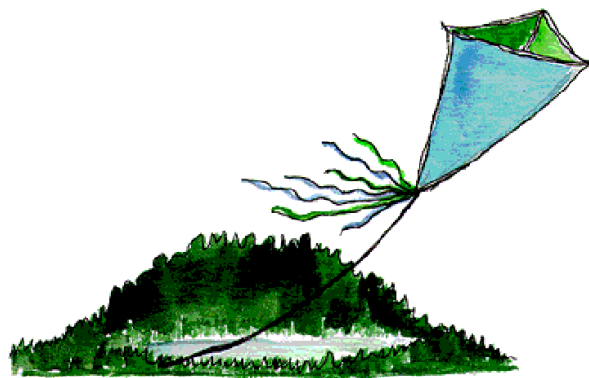


# BEHOV AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRD I BERGSLAGEN

2010

## BILAGAN



*Bergslagssamverkan*



# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
URVAL AV SJUKDOMAR OCH SJUKDOMSGRUPPER	7
Statistikkällor	7
Dödlighet	7
Cancer incidens	7
Vårdade i slutenvård	8
Återstående medellivslängd	8
Hjärtinfarktregistret	9
PROGNOSER	9
Allmänt	9
Grunderna för SCB:s befolkningsprognoser	10
Befolkningsunderlag i kommuner och landsting 1984, 1989 och 1994 samt prognoser för 2000, 205 och 2010.	11
BAKGRUNDSUPPGIFTER	12
Återstående medellivslängd	12
Upplevt allmänt hälsotillstånd	12
Utbildningsnivå	13
BEHOV AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRD 2010 I BERGSLAGEN	14
Bröstcancer	14
Prostatacancer	16
Lungcancer	18
Diabetes	21
Cirkulationsorganens sjukdomar	23
Ischemisk hjärtsjukdom	25
Akut hjärtinfarkt	27
Stroke	31
Kronisk bronkit, emfysem och astma	33
Skador och förgiftningar	35
Höftfrakturer	37
Själv mord	38
Alkoholrelaterade sjukdomar	39
Allergi/överkänslighet	41
Psykiska sjukdomar	42
Psykiska symtom och besvär	43
Rörelseorganens sjukdomar och besvär	44
Besvär från nedre delen av ryggen	45
Besvär från olika delar av rörelseorganen	46
Sista levnadsåret	47
RISKFAKTORER	48
Rökvanor	48
Övervikt	48
Alkoholmissbruk	49
DIAGRAM OCH TRENDER FÖR OLIKA SJUKDOMSGRUPPER	51
SJUKVÅRD - IT	105
LÄKEMEDELSUTVECKLINGEN	108



## **INLEDNING**

Denna bilaga är ett underlag till utredningen om hälso- och sjukvårdsbehov i Bergslagen. Rapporten i sin helhet består av två delar; en sammanfattning med tonvikt på behovsanalyser för 2010 samt denna bilaga med uppgifter om värden och trender för de sju kommunerna i Bergslagen, kommentarer till behovsanalyserna och utförligare förklaringar samt två delrapporter om den förväntade medicinteknologiska utvecklingen. I den sammanfattande rapporten finns hänvisningar till denna bilagas avsnitt.

Kenneth Berglund, epidemiolog vid samhällsmedicinska enheten i Landstinget Västmanland, har ansvarat för framtagande och bearbetning av det statistiska materialet.



# URVAL AV SJUKDOMAR OCH SJUKDOMSGRUPPER

I sammanställningen återfinns de vanligaste sjukdomar och sjukdomsgrupper som finns redovisade i offentlig statistik rörande dödlighet, cancersjuklighet och antal vårdade på sjukhus. De senare måttet är det enda tillgängliga som mäter sjukdomsförekomst i befolkningen och där det finns ett enhetligt sätt inom sjukvårdverksamheterna att registrera information. Många sjukdomar är oftast av mindre allvarlig karaktär men de vållar totalt sett stor ohälsa, sjukvårdskonsumtion och sjukfrånvaro men dessa kan inte redovisas eftersom de offentliga registren inte täcker befolkningens kontakter med primärvården och den öppna vården vid sjukhusen.

Användningen av offentliga register vid beskrivning av ohälsa i olika former har en stor nackdel, eftersom det blir en lång eftersläpning tidsmässigt innan samtliga landsting rapporterat in sina uppgifter och de centrala myndigheterna har gjort erforderliga kvalitetskontroller. Från och med 1997 har ett nytt klassifikationssystem för diagnoser (ICD 10) införts i Sverige vilket ytterligare bidragit att försena statistikproduktionen eftersom det föreligger svårigheter att jämföra med uppgifter i den tidigare klassifikationen, samtidigt som kvaliteten i lämnade uppgifter är sämre eftersom uppgiftslämnarna också är ovana med det nya klassifikationssystemet.

