemet infördes i syfte att ökad konkurrens skall leda till bättre tillgänglighet, kompetens, förmåga att ta ett helhetsansvar och bemötande.

Innan VG Primärvård trädde i kraft fanns fyra offentliga vårdcentraler i Nordost. Efter införandet av reformen etablerades sex vårdcentraler i privat regi och ytterligare en under hösten 2010. Den är dock så pass ny att inga data finns tillgängliga och den kommer därför inte presenteras närmare nedan.

I samband med införandet av VG Primärvård listades samtliga medborgare i Västra Götalandsregionen. För de offentliga vårdcentralernas del minskade andelen patienter knutna till vårdcentralerna avsevärt i samband med listningen av medborgarna, vilket var en naturlig och förväntad följd. I tabellen nedan presenteras antalet patienter knutna till vårdcentralen/listade en månad före (2009-09-01) respektive tre månader efter (2009-12-31) införandet av VG Primärvård.

Tabell 51. Antal listade patienter före och efter införandet av VG Primärvård, offentliga vårdcentraler

Vårdcentralnamn	090901	091231	Differens
Vårdcentralen Angered	16 044	13 079	-2 965
Vårdcentralen Gamlestadstorget	42 630	20 198	-22 432
Vårdcentralen Lärjedalen	18 778	13 923	-4 855
Vårdcentralen Lövgärdet	10 398	8 255	-2 143

Källa: Hälso- och sjukvårdskansliet Göteborg

Jämförelse är gjord av antalet patienter som fått erbjudande om en specifik vårdcentral med det faktiska antalet listade patienter drygt ett år efter införandet (30 november 2010). (Erbjudandet om vårdcentral innebar att patienter listades centralt för att därefter ha möjlighet att lista om sig.) I tabellen nedan ser vi att det är lite drygt 12 000 av de offentliga vårdcentralernas centralt listade patienter som valt att lista om sig. Samtliga offentliga vårdcentraler har fått färre listade patienter. Bland de privata vårdcentralerna är det endast en vårdcentral där antal listade patienter sjunkit, det är Nötkärnans vårdcentral och BVC i Kortedala. Övriga privata vårdcentraler har ökat antalet listade patienter.

Tabell 52. Resultat av patientens egen listning, vårdcentraler i Nordost

Vårdcentralensnamn	Central listning inför 091001	Antal listade 101130	Differens (antal)
Vårdcentralen Angered	12 870	12 302	-568
Vårdcentralen Gamlestadstorget	25 724	19 338	-6 386
Vårdcentralen Lärjedalen	16 550	13 569	-2 981
Vårdcentralen Lövgärdet	10 824	7 911	-2 913
Allemanshälsan Gamlestaden	1 490	1 676	186
Angereds Läkarhus	3 279	6 256	2 977
Familjehälsan Vårdcentral	1 941	3 164	1 223
Nya Vårdcentralen Kortedala Torg	3 407	6 644	3 237
Nötkärnan Bergsjön	6 061	7 937	1 876
Nötkärnan Kortedala	6 378	5 591	-787

Källa: Hälso- och sjukvårdskansliet Göteborg

Ett år efter reformens införande hade de offentliga vårdcentralerna tillsammans 12 484 färre listade patienter jämfört med innan VG Primärvård infördes. Under samma period fick de privata vårdcentralerna totalt 8 712 nya listade patienter. Vilka ekonomiska konsekvenser som dessa förändringar medfört återstår att se och det är i dagsläget oklart hur många vårdcentraler som klarar sig ekonomiskt och som kan fortsätta i framtiden.

Tabell 52 och 53 presenterar antalet besök vid vårdcentralerna i Nordost och de procentuella förhållandena. Tabellerna redovisar antal besök vid egen vårdcentral, på jourmottagning och vid annan enhet.

