



Programplan

Framtidens hälso- och sjukvård

Planeringsavdelningen

Januari 2016



Innehållsförteckning

Innehållsförteckning.....	2
1. Sammanfattning.....	3
2. Programplan – Framtidens Hälso- och sjukvård.....	4
3. Omvärlds- och påverkansfaktorer.....	9
4. En åldrande befolkning.....	16
5. Livsvillkor, levnadsvanor och självskattad hälsa hos Blekinges befolkning.....	19
6. Folksjukdomar, äldres hälsoproblem och vård av asylsökande personer i Blekinge.....	23
7. Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården i Blekinge.....	28
8. Vårdkonsumtion i Blekinge.....	30
9. Anställningsbehov och konkurrens om personal.....	39

Bilaga 1 Aktivitetsplan

1. Sammanfattning

Nya behandlingsmetoder, läkemedel och arbetssätt ger ytterligare förutsättningar för att öka vårdens kvalitet och effektivitet. Den medicinska paradoxen innebär dock inte att framgångsrik diagnostik och behandling leder till minskade behov av sjukvård, utan snarare tvärtom. Modern läkemedelsbehandling, operationsteknik och annat för med sig att fler patienter kan hjälpas till fortsatt meningsfullt liv. Eftersom sjukvårdsbehov i stort är relaterat till ökad ålder kommer dessutom de allt fler äldre, i kraft av sitt antal, att ställa allt större krav på hälso- och sjukvården.

Det är därför viktigt att anpassa hälso- och sjukvården så att största möjliga patientnytta kan nå inom ramen för de resurser vi har till vårt förfogande. Mot bakgrund av detta fattades den 16 juni 2014 ett beslut av landstingsfullmäktige att ta fram en långsiktig plan avseende framtidens hälso- och sjukvård i Blekinge.

Till grund för besluten ligger landstingsdirektörens rapport Framtidens hälso- och sjukvård som presenterades 2013-09-01. Vid landstingsstyrelsens sammanträde den 19 oktober 2015 presenterades ett förslag till övergripande målbild.

I programplanen beskrivs ett antal strategier i syfte att uppnå landstingets mål avseende framtidens hälso- och sjukvård. Strategierna innebär att vård som behövs ofta skall bedrivas nära, att viss vård skall koncentreras till färre utbudsställen samt att vårdssamverkan skall utvecklas mellan landstingen/regionerna och mellan landstingen/regionerna och kommunerna. En förutsättning för att uppnå målbilden är att nya arbetssätt och roller utvecklas och att primärvårdens roll stärks.

Programplanen inleds med en beskrivning av programidé, programmets syfte, mål, förutsättningar, avgränsningar samt beskrivs den målbild som ligger till grund för de prioriterade områden och de aktiviteter som skall genomföras för att utveckla framtidens hälso- och sjukvård i Blekinge (Kapitel 2).

Därefter följer en faktabeskrivning som tar sin utgångspunkt i de omvärlds- och påverkansfaktorer som har och kommer att ha betydelse för hälso- och sjukvården (Kapitel 3). Vidare redogörs för en åldrande befolkning (Kapitel 4). Medborgarnas livsvillkor, levnadsvanor och självskattad hälsa hos Blekinges befolkning (Kapitel 5). Folksjukdomar, äldres hälsoproblem och vård av asylsökande personer i Blekinge (Kapitel 6). Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården i Blekinge (Kapitel 7). Vårdkonsumtion i Blekinge (Kapitel 8). Slutligen redogörs för anställningsbehov och konkurrens om personal (Kapitel 9). Faktagrunden bygger på Landstinget Blekinges planeringsförutsättningar 2016. I de fall då andra källor har använts hänvisas till dessa.

2. Programplan – Framtidens Hälso- och sjukvård

Idé

Den medicinska utvecklingen gör att vi kommer att leva allt längre och bli fler som ska ta del av hälso- och sjukvårdens samlade resurser. Informerade och engagerade patienter bidrar till att kraven på hälso- och sjukvården ökar. Det är därför viktigt att anpassa hälso- och sjukvården så att största möjliga patientnytta kan nås inom ramen för de resurser vi har till vårt förfogande. Utgångspunkten för detta långsiktiga och komplexa arbete är landstingets vision ”Livskvalitet för dig – vårdkvalitet för oss”.

Mål

Målet för programmet är att ta fram en långsiktig plan för perioden 2016 - 2025 och initiera den utveckling som krävs för att möta vårdens utmaningar med hänsyn till den samhällsutveckling som sker, så att invånarna i länet får tillgång till god hälso- och sjukvård även i framtiden.

Strategier

- Vård som behövs ofta ska bedrivas nära patienterna
- Vård som av kvalitets- kompetens- eller ekonomiska skäl inte bör bedrivas på flera ställen skall koncentreras
- Vårdsamverkan lokalt, regionalt och nationellt

Strategierna är valda utifrån att landstingets samlade verksamhet ska ge största möjliga nytta för invånarna. Strategierna kräver att nya arbetssätt och roller utvecklas samt att välfungerande stödprocesser säkerställs.

Förutsättningar

Programplanen utgår från det av landstingsfullmäktige fattade beslut den 16 juni 2014. Till grund för besluten ligger landstingsdirektörens rapport *Framtidens hälso- och sjukvård* som presenterades 2013-09-01.

Vid landstingsstyrelsens sammanträde den 19 oktober 2015 förvaltningen ett förslag till övergripande målbild för Framtidens hälso- och sjukvård. Landstingsdirektören fick i uppdrag att återkomma till landstingsstyrelsen i februari 2016 efter en fördjupad beredning

Ekonomiska konsekvenser

Utgångspunkten i arbetet med framtidens hälso- och sjukvård är att det ska genomföras inom ramen för befintliga resurser. De ekonomiska konsekvenserna av föreslagna förändringar ska analyseras och redovisas.

Avgränsningar

Under programperioden kommer det att parallellt med aktiviteter beslutade om inom programmet också att genomföras aktiviteter för att säkra den löpande driften av landstingets verksamhet. Det är viktigt att skilja på mer långsiktiga förändringar av strategisk karaktär som ska hanteras inom programmet och insatser som inte kan avvakta. Det är samtidigt nödvändigt att förändringar som genomförs utanför programmet kommuniceras så att inte motstridiga intressen uppstår som påverkar möjligheten att genomföra viktiga förändringar ur ett strategiskt långsiktigt perspektiv.

Målbild för framtidens hälso- och sjukvård

Närsjukvård – Utveckla vården nära invånarna

- Vård nära patienten som inte kräver den fullt utrustade sjukhusvårdens resurser
- Vanligt förekommande i befolkningen och/eller ofta förekommande hos individen
- Vård som är möjlig att bedriva lokalt ur kvalitets- kompetens eller ekonomiskt perspektiv
- Närsjukvård omfattar bl. a:
 - stöd till egenvård
 - utvecklad e-hälsa och mobila tjänster
 - sjukvårdsrådgivning
 - primärvård
 - specialiserad somatisk vård
 - psykiatri och habilitering
 - vårdssamverkan med kommunal vård och omsorg

I målbilden för framtidens hälso- och sjukvård är närsjukvården basen som skall svara för huvuddelen av invånarnas vardagliga sjukvårdsbehov. Närsjukvården ska erbjuda akut omhändertagande i första hand på primärvårdsnivå men kan också omfatta direktinläggning av kända patienter med svårare sjukdom, palliativ vård och annan kvalificerad vård.

Närsjukvård innebär att nuvarande sätt att bedriva vård förändras och att ansvar kan förskjutas mellan olika vårdaktörer. Förändringar i ansvarsfördelningen innebär också att resurser kan behöva flyttas mellan förvaltningar.

Koncentrera vård i länet

Den vård som av kompetens-, kvalitets- och ekonomiska skäl inte kan bedrivas som närsjukvård koncentreras till färre utbudspunkter. Koncentration av vård innebär att viss vård bör koncentreras till en utbudspunkt i Blekinge, men också att viss vård koncentreras i annat landsting/region inom ramen för vårdssamverkan. Landstinget Blekinge har sedan tidigare beslutat att det ska finnas särskilda profilmråden. De profilmråden som föreslås är hjärt- och lungsjukvård, gynekologisk cancerkirurgi och ryggkirurgi samt tryckkammarverksamhet. Vilka områden som i övrigt ska profileras kommer att belysas i arbetet med framtidens hälso- och sjukvård.

Vårdssamverkan – lokal, regional och nationell

Landstinget behöver utvidga vårdssamverkan med andra landsting/regioner kring vård som av kompetens-, kvalitets- och ekonomiska skäl inte bör bedrivas i samtliga landsting. Genom bildande av föreningen Regionsamverkan Sydsverige kommer samverkan att utvecklas. I föreningen ingår Region Kronoberg, Landstinget Blekinge, Region Blekinge, Landstinget i Kalmar län, Regionförbundet i Kalmar län, Kommunförbundet Skåne, Region Skåne, Region Halland samt Region Jönköpings län.

Samverkan med kommunal vård och omsorg behöver stärkas. Som exempel kan nämnas samverkan kring avancerad vård i hemmet (ASIH) samt omhändertagande av multisjuka äldre.

På det nationella planet genomförs flera insatser i avsikt att ge förutsättning till jämlik hälso- och sjukvård över hela landet. Utredningen *Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa* (SOU 2015:98) presenterades i november 2015. Utredningen har föreslagit hur den högspecialiserade vården kan utvecklas för att patienterna ska få tillgång till en bättre och mer jämlik hälso- och sjukvård. Traumavården är ett annat område som är föremål för översyn och som knyter an till utredningen om den högspecialiserade vården. Landstingens förmåga till

traumavård och förutsättningar för samverkan mellan landstingen har kartlagts av Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen. Av rapporten *Traumavård vid allvarlig händelse*, november 2015, framgår att traumavårdens resurser bör koncentreras.

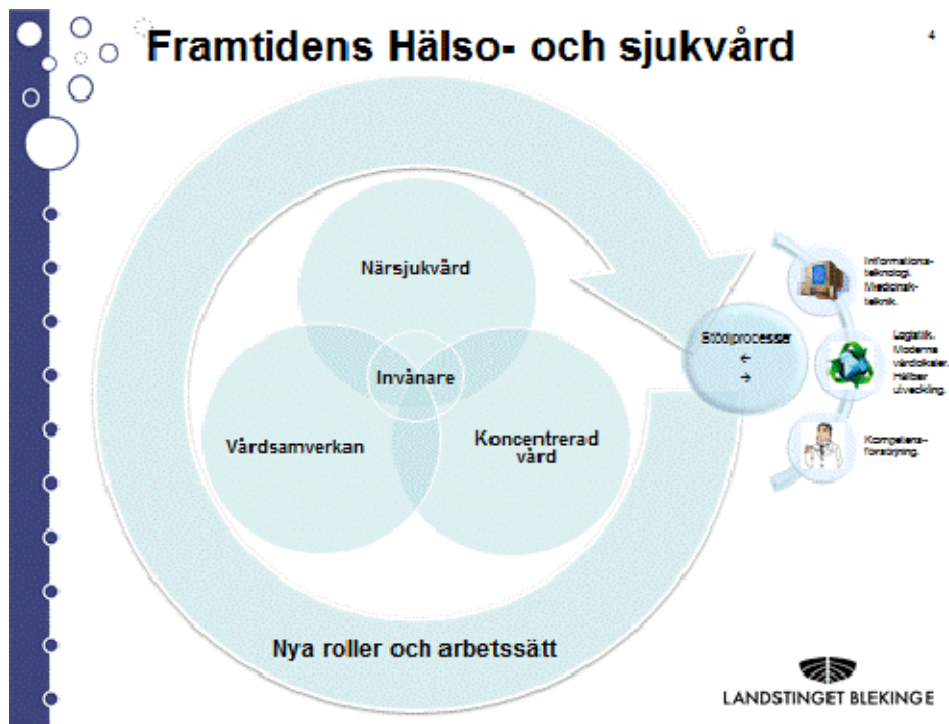
Den nationella cancerstrategin för framtiden (SOU 2009:11) föreslår en långsiktig strategi för att klara den framtida cancervården. Optimal nivåstrukturering för sällsynta och svårbehandlade cancersjukdomar ska utvecklas inom sjukvårdsregionen och nationellt. Denna utveckling som innebär en koncentration av vård, kommer att påverka vilken vård som kommer att bedrivas inom Landstinget Blekinge i framtiden.

Nya arbetssätt och roller

Framtidens hälso- och sjukvård ställer krav på utveckling av nya arbetssätt och roller. Att som individ med vård- och omsorgsbehov få vara en medaktör och inkluderas i alla vårdbeslut och processer är viktigt. Den personcentrerade vården innebär en övergång från en modell där patienten är det passiva målet för en medicinsk intervention och där fokus för många vårdprofessioner ligger på patientens behov i stället för på resurser, till en modell där en överenskommelse görs med patienten som är aktiv i planering och genomförande av den egna vården samt rehabiliteringen. Vård innebär därför ett partnerskap mellan patienter/anhörigvårdare och professionella vårdare. (Vårdhandboken 2013).

För att möta framtiden behöver hälso- och sjukvården utveckla fungerande patientprocesser. Patientprocessen innefattar alla de aktiviteter och insatser som riktar sig till patienten under ett sjukdomsförlopp. Det innebär att det inte är tillräckligt att ge god vård och ha fungerande vårdprocesser inom sin specialitet/avdelning/klinik/ utan att hela processen som omfattar olika vårdnivåer och huvudmän måste fungera. Teamsamverkan kring patienten behöver utvecklas.

Nya arbetssätt och roller är också en förutsättning för att kunna utveckla närsjukvård och i allt högre utsträckning flytta allt mer avancerad vård från sjukhuset närmare invånare/patient. Som exempel kan nämnas den avancerade vården i hemmet och mobila arbetssätt såsom bedömningsbilar. Användningen av hälsoteknik och digitala lösningar för kommunikation och informationsöverföring kommer att öka och vara en viktig del i utformningen av nya arbetssätt och patientens medverkan i vården.



Målbilden ur patientens perspektiv innebär:

- Patienten blir medskapare i sin egen vård (personcentrerad)
- Hälso- och sjukvården ska vara jämlik
 - Bästa möjliga vård ska erbjudas patienten
 - Specialiserad och akut vård med goda resultat förutsätter erfaren personal med mycket träning
- Mer hälso- och sjukvård erbjuds nära patienten
 - Bedömningsbilar vid akut sjukdom
 - Mobila team för att erbjuda vård där patienten finns
 - Direktinläggning i stället för akutmottagning
 - Avancerad sjukvård i hemmet för de svårast sjuka
- Patienter med kroniska sjukdomar får mer vård i närområdet
- Bättre kontinuitet i vården

Målbilden ur landstingets perspektiv innebär:

- En tydligare/starkare roll för Primärvården i sjukvårdssystemet
- Utvecklad närsjukvård i Karlshamn och Karlskrona
- Fördjupat samarbete med kommunal hälso- och sjukvård
- Integrerat arbetssätt mellan vårdnivåer
- Koncentrering av viss vård till Karlshamn eller Karlskrona
- Vård som kräver akutsjukhusets resurser bedrivs i Karlskrona
- Utvidgad vårdsamverkan med andra landsting/regioner
- Nya arbetssätt och roller

Arbetsfördelning mellan Karlshamn och Karlskrona

Utgångspunkten vid utformningen av framtidens hälso- och sjukvård är att Blekingesjukhuset även i fortsättningen ska bedriva verksamheter i befintliga sjukhusanläggningar i Karlshamn och Karlskrona. Blekingesjukhuset i Karlshamn och Karlskrona utvecklar närsjukvård tillsammans med övriga aktörer. Viss vård koncentreras till sjukhusanläggningen i Karlshamn eller till sjukhusanläggningen i Karlskrona. Vård som kräver akutsjukhusets resurser bedrivs i Karlskrona.

Investeringsplan

Programplanen med målbild och aktiviteter kommer att innebära nya förutsättningar för framtida investeringar. Fram till att aktiviteterna är genomförda behöver dock ett antal investeringar genomföras. Dessa behov kommer att beskrivas i en treårig investeringsplan som ett separat ärende.