## Statistikkällor

### Dödlighet

Definition: Antal döda per 10 000 invånare, glidande 5-årsmedelvärden.

Beräkningssätt: Direkt åldersstandardiserade dödstal, 1970-års befolkning som standardpopulation, män och kvinnor är beräknade var för sig. Dödstalen är beräknade som glidande 5-årsmedelvärden, vilket innebär att 1982 års dödstal är ett medelvärde av dödstalen för 1980-84 osv. Om observerat och förväntat antal döda är mindre än 5 under 5-årsperioden redovisas inget dödstal.

Period: 1984 (medeltal för 1982-86), 1985 (1983-87).....1994 (medeltal för 1992-96)

Samtliga dödsorsaker; Tumörer (140-239), Lungcancer (inkl. luftstrupe och bronk) (162), Bröstcancer (174), kvinnor; Prostatacancer (185), män, Diabetes (250 inkl. bidragande diagnos), Cirkulationsorganens sjukdomar (390-459), Ischemisk hjärtsjukdom (410-414) Hjärtinfarkt (410), Stroke (430-438); Bronkit, emfysem, astma (490-493, 496), Skador och förgiftningar (800-999), Själv mord eller ovisst (E950-959+E980-989) och Alkoholrelaterade sjukdomar (291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571, E860, E980 + 980 inkl bidragande diagnos)

### Cancer incidens

Definition: Cancer incidens/10 000 invånare, åldersstandardiserade värden (enbart maligna tumörer)

Beräkningssätt: Antal nya cancerfall per 10 000 inv., direkt åldersstandardiserade tal. 1970 års befolkning, män, kvinnor är standardpopulation Enbart maligna tumörer med.

Glidande 5-årsmedelvärden har beräknats vilket innebär att ex vis värdet för 1990 baseras på ett genomsnitt av 1988-92.

Period: 1984 (1982-86), 1985 (1983-87)..... 1994 (1992-96).

Källa: Cancerregistret

\* Cancer incidens redovisas för följande lägen, inom parentes redovisas motsvarande kod enligt ICD-7.

Alla lägen , män, kvinnor (140-209)

Lungor, män, kvinnor (162,1)

Bröst, kvinnor (170)

Prostata, män (177)

### **Vårdade i slutenvård**

Definition: Antal vårdade personer inom akutsomatisk vård per 10 000 inv.

Beräkningssätt: Antal vårdade inom akutsomatisk vård per 10 000 inv. Direkt åldersstandardiserade värden, 1970 års befolkning är standardpopulation. Glidande 5-årsmedelvärden har beräknats, således är år 1992 års värde ett medeltal för åren 1990-94.

Period: 1989(medelvärde för åren 1987-91) -1994(medelvärde för 1992-96).

Källa: Patientregistret, EpC/ Socialstyrelsen.

Anmärkning: Den snabba omstruktureringen av vården och kommunaliseringen av äldreomsorgen har försvårat möjligheterna att tolka data från den landstingskommunala slutenvården. Observera att indikatorn i första hand är ett mått på vårdutnyttjande och inte ett mått på sjukdomsförekomst.

Diagnoser: Män och kvinnor när inget annat anges. ICD9-kod (sv. vers. ) inom parentes.

Samtliga diagnoser; Tumörer (140-239), Cancer i magsäck (151), Lungcancer (inkl. luftstrupe och bronk) (162), Bröstcancer (174), kvinnor, Prostatacancer (185), män; Diabetes (250, 337B, 357C, 362A, 713E inkl. bidragande); Cirkulationsorganens sjukdomar (390-459), Ischemisk hjärtsjukdom (410-414), Hjärtinfarkt (410); Stroke (430-438); Bronkit, emfysem, astma (490-493), Skador och förgiftningar (800-999), Själv mord eller ovisshet (E950-E959), Alkoholrelaterade sjukdomar (291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571, E860, E980 + 980 inkl bidragande diagnos).

### **Återstående medellivslängd**

Indikatornamn: Återstående medellivslängd

Definition: Förväntad återstående medellivslängd , glidande 5-årsmedelvärden.

Beräkningssätt: Utifrån varje års dödlighet har den förväntade medellivslängden beräknats. Medellivslängden har beräknats som glidande 5-årsmedelvärden, vilket innebär att 1982 års medellivslängd är ett medelvärde av medellivslängden för 1980-84 osv.

Period:1984 (medeltal för 1982-86), 1985 (1983-87).....1994 (medeltal för 1992-96)

Källa: SCB, Programmet för befolkningsstatistik,

## **Hjärtinfarktregistret**

Hjärtinfarktregistret skapades 1996 genom sambearbetning av patientregistret för slutenvård och dödsorsaksregistret. Hjärtinfarktregistret omfattar samtliga personer som haft akut hjärtinfarkt enligt rapporteringen till patient- eller dödsorsaksregistret. För att en person skall ingå i hjärtinfarktregistret krävs att ett giltigt personnummer har noterats i minst ett av registren och att akut hjärtinfarkt därvid finns registrerad som diagnos.