Tabell 53. Antal besök vid vårdcentraler (VC), jan 2010-juni 2010

Vårdenhet	Egen VC	Jour-mott.	Annan enhet
Vårdcentralen Angered	11 802	1 516	1 511
Vårdcentralen Gamlestadstorget	22 657	2 981	1 698
Vårdcentralen Lärjedalen	14 529	1 619	1 283
Vårdcentralen Lövgärdet	7 121	719	815
Allemanshälsan Gamlestaden	1 078	123	166
Angereds Läkarhus	4 947	1 102	382
Familjehälsan vårdcentral	3 865	160	302
Nya vårdcentralen Kortedala Torg	6 594	3 04	212
Nötkärnan Bergsjön	9 467	384	439
Nötkärnan Kortedala	4 123	318	480

Källa: Hälso- och sjukvårdskansliet

Tabell 54. Besök vid vårdcentraler (VC), jan 2010-juni 2010, andel (%)

Vårdenhet	Egen VE	Jourmott.	Annan enhet	Totalt
Vårdcentralen Angered	75	13	12	100
Vårdcentralen Gamlestadstorget	79	13	7	100
Vårdcentralen Lärjedalen	82	11	7	100
Vårdcentralen Lövgärdet	78	10	12	100
Allemanshälsans Gamlestaden	79	8	13	100
Angereds Läkarhus	66	23	11	100
Familjehälsan vårdcentral	86	5	9	100
Nya vårdcentralen Kortedala Torg	88	4	9	100
Nötkärnan Bergsjön	88	5	7	100
Nötkärnan Kortedala	81	5	13	100

Källa: Hälso- och sjukvårdskansliet

Tabellen visar att patienter listade vid Angered Läkarhus och patienter listade vid de offentliga vårdcentralerna söker vård på jour- och akutmottagningar eller andra vårdgivare i större utsträckning än patienterna från de övriga vårdcentralerna.

Sökmönster på akuten

I behovsanalysen 2007 konstaterades att patienter från Nordost stod för en stor andel av alla besök på Sahlgrenska Universitetssjukhusets akutmottagningar (Mölnåls sjukhus, Östra sjukhuset, Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus och Sahlgrenska sjukhuset) samt vid Axess Akuten. Det konstaterades också att det största antalet patienter kom under dagtid, alltså på tid som vårdcentralerna i Nordost hade öppet. Bland orsakerna till denna höga konsumtion av akutvård nämndes bristen på allmänläkare, bristande kunskaper om egenvård samt om för hur svensk sjukvård var organiserad.

Efter att VG Primärvård trädde i kraft har sjukvården till viss del omorganiserats, sex vårdcentraler har etablerats i Nordost (och ytterligare en under hösten 2010) och tillgängligheten förbättrades avsevärt.

Tabell 54 på nästa sida visar att antalet patientbesök på jourcentraler inom den offentliga primärvården har ökat sedan införandet av VG Primärvård. Jourcentralen Angered flyttade den 1 oktober 2009 till Gamlestadstorget, därför redovisas inte antalet besök hos Jourcentralen Angered efter detta datum. Tabellen visar att Jourcentralen Gamlestadstorget har fått en stor mängd nya patienter från oktober 2009, detta kan antas vara patienter som tidigare besökt jourcentralen Angered. Sammantaget visar tabellen på en ökning av besök till de offentliga jourcentralerna i Nordost.

Tabell 55. Antal patientbesök vid jourcentraler inom den offentliga primärvården

	Jan-sep 2009	Okt 2009 - jun 2010
Jourcentralen Angered	8 263	finns ej
Centrumakuten Göteborg	277	606
Jourcentralen Gamlestadstorget, kväll	703	6 336
Jourcentralen Gamlestadstorget, natt	70	4 361
Övriga	310	382
Summa	9 623	11 685

Källa: Hälso- och sjukvårdskansliet

Den privatdrivna primärvården driver också jourcentraler. Tabellen nedan visar besök på dessa jourcentraler från och med den 1 oktober 2009. Tabellen visar att besök vid Axess akutens jourcentral nattetid har minskat sedan 2009. Jourcentralen vid Angereds Läkarhus har dock en stor ökning av patientbesök under 2010. Antalet besök hos de privatdrivna jourcentralerna har sammantaget ökat.