Kommunikationsplan

En kommunikationsplan kommer att tas fram i syfte att stödja genomförandet av programplanen. Kommunikationsplanen kommer omfatta insatser riktade till medarbetare, invånare i Blekinge och övriga berörda.

Aktiviteter och tidplan

Arbetet i enlighet med programplanen beräknas starta efter politiskt beslut i februari 2016.

Beslutad aktivitetsplan planeras vara genomförd inom en treårsperiod.

Beträffande mål, delmål samt planerade aktiviteter, se bilaga 1.

3. Omvärlds- och påverkansfaktorer

Ökad global sårbarhet

En allt starkare global sammankoppling, där vi i större utsträckning påverkas av händelser i vår omvärld, leder till en ökad sårbarhet som har konsekvenser för hälso- och sjukvården. Ett ökat resande, konflikter, förändrat klimat och beroende av ny och sårbar infrastruktur leder till utmaningar som landstinget behöver ha beredskap för att möta.

Globaliseringen leder till att information, kapital, varor, tjänster och människor rör sig snabbare och lättare mellan länder. Finansiella system är starkt sammankopplade med varandra över hela världen, vårt teknikberoende ökar och människor reser över hela världen på ett annat sätt än tidigare.

Ökat resande och urbanisering

Vi har vant oss vid en livsstil som ger oss möjlighet att resa och upptäcka andra delar av världen, och andra besöker även oss. Det ökade resandet ökar dels risken för att Blekinge blir exponerat för sjukdomar som tidigare inte funnits här, dels att multiresistenta bakterier sprids. Livsmedel fraktas över världen och är också potentiella smittbärare. Urbaniseringen och en mer intensiv interaktion mellan människor gör att en smitta lättare sprids. Sjukdomar som tidigare har utrotats från västvärlden riskerar att återkomma och sjukdomar som kan förebyggas eller botas, men ändå existerar i fattigare och varmare delar av världen, riskerar att spridas till nordligare breddgrader på grund av det allt varmare klimatet och det ökande resandet mellan kontinenter. Hotet från pandemier, det vill säga världsomfattande epidemier, har fått ökad uppmärksamhet de senaste åren efter utbrotten av Ebola, lungsjukdomen sars, fågelinfluensan och svininfluensan.

Förebyggande arbete för att motverka antibiotikaresistens

Antibiotikaresistens är ett av de största globala hoten mot människors hälsa. Bara i Europa beräknas omkring 25 000 personer dö årligen på grund av bakterieinfektioner som antibiotika inte längre rår på. Dessa bakterier har blivit multiresistenta. Ett ökat resande till länder där resistenta bakterier är vanliga ökar på spridningen. Av resenärer som har drabbats av magsjuka vid utlandsresa var 70 procent av dem som varit i Indien, 50 procent av dem som varit i Egypten och 25 procent av dem som varit i Thailand, bärare av den multiresistenta bakterien ESBL när de kom hem.

Information till allmänheten om hur smittspridning kan begränsas är en viktig åtgärd för att förebygga smitta. Ju mer multiresistenta bakterier som förekommer, desto viktigare är det även att säkerställa goda hygienrutiner i vården för att förhindra spridningen av bakterierna. Särskilt allvarligt blir det för dem som vårdas för andra sjukdomar som exempelvis cancer, eller dem som har genomgått en operation.

Den demografiska utvecklingen med fler äldre och en alltmer avancerad sjukvård, som tillåter vård av sköra patienter, är faktorer som ökar behovet av antibiotika och därmed risken för antibiotikaresistens.

Risken för konflikter

Oroligheter i vår omvärld påverkar oss på ett annat sätt än förr. Spänningen och osäkerheten har ökat i Sveriges närområde som ett resultat av den ryska aggressionen i Ukraina och den ökade militära aktiviteten i Östersjön. Klimatförändringar riskerar att leda till konflikter om resurser. De

terrorangrepp som har inträffat de senaste åren i Europa skapar en ny typ av osäkerhet. Ett skärpt försvarspolitiskt läge kan ställa andra krav på hälso- och sjukvården och landstinget kan komma att få i uppdrag att säkerställa sjukvård även under krig.

En hållbar utveckling

Miljödimensionen

FN:s klimatpanel IPCC slog år 2013 fast att det är människan som med 95 procents sannolikhet har orsakat klimatförändringarna. Den globala efterfrågan på naturresurser och dess påverkan på miljön kommer att fortsätta med nuvarande globala tillväxtmönster. Detta är något som länder och människor över hela världen måste förhålla sig till.

Landstingets mest betydande miljö- och klimatpåverkande faktorer är läkemedel, lust- och anestesigaser, energi, kemikalier, transporter, avfall, livsmedel och resursanvändning i övrigt. Landstingets verksamhet är mycket energikrävande samtidigt som högre krav på energieffektivisering ständigt åläggs verksamheten.

I framtiden kommer vi se ett ökat behov av lösningar för effektivare användning av energi- och naturresurser och generellt ökad efterfrågan på god miljöprestanda inom alla samhällssektorer. Landstinget Blekinge har en miljö- och hållbarhetsplan för åren 2014-2024. Den innehåller styrande mål för samtliga förvaltningars och nämnders miljö- och hållbarhetsarbete.

Ett verkningsfullt sätt för landstinget att bidra till en mer hållbar utveckling utanför länets gränser är att ställa hållbarhetskrav på de varor och tjänster som upphandlas, och att sedan följa upp att dessa hålls. Landstingets leverantörer ska arbeta i enlighet med bland annat internationella konventioner för mänskliga rättigheter, barnkonventionen och följa gällande miljö- och arbetsmiljölagstiftning i tillverkningslandet. Ett nytt EU-direktiv för upphandling, antaget år 2014, öppnar upp möjligheten för att fler och skarpare krav inom miljö och hållbarhet ska kunna ställas.

Den sociala dimensionen

Den sociala hållbarhetsdimensionen handlar till stor del om rättvisa, rättigheter, makt, välstånd och välbefinnande. Vad det innebär i praktiken varierar dock beroende på vilken kontext man befinner sig i. Demokrati, mänskliga rättigheter och jämställdhet är ett antal förutsättningar för en socialt hållbar utveckling.

En aspekt av den sociala dimensionen är socialt hållbar hälsa och vård som bland annat innebär att hälso- och sjukvården ska vara jämlik. Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vård, behandling och bemötande ska erbjudas på lika villkor till alla. Faktorer som kön, bostadsort, sexuell läggning, etnicitet, ålder, social ställning, funktionsnedsättning, trosuppfattning, könsidentitet med mera får inte påverka den vård man får. Insatserna måste anpassas så att de motsvarar olika människors förutsättningar och behov.

Flera rapporter visar att det finns omotiverade skillnader i såväl vilken vård människor får som vilken hälsa de har. Kapitlet *Skillnader i livsvillkor och levnadsvanor* visar hur sociala förutsättningar i Blekinge påverkar invånarnas hälsa. Hälso- och sjukvården har krav på sig att leverera en likvärdig vård till alla och att anpassa sin information till patienten och göra denne delaktig.

Landstinget har i sin roll som arbetsgivare ytterligare aspekter att beakta utifrån den sociala dimensionen i hållbarhetsperspektivet. Landstingets verksamhet är komplex med hög kompetens inom professionerna och det ställs krav på ständiga förbättringar. Ledarskap och medarbetarskap är nyckelfaktorer för allt förbättringsarbete. Att utveckla dessa båda så att de tillsammans är en stark drivkraft för förbättring är mycket viktigt för framtiden.

Den ekonomiska dimensionen

Ekonomiska beslut behöver innehålla överväganden utifrån den miljömässiga och sociala dimensionen. Detta innebär bland annat att ta hänsyn till miljö- och hållbarhetsförbättringar vid investeringar, placeringar och kapitalförvaltningar. På flera sätt går strävan efter hållbarhet på miljöområdet hand i hand med hållbarhetsarbetet på det ekonomiska området.

Det finns dock brytpunkter där de ekonomiska, sociala och miljömässiga intressena skiljer sig åt. En kortsiktig ekonomisk vinst skulle i längden kunna innebära större kostnader i form av till exempel ökande vårdsador. Ekonomiska vinster av förebyggande arbete inom till exempel patientsäkerhet, folkhälsa och miljö är svåra att mäta, inte minst då effekten uppträder lång tid efter genomförandet av insatserna. Det finns dock verktyg som kan visa hur befolkningens utveckling av levnadsvanor påverkar landstingens, kommunernas och Försäkringskassans utgifter. Ett exempel på detta är en "hälsokalkylator" som nätverket Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård har tagit fram i samarbete med Uppsala universitet. Denna kan till exempel visa att en minskning med en procent av andelen personer i Blekinge mellan 20-64 år som röker dagligen, skulle bespara hälso- och sjukvården nästan 2,2 miljarder kronor. En procent är 112 personer.

En viktig aspekt av den ekonomiska dimensionen är en ekonomi i balans. Sedan 2005 finns en lagregel om god ekonomisk hushållning i kommunallagen. Lagen skärper de ekonomiska kraven på landsting och kommuner. Lagen innebär att både budget och utfall ska uppvisa positiva resultat varje enskilt verksamhetsår. Syftet med lagen om god ekonomisk hushållning är att varje generation ska betala för sin välfärd och inte skjuta betalningarna på framtiden.

Landstingets ekonomiska förvaltning ska genomföras på ett sådant sätt att verksamheten karaktäriseras av god hushållning av tillgängliga resurser. Ekonomin ska vara stark på såväl kort som på lång sikt och en förutsättning för detta är att det finns balans mellan intäkter och kostnader. På lång sikt räcker det inte med att intäkterna och kostnaderna är lika stora, utan intäkterna bör överstiga kostnaderna för att ge förutsättningar för en stabil och långsiktigt trygg verksamhet.

De kommande åren krävs det omfattande investeringar som kommer påverka resultatbudget med ökade avskrivningskostnader och eventuella driftkostnadsökningar och engångskostnader i samband med investeringarna. Detta kan finansieras genom egenfinansiering eller med lånefinansiering. Troligen kommer inte skatteintäkter och statsbidrag att öka i samma takt, vilket leder till att finansiering behöver ske genom effektiviseringar i verksamheten.

En viktig förutsättning för en fungerande ekonomistyrning är att det finns en tydlig koppling mellan budget och uppdrag. Det är också viktigt att vården bedrivs så att de ekonomiska resurserna ger största möjliga vårdnytta.

Vårdtillfällen är ett produktionstal för slutna vård och motsvarande mått för öppenvård är vårdkontakter. Landstinget Blekinges kostnadsläge är i förhållande till riket och angränsande landsting högt samtidigt som produktionen, både gällande antalet vårdkontakter och också vårdtillfällen, ligger på jämförbar nivå.

Befolkningsförutsättningarna, det vill säga socioekonomiska förhållanden, ålderssammansättning med mera, skiljer sig åt i riket. Blekinge har till exempel en äldre befolkning än genomsnittslandstinget vilket påverkar vid jämförelser. Ett bättre jämförelsemått än riksgenomsnittet är därför jämförbara landsting. Vid dessa jämförelser är produktionstalen jämförbara, det vill säga att Blekinge har samma befolkningsförutsättningar som de jämförbara landsting. Kostnadsläget är även vid dessa jämförelser höga, men antalet vårdtillfällen är något lägre och antalet vårdkontakter är i samma nivå.

Maktförskjutning och förändrad kravbild

Staten har traditionellt styrt och påverkat sjukvårdshuvudmännen genom lagstiftning och andra författningar, men också genom statliga stöd och kunskapsunderlag som nationella riktlinjer. Vi noterar nu en utveckling där handlingsutrymmet på lokal och regional nivå begränsas till förmån för en ökad detaljstyrning från det nationella planet.

Vi ser också förändringar som på olika sätt ställer allt högre krav på brukar- och patientinflytande. Genom valfrihetssystemen och kvalitetsjämförelser av olika slag har kvalitetskonkurrens blivit en viktig faktor för vårdens utveckling.

En utökad möjlighet att välja utförare av vården ställer också landstingen och regionerna i en annan konkurrenssituation än tidigare. Det blir allt viktigare att bygga en bra relation och ett gott förtroende till sina patienter och medborgare så att de inte väljer att gå någon annanstans. De som har bra behandlingsresultat har en konkurrensfördel och den ökar om de lyckas lyfta fram dem i media och sin marknadsföring.

Vi ser också en utveckling som innebär en ökad nationell samverkan inom olika områden. Även kommun- och landstingsgränsernas betydelse minskas när välfärdstjänster kan ges utanför den egna kommunen eller landstinget. Genom patientlagen stärks till exempel patienternas rätt att söka öppenvård i hela landet. Det finns också möjligheter att välja vård i ett annat EU-land.

Koncentration av vård och ökad samverkan

På regeringens uppdrag har en utredning avseende den högspecialiserade vården genomförts, denna belyser hur den högspecialiserade vården kan utvecklas genom en ökad koncentration. Syftet ska vara förbättrade vårdresultat och en mer jämlik vård och ett effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser. Så kallad nivåstrukturerings handlar om att se över hela vårdprocessen så att den samlade vården blir så bra om möjligt. Rapporten som presenterades i november 2015 kommer att få stor påverkan på den framtida utformningen och geografiska placeringen av den högspecialiserade vården. För landstinget Blekinges operationsverksamhet kommer ett eventuellt beslut om nationell centralisering av den högspecialiserade vården få konsekvenser. En central fråga är möjligheten att trygga den framtida kompetensförsörjningen om landstinget inte längre utför högspecialiserad vård och om detta på sikt kommer att påverka möjligheten att erbjuda kvalitativ bassjukvård.

Mot bakgrund av ovanstående utveckling är det av stor vikt att fortsätta det regionala samarbetet.

De ledande politikerna i södra Sverige har beslutat att utveckla sitt samarbete genom bildandet av föreningen Regionsamverkan Sydsverige. De regioner och landsting som ingår är Region Blekinge, Landstinget Blekinge, Region Kronoberg, Landstinget i Kalmar län, Region Halland, Region Jönköping, Kommunförbundet Skåne och Region Skåne. Föreningen kommer att samarbeta och samverka kring planer för bland annat regional utveckling och hälso- och sjukvård.

Redan idag finns etablerade samarbeten mellan vårdverksamheter i Skåne, Kronoberg, Kalmar och Blekinge inom exempelvis onkologi, thorax, kirurgi och laboratoriemedicin.

Utvecklingen av informations- och kommunikationsteknik

Den nya informations- och kommunikationstekniken skapar ökade möjligheter. För vårdens del kan det handla om förbättrade möjligheter till samarbete mellan vårdaktörer, mellan vården och patienterna och möjligheter att samordna vården. Utvecklingen av informations- och kommunikationstekniken kan öka vårdens effektivitet och kvalitet. Tekniken kan också bistå med

beslutsstöd till professionen för en säkrare och snabbare diagnosättning och behandlingsinsats utifrån den senaste forskningen. Den tekniska utvecklingen har gett oss tillgång till stora mängder data och datorkraft (Big data). Datamängderna kan ge oss möjligheter till ökad kunskap som kan leda till förbättringar för den offentliga sektorn. Det kan handla om att hitta mönster som till exempel kan öka möjligheten till riktade insatser.

Vårdanalys beskriver i sin rapport 2015, *Sjukt engagerad*, att den medicinska kunskapen aldrig har ökat i så snabb takt som nu. Varje år tillkommer över en miljon vetenskapliga artiklar i den medicinska databasen Medline som idag består av över 24 miljoner artiklar. Den snabba kunskapsutvecklingen tvingar fram nya specialiteter och subspecialiteter inom professionerna. Men när vården blir alltmer specialiserad och fragmentiserad blir den också mer svårnavigerad för patienten och behovet av helhetsansvar ökar. Detta ställer nya krav på såväl samhället samt inte minst på hälso- och sjukvården.