## **PROGNOSER**

### **Allmänt**

Grundmaterialet för prognoserna är hämtade från: Hur mår Sverige?, som är en databas upprättad vid Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen. Flertalet variabler som speglar tidstrender har byggts upp kring femårsmedelvärden, vilket betyder att värdet för år 1992, är ett aritmetiskt medelvärde av värdena för vart och ett av åren 1990 - 94. En tidstrend som omfattar åren 1989 -94 innehåller således observationer från perioden 1987 - 96. Genom att använda femårsmedelvärden kommer effekter av tillfälliga fluktuationer att reduceras och trendutvecklingen bli mindre ”svajig” men i gengäld blir observationsperioden kortare. Vid upprättande av prognoser bör man ha långa tidsserier, där kvaliteten på data skall vara densamma under hela observationsperioden. Den ideala situationen är att trenden beskriver ett rätlinjigt förlopp, vilket medför att prognoser kan framställas med enkel regressionsanalys. I de fall kurvan under observationsperioden har kraftigt ökande eller minskande förlopp kan det leda till att prognosvärdena, om de ligger långt fram i tiden, kommer att överskatta respektive underskatta det prognostiska värdet såvida inte transformationer eller andra regressionsanalysmetoder (t ex Poisson regressionsanalys) används.

Prognoserna har av naturliga skäl en tendens till att bli sämre ju längre fram i tiden de skall beskriva. Även befolkningsprognoserna som ligger till grund för beräkningen av den framtida dödligheten eller sjukligheten blir osäkrare ju längre fram i tiden man vill prognosticera, eftersom förändrade dödsrisker och strukturella förändringar, som företagsnedläggningar eller nyetableringar, tillgång till bostäder etc, gör att prognoserna blir osäkra på kommunnivå. Eftersom flera av Bergslagskommunerna har ett litet befolkningsunderlag blir de extra känsliga för strukturella förändringar. Sjuklighet och dödlighet är mest förekommande bland äldre, som i mindre utsträckning än yngre är flyttningsbenägna vilket torde medföra att prognoserna ändå blir av god kvalitet. En annan faktor som kanske mer än något annat påverkar prognoserna, när det gäller sjuklighet och framförallt mortalitet, är nya landvinningar inom medicinsk teknologi och farmaka, som medför att vårdkonsumtion och sjuklighet kommer att förändras, vilket i sin tur bidrar till att minska dödsriskerna i olika åldrar. Kommentarer rörande dessa möjligheter kommer att ges i anslutning till prognoserna i sammanfattningen.

Prognoserna kommer att grundas på incidensen (insjuknandetalen och mortaliteten) för den senaste femårsperioden i observationsserien (femårsmedelvärdet) och en

framskrivning kommer att göras med utgångspunkt från SCB:s befolkningsprognoser för respektive kommun. Prognoser kommer att redovisas för antalet döda respektive vårdade på sjukhus för åren 2005 och 2010.

## **Grunderna för SCB:s befolkningsprognoser**

Prognosen har framställts med utgångspunkt från ålders- och könsfördelningen 31/12-98. Åldersklasserna är 0,1,2 ...,105-. Dödlighet och fruktsamhet är anpassade med hjälp av de fem senaste årens observationer i sin utgångsnivå. Dödlighet och fruktsamhet kommer därefter att antas följa samma utveckling som för riket. För kommunerna kommer strömmarna av in- och utflyttning för de senaste fyra åren (1995-98) att utgöra grunden för antaganden om den framtida omflyttningen.

I detta arbete kommer incidenstalen för olika sjukdomar för det sista året i tidstrenden att användas vid framskrivningen till 2005 respektive 2010. Detta innebär att de siffror som redovisas enbart kommer att påverkas av den förändrade ålderssammansättningen i populationen. I anslutning till tabellerna och figurerna kommer kommentarer att ges om vad som förväntas påverka incidensen och mortaliteten i olika sjukdomar till följd av utvecklingen inom den medicinska teknologin under perioden fram till år 2010.