Tabell 56. Antal patientbesök vid jourcentraler inom den privata primärvården

	Okt-dec 2009	Jan-jun 2010
Capio Axessakuten, dag	373	884
Capio Axessakuten, natt	324	287
Jourcentralen Backa Läkarhus	99	463
Jourcentralen Angereds Läkarhus	327	2 715
Övriga	117	628
Summa	1 240	4 977

Källa: Hälso- och sjukvårdskansliet

Tabell 56 på nästa sida visar besöksstatistik från Sahlgrenska Universitetssjukhusets akutmottagningar. Statistiken är indelad i två lika långa tidsperioder januari-september 2009 (före införandet av VG Primärvård) och oktober 2009-juni 2010 (efter införandet av VG Primärvård). Analysen av antalet besök före och efter införandet av VG Primärvård visar inte på några märkbara skillnader. Preliminära beräkningar visar att antalet patientbesök ligger på ungefär samma nivå.

Tabell 57. Antal patientbesök vid Sahlgrenska Universitetssjukhusets akutmottagningar

Mottagningar på Sahlgrenska Universitetssjukhusets akutmottagningar	Jan-sep 2009	Okt 2009-jun 2010
MS Akutmottagning	2 246	2 593
ÖS Akutmottagning	7 567	7 301
SS Akut- och Olycksfallsmottagning	2 545	2 244
DSBUS Akutmottagning	5 883	4 761
Summa SU	18 241	16 899

Källa: Hälso- och sjukvårdskansliet

Det sammantagna resultatet visar att jourcentralerna har ökat i antal besök medan akutmottagningarna vid Sahlgrenska Universitetssjukhus minskat något lite i antal besök. Det går inte att dra några säkra slutsatser på basis av det befintliga underlaget. Det kan finnas fler tänkbara orsaker till exempel tidigare underkonsumtion av vård bland en viss grupp patienter eller större behov och bättre möjligheter att söka vård tack vare bättre tillgänglighet.

Remisstatistik

I tabeller nedan presenteras statistiken över inkomna remisser till Angereds Närsjukhus under perioden januari till september 2010.

Av tabell 57 framkommer det att flest remisser från barnvårdscentralerna i Nordost (BVC) kommer från BVC Angered. BVC Lövgärdet remitterar generellt få barn till Angereds Närsjukhus i jämförelse med övriga BVC i Nordost.

Tabell 58. Remissflöde från BVC till Angereds Närsjukhus 2010

Remiss från	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sept	Totalt
BVC Angered	2	2	9	4	4	14	5	9	14	63
BVC Bergsjön	0	1	1	0	3	2	4	1	2	14
BVC Gamlestaden	0	2	3	1	0	1	2	2	2	13
BVC Lövgärdet	0	0	0	1	1	0	0	2	1	5
Övriga	1	3	0	22	21	8	4	17	21	97
Totalt	3	8	13	28	29	25	15	31	40	192

Källa: Angereds Närsjukhus

Tabell 58 på nästa sida visar att de offentligdrivna vårdcentralerna tillsammans med Nötkärnans vårdcentral i Bergsjön är Angereds Närsjukhus största remitterenter. Bland de enheter som skickar minst remisser hittar vi Familjehälsans vårdcentral i Gamlestaden och Allemanshälsan vårdcentral i Gamlestaden. Båda dessa mottagningar är belägna närmre Göteborg city och deras patienter kan antas ha närmre till specialistmottagning i city.

Tabell 59. Remissflöde från Vårdcentraler i Nordost till Angeredes Närsjukhus 2010

Remiss från	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sept	Totalt
Angeredes Vårdcentral	27	34	48	33	35	50	32	36	37	378
MVC Angered	0	1	0	3	2	6	5	2	1	25
Gamlestads- torgets Vårdcentral	13	15	15	23	35	23	23	22	35	240
Lärjedalens Vårdcentral	38	30	30	40	35	33	31	13	24	310
Lövgårdets Vårdcentral	11	13	7	14	22	17	23	6	10	141
Bergsjöns Vårdcentral Nötkärnan	0	6	10	6	21	16	15	17	26	152
Kortedala Vårdcentral Nötkärnan	0	6	6	2	6	7	6	7	5	54
Angeredes Läkarhus	8	1	6	4	12	7	4	12	15	88
Nya Vårdcentralen Kortedala Torg	5	2	2	5	5	2	3	7	6	43
Allemanshälsan Vårdcentral Gamlestaden	0	0	0	1	0	1	1	0	0	3
Familjehälsans Vårdcentral Gamlestaden	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Totalt	102	108	124	131	173	162	143	123	160	1436