Sveriges kommuner och landsting anger att statistik och matematiska modeller kopplade till Big data kompletterar eller ersätter mänskliga bedömningar på allt fler områden. Utan avancerat datorstöd är det till exempel svårt för läkare att följa med i utvecklingen. Snabb kunskapsutveckling och specialisering skapar behov av ansvar för helheten. Det finns också risker med utvecklingen framförallt kopplat till att informationen kan hamna i orätta händer.

Tekniken finns men trots detta är användningen av den nya tekniken inom hälso- och sjukvården fortfarande låg. Dagens IT-system inom vården är till exempel inte anpassade efter användarnas behov. Det saknas även en sammanhållen IT-infrastruktur, vilket medför att delning, synkronisering och användning av data är komplicerad.

Nya tekniska hjälpmedel kan skapa förutsättningar för patienten att bli mer delaktig i sin hälso- och sjukvård. Utvecklingen innebär att konsultationer och provtagningar i allt större utsträckning skulle kunna ske med digital teknik. En utgångspunkt är att ny teknik både kan förbättra människors vardag och frigöra resurser för hälso- och sjukvården. En utmaning för sjukvården är att motta, processa och återkoppla den ökade datamängden från patienterna.

E-hälsa omfattar invånartjänster för olika målgrupper: medborgare, patienter, brukare och anhöriga. Tjänsterna ger ökad tillgång till kvalitetssäkrad information, de underlättar kontakter med vården och ger bättre möjlighet till självservice och delaktighet. Detta genom att i större utsträckning låta invånarna utträta ärenden på internet. Tjänsterna gör det också möjligt för människor att själva välja när och hur de vill utföra olika ärenden. Tillgång till kvalitetssäkrad information gör det också möjligt för människor att ta ett större eget ansvar för sina hälsa, vilket på sikt gynnar folkhälsan.

Införande av nya läkemedel

Nya läkemedel utvecklas och introduceras i snabb takt. Ett exempel är biologiska läkemedel som bland annat möjliggör för personer med ledgångsreumatism att leva ett i det närmaste normalt liv. Behandling ger stora vinster för patienten och samhället i stort och medför samtidigt höga kostnader för landstingen.

Arbetet med ett ordnat införande av läkemedel på riksplan behöver kompletteras i landstingen med lokala organisationer för ett ordnat införande. Ett arbete inom Blekinge pågår med att skapa rutiner kring såväl avtalstecknande som introducering av nya läkemedel.

Befolkningens förändrade attityder till och förväntningar på hälso- och sjukvården

Befolkningens uppfattning om och förtroende för hälso- och sjukvården ger en indikation på hur väl vården fungerar. Befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på hälso- och sjukvården är därför viktiga perspektiv att ha med i arbetet med att planera, leda, styra för framtidens hälso- och sjukvård. Mycket av de värderingar som finns hos unga människor idag kommer att påverka samhället under de närmaste 50 åren.

Globaliseringen och ny kommunikationsteknik

Vårdanalys beskriver i sin rapport 2015, *Sjukt engagerad*, att globaliseringen och ny kommunikationsteknik har inneburit att idéer, kunskap och trender får en snabbare spridning och når fler människor i dag än tidigare. Utvecklingen av nya kommunikationssätt och kommunikationsverktyg är bland de mest påtagliga förändringarna i världen de senaste decennierna. Med nya verktyg finns möjlighet att mötas och organisera sig på ett nytt sätt. Men denna trend ger också nya förutsättningar för att föra ut budskap. Idag möts patienter på olika sociala medier till exempel Facebook. Detta skapar också möjligheter för en ökad digital dialog som i sin tur leder till att förväntningarna på hälso- och sjukvården ökar.

Medicinsk utveckling och förändrade förväntningar på vården

Det är inte bara demografin som påverkar trycket på hälso- och sjukvården och övriga välfärdstjänster, utan också medborgarnas ökade förväntningar på tillgång och kvalitet i den offentliga sektorns service. Ett ökat välstånd ökar såväl medborgarnas efterfrågan på offentliga tjänster som förväntningarna på kvaliteten.

SKL's rapport 2014, *Vårdnära service*, beskriver hur den medicinska utvecklingen och nya innovationer skapar förväntningar hos befolkningen. Förväntningarna leder till ett efterfrågetryck som kan få såväl ekonomiska konsekvenser som påverka utfallet av en medicinsk insats. Den ”nya medvetna patienten” har en klar uppfattning om och krav på hur saker bör fungera. Patienten förväntar sig att vården har samma servicenivå och tillgänglighet som vilken annan bransch som helst. Exempelvis har 600 000 personer redan ”tyckt till” och skaffat en privat sjukvårdsförsäkring.

En alltmer välinformerad befolkning

Internet fortsätter att spridas till allt fler svenskar, trots att Sverige redan hör till de länder som har den högsta andelen internetanvändare. År 2014 hade nio av tio svenskar tillgång till både internet och dator. Totalt tillbringade vi 21,6 timmar per person och vecka på internet. Tillgången till smarta mobiler och surfplattor ökar också.

En av de tydligaste trenderna inom hälso- och sjukvårdsområdet är patienternas möjlighet att söka information om hälsa, sjukdom, behandling och läkemedel med mera, via internet. I en läkarstudie så tidigt som 2009 framträdde en tydlig bild av att en av de viktigaste framtidsfrågorna när det gäller relationen mellan läkare och patient handlar om de mer pålästa patienterna med högre krav på att informeras, högre krav på tillgänglighet och behandling och minskande auktoritetstro.

”Den uppkopplade kunden” har teknikvana och vill boka tider på nätet för att snabbt få besked, få tillgång till all journalinformation och tycker att telefonkontakter tillhör dåtiden. Kommer man inte fram hos den ena vårdgivaren tillräckligt snabbt, väljer man den andra.

”Den självdiagnostiserande kunden” har klockor och appar som övervakar den egna hälsan i realtid. Man googlar om en diagnos, tillhör en community som ”Patiens like me”, blir expert på sitt eget hälsotillstånd och ber därefter en eller flera läkare om en ”second opinion”. SKL beskriver i sin rapport 2014, *Vårdnära service*, att ny teknik inte bara förändrar patientbeteende, den kommer även att förändra hur vården fungerar. Ny teknik kan förflytta sjukhusvården till hemmet för att undvika riskerna för vårdrelaterade infektioner.

Studier visar också att nya informationskällor träder fram. Bland de yngre (16-35 år), som söker hälsoinformation på internet, svarar 25 procent att de oftast hittar sin hälsorelaterade information på svenska eller internationella diskussionsforum.

Att nå fram med information på rätt sätt till socioekonomiskt svaga grupper är en utmaning. Blekinge ska kunna tillgodose målgruppsanpassade informationsbehov till många olika svårnådda grupper, som till exempel personer med annan kulturell bakgrund, annat modersmål än svenska, funktionshinder, låg utbildning, låg inkomst, låg IT-mognad eller liknande. Information och kommunikation till specifika målgrupper är resurskrävande men har större förutsättningar för ett lyckat resultat.

Patientlagen (2014:821) betonar vårdgivarens skyldighet att anpassa information till mottagarens ålder, mognad erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar.

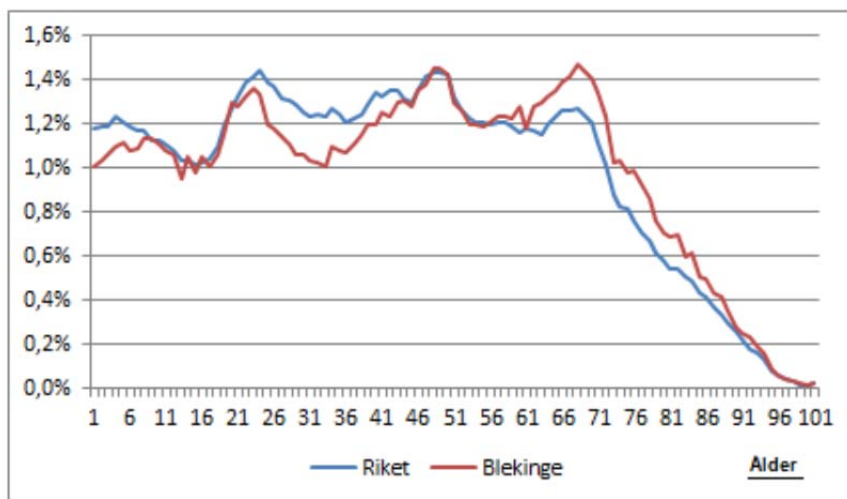
Informationen skall omfatta patientens hälsotillstånd, metoder som finns för undersökning, vård och behandling, eventuella hjälpmedel, vid vilken tidpunkten patienten kan förvänta sig att få vård, det förväntade vård och behandlingsförloppet, väsentliga risker för komplikationer och biverkningar, eftervård samt metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

4. En åldrande befolkning

Den största demografiska trenden i västvärlden är att befolkningen blir allt äldre. Medborgarna kommer att leva längre och antalet personer med åldersrelaterade sjukdomar kommer sannolikt att öka. Trots en utveckling med bättre hälsa i de högre åldersintervallerna är vårdtillfällena fler, längre och mer resurskrävande än i de lägre intervallerna. Detta samtidigt som andelen skattebetalare som ska bekosta sjukvården minskar. Statistiska centralbyråns (SCB) prognoser indikerar att denna utveckling existerar såväl i Blekinge som i övriga Sverige och kommer att fortsätta.

Andelen äldre ökar

I nedanstående diagram redovisas åldersstrukturen för Blekinge i relation till riket den 31 december 2013. Jämfört med riket har Blekinge färre invånare i åldersgrupperna 0-5 år och 20-45 år men fler personer över 60 år.



Befolkningens åldersfördelning i Blekinge jämfört med riket år 2013.

Källa: SCB, bearbetat av Landstinget Blekinge.

År 2013 försörjde varje person i yrkesaktiv ålder (20-64 år), förutom sig själv, även 0,73 personer från den totala befolkningen. År 2025 kommer den siffran att ha ökat till 0,82. Detta beror inte på att antalet personer i yrkesaktiv ålder förväntas minska, utan på att antalet barn, ungdomar och äldre förväntas öka mer.

Vid jämförelse av Blekinges befolkning år 2012 jämfört med prognosen för 2030 indikerar den framtida befolkningsutvecklingen att de större åldersgrupperna successivt kommer att förflyttas uppåt.

Av befolkningsdemografien går att utläsa tre större åldersgrupper år 2012: 19-25 år, 45-50 år och 64-70 år. År 2030 har dessa grupper blivit runt 40, 65 och 85 år gamla. Det är möjligt att med en relativt god precision beräkna hur antalet personer i olika åldersgrupper kommer att förändras. Att förutse hur sjukligheten och vårdbehoven kommer att utvecklas är svårare. Hittills har prognoserna tenderat att underskatta hälsoförbättringen bland de äldre. Hur stort vårdbehovet blir beror också på hälsofrämjande och förebyggande insatser som kan lägga fler friska år till livet. Det finns studier som pekar på att en allt högre ålder inte nödvändigtvis innebär en längre sjukperiod. Den mest sjuka åldern behöver inte nödvändigtvis bli längre eller tyngre bara för att befolkningen blir äldre.

Trots detta är högre ålder en faktor som medför ökad risk för sjuklighet och konsumtion av läkemedel, öppen- och slutenvård och olika former av kommunal service. Sjukdomstillstånd som är vanligare för äldre är bland annat trycksår, fall och psykisk ohälsa. Multisjuklighet och konsumtion av flera olika läkemedel är också vanligare hos äldre. Äldre personer lever längre med sina hälsoproblem. Det är färre som dör friska, vilket bland annat har att göra med utvecklingen av läkemedel och medicinteknik. Fler läkemedel komplicerar behandlingen och ökar risken för biverkningar, som kan leda till ett större vårdbehov. Även tandvården påverkas av en åldrande befolkning, bland annat då läkemedel ofta har biverkningar som ger muntorrhet, blottade tandhalsar och nedsatt finmotorik. Det gör det svårare att hålla tänderna rena och ger en mer utmanande typ av karies. Detta samtidigt som våra äldre har kvar sina egna tänder i högre utsträckning än förr.

Historiskt har sjukvården kunnat möta ett ökat vårdbehov genom att förändra vårdens innehåll så att antalet vårdplatser har kunnat minska. Detta har kunnat ske genom att sjukvården har infört nya vårdmetoder som har inneburit att vård, som tidigare krävde inläggning på sjukhus, nu görs i dagvård, exempelvis gråstarrkirurgi. Inte minst har hemsjukvården förändrats, vilket har möjliggjort att allt fler, och allt sjukare, kan vårdas i hemmet i stället för på sjukhus. Mot denna bakgrund bedömer Landstinget Blekinge i rapporten 2013, *Framtidens hälso- och sjukvård*, att dagens vårdplatsantal kommer att räcka även framöver då de rationaliseringsvinster som utvecklingen medför kommer att kunna täcka upp för ett förväntat ökat vårdbehov.

Folkmängd

Sveriges folkmängd uppgick den 31 december 2014 till drygt 9,7 miljoner och beräknas öka de kommande åren och under 2017 passera 10-miljonersgränsen. Den största ökningen är att vänta i de högre åldrarna. SCB beräknar att fler utrikes födda invandrar än utvandrar, därmed kommer antalet utrikes födda att öka.

Folkmängden i Blekinge uppgick den 31 december 2014 till 154 157 invånare vilket innebär att 1,6 procent av Sveriges befolkning bor i Blekinge. Under år 2014 ökade länets befolkning med 1 400 personer, att jämföra med 442 personer år 2013. Alla kommuner i Blekinge ökade sitt invånarantal under år 2014. Även Sölvesborg som minskade med åtta personer år 2013 ökade.

Län/kommun	Folkmängd	Folkökning
Blekinge	154 157	1 400
Karlshamn	31 598	326
Karlskrona	64 348	436
Olofström	13 031	129
Ronneby	28 221	350
Sölvesborg	16 959	159

Folkmängd i Blekinge län och kommuner den 31 december 2014 och befolkningsförändringar 2013-2014.

Källa: Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik.

Trots ett förväntat negativt födelseöverskott där fler personer avlider än föds beräknas befolkningen i Blekinge, precis som i riket, öka under de närmaste tio åren. Detta beror på en större inflyttning än utflyttning. Befolkningsökningen blir inte jämnt fördelad i länet utan förväntas koncentreras till Karlskrona, Karlshamn och Sölvesborg.

Kommun	Karlskrona	Ronneby	Karlshamn	Sölvesborg	Olofström
Antal +/- år 2030	+ 3 617	- 496	+ 956	+ 1 137	- 561

Befolkningsförändring i Blekinge till år 2030.

En generell trend som påverkar folkmängden är att ungdomar flyttar till studieorter och det är endast en minoritet som flyttar tillbaka till sina hemkommuner efter studierna. Detta gör att medelåldern ökar.

Sammanfattning

- Blekinge har, jämfört med riket, färre invånare i åldersgrupperna 0-5 år och 20-45 år men fler personer över 60 år.
- Vid jämförelse av Blekinges befolkning år 2012 jämfört med prognosen för 2030 indikerar den framtida befolkningsutvecklingen att de större åldersgrupperna successivt kommer att förflyttas uppåt. De tre större åldersgrupper år 2012 19-25 år, 45-50 år och 64-70 år kommer år 2030 ha blivit runt 40, 65 och 85 år gamla.
- Folkmängden i Blekinge uppgick den 31 december 2014 till 154 157 invånare vilket innebär att 1,6 procent av Sveriges befolkning bor i Blekinge. Alla kommuner i Blekinge ökade sitt invånarantal under år 2014.
- Trots ett förväntat negativt födelseöverskott där fler personer avlider än föds beräknas befolkningen i Blekinge, precis som i riket, öka under de närmaste tio åren. Detta beror på en större inflyttning än utflyttning.
- Befolkningsökningen blir inte jämnt fördelad i länet utan förväntas koncentreras till Karlskrona, Karlshamn och Sölvesborg.

5. Livsvillkor, levnadsvanor och självskattad hälsa hos Blekinges befolkning

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Skillnader i livsvillkor bidrar till skillnader i hälsa. Jämfört med riket lever en större andel i befolkningen med sämre livsvillkor i Blekinge, till exempel lägre utbildningsnivå och högre arbetslöshet. Det är faktorer som bidrar till ökade risker för ohälsa.