## Befolkningsunderlag i kommuner och landsting 1984, 1989 och 1994 samt prognoser för 2000, 2005 och 2010.

		1984	1989	1994	2000	2005	2010
<b>Skinnskatteberg</b>	<b>M</b>	2734	2711	2684	2405	2199	2034
	<b>K</b>	2552	2600	2580	2313	2110	1978
	<b>Totalt</b>	5286	5311	5264	4718	4309	4012
<b>Norberg</b>	<b>M</b>	3298	3271	3330	3205	3395	3564
	<b>K</b>	3253	3310	3319	3119	3267	3414
	<b>Totalt</b>	6551	6581	6649	6324	6662	6978
<b>Fagersta</b>	<b>M</b>	7088	6847	6740	5955	5213	4727
	<b>K</b>	7111	6965	6843	5999	5260	4701
	<b>Totalt</b>	14199	13812	13583	11954	10473	9428
<b>U-län</b>	<b>M</b>	128346	128381	130584	123626	120274	116677
	<b>K</b>	127345	128129	131168	125991	121033	116994
	<b>Totalt</b>	255691	256510	261752	249617	241307	233671
<b>Smedjebacken</b>	<b>M</b>	6839	6759	6572	5973	5609	5211
	<b>K</b>	6489	6457	6355	5850	5487	5076
	<b>Totalt</b>	13328	13816	12927	11823	11096	10287
<b>Hedemora</b>	<b>M</b>	8544	8351	8552	8039	7910	7772
	<b>K</b>	8444	8317	8498	8064	7860	7641
	<b>Totalt</b>	16988	16668	17050	16105	15770	15413
<b>Avesta</b>	<b>M</b>	12554	12256	12031	11238	10886	10484
	<b>K</b>	12763	12520	12245	11363	10935	10472
	<b>Totalt</b>	25313	24776	24296	22601	21821	20956
<b>Ludvika</b>	<b>M</b>	14995	14480	14052	13171	12596	12010
	<b>K</b>	15250	14854	14445	13476	12852	12166
	<b>Totalt</b>	30245	29334	28497	26645	25448	24176
<b>W-län</b>	<b>M</b>	142156	142862	145049	140227	138934	137628
	<b>K</b>	142957	143805	146154	141498	139762	137759
	<b>Totalt</b>	285113	286667	291205	281725	278696	275387

Sammanställningen av befolkningsunderlaget vid olika tidpunkter visar att samtliga kommuner utom Norberg kommer att minska befolkningsmässigt fram till år 2010. Samtidigt som befolkningen minskar blir det en förskjutning mot högre åldrar. Prognoserna pekar på att antalet äldre (över 75 år) kommer att vara ungefär detsamma år 2010 som idag, men antalet personer i åldern 0 - 64 år kommer att minska och antalet 65 - 74 åringarna kommer att öka något.

## BAKGRUNDSUPPGIFTER

### Återstående medellivslängd

Återstående medellivslängd vid 0 år, män och kvinnor, 1984-94. (5-årsmedelvärden\*)

	Män	Kvinnor
Skinnskatteberg	75,3	79,7
Norberg	78,0	79,2
Fagersta	73,3	80,2
Övriga U-län	<b>75,8</b>	<b>80,7</b>
Hela U-län	<b>75,7</b>	<b>80,6</b>
Smedjebacken	75,2	79,7
Hedemora	75,6	81,2
Avesta	74,7	79,9
Ludvika	74,9	79,2
Övriga W-län	<b>75,8</b>	<b>80,5</b>
Hela W-län	<b>75,6</b>	<b>80,3</b>
Riket	<b>75,8</b>	<b>80,8</b>

**Kommentar till tabell ovan och diagram sidorna 51 - 52.**

Samtliga kommuner har en återstående medellivslängd från födseln som är lägre än rikets siffror för 1994, med undantag för männen i Norberg. Anmärkningsvärt är den lilla skillnad som föreligger i återstående medellivslängd mellan män och kvinnor i Norberg jämfört med den stora skillnad som finns i grannkommunen Fagersta. I övriga kommuner är skillnaden mellan kvinnors och mäns förväntade medellivslängd från födseln mellan 4,3 och 5,6 år. Beträffande tidstrenderna från 1984 så visar kommunerna i stort sett samma utveckling som landstingen respektive riket med undantag för männen i Norberg, som ökade sin medellivslängd kraftigt från 1990 fram till 1994.

### Upplevt allmänt hälsotillstånd

**Dalarna** Hur vill Du beskriva Ditt allmänna hälsotillstånd? *"Mår bra, känner mig (så gott som) alltid frisk och pigg", "Mår ganska bra för det mesta", "Mår inte så bra, känner mig krasslig då och då", "Mår ofta dåligt, känner mig ofta krasslig"*

De personer som besvarat ett av de två sista svarsalternativen anses ha ett dåligt hälsotillstånd.

**Västmanland** Hur bedömer Du Ditt hälsotillstånd för närvarande? Är det...  
*"Mycket bra", "ganska bra", "varken bra eller dåligt", "ganska dåligt", "mycket dåligt".*

De personer som besvarat ett av de två sista svarsalternativen anses ha ett dåligt hälsotillstånd.