Källa: Angeredes Närsjukhus

Tabell 59 visar remissflödet från Sahlgrenska Universitetssjukhus (SU) till Angeredes Närsjukhus. Framförallt Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus (DSBUS) och Medicinsk Akutvårdsmottagning på Östra Sjukhuset (MAVA) skickar en väsentlig andel remisser.

Tabell 60. Remissflöde från SU till Angeredes Närsjukhus 2010

Remiss från	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sept	Totalt
SU/DSBUS	6	3	12	13	30	32	27	23	40	186
SU/S-Lung	5	2	2	0	0	6	2	0	2	19
SU/Ö- MAVA	3	1	3	33	2	61	31	6	11	151
SU-andra enheter	46	194	67	55	148	63	31	47	70	721
SU-Totalt	60	200	84	101	180	162	91	76	123	1077

Källa: Angeredes Närsjukhus

Tabell 60 visar remissflödet från övriga remittenter till Angeredes Närsjukhus. Bland dessa finner vi patienten själv (då patienten har skrivit en egenremiss), Frölunda Specialistsjukhus, Socialtjänsten samt Skolhälsovården och skolor.

Tabellen visar att Angereds Närsjukhus fått in ett betydande antal egenremisser under 2010.

Tabell 61. Remissflöde från övriga remittenter till Angereds Närsjukhus 2010

Remisser från	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sept	Totalt
Egenremisser	37	37	63	108	143	132	168	110	124	922
Frölunda Specialist-sjukhus	0	3	1	0	1	1	0	1	0	7
Socialtjänst	0	0	2	0	1	3	2	1	0	9
Skolhälso-vården, skolor	11	28	51	27	79	22	4	2	42	266
Totalt	48	68	117	135	224	158	174	114	166	1204

Källa: Angereds Närsjukhus

Tabell 62 nedan visar hur många externa remisser inklusive egenremisser som respektive specialistkompetens på Angereds Närsjukhus har tagit emot per månad under perioden januari till september 2010.

Tabell 62. Remissflöde till Angereds Närsjukhus mottagningar 2010

	Jan	Feb	Mars	Apr	Maj	Jun	Juli	Aug	Sep	Totalt
Barnmedicin	44	62	98	66	164	118	91	30	69	742
Barnneuropsykiatri	0	3	3	0	3	5	1	1	5	21
Barnpsykiatri	0	4	11	5	6	4	6		3	39
Dietist	0	0	0	1	3	0	1	1	3	9
Neurologopedi	0	0	0	3	1	0	0	2	5	11
Gynekologi	0	1	17	83	115	134	147	102	111	710
KOL-skola	0	0	1	0	0	1	2	0	1	5
Arbetsterapeut	0	0	0	1	0	0	0	0	6	7
Diabetes-övervikt	8	88	11	8	30	13	5	3	1	167
Dietist	0	0	1	0	2	1	1	0	6	11
Internmedicin	2	5	3	15	5	14	19	13	83	159
Kardiologi	88	152	89	101	169	126	72	60	24	881
Lungmedicin	26	27	42	47	25	24	30	14	4	239
Mobilt KOL-team	0	0	0	3	2	1	2	3	27	38
Neurologi	16	20	34	23	22	27	18	25	19	204
Neurologopedi	11	13	9	6	13	9	5	9	1	76
Rökavvänjning	2	1	3	7	3	10		1		27
Sjukgymnast	0	0	0	0	0	1	0	2	59	62
Smärta	43	55	38	59	58	51	40	36	2	382
BUMbarnflyktteam	0	0	0	0	8	6	7	1	116	138
BUMmottagning	0	0	1		17	1	6	58	545	628
Totalt	240	431	361	428	646	546	453	361	1090	4556

Källa: Angereds Närsjukhus

MÅNGSÖKARE PÅ AKUTMOTTAGNINGAR

Under arbetet med behovsanalysen 2009 uppmärksammades från respektive akutmottagning problemet med "mångsökare". Uppskattningsvis handlade det om 10 -12 procent av patienterna som kunde söka akut mellan 6 – 30 gånger per år.