Här beskrivs utvecklingen av Blekingebornas livsvillkor, levnadsvanor och självskattade hälsa och skillnader mellan kön, åldersgrupper och grupper med olika utbildningsbakgrund uppmärksammas. Kapitlet ger en bild av ett antal grupper i samhället som riskerar ohälsa utifrån livsvillkor, levnadsvanor och självskattad hälsa (individens uppfattning om sitt allmänna hälsotillstånd). Innehållet bygger till stora delar på rapporten *”Tillsammans kan vi göra skillnad, folkehälsorapport Blekinge 2014.”*

Livsvillkor

Blekingeborna har lägre disponibel inkomst än riket i genomsnitt, 198 112 kronor per år jämfört med riket, 220 432 kronor per år. Lägst disponibel inkomst återfinns i Sölvesborgs kommun och den högsta finns i Karlskrona kommun.

Svårighet att betala löpande utgifter påverkar också hur man upplever sin hälsa. 9,9 procent av männen och 12,2 procent av kvinnorna i Blekinge anger att de vid ett eller flera tillfällen har haft svårigheter att klara sina löpande utgifter de senaste 12 månaderna. Dock har andelen hushåll som uppger att de har svårt att klara sin ekonomi minskat sedan föregående mätning 2011.

Familjens ekonomiska situation påverkar inte minst barn och ungdomars livsvillkor. De barn som löper störst risk att utsättas för barnfattigdom är barn till ensamstående föräldrar och barn som har utländsk härkomst. I Blekinge återfinns den högsta andelen barn i ekonomiskt utsatta hushåll i Ronneby kommun, som dock ligger i nivå med riksgenomsnittet med 12 procent. Karlshamns och Sölvesborgs kommun har den lägsta andelen i länet med 10 procent. Länet som helhet ligger under riksgenomsnittet enligt statistik från 2012.

Utbildningsnivå

Det finns ett starkt samband mellan utbildningslängd och hälsa. Störst skillnad i hälsa är det mellan de som endast har förgymnasial utbildning och de som har eftergymnasial utbildning. Utbildning påverkar hälsan genom många faktorer som till exempel lägre hälsorisker i arbetslivet, högre inkomster och minskad ekonomisk utsatthet och stress. I Blekinge är andelen medborgare med eftergymnasial utbildning lägre i alla åldersgrupper jämfört med riket. Förekomsten av eftergymnasial utbildning varierar mellan de olika kommunerna, där Karlskrona har högst andel högutbildade medan Olofströms kommun har lägst andel.

Andelen elever i riket som når behörighet till gymnasieskolan har minskat under större delen av 2000-talet. År 2013 var andelen behöriga till gymnasieskolan 89 procent. Blekinge låg strax under riksgenomsnittet med 88 procent behöriga att söka till gymnasiet.

Arbetslöshet

Arbetslöshet ökar risken för psykisk ohälsa och kan också öka risken att dö i förtid, bland annat av alkoholrelaterade orsaker, eller på grund av självmord. Det finns också studier som indikerar en ökad risk för beteende som påverkar hälsan negativt, som till exempel rökning. I Blekinge

finns en högre andel arbetslösa, öppet eller i program med aktivitetsstöd, jämfört med riket. Framför allt ses detta i åldersgruppen 18 till 24 år. Andelen arbetslösa på riksnivå har minskat de senaste tre åren.

Sociala relationer

Studier ger belegg för att sociala relationer har en hälsofrämjande effekt. Viktiga delar i begreppet sociala relationer är sociala nätverk, socialt stöd, socialt deltagande, tillit, integrering och socialt kapital. Blekinges senaste folkhälsorapport visar att länet ligger något lägre (8,5 poäng) än riket (8,8 poäng) när det gäller sociala relationer, och har så gjort under de tre tidigare mätningarna år 2005, 2008 och 2011. I Sölvesborg och Olofström är siffrorna lägst i länet, 8,0 respektive 8,3 poäng. I enkäten svarar 69,4 procent i Blekinge och 73,0 i riket, att de tycker att de kan lita på de flesta människor. Siffrorna för respektive kommun i Blekinge skiljer sig inte nämnvärt åt.

Levnadsvanor som påverkar hälsan

Ohälsosamma levnadsvanor medför en ökad risk för att utveckla ohälsa. Levnadsvanorna har en mycket stark koppling till många av våra vanligaste sjukdomar (exempelvis hjärt- och kärlsjukdom, cancer och psykisk sjukdom). Enligt WHO kan sunda levnadsvanor förebygga 80 procent av all kranskärlssjukdom och stroke och 30 procent av all cancer. Hälsosamma levnadsvanor kan förebygga eller fördröja utvecklingen av typ 2-diabetes. Den som äter hälsosamt, är måttligt fysiskt aktiv, har en måttlig konsumtion av alkohol och inte röker lever i genomsnitt 14 år längre än den som har ohälsosamma levnadsvanor.

Tobaksvanor

Andelen dagliga rökare i riket och Blekinge har minskat över tid. 11,4 procent av rikets kvinnor och 9,2 procent av rikets män röker varje dag. Motsvarande siffror i Blekinge är 12,1 procent för kvinnor och 9,7 procent för män. I förhållande till resultatet från 2011 är det en lägre andel dagliga rökare nu. Kopplat till ålder och kön ser man att daglig rökning i Blekinge är vanligast hos kvinnor i åldern 41-60 år (18,4 procent). Daglig rökning relaterat till utbildningsnivå visar att ju högre utbildningsnivå är desto lägre är andelen dagliga rökare. Andelen kvinnor som är rökare varje dag och uppger att de vill sluta röka är 64,1 procent. Motsvarande siffra hos männen är 59,3 procent.

I Blekinge snusar 1,9 procent av kvinnorna dagligen. Motsvarande siffra för män är 18,7 procent. I jämförelse med riket har Blekinge en högre andel snusande män (17,5 procent) och en lägre andel snusande kvinnor (3,8 procent).

Alkoholvanor - narkotikavanor

I den nationella folkhälsoenkäten mäts riskkonsumtion av alkohol. Vid en jämförelse mellan inkomst- och utbildningsnivåer finns det vissa skillnader i andelen som riskerar att drabbas av framtida alkoholskada. Andelen riskkonsumenter är störst i de grupper som har den lägsta och den högsta disponibla årsinkomsten.

Majoriteten av länets befolkning har inte använt narkotika och Blekinge redovisar en lägre användning av narkotika än i riket i övrigt. I Blekinge har dubbelt så många män som kvinnor någon gång använt cannabis (10,4 procent jämfört med 5,3 procent i åldrarna 16-84 år).

Spelvanor

Cirka två procent av befolkningen har spelproblem och ytterligare fyra procent ligger i riskzonen för att utveckla spelproblem. Överdrivet spelande finns i alla befolkningsgrupper och i alla spelformer, men det är vanligare bland män och unga personer. Var tionde man mellan 18 och 24 år är problemspelare, vilket är en fördubbling i den gruppen på 10 år. Den senaste forskningen visar att spelproblemen ökar bland kvinnor i medelåldern.

Hälsa på lika villkor innehåller 2014 för första gången frågor om spelvanor. Riskabla spelvanor är mer än dubbelt så vanligt bland män, 4,4 procent jämfört med kvinnors 1,6 procent. Det är siffror som ligger lägre jämfört med riksgenomsnittet (män 6,2 procent och kvinnor 2,1 procent).

Fysisk aktivitet

I Blekinge uppger 13,8 procent att de har en stillasittande fritid, vilket är en riskfaktor för ohälsa. Motsvarande siffra i riket är 14,1 procent. Över åren 2008, 2011 och 2014 kan ingen tydlig trend utläsas för fysisk aktivitet i de olika kommunerna i Blekinge. På riksnivå har man konstaterat att lågutbildade och grupper med låg socioekonomisk status rör sig mindre än högutbildade och grupper med hög socioekonomisk status. Samma mönster kan urskiljas i Blekinges resultat från *Hälsa på lika villkor 2014*.

Matvanor

I *Hälsa på lika villkor* följs matvanorna upp genom indikatorn konsumtion av frukt och grönsaker. Resultatet visar att 11,6 procent av kvinnorna och 7,0 procent av männen når målet att äta frukt och grönsaker minst fem gånger per dag. I gruppen med ett högt intag av frukt och grönt är det en högre andel som upplever ett bra allmänt hälsotillstånd. I gruppen med ett lågt intag av frukt och grönt är det en högre andel som röker dagligen och fler som upplever en sämre psykisk hälsa.

Självskattad hälsa

Den självskattade hälsan är individens uppfattning om sitt allmänna hälsotillstånd. Måttet kan användas för att följa upp utvecklingen av generell hälsa i befolkningen och ge indikationer om framtida belastning på hälso- och sjukvården, eftersom det har ett starkt samband med bland annat framtida sjuklighet, behov av hälso- och sjukvård och dödlighet. Att ha en sjukdom behöver inte per automatik innebära självskattad dålig hälsa, men däremot kan självskattad dålig hälsa betyda en högre risk för framtida sjuklighet. Forskningen visar att en självskattad dålig hälsa ger en ökad risk för förtidspensionering, utnyttjande av sjukvård, sjuklighet, kronisk sjukdom, nedsatt kroppsfunktion, nedsatt överlevnadsförmåga och för tidig död.

Cirka 73,5 procent av svenskarna upplever sitt hälsotillstånd som bra eller mycket bra. Motsvarande andel i Blekinge är 71,4 procent. Det finns skillnader i upplevd hälsa mellan könen och mellan olika socioekonomiska grupper.

- Den yngre befolkningen mår bättre än den äldre. Bästa måendet finns i åldersgruppen 26-40 år.
- Männen i Blekinge mår överlag bättre än kvinnorna. 66,7 procent av kvinnorna och 75,9 procent av männen uppger att de har ett bra hälsotillstånd. Denna skillnad är större än i riket i övrigt (kvinnor 71,2 procent, män 75,7 procent).
- Högutbildade mår bättre än lågutbildade.
- Höginkomsttagare mår bättre än låginkomsttagare.

Sammanfattning

- Blekingeborna har lägre disponibel inkomst än riket i genomsnitt, 198 112 kronor per år jämfört med riket, 220 432 kronor per år. Lägst disponibel inkomst återfinns i Sölvesborgs kommun och den högsta finns i Karlskrona kommun.
- Högsta andelen barn i ekonomiskt utsatta hushåll finns i Ronneby kommun, som dock ligger i nivå med riksgenomsnittet med 12 procent.
- I Blekinge är andelen medborgare med eftergymnasial utbildning lägre i alla åldersgrupper jämfört med riket. Förekomsten av eftergymnasial utbildning varierar mellan de olika kommunerna, där Karlskrona har högst andel högutbildade medan Olofströms kommun har lägst andel.
- I Blekinge finns en högre andel arbetslösa, öppet eller i program med aktivitetsstöd, jämfört med riket. Framför allt ses detta i åldersgruppen 18 till 24 år. Andelen arbetslösa på riksnivå har minskat de senaste tre åren.
- Blekinges senaste folkhälsorapport visar att länet ligger något lägre (8,5 poäng) än riket (8,8 poäng) när det gäller sociala relationer, och har så gjort under de tre tidigare mätningarna år 2005, 2008 och 2011. I Sölvesborg och Olofström är siffrorna lägst i länet, 8,0 respektive 8,3 poäng.
- Andelen dagliga rökare i riket och Blekinge har minskat över tid. Andelen rökare i Blekinge är dock högre än i riket, 12,1 procent för kvinnor och 9,7 procent för män. En större andel yngre kvinnor och kvinnor i åldern 41-60 år röker dagligen.
- Andelen riskkonsumenter av alkohol är störst i de grupper som har den lägsta och den högsta disponibla årsinkomsten. Det är en lägre andel Blekingebor med riskabla alkoholvanor jämfört med riket.
- Majoriteten av länets befolkning har inte använt narkotika och Blekinge redovisar en lägre användning av narkotika än i riket i övrigt.
- Riskabla spelvanor är mer än dubbelt så vanligt bland män, 4,4 procent jämfört med kvinnors 1,6 procent. Det är siffror som ligger lägre jämfört med riksgenomsnittet (män 6,2 procent och kvinnor 2,1 procent).
- I Blekinge uppger 13,8 procent att de har en stillasittande fritid, vilket är en riskfaktor för ohälsa. Motsvarande siffra i riket är 14,1 procent.
- Resultatet visar att 11,6 procent av kvinnorna och 7,0 procent av männen når målet att äta frukt och grönsaker minst fem gånger per dag. Männen dagliga intag av frukt och grönt har ökat och ligger strax över riksgenomsnittet.
- Blekinge har en något högre andel kvinnor och män med fetma.

6. Folksjukdomar, äldres hälsoproblem och vård av asylsökande personer i Blekinge

Ett ökat antal aktörer inom vården innebär en ökad komplexitet för patienterna, framför allt för patienter med komplexa sjukdomstillstånd och flera diagnoser. Patienterna kan behöva ha kontakt med flera olika specialister vilket ger landstinget en utmaning i att behålla effektiva och samordnade vårdprocesser och en samlad bild av patientens sjukdom och hälsoutveckling.

Vårdanalys beskriver i sin rapport 2015, *Sjuket engagerad*, att en allt större andel äldre gör att fler personer utvecklar kroniska sjukdomar som normalt följer av ökad ålder. Vårdanalys har, i en nulägesanalys av vården, visat på de utmaningar som vården och omsorgen, som system, har att möta i vården hos patienter med kronisk sjukdom. Kronisk sjukdom förekommer hos nästan halva befolkningen och står för en majoritet av sjukvårds- och sjukförsäkringskostnaderna.

Cancer är numera en vanligare dödsorsak än hjärt- och kärlsjukdomar bland både kvinnor och män. Samtidigt visar studier att nästan 90 procent av alla hjärtinfarkter orsakas av faktorer som går att påverka, till exempel rökning och fetma.

När det gäller Blekinge i förhållande till nationella folkhälsoproblem ser vi att Blekingeborna i större utsträckning drabbas av hjärtinfarkt, men också av cancer. Det här kapitlet ger en sammanställning av de stora folksjukdomar som är en utmaning för Blekinge framöver. Kapitlet bygger till stora delar på texter från *Tillsammans kan vi göra skillnad, folkhälsorapport Blekinge 2014*.

Några sätt att få en uppfattning om hur befolkningen mår och hälsan utvecklas över tid är att titta på medellivslängd, frånvarodagar och sjukskrivningar.

Medellivslängd

Förväntad medellivslängd vid födelsen är ett demografiskt mått som visar hur länge ett nyfött barn förväntas leva i genomsnitt, om samtliga nyfödda under sin livstid utsätts för de under perioden observerade dödsriskerna per ålder och kön. Medellivslängden ger en övergripande bild av hälsoutvecklingen i ett land och bestäms av de bakomliggande orsakerna till de dödsfall som inträffar.

I Sverige fortsätter medellivslängden att öka och år 2013 var medellivslängden 83,6 år för kvinnor och 79,7 år för män. Den viktigaste förklaringen till de senaste decenniernas ökade medellivslängd är den minskade dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar (hjärtinfarkt och stroke) främst bland äldre. Det finns skillnader i medellivslängd mellan olika län och kommuner. År 2013 var medellivslängden i Blekinge län 83,7 år för kvinnor och 79,4 år för män. Skillnaden mellan könen var till 4,3 år.

Ohälsotal

Ett sätt att få en uppfattning om hur befolkningen mår är att studera ohälsotalet. Ohälsotalet är Försäkringskassans mått på frånvarodagar som ersätts från sjukförsäkringen under en tolv månadersperiod. Det mäts i antal utbetalda dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning och sjukersättning eller aktivitetsersättning (tidigare benämnd förtidspension) från socialförsäkringen. Dagarna relateras till antal registrerade sjukförsäkrade individer i åldern 16-64 år. Den enskilt största inverkan på ohälsotalet har det antal dagar som utbetalas inom ramen för sjuk- eller aktivitetsersättning.