### Andelen i befolkningen 20 – 64 år som rapporterar att de har ett ganska eller mycket dåligt hälsotillstånd

	%	1998	2010
Skinnskatteberg	24	675	525
Norberg	21	725	875
Fagersta	22	1575	1125
<b>Västmanland</b>	<b>21</b>		
Smedjebacken	17	1175	950
Hedemora	16	2025	1825
Ludvika	19	2850	2475
Avesta	18	1600	1525
<b>Dalarna</b>	<b>16</b>		

Av tabellen framgår att cirka 20 % av befolkningen i åldern 20 – 64 år upplever sig ha ett dåligt hälsotillstånd. U3- och W4-kommunerna avviker inte särskilt mycket från respektive län. Den något högre andelen svarande med dåligt hälsotillstånd i Dalarna kan bero på att frågorna formulerats något olika i de två undersökningarna men framförallt på svarsalternativens utformning. I dalaenkäten finns endast fyra svarsalternativ mot fem i den västmanländska enkäten, där det femte svarsalternativet var varken bra/dåligt hälsotillstånd.

### Utbildningsnivå

Uppgifterna gäller 1998 och är hämtade från SCB:s Utbildningsregister.

### Andelen med eftergymnasial utbildning i åldern 20-74 år

	<b>Kvinnor</b>	<b>Män</b>
	%	%
Skinnskatteberg	17,9	12,3
Norberg	16,5	12,5
Fagersta	16,7	12,9
<b>Västmanland</b>	<b>19,5</b>	<b>21,1</b>
Smedjebacken	15,0	12,2
Hedemora	19,0	14,9
Ludvika	18,5	17,8
Avesta	15,8	12,9
<b>Dalarna</b>	<b>16,6</b>	<b>19,4</b>
<b>Riket</b>	<b>22,4</b>	<b>24,8</b>

Andelen invånare i åldern 20 – 74 år med eftergymnasial utbildning är lägre i Västmanland och Dalarna jämfört med riket. Kvinnorna har genomgående en högre andel med eftergymnasial utbildning. Männerna och kvinnorna i U3 och W4 har en lägre andel med högre utbildning jämfört med respektive län.

# BEHOV AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRD 2010 I BERGSLAGEN

## Bröstcancer

Mortalitet (Antal döda per 10 000 invånare, femårsmedelvärde) och genomsnittligt antal döda i bröstcancer per år under åren 1992-1996 och prognos för antalet döda 2005 och 2010.

	Döda/ 10 000	1994	Antal personer	
	1994		2005	2010
Skinnskatteberg	1,2	0,4	0,4	0,4
Norberg	4,9	2,0	2,2	2,2
Fagersta	2,8	3,0	2,7	2,5
<b>Totalt</b>	<b>3,0</b>	<b>5,4</b>	<b>5,3</b>	<b>5,1</b>
Övriga U-län	2,3			
Hela U-län	2,4			
Smedjebacken	2,3	1,6	1,4	1,4
Hedemora	1,5	2,0	2,0	2,1
Avesta	2,3	3,8	3,3	3,4
Ludvika	2,8	5,6	5,4	5,2
<b>Totalt</b>	<b>2,3</b>	<b>13,0</b>	<b>12,1</b>	<b>12,1</b>
Övriga W-län	2,4			
Hela W-län	2,4			
Riket	2,9			

Kommentar till tabell ovan och diagram sidan 53.

Båda länen har en bröstcancerdödlighet som är lägre än i riket. Dödligheten låg i mitten av 80-talet på samma nivå som i riket. I Dalarna började minskningen tidigare än i Västmanland och låg mycket lägre kring 1992 för att sedan öka något. 1994 föreligger inte någon skillnad mellan Västmanland och Dalarna. I de västmanländska kommunerna var skillnaderna i dödlighet relativt små i mitten på 80-talet men har sedan ökat under 90-talet, mest anmärkningsvärd är ökningen i Norberg. I dalakommunerna har minskningen varit mest påtaglig i Hedemora och Smedjebacken har en viss ökning skett i Ludvika.

Antal insjuknade i bröstcancer, kvinnor 1992-96. (5-årsmedelvärdet)

	Antal/ 10000	Antal pers
Skinnskatteberg	6,4	2,2
Norberg	11,0	4,4
Fagersta	10,5	9,6
<b>Totalt</b>	<b>9,8</b>	<b>16,2</b>
Övriga U-län	10,5	
Hela U-län	10,4	
Smedjebacken	8,8	6,4
Hedemora	6,9	7,0
Avesta	9,8	15,2
Ludvika	9,0	16,4
<b>Totalt</b>	<b>8,8</b>	<b>45,0</b>
Övriga W-län	9,8	
Hela W-län	9,5	
Riket	11,0	

#### Kommentar till tabell ovan och diagram sidan 54.

Antalet insjuknade i bröstcancer är lägre i Dalarna än i Västmanland som i sin tur ligger lägre än riket. Skinnskatteberg och Hedemora är de kommuner som avviker från respektive länssiffror genom att ha betydligt lägre insjuknandetal, vilket är en följd av minskningen av bröstcancerincidensen sedan 1988-89. Fagersta och Smedjebacken uppvisar oförändrade incidenstal. I Norberg finns ett tydligt mönster från 1987 och framåt med höga incidenstal med en periodicitet av två år, vilket förmodligen är en följd av att kvinnorna kallas till hälsokontroller vartannat år. Liknande mönster finns hos flera av de övriga kommunerna men är inte lika uttalade.