Därför fattades beslutet att i behovsanalysen 2010 kartlägga antalet mångsökare på respektive akutmottagning och utarbeta en plan för deras omhändertagande. Förutom akutmottagningen SU/Östra och barn- och ungdomsmottagningen planerades kontakter med Primärvården och Axess Akuten.

Primärvården

Enligt primärvårdschefen fanns i dagsläget inga problem med "mångsökare" vid Jourcentralen i Gamlestaden eftersom patienterna remitterades till sin respektive vårdcentral. Efter Vårdvalet som trädde i kraft den 1 oktober 2009 öppnades sex vårdcentraler i Nordost vilket avsevärt förbättrade tillgängligheten.

Axess Akuten

Efter Vårdvalet omorganiserades Axess Akutens jourverksamhet. En ny privat vårdcentral med jourverksamhet mellan kl 17 och 22 har öppnat i lokalerna och enligt verksamhetschefen har man inte upplevt problem med mångsökare.

Akutmottagningen SU/Östra

Problemet med mångsökare är välkänd på ÖS akutmottagningen och i samråd med verksamhetschefen och enhetschefen handplockades ca 57 patienter med medicinska problem som besökte akutmottagningen mer än åtta gånger under 2009. Patienterna med missbruk eller psykiska diagnoser exkluderades från underlaget.

Nästa steg

En handlingsplan för omhändertagande samt samarbete med medicinska avdelningar på Östra ska utarbetas år 2011. För barn planeras ett speciellt projekt på Barn – och ungdomsspecialistmottagningen.

REFERENSER

Azerkan. F, Zendehdel. K, Fillgren. P, Faxelid E, Spårén.P Risk of servical cancer among immigrants by age at immigration and follow – up time in Sweden from 1968 to 2004. *International Journal of Cancer*, 2008; 123; 2664 - 2670.

Blom J, Yin L., Liden. A., Jeppsson. B., Pålman. L., Holmberg. L., Nyrén. O. Toward understanding in sigmoidoscopy screening for colorectal cancer. *International Journal of Cancer*, 2008; 122:7; 1618 – 23.

Halmin. M., Bellocco. R., Karlsson. P., Tejler. G., Lambe.M. Long – term inequalities in breast cancer survival – a ten year follow – upp study of patients managed within a National Health Care System (Sweden). *Acta Oncologica*, 2008; 47; 2; 216 -24.

Lagerlund. B., Belocco. R., Karlsson. P., Tejler. G., Lambe.M. Socio – ekonomisk factors and breast cancer survival – a population – based cohort study (Sweden). *Cancer Causes & Control*, 2005; 16; 4; 419 – 30.

Lagerlund. M., Maxwell.A.E., Bastani. R., Thurffjell. E., Ekbohm. A., Lambe. M. Sociodemographic predictors of non – attendance at invitational mammography screening – a population- based register study (Sweden). *Cancer Causes & Control*, 2002; 13;1; 73 – 82.

Rutqvist. L.E., Bern. A., Socioeconomic gradients in clinical stage at presentation and survival among breast cancer patients in the Stockholm area 1977 – 1997. *International Journal of cancer*, 2006; 119;6; 1443 -9

Zackrisson. S., Andersson. I., Manjer J, Janzon. L., Nonattendance in breast cancer screening is associated with unfavourable socio – economic circumstances and advanced carcinoma. *International Journal of cancer*, 2004; 108; %; 754-60.

Zackrisson .S., Lindström. M., Moghaddassi. M., Andersson. I., Janzon. L. Social predictors of non – attendance in an urban mammographic screening programme: a multilevel analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2007; 35; 5; 548- 54.