Ohälsotalet har minskat de senaste åren, delvis beroende på ändrade regler inom sjukförsäkringssystemet. I december 2013 var ohälsotalet i riket 26,8 medan det i Blekinge var

28,5. Det finns skillnader mellan länets kommuner, där Olofström har högst ohälsotal och Karlskrona lägst.

Sjukpenningtal

Sjukpenningtalet anger antal utbetalda dagar per år med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning eller rehabiliteringsersättning per registrerad försäkrad i åldrarna 16-64 år. År 2013 var sjukpenningtalet 8,0 i Blekinge och 8,4 i riket. Sjukpenningtalet för kvinnor i Blekinge låg på 10,2 och sjukpenningtalet för män var 5,9. Motsvarande siffror för riket var 10,8 dagar för kvinnor och 6 dagar för män. Den främsta orsaken till sjukskrivning är psykisk ohälsa i form av ångest och depression.

Stora folksjukdomar

För att kallas ett folkhälsoproblem måste hälsoproblemet finnas hos minst en procent av befolkningen och innebära allvarliga konsekvenser för befolkning och samhälle. Viktiga aspekter av problemets uppkomst bör vara kända, och förebyggande åtgärder måste ha visat sig kunna reducera problemet. Det bör också finnas någon form av hälsoekonomisk bedömning.

Hjärt- och kärlsjukdomar

Hjärt- och kärlsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken i Sverige, både hos kvinnor och hos män. Ungefär hälften av västvärldens befolkning insjuknar och dör i någon av dessa sjukdomar, där akut kranskärlssjukdom utgör en stor del. I Sverige har 12 procent av befolkningen någon hjärt- eller kärlsjukdom. Ungefär 27 000 personer vårdas varje år på sjukhus för hjärtinfarkt.

De senaste decennierna har hjärt- och kärldödligheten minskat kraftigt, och såväl insjuknad som dödsfall inträffar vid allt högre åldrar. I Blekinge drabbades 544 av 100 000 invånare i åldrarna 20-85 år av akut hjärtinfarkt år 2012. Motsvarande siffra för riket var 432 per 100 000 invånare.

Studier har visat att nästan 90 procent av alla hjärtinfarkter orsakas av faktorer som går att påverka, där rökning och höga blodfetter är de största riskfaktorerna. Även psykosociala faktorer, fetma, lågt intag av frukt och grönt och låg grad av fysisk aktivitet utgör betydande riskfaktorer.

Cancersjukdomar

Cancer är ett samlingsnamn för cirka 200 olika sjukdomar som alla har det gemensamt att celler i kroppen har börjat dela sig okontrollerat. I takt med att hjärt- och kärlsjukdomarna minskat har cancer ökat som dödsorsak. I åldrarna upp till 80 år är cancer numera en vanligare dödsorsak än hjärt- och kärlsjukdomar bland både kvinnor och män. Uppskattningsvis kommer var tredje person att få en cancerdiagnos under sin livstid. Det är betydligt fler som insjuknar i cancer än som dör i cancer. En del blir botade, andra hinner dö av någonting annat än sin cancersjukdom. Risken för att dö i cancer ökar med stigande ålder.

Bland kvinnor är insjuknande i bröstcancer vanligast, medan lungcancer ger upphov till flest dödsfall. Bland män är prostatacancer vanligast både när det gäller insjuknande och död.

Antal insjuknande kvinnor i lungcancer i Blekinge år 2012 var 35,9 kvinnor per 100 000 invånare. Det är under riksgenomsnittet på 38,1 kvinnor per 100 000 invånare. Vad gäller mäns insjuknande ligger Blekinge fortfarande över riksgenomsnittet med 59,4 män per 100 000 invånare i jämförelse med riksgenomsnittet på 40,4 män per 100 000 invånare. Siffrorna gäller för antal nya cancerfall per 100 000 personer år 2012 med diagnoserna lungcancer ospecificerad, lungcancer primär inklusive bronker och lungsäckscancer oavsett tumörtyp.

I Blekinge fortsätter antalet cancerfall att öka och fler patienter lever längre med sin cancer, vilket kräver stora resurser för att leva upp till regionalt cancercentrum syds (RCC) intentioner.

Psykisk ohälsa

Psykisk hälsa eller ohälsa är svårdefinierat och dess utbredning i befolkningen är svår att mäta, men räknas i dag ändå som ett av de stora folkhälsoproblemen i Sverige. Besvär av ängslan, oro, ångest och sömnproblem ökade under 1990-talet och början av 2000-talet.

Studier visar att cirka 25 procent av de svenska kvinnorna och 15 procent av männen har psykiatriska besvär, som till exempel oro eller ångest. Det motsvarar runt 1,4 miljoner människor.

Psykisk ohälsa har ökat de senaste decennierna och de största ökningarna finns bland unga, och i synnerhet unga kvinnor. Även statistik över sjukhusinläggningar och dödlighet talar för försämringar av de ungas psykiska hälsa.

Psykiatriförvaltningen anger i sin verksamhetsberättelse år 2014 att den psykiska ohälsan i Blekinge tydligt märks genom tillströmning av unga människor med komplexa problem och med stort behov av stöd, inte enbart från psykiatrin och habiliteringen utan också från flera olika aktörer inom och utom landstinget.

I Sverige dör cirka 1 500 personer varje år genom självmord. Samtidigt räknar man med att det går tio självmordsförsök på varje självmord. Självmord är vanligare bland män än kvinnor och vanligare bland äldre än yngre. Bland kvinnor är självmord vanligast i åldersgruppen 45-64 år, bland män i gruppen 75 år eller äldre. Statistik från 2010 visar att Blekinge har näst flest självmord i Sverige bland män, räknat per invånare i länet.

Skador

Antalet dödsfall bland barn har minskat de sista 30-40 åren, men ungefär 10 procent av alla barn uppsöker årligen en akutmottagning på grund av en skada till följd av en olycka. År 2007 var detta den främsta dödsorsaken bland barn upp till 15 år. Barn som lever under bristande socioekonomiska förhållanden löper större risk att drabbas av olyckor och dess konsekvenser.

Blekinge hade år 2007 den lägsta förekomsten av barnskador i Sverige, mätt i antal vårdade i slutenvård per 100 000 barn i åldern 0-6 år. År 2013 låg Blekinge på plats 15 av 21 gällande yttre orsaker till skador och förgiftningar bland barn 0-9 år.

Fallolyckor är den vanligaste olycksorsaken i Sverige, speciellt bland äldre personer. I Sverige dör i genomsnitt mer än tre äldre personer varje dag till följd av fallolyckor. Medicinering och balansproblem är, förutom det som kan hänföras till olyckor som att halka eller snubbla, vanliga orsaker till fallskador bland äldre. Benskörhet som ökar risken för frakturer vid fallolyckor, är vanligare bland kvinnor och ökar dessutom med stigande ålder.

I jämförelse med övriga län i landet hade Blekinge år 2007 lägst andel personer i åldern 65 år och äldre, som vårdades för fallolyckor i slutenvård. År 2013 hade Blekinge förlorat positionen och låg på 6:e plats av 21, dock fortfarande under riksgenomsnittet på 2 419 vårdade per 100 000 invånare, jämfört med riksgenomsnittets 2 629 per 100 000 invånare.

Fetma

Nära hälften av alla svenskar lider i dag av fetma eller övervikt. Mellan år 2004 och 2013 har andelen personer med fetma i Sverige ökat från 11 till 14 procent. För att identifiera övervikt och fetma används måttet Body Mass Index (BMI), som uttrycker en relation mellan längd och vikt. Ett BMI över 30 klassas som sjukdomen fetma. Högt BMI utgör en riskfaktor för att drabbas av

ett flertal olika sjukdomar och symtom, såsom värk och smärta, typ 2-diabetes, högt blodtryck, höga blodfetter, hjärt- och kärlsjukdomar och vissa cancerformer. Fetma är en av de fem största riskfaktorerna för förlorade friska levnadsår. Fetma i kombination med andra riskfaktorer, som rökning, högt blodtryck och diabetes, ökar risken för sjukdom ytterligare. I Sverige har andelen personer med fetma fördubblats sedan 1980.

Hälsa på lika villkor 2014 visar att det i Blekinge finns en högre andel medborgare med fetma (15 procent) än i riket i genomsnitt (13,6 procent). Andelen män med fetma är högst i Sölvesborg med 22,2 procent. Olofström har den högsta andelen kvinnor med fetma med 22,4 procent.

Äldres hälsoproblem

Vårdanalys redogör i sin rapport 2015, *Sjukt engagerad*, för att allt fler lever längre och med bättre livskvalitet. Detta är positivt men medför också att sjukvården och samhället måste anpassa sig till att fler hinner utveckla kroniska sjukdomar. I åldersgruppen 65 år och äldre har 85 procent minst en kronisk sjukdom och 66 procent har två eller flera. Antal personer i Blekinge 66 år och äldre uppgick i september 2015 till 34 385 personer. Detta motsvarar 22 procent av den totala folkmängden i Blekinge.

Gruppen av sköra äldre med omfattande sjukvård och omsorg kallas ofta för de mest sjuka äldre och har mer eller mindre regelbunden kontakt med primärvård, specialistvård, hemtjänst, hemsjukvård och omsorg i särskilt boende.

I rapporterna *Öppna jämförelser, Vård och omsorg om äldre 2014* samt *Patient.nu* av Håkan Eriksson, 2012, framgår att gruppen sköra äldre inte är homogen och har varierande behov, vilket innebär att de också har olika syn och förväntningar på vården och omsorgen.

De vanligaste diagnoser för personer 65 år och äldre, rangordnade utifrån de mest frekventa diagnoserna för män är hjärtinsufficiens, ischemisk kranskärlssjukdom, förmaksflimmer, cerebral infarkt och lunginflammation. För kvinnor är de vanligaste diagnoserna frakturer på lår och höft, hjärtinsufficiens, förmaksflimmer, cerebral infarkt och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL).

Ett mycket allvarligt hot utgörs av den framtida utvecklingen av demenssjukdomar. Idag har 15 procent av befolkningen som är 85 år demens. I takt med att livslängden ökar förväntas förekomsten av demens således också att öka.

Vård av asylsökande personer

Antalet asylsökande har under det gångna året ökat betydligt både inom riket och inom länet. Människor som söker asyl i Blekinge behöver, och har lagstadgad rätt till, hälso- och sjukvård. Asylboenden har öppnats med kort varsel, vilket har skapat ett ökat tryck på hälso- och sjukvården. De människor som söker asyl har ofta flytt undan krig, katastrofer, förtryck och missförhållanden, vilket skapar ett behov av en psykiatrisk vård anpassad efter denna problematik. Sjukdomspanoramata i övrigt kan också se annorlunda ut än vad sjukvården generellt är van vid, och dessa sjukdomar behöver fångas upp tidigt.

Av SKL's rapport *Ekonomirapporten, om kommunernas och landstingens ekonomi*, 2014, framgår att landstingen ersätts med statsbidrag för asylsjukvården, men enligt SKL:s undersökning täcks inte landstingens kostnader för asylsjukvård av statsbidraget.

Sammanfattning

- När det gäller medellivslängd ligger Blekinge strax över riksgenomsnittet för kvinnor och strax under riksgenomsnittet för män.
- I december 2013 var ohälsotalet i riket 26,8 medan det i Blekinge var 28,5. Det finns skillnader mellan länets kommuner, där Olofström har högst ohälsotal och Karlskrona lägst.
- År 2013 var sjukpenningtalet 8,0 i Blekinge och således något lägre än i riket (8,4). Sjukpenningtalet för kvinnor i Blekinge låg på 10,2 och sjukpenningtalet för män var 5,9. Motsvarande siffror för riket var 10,8 dagar för kvinnor och 6 dagar för män.
- Den främsta orsaken till sjukskrivning är psykisk ohälsa i form av ångest och depression.
- Hjärt- och kärlsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken i Sverige, både hos kvinnor och hos män. I Sverige har 12 procent av befolkningen någon hjärt- eller kärlsjukdom.
- I Blekinge drabbades 544 av 100 000 invånare i åldrarna 20-85 år av akut hjärtinfarkt år 2012. Motsvarande siffra för riket var 432 per 100 000 invånare.
- De senaste decennierna har hjärt- och kärldödligheten minskat kraftigt, och såväl insjuknande som dödsfall inträffar vid allt högre åldrar.
- I takt med att hjärt- och kärlsjukdomarna minskat har cancer ökat som dödsorsak.
- I åldrarna upp till 80 år är cancer numera en vanligare dödsorsak än hjärt- och kärlsjukdomar bland både kvinnor och män.
- Antal insjuknande kvinnor i lungcancer i Blekinge år 2012 var 35,9 kvinnor per 100 000 invånare. Det är under riksgenomsnittet på 38,1 kvinnor per 100 000 invånare.
- Vad gäller mäns insjuknande i lungcancer ligger Blekinge fortfarande över riksgenomsnittet med 59,4 män per 100 000 invånare i jämförelse med riksgenomsnittet på 40,4 män per 100 000 invånare.
- Studier visar att cirka 25 procent av de svenska kvinnorna och 15 procent av männen har psykiatriska besvär, som till exempel oro eller ångest. Det motsvarar runt 1,4 miljoner människor.
- Psykiatriförvaltningen anger i sin verksamhetsberättelse år 2014 att den psykiska ohälsan i Blekinge tydligt märks genom tillströmning av unga människor med komplexa problem och med stort behov av stöd, inte enbart från psykiatrin och habiliteringen utan också från flera olika aktörer inom och utom landstinget.
- Statistik från 2010 visar att Blekinge har näst flest självmord i Sverige bland män, räknat per invånare i länet.
- Blekinge hade år 2007 den lägsta förekomsten av barnskador i Sverige, mätt i antal vårdade i slutenvård per 100 000 barn i åldern 0-6 år. År 2013 låg Blekinge på plats 15 av 21 gällande yttre orsaker till skador och förgiftningar bland barn 0-9 år.
- När det gäller fallskador hos befolkningen 65 år och äldre låg Blekinge på 6:e plats av 21 år 2013, fortfarande under riksgenomsnittet på 2 419 vårdade per 100 000 invånare, jämfört med riksgenomsnittets 2 629 per 100 000 invånare.
- *Hälsa på lika villkor 2014* visar att det i Blekinge finns en högre andel medborgare med fetma (15 procent) än i riket i genomsnitt (13,6 procent). Andelen män med fetma är högst i Sölvesborg med 22,2 procent. Olofström har den högsta andelen kvinnor med fetma med 22,4 procent.
- I åldersgruppen 65 år och äldre (riket) har 85 procent minst en kronisk sjukdom och 66 procent har två eller flera.
- Hälsan hos äldre personer påverkas bland annat av den äldres livssituation.

7. Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården i Blekinge

Att stärka förtroendet för hälso- och sjukvården är viktigt av flera skäl. Människor ska känna sig trygga i mötet med vården. Ur det demokratiska perspektivet är det viktigt att invånarna uppfattar att skattepengar används på bästa möjliga sätt i vården.

I en undersökning presenterad av Vårdbarometern (resultat för 2013) anger 63 procent av Blekingeborna att de har mycket eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården i landstinget. Motsvarande resultat för riket är 60 procent. De främsta anledningarna till bristande förtroende totalt sett uppges vara:

- dålig kompetens hos läkare
- man får inte den hjälp man behöver
- olika läkare eller personer från gång till gång.

Undersökningen visar att förtroendet för sjukhusen i det egna landstinget generellt sett är högre än förtroendet för vårdcentralerna. Personer som uppger att de har ett dåligt eller mycket dåligt allmänt hälsotillstånd anger i högre utsträckning bristande förtroende, jämfört med de med bra eller mycket bra hälsotillstånd.

I Blekinge svarar 57 procent ja på frågan om vården ges på lika villkor, det vill säga att behovet av vård avgör och inget annat. Motsvarande siffra för riket är 50 procent. Det finns en skillnad mellan hur kvinnor och män svarar på frågan om vård på lika villkor. Männens anser i högre utsträckning (61 procent) än kvinnorna (53 procent) att vården ges på lika villkor. Motsvarande resultat för riket är 55 procent för män och 44 procent för kvinnor.