#### Antal kvinnor (per 10 000 kvinnor, femårsmedelvärde) som vårdats för bröstcancer 1992-1996 samt antal kvinnor 1994.

	Antal vårdade/ 10 000 1994	Antal pers 1994
Skinnskatteberg	9,8	3,2
Norberg	17,2	6,8
Fagersta	18,9	15,6
<b>Totalt</b>	<b>16,6</b>	<b>25,6</b>
Övriga U-län	14,8	
<b>Hela U-län</b>	<b>15,0</b>	
Smedjebacken	15,3	10,6
Hedemora	15,4	14,8
Avesta	13,9	20,8
Ludvika	17,5	30,0
<b>Totalt</b>	<b>15,7</b>	<b>76,2</b>
Övriga W-län	17,1	
<b>Hela W-län</b>	<b>16,7</b>	
Riket	17,1	

#### Kommentar till tabell ovan och diagram sidan 55.

Antalet vårdade för bröstcancer i Västmanland är betydligt lägre och i Dalarna något lägre än i riket. Av de studerade kommunerna är det Norberg, Fagersta och Ludvika, som ligger högre än sina respektive län. I slutet av 80-talet var antalet vårdade lika högt i Västmanland och riket och något lägre i Dalarna. Sedan dess har antalet minskat snabbare i Västmanland än i Dalarna och riket och var 1994 lägst i Västmanland.

Antalet vårdade har minskat mest i Skinnskatteberg. I de övriga kommunerna finns små fluktuationer som kan sammanhånga med tidpunkterna för hälsokontrollernas genomförande i respektive kommun.

BEHOV 2010		
Område	Antal	Kommentarer
Vård/behandling	180	102 i slutenvård + primärvård + polikliniskt ackumulerat.
Rehabilitering	65	Minskat behov (av lymfterapi m.m.) p.g.a. bättre kirurgisk teknik.
Palliativ vård	15	Något ökande bl.a. till följd av förbättrade behandlingsmöjligheter.

## Prostatacancer

Mortalitet (Antal döda per 10 000 invånare, femårsmedelvärde) och genomsnittligt antal män döda i prostatacancer per år under åren 1992-1996 och prognos för antal döda 2005 och 2010.

	Antal/ 10 000		Antal personer	
	1994	1994	2005	2010
Skinnskatteberg	3,4	1,6	1,5	1,6
Norberg	3,2	1,6	1,6	1,6
Fagersta	3,5	4,2	3,8	3,6
<b>Totalt</b>	<b>3,4</b>	<b>7,4</b>	<b>6,9</b>	<b>6,8</b>
Övriga U-län	4,3			
Hela U-län	4,1			
Smedjebacken	3,4	3,2	3,6	3,7
Hedemora	3,8	5,6	5,6	5,8
Avesta	3,7	7,2	7,3	7,7
Ludvika	3,9	10,2	10,7	10,4
<b>Totalt</b>	<b>3,7</b>	<b>26,3</b>	<b>27,2</b>	<b>27,6</b>
Övriga W-län	3,5			
Hela W-län	3,6			
Riket	3,8			

Kommentar till tabell ovan och diagram sidan 56.

Dödligheten i prostatacancer är något högre i Västmanland än i riket medan det omvända förhållandet råder i Dalarna. Utvecklingen sedan 1984 tyder på en svag ökning i Västmanland och Dalarna liksom i hela riket. De studerade kommunerna i Västmanland ligger lägre än länsgenomsnittet och i Dalarna ligger samtliga kommuner utom Smedjebacken något över länsgenomsnittet. Skillnaderna mellan kommunerna var större i slutet av 80-talet än vad de var under första delen av 90-talet. I Norberg, Hedemora och Smedjebacken var dock mortaliteten i prostatacancer högre under senare delen av 1980-talet än 1994. I övriga kommuner var dödligheten oförändrad eller svagt ökande under perioden 1984-94.

**Antal insjuknade i prostatacancer, män, 1994. (5-årsmedelvärden)**

	Antal/ 10 000	Antal personer
Skinnskatteberg	12,4	4,6
Norberg	6,4	2,8
Fagersta	12,0	11,2
<b>Totalt</b>	<b>10,6</b>	<b>18,6</b>
Övriga U-län	12,5	
Hela U-län	12,3	
Smedjebacken	8,0	6,2
Hedemora	10,2	12,2
Avesta	11,8	18,2
Ludvika	10,4	20,2
<b>Totalt</b>	<b>10,4</b>	<b>56,8</b>
Övriga W-län	9,3	
Hela W-län	9,6	
Riket	11,5	

### Kommentar till tabell ovan och diagram sidan 57.

Antalet insjuknade i prostatacancer är högre i Västmanland än i riket medan det omvända förhållandet gäller för Dalarna. Det är främst i Norberg men även i Smedjebacken som insjuknandetalen ligger lägre än i respektive län.

Insjuknandet i prostatacancer har ökat i riket och i de båda länen sedan 1989, även om en viss utplaning har skett sedan 1989 i Västmanland och sedan 1991 i Dalarna.

Prostatacancerinsjuknandet ökade kraftigt i de västmanländska kommunerna i mitten av 80-talet för att sedan minska kring 1988. Därefter har incidensen åter ökat i Skinnskatteberg och Fagersta. I dalakommunerna finns inte några motsvarande mönster. Den största incidensökningen föreligger i Avesta följt av Smedjebacken.

### Antal män (per 10 000 män, femårsmedelvärde) som vårdats för prostatacancer 1992-1996 samt antal personer 1994.

	Antal vårdade/ 10 000	Antal pers
Skinnskatteberg	17,1	6,0
Norberg	15,2	6,6
Fagersta	15,7	15,4
<b>Totalt</b>	<b>15,9</b>	<b>28,0</b>
Övriga U-län	17,9	
Hela U-län	17,9	
Smedjebacken	10,8	8,4
Hedemora	16,5	19,0
Avesta	15,5	24,4
Ludvika	16,8	32,8
<b>Totalt</b>	<b>15,4</b>	<b>84,6</b>
Övriga W-län	14,3	
Hela W-län	14,6	
Riket	15,3	

### Kommentar till tabell ovan och diagram sidan 58.

Antalet vårdade i prostatacancer är högre i Västmanland och lägre i Dalarna jämfört med riket. Samtliga västmanländska kommuner och Smedjebacken har lägre antal vårdade än genomsnittet i respektive län.

Antalet vårdade på sjukhus är i länen och riket i det närmaste konstant över den observerade tidsperioden. I de västmanländska kommunerna har en viss ökning skett sedan 1991-92. Den kraftigaste ökningen finns i Skinnskatteberg, Fagersta och Avesta.

BEHOV 2010		
Område	Antal	Kommentarer
Vård/behandling	>>100	100 slutenvård + polikliniskt + primärvård, ackumulerat
Rehabilitering	=	Lika behov som i dag. Låg nivå. Rehabilitering och behandling går i varandra.
Palliativ vård	>30	De som avlider. Ökade behandlingsmöjligheter ger ökat behov.

## Lungcancer

Mortalitet i lungcancer (Antal döda per 10 000 invånare, femårsmedelvärde) och genomsnittligt antal döda per år under åren 1992-1996 och prognos för antalet döda 2005 och 2010, män och kvinnor.

	Män				Kvinnor			
	Döda/ 10 000 1994	Antal pers 1994	Antal personer 2005	Antal personer 2010	Döda/ 10 000 1994	Antal pers 1994	Antal personer 2005	Antal personer 2010
Skinnskatteberg	2,4	1,0	1,0	1,0	4,0	1,2	1,2	1,2
Norberg	1,9	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fagersta	3,7	3,0	2,8	2,7	3,6	3,0	2,5	2,4
<b>Totalt</b>	<b>3,0</b>	<b>5,0</b>	<b>4,8</b>	<b>4,7</b>	<b>2,8</b>	<b>4,2</b>	<b>3,7</b>	<b>3,6</b>
Övriga U-län	3,9				2,6			
Hela U-län	3,8				2,6			
Smedjebacken	0,8	0,8	0,9	0,9	0,2	0,2	0,2	0,2
Hedemora	3,1	3,4	3,6	3,6	1,8	1,8	1,9	1,9
Avesta	2,8	4,4	5,2	5,2	1,2	1,8	1,6	1,6
Ludvika	2,5	5,6	6,2	5,9	1,0	2,2	1,9	2,0
<b>Totalt</b>	<b>2,4</b>	<b>14,2</b>	<b>15,9</b>	<b>14,7</b>	<b>1,1</b>	<b>6,0</b>	<b>5,6</b>	<b>5,1</b>
Övriga W-län	2,7				1,2			
Hela W-län	2,6				1,2			
Riket	3,7				2,0			