De tre främsta orsakerna till att vården inte ges på lika villkor är:

- socioekonomi eller ekonomiska förutsättningar
- personer som har svårt att tala för sig
- ålder.

I Blekinge instämmer 79 procent helt eller delvis i påståendet att de har tillgång till den sjukvård de behöver. Motsvarande resultat för riket är 78 procent. Det upplevda allmänna hälsotillståndet har stor betydelse för svarsmonstret. De personer som bedömer sig ha ganska dåligt eller mycket dåligt hälsotillstånd uppger i lägre utsträckning (61 procent) att de har tillgång till den sjukvård de behöver, jämfört med de som anser sig ha ett bra eller mycket bra hälsotillstånd (80 procent). För att de svarande ska uppleva att de har en bättre tillgång till sjukvård anges kortare väntetider, lättare att boka tid för läkarbesök och kortare avstånd till sjukvården.

Patients och närståendes kontakt med vården

För att kartlägga om landstinget lever upp till målet om en god hälsa på lika villkor, är det viktigt att undersöka hur befolkningen upplever sina kontakter med vården. Det är viktigt att följa vårdutnyttjandet över tid och även eventuella skillnader mellan olika befolkningsgrupper. Detta kan ge en indikation om att vården inte ges på lika villkor, vilket kan bidra till en mer ojämnt fördelad hälsa.

Kontakter med vården

Ur rapporten *Folkhälsorapport Blekinge 2014* framgår att kvinnor generellt sett nyttjar mer vård än män. Drygt hälften av kvinnorna (56 procent) och strax under hälften av männen (47 procent)

har besökt någon vårdgivare under de senaste tre månaderna. Vanligast är besök hos läkare på vårdcentral eller privatläkare, därefter kommer besök hos läkare på sjukhus. Som väntat har äldre, i större utsträckning än yngre, varit i kontakt med olika former av vård.

16 procent av befolkningen i länet har under en tremånadersperiod avstått från att söka vård, trots att de upplevt behov av det. Anledningen till att man avstått från vård varierar, men som främsta skäl anges negativa erfarenheter från tidigare besök. Andra orsaker är att man inte hade tid, att besvären gick över eller att det var för långa väntetider.

I Blekinge har Patientnämndens kontakter med patienter och närstående år 2015 resulterat i 507 registrerade ärenden och antalet ärenden har ökat med 19% från föregående år. Detta är positivt, och helt i linje med intentionerna i både patientsäkerhetslagen och lagen om patientnämndsverksamhet.

Den största gruppen ärenden rör någon aspekt av vård- och behandlingsfrågor (54 procent). Ett problem som är tydligt i åtskilliga ärenden är att en del patienter känner att de själva får ta ett alltför stort ansvar för samordning av sjukvårdsinsatser, uppföljning och nya initiativ. Negativa konsekvenser av detta är bland annat att nödvändig vård kan bli fördröjd och att telefonsamtal till vården ökar. Det ger i sin tur försämrad tillgänglighet för patienter som bättre behöver nå fram och högre arbetsbelastning för personalen.

Brister i kontinuitet och samordning ses ofta, och ibland kan detta leda till förseningar av rätt diagnos och behandling, med konsekvenser för patienten i form av högre sjukdomsburda, och för vården som behov av större resursinsatser. En viktig orsak till detta är en hög andel läkarvakanser inom vissa områden, särskilt primärvård och psykiatri, och därmed en hög andel inhyrd personal. Fast vårdkontakt utses inte tillräckligt ofta för patienter med behov av samordning, med undantag för cancervården, där särskilda kontaktsjuksköterskor utses.

Ovanstående iakttagelser om brister i kontinuitet och samordning bekräftades av en nyligen presenterad nationell utvärdering från Myndigheten för vårdanalys.

Sammanfattning

- I en undersökning presenterad av Vård barometern (resultat för 2013) anger 63 procent av Blekingeborna att de har mycket eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården i landstinget. Motsvarande resultat för riket är 60 procent.
- I Blekinge svarar 57 procent ja på frågan om vården ges på lika villkor, det vill säga att behovet av vård avgör och inget annat. Motsvarande siffra för riket är 50 procent.
- I Blekinge instämmer 79 procent helt eller delvis i påståendet att de har tillgång till den sjukvård de behöver. Motsvarande resultat för riket är 78 procent.
- Generellt sett nyttjar kvinnor i Blekinge mer vård än män. Drygt hälften av kvinnorna (56 procent) och strax under hälften av männen (47 procent) har besökt någon vårdgivare under de senaste tre månaderna.
- Patientnämndens kontakter med patienter och närstående har år 2015 resulterat i 507 registrerade ärenden och antalet ärenden tenderar att öka.
- Den största gruppen ärenden rör någon aspekt av vård- och behandlingsfrågor (54 procent).
- Ett problem som är tydligt i åtskilliga ärenden är att en del patienter känner att de själva får ta ett alltför stort ansvar för samordning av sjukvårdsinsatser, uppföljning och nya initiativ

8. Vårdkonsumtion i Blekinge

Utifrån ett medborgarperspektiv är det av intresse att undersöka den vård som länets invånare konsumerar och vilka som är de vanligaste orsakerna till att våra invånare söker hälso- och sjukvård, vilka diagnoser som är vanligast förekommande liksom vilka diagnoser som kostar mest att behandla. Dessutom är det av intresse att över tid följa hur landstinget nyttjar de vårdplatser som finns tillgängliga samt hur många vårdtillfällen respektive vårddagar vi har per år.

Vårdtillfällen och vårddagar

Av Förvaltningarnas verksamhetsberättelser i Landstinget Blekinge 2014 framgår att antalet vårdtillfällen inom slutenvården uppgick till 25 452 varav 24 116 var inom Blekingesjukhuset, 1 279 inom vuxenpsykiatri och 57 inom barn-/ungdomspsykiatri.

Antalet vårdtillfällen på Blekingesjukhuset har under 2014 ökat med 152 vårdtillfällen (0,6 %) jämfört med 2013 och antalet vårddagar med 329 (0,2 %). Av det totala antalet vårdtillfällen är det nästan 80 procent som är akuta. Den genomsnittliga vårdtiden på Blekingesjukhuset uppgår till nästan sex (5,9) dagar per vårdtillfälle. Den årliga ökningen av antalet vårdtillfällen med cirka tre procent, som har kunnat ses de senaste åren, kunde således inte ses under 2014. Om detta innebär ett trenderbrott eller om det bara är tillfälligt är för tidigt att uttala sig om.

I Blekingesjukhusets verksamhetsberättelse för 2014 framgår att av de patienter som omhändertas idag är fler äldre samt att patienterna är allt sjukare. Trots att vårdtillfällena blir kortare tenderar de att bli dyrare, till exempel på grund av införande av nya metoder, läkemedel och dyrare sjukvårdsartiklar.

Antal vårddagar inom slutenvården uppgick 2014 till 157 329 varav 142 609 var inom Blekingesjukhuset. 14 362 inom vuxenpsykiatri och 358 inom barn-/ungdomspsykiatri.

Den största diagnosgruppen inom vuxenpsykiatri är patienter med missbruk och beroende. Antalet vårdtillfällen har ökat med 18 procent sedan 2010.

Vårdplatser

Antal disponibla vårdplatser 2014 uppgick till 405 inom landstinget Blekinge varav 359 vårdplatser finns på Blekingesjukhuset och 46 vårdplatser inom psykiatri.

I landstingsdirektörens rapport 2013, *Framtidens hälso- och sjukvård* diskuteras om vi behöver öka antalet vårdplatser inom sjukhuset. Svaret som anges är; sannolikt inte. Historiskt har sjukvården mött det ökade vårdplatsbehovet genom att förändra vårdens innehåll så att antalet vårdplatser har kunnat minska.

Detta har kunnat ske genom en rad olika åtgärder såsom införandet av nya vårdmetoder som inneburit att vård som tidigare krävde inläggning på sjukhuset numer görs i dagvård, behov av operativa ingrepp har ersatts med läkemedelsbehandling och inte minst har det medicinska innehållet i hemsjukvården förändrats vilket möjliggjort att allt fler och allt sjukare kan vårdas i hemmet i stället för på sjukhuset.

I Socialstyrelsens rapport *Sjukdomar i slutenvård 1987-2007*, framgår att vårdtiderna har kunnat reduceras med mer än 25 procent de senaste tjugo åren. Exempel på minskad slutenvård är ögonsjukdomar, där reduktionen varit 77 procent och diabetesvården där slutenvården reducerats med 50 procent, trots att sjukdomen ökat i befolkningen.

I SKL's rapport 2014, *Rena fakta* framgår att antalet vårdplatser nationellt har minskat från 25 862 år 2008 till 24 600 år 2014, det vill säga en minskning med 1262 platser i hela riket på sex år (från 2,8 platser per 1000 invånare till 2,6 platser.) Vårdplatser per 1000 invånare i Blekinge är 2,64 år 2014.

I rapporten *Patient.nu* 2012, prognosticeras att den sjunkande trenden fortsätter och att ytterligare vårdplatser kommer att försvinna.

Psykiatri i Blekinge har under de senaste åren arbetat aktivt med att ändra vårdform från slutenvård till öppenvård. Det minskade antalet vårdplatser kräver ett annat sätt att arbeta. Det krävs betydligt större samverkan mellan slutenvården och främst Mellanvården som är en förutsättning för att pusslet med slutenvårdsplatser ska kunna gå ihop med det behov som finns.

Patientbesök Primärvård

Antal besök inom Hälsoval Blekinge var 2104, 459 098 varav 183 063 läkarbesök.

Primärvården redogör i sin verksamhetsberättelse 2014 för att den psykiska ohälsan är ett växande problem och behovet av kompetens inom området ökar.

Flertalet av förvaltningens vårdcentraler har under året fått en utökad eller helt ny arbetsuppgift i omhändertagandet av ett stort antal nyanlända och asylsökande. Detta ställer krav på behov av kompetensutveckling för att möta asylsökande och nyanlända.

Enligt Vårdanalys rapport 2015, *Sjukt engagerad* framgår att i åldersgruppen 65 år och äldre har 85 procent minst en kronisk sjukdom och 66 procent har två eller flera diagnoser. Ett betydande uppdrag för primärvården är omhändertagandet av patienter med kroniska sjukdomar och nedsatt funktionsförmåga.

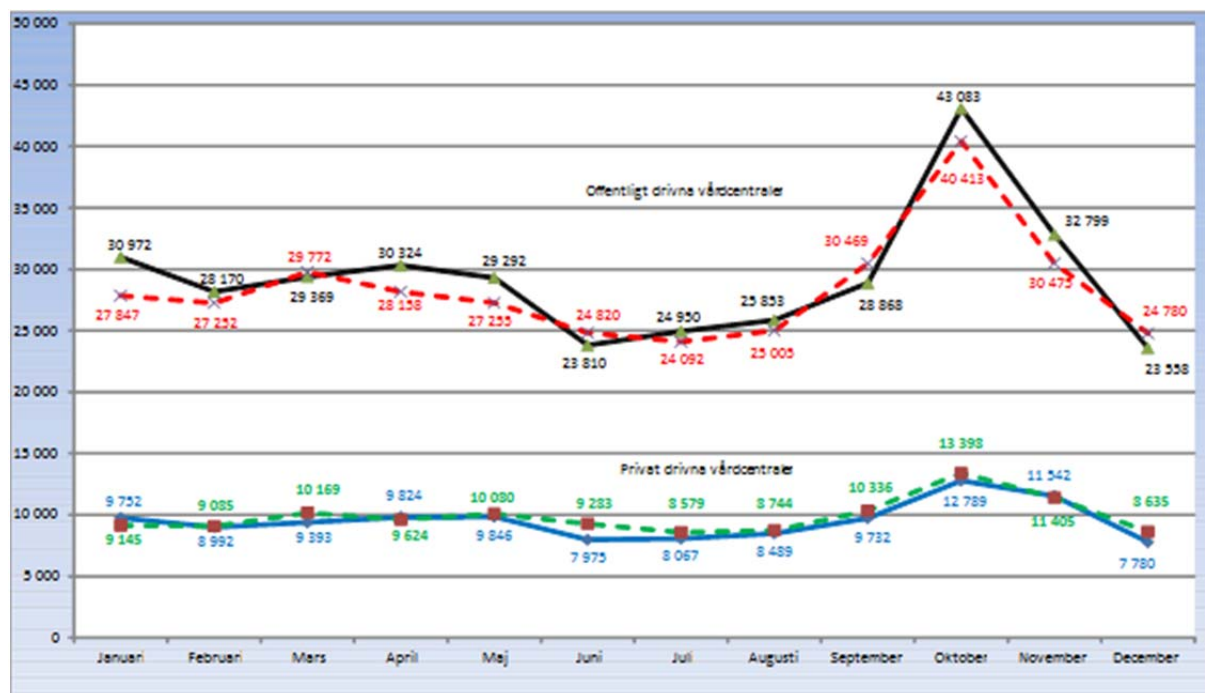
Antal besök vid vårdenheter

Antalet besökstillfällen totalt inom Hälsoval Blekinge år 2011, 2012, 2013 och 2014 uppgår till:

	<u>År 2011</u>	<u>År 2012</u>	<u>År 2013</u>	<u>År 2014</u>
Offentligt drivna vårdenheter	372 012	357 741	351 048	340 608
Privat drivna vårdenheter	97 094	109 011	114 181	118 490
Alla vårdenheter	469 106	466 752	465 229	459 098

Ovanstående antal besök är det antal besök som fanns registrerade då uppgifterna hämtades ut från landstingets uppföljningssystem. Antalet besök kan vara marginellt förändrade om antalet besök skulle hämtas ut vid ett senare tillfälle. Detta bland annat på grund av efterregistreringar av besök.

Antalet besök per månad 2013 och 2014 presenteras i nedanstående diagram. Besöken varierar per månad enligt diagrammet.



Källa: Verksamhetsberättelse 2014, Hälsovalsavdelningen

Den röda streckade linjen i diagrammet ovan avser besök 2014 vid offentligt drivna vårdenheter. Den gröna streckade linjen avser besök 2014 vid privat drivna vårdenheter. Övriga heldragna linjer avser besök 2013.

I antalet besök och besökskontakter ingår inte

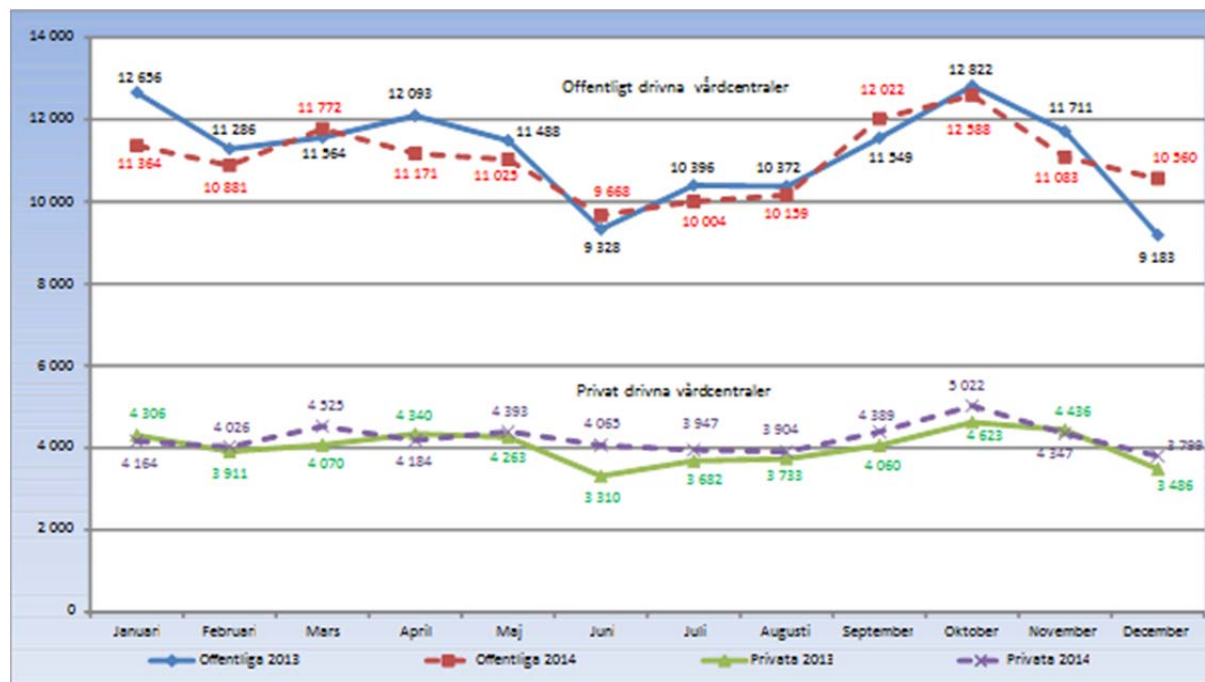
- besök vid Jourcentralerna i Karlshamn och Karlskrona (redovisas separat)
- besök hos vårdgivare på nationell taxa
- besök vid Ungdomsmottagning (ingår inte i uppdraget)
- besök vid Sårcentrum (ingår inte i uppdraget)
- besök med kontaktform fotvård (ingår inte i uppdraget)
- besök med kontaktform för BVC-besök
- besök med kontaktform medicinsk service.

Nedan presenteras antalet besök (kontakter) vid samtliga vårdenheter år 2011 till 2014.

	<u>År 2011</u>	<u>År 2012</u>	<u>År 2013</u>	<u>År 2014</u>
Arbetsterapeut	3 683	3 918	3 573	4 342
Kurator	5 130	4 362	4 287	3 929
Läkare	191 629	185 300	182 688	183 063
Psykolog	1 753	1 892	2 110	2 400
Sjukgymnast	59 629	60 976	66 699	67 174

Sjuksköterska	192 184	195 356	189 832	181 497
Övriga kategorier	16 577	16 436	16 110	18 339

Antalet läkarbesök per månad 2013 och 2014 presenteras i nedanstående diagram.



Källa: Verksamhetsberättelse 2014, Hälsovalsavdelningen

Antalet läkarbesök inom Hälsoval Blekinge per månad varierar enligt diagrammet ovan.

Det totala antalet läkarbesök för 2014 uppgår till 183 063 besök, vilket är 375 fler besök än 2013.

Antal besök vid jourcentraler

Länet har två jourcentraler som har öppet kvällar och helger när vårdenheterna inom hälsovalet har stängt. Jourcentralerna finns geografiskt placerade vid Tullgårdens/Wämö vårdcentral i Karlskrona och vid Brunnsgårdens vårdcentral i Karlshamn.

Vårdenheterna inom hälsovalet har skyldighet att bemanna jourcentralerna med läkare. Bemanningen sker utifrån hur många patienter vårdenheterna har haft förtecknade som besökt jourcentralerna under senaste året. Ju fler jourbesök av förtecknade personer vårdenheten har haft desto fler jourpass får vårdenheten ansvar för att bemanna. Övrig personal vid jourcentralerna och den länsgemensamma sjukvårdsrådgivningen finansieras av landstinget utanför hälsovalet.

Antalet läkarbesök vid jourcentralerna har minskat med 1 048 besök jämfört med 2013.

Antalet besök vid Jourcentralen i Karlskrona minskade med 773 besök jämfört med 2013 medan antalet besök vid Jourcentralen i Karlshamn minskade med 275 besök.

Patientbesök Blekingesjukhuset

Antal besök inom Blekingesjukhuset var 2014: 339 896 varav 161 568 läkarbesök.

Förvaltning:				Datum(uttag):	
Blekingesjukhuset				2015-01-20	
Läkarbesök (ack.)					
Klinik	2012	2013	2014	2014 vs 2013 (antal)	Förändring (%)
Barn- och ungdomskliniken	9143	9202	9267	65	0,7%
Geriatrisk och Palliativmedicin	471	492	40	-452	-91,9%
Infektions- och Hudkliniken	12838	12955	12513	-442	-3,4%
Kirurgkliniken	26089	27176	27699	523	1,9%
Kvinnokliniken	16083	15611	16018	407	2,6%
Medicinkliniken	32768	33683	36136	2453	7,3%
Ortopediska kliniken	22085	21505	22321	816	3,8%
Palliativmedicin	0	2	400	398	19900,0%
Rehabkliniken	1328	1683	1919	236	14,0%
Thoraxcentrum	5965	6146	6212	66	1,1%
Ögonkliniken	14993	14114	14985	871	6,2%
Öron- Näs- Halskliniken	13961	14101	14058	-43	-0,3%
Total	155724	156670	161568	4898	3,1%

Förvaltning:				Datum(uttag):	
Blekingesjukhuset				2015-01-20	
Övriga besök (ack.)					
Klinik	2012	2013	2014	2014 vs 2013 (antal)	Förändring (%)
Barn- och ungdomskliniken	3570	3944	4000	56	1,4%
Geriatrisk och Palliativmedicin	755	935	69	-866	-92,6%
Infektions- och Hudkliniken	7955	7305	6854	-451	-6,2%
Kirurgkliniken	12139	12320	12062	-258	-2,1%
Kvinnokliniken	35324	36181	36958	777	2,1%
Medicinkliniken	36890	37128	36818	-310	-0,8%
Ortopediska kliniken	4185	4794	4500	-294	-6,1%
Palliativmedicin	4	30	795	765	2550,0%
Rehabkliniken	35488	33993	36613	2 620	7,7%
Thoraxcentrum	6936	8517	8405	-112	-1,3%
Ögonkliniken	14369	14507	13738	-769	-5,3%
Öron- Näs- Halskliniken	17845	17742	17516	-226	-1,3%
Total	175460	177396	178328	932	0,5%

Källa: Verksamhetsberättelse 2014, Blekingesjukhuset

Patientbesök på akutmottagning och dagakutmottagning

Akutmottagning Karlskrona

Klinik	2012		2013		2014		Förändring
	Besök	Inlagda	Besök	Inlagda	Besök	Inlagda	Besök 13-14
Medicin/ Thorax	9429	5169	10385	5666	10937	5642	+5,3 %
Kirurgi	6637	2096	7426	2219	7881	2365	+6,1 %
Ortopedi	6291	917	7552	1091	7965	1196	+5,5 %
Kvinnosjv.	1794	369	2127	404	2014	362	-5,3 %
Infektion	885	581	1156	727	1213	772	+4,9 %
Barn&ungdom	97	54	109	61	89	55	-18,3 %
Ögon&Öron	967	117	907	122	1024	25	+12,9 %
Totalt	26100	9303	29662	10290	31159	10417	+5 %

Patientbesöken ökade 2014 med 5 % i jämförelse med 2013. Antalet inläggningar ökade med 1,2 %. Medicin- och Thoraxkliniken särredovisas inte då detta inte varit möjligt under delar av 2014.

Dagakutmottagning Karlshamn

Klinik	2012		2013		2014		Förändring
	Besök	Inlagda	Besök	Inlagda	Besök	Inlagda	Besök 13-14
Medicin	5658	2738	5093	2571	5166	2461	+1,4 %
Thorax	1763	864	1539	679	1388	635	-9,8 %
Kirurgi	4938	784	4301	741	4505	879	+4,7 %
Ortopedi	2592	156	-	-	-	-	-
Totalt	14951	4542	10933	3991	11062	3975	+1,2 %

Patientbesöken ökade 2014 med 1,2 % och inläggningarna minskade med 0,4 % i jämförelse med 2013. Observera att dagakutmottagningen genomförde nattstängning 3 september 2012 och att ortopedpatienter därefter inte handlagts på dagakutmottagningen.

Ambulansenheterens uppdrag

Ambulansenhet Karlskrona

	2012	2013	2014	Förändring 13-14
Prio 1	3645	4211	4460	+5,9 %
Prio 2	4645	5008	5326	+6,3 %
Prio 3	1892	1824	1726	-5,4 %
Totalt prio	10182	11043	11512	+4,2 %

Antalet uppdrag ökade med 4,2 %. Uppdrag prio 1+2 ökade och uppdrag prio 3 minskade.

Ambulansenhet Karlshamn

	2012	2013	2014	Förändring 13-14
Prio 1	3055	3777	4011	+6,2 %
Prio 2	4345	5289	5460	+3,2 %
Prio 3	2135	1503	1330	-11,5 %
Totalt prio	9535	10569	10801	+2,2 %

Antalet uppdrag ökade med 2,2 %. Uppdrag prio 1+2 ökade och uppdrag prio 3 minskade. Att antalet uppdrag prio 1+2 ökar och uppdrag prio 3 minskar är en nationell trend. Anledningen till detta finns det i nuläget inget entydigt svar på.

Ambulanstillgänglighet i procent för Blekinges kommuner prio 1 inom 15 minuter*

Kommun	2012	2013	2014	Förändring 2013-2014
Karlskrona	80 %	82 %	83 %	+ 1 %
Ronneby	69 %	65 %	65 %	-
Karlshamn	88 %	90 %	90 %	-
Sölvesborg	71 %	65 %	64 %	- 1 %
Olofström	70 %	60 %	64 %	+ 4 %

*Det politiskt beslutade tillgänglighetsmålet i Blekinge innebär att ambulans skall vara hos patient inom 15 minuter i 90 % av fallen vid prio 1- larm.

Operationer i Blekinge (2014)

Operationer i länet totalt (i salarna) **8 869**

Karlskrona totalt: 5 647 operationer

Slutenvårdspatienter 3 446 (61 %)

Dagkirurgiska patienter 2 201 (39 %)

Akuta patienter 2 319 (41,1 %)

Elektiva och subakuta patienter 3 328 (58,9 %)

Karlshamn totalt: 3 222 operationer

Slutenvårdspatienter 1 282 (39,8 %)

Dagkirurgiska patienter 1 940 (60,2 %)

Akuta patienter 18 (0,6 %)

Elektiva patienter och subakuta patienter 3 222 (99,4 %)

Patientbesök Psykiatri och Habilitering

I verksamhetsberättelsen 2014, Psykiatri och Rehabilitering framgår att antal besök inom vuxenpsykiatri var 65 500 varav 12 007 läkarbesök. Antal besök inom barn- och ungdomspsykiatri var 2014 11 926 varav 1 936 var läkarbesök. Antal besök inom habiliteringen var 2014 7 902 varav 870 var läkarbesök.

Den trend som märkts i Blekinge under de senaste 5-6 åren är en ökande andel pojkar/män som besöker öppenvårdspsykiatri. Andelen besök av pojkar/män har ökat med 23 procent sedan år 2009. Även inom vuxenpsykiatri ser man att andelen manliga patienter ökar såväl som inom barn- och ungdomspsykiatri där antalet pojkar som söker hjälp också ökar.

Fortfarande är det ändå flickor/kvinnor som står för merparten av besöken och är flest antalsmässigt, även om skillnaden speciellt inom vuxenpsykiatri är betydligt mindre än 2009.

Inom vuxenpsykiatri är det åldersgruppen 20-29 år som står för den största andelen av öppenvårdsbesöken (23 procent av samtliga besök). Antalet besök minskar sedan ju högre åldersgruppen är. Inom barn- och ungdomspsykiatri görs flest besök inom åldersgruppen 13-17 år, medan den största ökningen även fortsättningsvis sker i åldersgruppen 7-12 år, där pojkarna ökade sitt besöksantal mellan år 2010-2014 med 55 procent.

Den största kontaktorsaken inom vuxenpsykiatri för både kvinnor och män är oro/ångest eller nedstämdhet som står för nära 40 procent av nybesöken.

	År 2010	År 2011	År 2012	År 2013	År 2014
<i>Vuxenpsykiatri</i>					
Antal besök	56052	58315	59101	60638	65500
- varav läkarbesök	10573	10938	11066	11902	12007
Antal besök/1000 inv	368	382	387	397	429
Antal avslutade vårdtillfällen	1286	1321	1371	1403	1279
Antal vård dagar under året	22553	22567	19307	19103	14362
- varav med tvångsvård	23%	26%	21%	18%	21,5%
Antal vårdplatser per den 31/12	70	64	64	64	44
Medelvårdtid (antal vård dagar) per avslutat vårdtillfälle	15,6	17,4	13,5	13,6	13,2
Median (antal vård dagar) per avslutat vårdtillfälle	7	7	6	6	5
<i>Barn- och ungdomspsykiatri</i>					
Antal besök	11620	11150	11303	11865	11926
- varav läkarbesök	1267	1428	1579	1996	1936
Antal besök/1000 inv	76	73	74	77	78
Antal avslutade vårdtillfällen	48	37	43	49	57

Antal vårddagar under året	438	209	194	263	358
- varav med tvångsvård	11%	6%	10%	6%	2,5%
Antal vårdplatser per den 31/12	4	2	2	2	2
Medelvårdtid (antal vårddagar) per avslutat vårdtillfälle	12,8	8,9	7,0	7,9	6,3
Median (antal vårddagar) per avslutat vårdtillfälle	10	5	4	4	5
<i>Habiliteringen</i>					
Antal besök	7929	8422	7522	7617	7902
- varav läkarbesök	734	807	909	992	870
Antal besök/1000 inv	52	55	49	50	52

Källa: Verksamhetsberättelse 2014, Psykiatri och Rehabilitering

Patientbesök Folktandvården

Enligt folktandvårdens verksamhetsberättelse 2014 var antalet besök inom allmäntandvården och specialisttandvården totalt 159 728 varav 138 362 var allmäntandvård.

Antalet besök inom Folktandvården i Blekinge har inte förändrats märkbart under de senaste åren. Att antalet besök förändras beror dels på tillgången på tandläkartid, dels på vilken typ av behandlingar som görs. Är befolkningen sjukare krävs ofta längre besökstider och därmed färre. Vid friskare befolkning kan fler patienter passera med enbart en undersökning vilket tar kortare tid i anspråk och därmed fler besökstider tillgängliga.

ANTAL BESÖK	Barn 0-19 år			Vuxna 20-			Alla totalt		
	2014		2013	2014		2013	2014		2013
	December	Jan-dec	Jan-dec	December	Jan-dec	Jan-dec	December	Jan-dec	Jan-dec
Allmäntandvård	3 887	48 187	45 497	7 201	90 175	85 591	11 088	138 362	131 088
Specialisttandvård	1 145	14 059	15 131	625	7 307	7 848	1 770	21 366	22 979
Totalt	5 032	62 246	60 628	7 826	97 482	93 439	12 858	159 728	154 067

Källa: Verksamhetsberättelse 2014, Folktandvården

Folktandvården i Blekinge redogör för att antalet vuxna och äldre patienter kontinuerligt kommer att öka. Äldre har allt mer avancerade tandkonstruktioner och i vissa fall implantat jämfört med tandproteser som var vanligare tidigare. Nuvarande mer avancerade fasta konstruktioner ställer högre krav på behovet av profylax och underhåll vilket behöver uppmärksammas bland annat av kommunens omvårdnadsansvariga.

Det är också viktigt att Arbeta för att länets 19-åringar fortsätter att besöka tandvården efter sitt 20:e levnadsår. Drygt 30 procent av 19-åringarna tappar kontakten med tandvården.

9. Anställningsbehov och konkurrens om personal

Under den kommande tioårsperioden har Landstinget Blekinge ett stort rekryteringsbehov. Dagens arbetsmarknad präglas av stor rörlighet och hård konkurrens om arbetskraften. Det innebär att landstinget måste vara attraktivt att arbeta inom, till exempel genom att erbjuda goda arbets- och lönevillkor, arbetsmiljö, kultur, ledarskap och medarbetarskap, som gör att medarbetare och arbetssökande väljer att arbeta inom landstinget. Detta förutsätter att landstinget aktivt arbetar, både strategiskt och operativt, med personalfrågorna och kontinuerligt bevakar vad som sker i omvärlden inom dessa frågor.

Anställningsbehov

Landstinget står inför stora utmaningar framöver när det gäller personal- och kompetensförsörjningen. Förutsättningarna ändras allt snabbare i och med att vården utvecklas och att konkurrensen om arbetskraften blir tuffare.

Landstinget hade 4 752 anställda, varav 385 för viss tid, den sista december 2014. Antalet anställda medarbetare har ökat med 1,5-2 procent årligen de senaste åren. Personalomsättningen i landstinget, det vill säga medarbetare som lämnar landstinget, är relativt stabil över åren sett till landstinget som helhet och att betrakta som relativt normal. Variationer finns dock vad beträffar olika personalkategorier. När det gäller specialistkompetenta läkare så var den externa personalrörligheten 8,3 procent år 2013 och 9,5 procent år 2014, varav 2,6 procent berodde på pensionsavgångar. För sjuksköterskor var den externa personalrörligheten 5,8 procent år 2013 och 5,7 procent år 2014, varav 2,0 procent berodde på pensionsavgångar. Under 2014 var den externa personalrörligheten totalt i landstinget 5,8 procent, varav 2,6 procent berodde på pensionsavgångar (jämfört med 6,3 procent, varav 3 procent pensionsavgångar år 2013). Fram till år 2025 beräknas cirka 1 617 medarbetare inom Landstinget Blekinge att uppnå 65 års ålder. Av dessa kommer 846 att uppnå 65 års ålder redan år 2020.

Hälso- och sjukvård

Sjuksköterskor är landstingets största yrkesgrupp. Behovet av att rekrytera sjuksköterskor ökar och landstinget Blekinge lyckas inte i dagsläget rekrytera det antal som krävs. Bristen på sjuksköterskor är nationell och det landstinget behöver förhålla sig till är att utbildningssystemet inte kommer att kunna leverera det antal sjuksköterskor som behövs utan landstinget behöver även hitta andra möjligheter som minskar behovet av att rekrytera sjuksköterskor.

När det gäller utbildning till specialistsjuksköterska finns ett kontinuerligt behov. Behovet av specialistutbildade sjuksköterskor kommer att öka framöver på grund av en alltmer specialiserad vård.

Efterfrågan överstiger tillgången på läkare, framförallt erfarna läkare och specialistläkare, och då i synnerhet specialister i allmänmedicin och psykiatri. Läkare utbildade i annat land kommer även framöver att utgöra ett viktigt tillskott till hälso- och sjukvården.

Förutsättningarna för att rekrytera specialistläkare är i många fall mycket begränsade. Flera specialiteter har en nationell brist. I fråga om läkartillgången, bör denna i flera avseenden ses både ur ett nationellt och ur ett internationellt perspektiv. Landstingen och regionerna bör därför samarbeta kring dessa frågor. Det finns en överenskommelse mellan landstingen och regionerna att i samarbete med Sveriges kommuner och landsting, ta ett solidariskt nationellt ansvar för läkarförsörjningen.

Att landstinget i ökande grad behöver använda inhyrda läkare för att klara av att upprätthålla verksamheten i olika sammanhang är bekymrande. Det är dock ST-läkare som är den största rekryteringsbasen för landstinget, vilket innebär att det tar lång tid att minska obalansen mellan egenanställda och inhyrda läkare. För landstingets del handlar det i första hand om att vända en ökande kostnadstrend genom att hitta åtgärder som resulterar i ett minskat behov av inhyrd personal.

Även för andra yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården och tandvården, till exempel medicinska sekreterare och tandsköterskor, är det svårt att hitta sökande till tjänsterna.

Erbjudande om heltidsanställning är en faktor som gör landstinget attraktivt inför kommande rekryteringar.

Serviceverksamhet

Även inom förvaltningen landstingsservice pågår ett arbete med personal- och kompetensförsörjningen för de 76 yrken som finns inom serviceverksamheterna. Stora pensionsavgångar väntar inom främst fastighetssidan, där 65 procent kommer att lämna landstinget inom den närmaste tioårsperioden.

Praktik

För att landstinget ska kunna få utbildad personal krävs att vi är öppna och bereder studenter och praktikanter placeringar hos oss under utbildningstiden. Behovet av placeringar ökar successivt, vilket innebär att trycket på landstingets verksamheter ökar när det gäller exempelvis handledning, både utbildnings- och tidsmässigt, samtidigt som landstinget ska bedriva en vård av god kvalitet.

En grupp som också behöver nämnas är de nya invånare som kommer till Blekinge från andra länder, som har en sjukvårdsutbildning från hemlandet, och som behöver praktik och vägledning fram till en svensk legitimation. Här behövs ett samarbete mellan landsting, Arbetsförmedling och kommunerna, för att dessa personer ska kunna få förutsättningar att komma in på hälso- och sjukvårdens arbetsmarknad.

Lönebildning och lönestruktur

Lön är en viktig del i landstingets arbetsgivarvarumärke och ett styrmedel för att uppnå målen för verksamheterna. Lönepolitiken är ett viktigt styr- och ledningsinstrument och som sådant ska det bidra till att landstinget kan konkurrera med andra arbetsgivare och rekrytera, utveckla och behålla kompetenta medarbetare. Det är nödvändigt med en nära anknytning mellan arbetsinsats, verksamhetsansvar och lönesättning.

Ett konkurrenskraftigt löneläge, jämfört med andra landsting och regioner, är viktigt då konkurrensen om medarbetarna ständigt ökar. Det handlar om en avvägning mellan värdet av att vara en attraktiv arbetsgivare och att ha en långsiktigt hållbar ekonomi.

Landstingets arbetsgivarvarumärke

Generellt gäller att landstinget Blekinge i ännu högre grad än i dag kommer att behöva kunna presentera ett starkt arbetsgivarerbjudande både till potentiella framtida medarbetare, och till de som redan är anställda. Genom att erbjuda en attraktiv kombination av god introduktion, intressant arbetsinnehåll, bra arbetsmiljö, gott ledarskap, trivsel och samarbete, utbildnings- och utvecklingsmöjligheter och konkurrenskraftiga löner och villkor skapas en attraktiv arbetsgivare.

Att aktivt arbeta med sitt arbetsgivarvarumärke är att långsiktigt säkerställa att det finns rätt kompetens.

För att kunna attrahera och behålla medarbetare med den kompetens som landstinget behöver krävs ett målmedvetet arbete med arbetsgivarvarumärket. Arbetet behöver göras såväl internt som externt. Vägledande strategier för arbetet med att bygga ett starkt arbetsgivarvarumärke är: ledarskap, kultur, marknadsföring och kommunikation. Det råder stor konkurrens om arbetskraften och det är därför viktigt att landstinget aktivt och planerat kommunicerar fördelarna med att arbeta i Landstinget Blekinge och även med att bo och leva i Blekinge.

Aktivitetsplan

Mål	Delmål	Vad skall vara gjort?	Prio 1-3	Ansvar
En långsiktig plan för perioden 2016 – 2025 ska verkställas				Landstingets ledningsgrupp (LLG)
	Programmet har startat och arbetsgrupper och ansvariga är utsedda		1	
		Informerat berörda chefer och utsett ansvariga och arbetsgrupper	1	FörvaltC (FC) Direktörer (Dir)
		Informerat aktivitetsansvariga och arbetsgrupper	1	FC, Dir, Programled (PL)
		Verifierat resursåtgång med utsedda medarbetare	1	PL
		Verifierat detaljerad tidsplan med aktivitetsansvariga	1	PL
Landstinget Blekinge har utvecklat och bedriver närsjukvård				
	Den närsjukvård som skall bedrivas i Landstinget Blekinge är definierad och ansvarsfördelningen är tydlig		1	
		Identifierat och analyserat vilka patienter som har behov av att vårdas ofta och/eller nära <ul style="list-style-type: none"> - Identifierat mångbesökare - Identifierat diagnoser som föranleder många sjukvårdskontakter - Identifierat särskilda behovsgrupper ex beroendeproblematik - Identifierat diagnosgrupper i behov av nära vård ex multisjuka äldre 	1	PL

		Identifierat eventuella skillnader i individers sjukvårdsbehov i östra respektive västra delen av Blekinge	1	PL
		Definiera begreppet närsjukvården Blekinge i framtidens hälso- och sjukvård	1	Plan dir (PD)
		Identifierat de aktörer som berörs av närsjukvårdskonceptet	1	PL
		Beskrivit vilken specialiserad öppenvård som skall erbjudas i Karlskrona respektive Karlshamn	2	FC Psyk, BLS, Primärv samt Folktv.
		Klargjort ansvaret för respektive aktörer inom närsjukvården samt prövat ansvarsfördelningen.	2	FC Psyk, BLS, Primärv, Folkvandv.
	Stödprocesserna är utformade för närsjukvården		2	
		Utrett behovet av röntgen, laboratorietjänster och övrig medicinsk servicenivå mot bakgrund av närsjukvårdsuppdraget	2	FC Psyk, BLS, Primärv samt Folkvandv
		Utrett behovet av vårdnära servicetjänster	3	FC Lt serv (LtS)
		Utrett möjlighet till samlokalisering av närsjukvårdsverksamhet utifrån ett patientperspektiv	3	PL
	Närsjukvårdsuppdraget är under genomförande		3	
		Initierat genomförande av närsjukvård	3	FC
Landstinget Blekinge har koncentrerat viss vård				
	Den vård som bör koncentreras är väldefinierad och konsekvenser är beskrivna		2	
		Identifierat de aktörer som kan beröras av koncentration av vård	2	PL
		Utrett vilken vård som bör koncentreras till sjukhusområdet i	2	Samtliga FC

		Karlshamn respektive Karlskrona		
		Utrett vilken vård som bör koncentreras inom landstingets samtliga förvaltningar (utanför sjukhusområdena)	2	Samtliga FC
		Beskrivit konsekvenser för de patienter som kommer att beröras av utvecklingen av den koncentrerade vården - Beaktat diagnosgrupper, antal patienter och ålder - Beaktat tillgänglighet - Beaktat patientsäkerhet	2	PL
		Belyst vad den koncentrerade vården innebär för verksamheterna	2	FC BLS, Psyk, Tandv samt Primärv (?)
	Behovet av vårdplatser är kartlagt		1-3	
		Utrett behovet av vårdplatser på längre sikt	3	FC BLS samt Psyk
		Utrett dimensionering av operationssalar	2	FC BLS
		Utrett behovet av postoperativa vårdplatser i Karlshamn resp. Karlskrona	3	FC BLS
		Utrett behovet av intensivvårdsplatser	3	FC BLS
		Utrett behovet av alternativa vårdplatser för specifika patientgrupper t ex patienthotell eller lättvård	1	PL
		Identifierat vilka patienter som kan bli föremål för direktinläggning samt fastställa regelverk	1	FC BLS, Psyk samt Primärv
	Stödprocesserna är utformade för den koncentrerade vården		2	
		Utrett behovet av röntgen, laboratorietjänster och övrig medicinsk servicenivå mot bakgrund av uppdraget för koncentrerad vård	2	FC Psyk, BLS, Primärv samt Tandv (alt PL)
		Utrett behovet av vårdnära servicetjänster	3	FC LtS

		Utrett vilken koncentrerad vård som av specifika skäl måste samlokaliseras på Blekingesjukhuset i Karlshamn respektive i Karlskrona	3	FC BLS samt Psyk
	Konsekvenser för patienttransporterna är beskrivna		3	
		Utrett dimensionering av ambulanser	3	PL
		Utrett uppdraget för samt dimensionering av sekundärtransportorganisation.	3	PL
		Utrett eventuellt behov av övrig patienttransport- organisation samt fastställt ansvar tillsammans med andra aktörer	3	PL
	Lokalbehovet är fastställt		3	
		Gjort en samlad bedömning kring behovet av framtida vårdlokaler utifrån förslag som utformats för närsjukvård och koncentrerad vård samt utifrån en fastighetsekonomisk bedömning	3	FC LtS
	Koncentration av vård är under genomförande		3	
		Initierat genomförande av koncentrerad vård	3	FC
Lokal, regional och nationell vårdssamverkan är beskriven				
	Etablerad samverkan med kommuner och andra regioner/landsting		1	
		Involverat ansvariga för kommunal vård och omsorg i arbetet med utformningen av närsjukvård samt avancerad vård	1	PD
		Identifierat den hälso- och sjukvård och de diagnosgrupper som kommer att omfattas av koncentrationen av den högspecialiserade vården inkl. cancervård och traumavård (externa beslut)	2	PD samt Utvecklingsdirektör (Utv D)

		Utrett vilken vård som bör utföras i landstinget Blekinge eller i annat landsting/region	2	PD samt Utv D
		Träffat en överenskommelse med Region Skåne kring det akuta omhändertagande av Blekingepatienter	1	PD
		Etablerat en formell arena för dialog med andra landsting/regioner avseende utvecklad vårdssamverkan	2	PD samt Utv D
		Beskrivit konsekvenser för de patienter som kommer att beröras av vidareutvecklingen av den koncentrerade högspecialiserade vården samt annan specialiserad vård <ul style="list-style-type: none"> - Beaktat diagnosgrupper, antal patienter och ålder - Beaktat tillgänglighet - Beaktat patientsäkerhet 	3	PL
		Vidareutvecklat den öppna hälso- och sjukvårdsverksamheten för barn- och unga i samverkan mellan kommun och landsting	3	PD
Nya arbetssätt och roller är under införande				
	Skapat arena för dialog kring framtidsfrågor i vården		1	
		Genomfört återkommande dialoger med medarbetare kring framtidsfrågor för att fånga de innovativa idéerna	2	PD
		Genomfört återkommande dialoger med externa intressenter och intresseorganisationer kring framtidsfrågor i vården	2	PL
	System för uppdrags- och ansvarsfördelning för de olika aktörerna är utvecklat		2	
		Utvecklat ledningssystemet för vårdnära styrande beslut och dokument samlat i ett gemensamt system enl t ex Jönköpingsmodellen. Ledningssystemet ska fungera	2	PD

		som beslutsstöd och skall bidra till konsensus kring uppdragsfördelning mellan öppen och sluten vård		
	Gemensamma patient - processer är fastställda		2	
		Initierat att kartläggning och vidareutveckling sker av patientprocesser kring utvalda patientgrupper i framtidens hälso- och sjukvård. Processerna kan beskrivas utifrån såväl den planerade som den oplanerade patienten	2	Utv D
		Genomfört kunskaphöjande insatser angående personcentrerad vård.	3	PD alt Utv D
	Behovet av kompetens är tydliggjort och strategi för att överbrygga kompetensgapet är framtaget		3	
		Utrett vilka kompetenser som krävs för framtidens hälso- och sjukvård	3	Personaldirektör (PED)
		Strategi för att överbrygga kompetensgapet är framtaget	3	PED
		Identifierat och implementerat strategier för det framtida ledarskapet	3	PED
		Utrett konsekvenser av koncentration av högspecialiserad vård ur ett kompetensperspektiv (externt beslut)	3	FC BLS samt Psyk
	Mobila arbetssätt är implementerade		1-3	
		Identifierat pågående och möjliga mobila arbetssätt	1	PL
		Startat pilotprojekt för att utveckla mobila arbetssätt	1	FC samtliga
		Identifierat ”vad är avancerad vård i hemmet”	1	PD
		Identifierat de aktörer som berörs av ASIH	1	PD
		Utvecklat och implementerat avancerad sjukvård i hemmet (ASIH)	1	FC BLS

		Uppdraget för bedömningsbilar är anpassat till nya förutsättningar	3	PL
		Implementerat mobila arbetssätt	3	FC
	Digitala arbetssätt i vården tillämpas		2	
		Utvecklat och implementerat nya medicintekniska, hälsotekniska och digitala lösningar i vården	2	FC LtS och Utv dir
		Integrerat det pågående arbetet med Nationell eHälsa (strategin om tillgänglig och säker information inom vård och omsorg) i arbetet med framtidens hälso- och sjukvård	2	PL
		Integrerat det pågående arbetet med framtidens vårdinformationssystem (VIS) i arbetet med framtidens hälso- och sjukvård inkl. verksamhetsutveckling – strukturerad vårddokumentation	2	PL
		Kopplat arbetet med ”Framtidens hälso- och sjukvård” med innovationsplattformen SICAHT – Swedish Innovation Center for Applied Health Technology för utveckling av området ”Digital hälsa”	2	PL