**Kommentar till tabell ovan och diagram sidorna 59 - 60.**

Dödligheten i lungcancer är högre i Västmanland än i Dalarna och något högre än i riket. Dalarnas siffror för män låg i mitten på 80-talet på nästan samma nivå som Västmanland och riket men har sedan kontinuerligt minskat. För kvinnorna har dödstalen i riket och i synnerhet i Västmanland ökat sedan mitten av 80-talet medan Dalarnas tal är i det närmaste oförändrade. Utvecklingen över den senaste tioårsperioden visar, att i Skinnskatteberg är dödligheten i lungcancer hos män relativt konstant samtidigt som dödstalen för Norberg och Fagersta har halverats efter de höga topparna i slutet av 80-talet och ligger nu på samma nivå som Skinnskatteberg. I Dalarna visar samtliga kommuner på minskade dödstal sedan 1984 med undantag för Ludvika. Beträffande kvinnorna är det svårare att utläsa tydliga trender på kommunnivå eftersom lungcancer fortfarande är en relativt sällsynt dödsorsak.

## Antal insjuknade i lungcancer, män och kvinnor 1992-96. (5-årsmedelvärden)

	Män		Kvinnor	
	Antal/ 10 000	Antal personer	Antal/ 10 000	Antal personer
Skinnskatteberg	1,8	0,6	4,5	1,4
Norberg	1,0	1,4	1,2	0,4
Fagersta	4,8	4,2	4,0	3,6
<b>Totalt</b>	<b>3,2</b>	<b>6,2</b>	<b>3,4</b>	<b>5,4</b>
Övriga U-län	4,3		2,6	
Hela U-län	4,2		2,7	
Smedjebacken	2,0	1,4	0,6	0,4
Hedemora	3,2	3,2	1,3	1,4
Avesta	3,3	4,4	1,4	2,0
Ludvika	1,6	3,0	1,3	2,8
<b>Totalt</b>	<b>2,5</b>	<b>12,0</b>	<b>1,2</b>	<b>6,6</b>
Övriga W-län	3,1		1,2	
Hela W-län	2,9		1,2	
Riket	3,9		2,0	

### Kommentar till tabell ovan och diagram sidorna 61 - 62.

Antalet insjuknade i lungcancer är högre bland västmanlänningarna än i riket medan det är lägre i Dalarna än i riket. Bland männen i Fagersta, Hedemora och Avesta är insjuknandetalen något högre än i respektive län. Motsvarande gäller för kvinnorna i samtliga kommuner utom Norberg och Smedjebacken.

Lungcancerincidensen för män i Västmanland ligger högre än i riket under hela perioden 1984-94 och tenderar att hela tiden minska, men något snabbare än i riket. I Dalarna uppvisar männen en sänkning av insjuknandetalen som är snabbare än i riket och värdena ligger lägre än i riket under hela observationsperioden. För kvinnorna i riket tenderar lungcancerincidensen att öka liksom i Västmanland, där ökningen är något kraftigare. I Dalarna är kvinnornas insjuknandetal i det närmaste konstant över tidsperioden 1984-94.

För männen ligger lungcancerincidensen lägre 1994 än 1984 i samtliga kommuner men minskningarna är olika stora. De kraftigaste minskningarna finns i Skinnskatteberg och Smedjebacken medan Avesta visar på en mycket liten minskning. I Norbergs kommun observerades den lägsta incidensen 1991, varefter den ökat något. Bland kvinnorna i de västmanländska kommunerna har lungcancerincidensen ökat kraftigt sedan 1984 medan den varit relativt konstant bland kvinnorna i dalakommunerna.. I Hedemora sjönk lungcancerincidensen till 1991 för att därefter öka igen till samma nivå som 1984.

**Antal män och kvinnor (per 10 000 män respektive kvinnor, femårsmedelvärde) som vårdats för lungcancer 1992-1996 samt antal personer 1994.**

	Män		Kvinnor	
	Antal vårdade/ 10 000	Antal pers	Antal vårdade/ 10 000	Antal pers
Skinnskatteberg	4,2	1,4	4,1	1,2
Norberg	4,2	1,6	0,4	0,2
Fagersta	6,5	5,4	5,1	4,6
<b>Totalt</b>	<b>5,4</b>	<b>8,4</b>	<b>3,7</b>	<b>6,0</b>
Övriga U-län	5,5		2,0	
Hela U-län	5,5		3,6	
Smedjebacken	2,7	1,8	2,0	1,4
Hedemora	6,8	6,4	2,4	2,4
Avesta	6,6	8,8	2,6	3,6
Ludvika	3,6	6,8	1,6	3,6
<b>Totalt</b>	<b>5,0</b>	<b>23,8</b>	<b>2,1</b>	<b>11,0</b>
Övriga W-län	6,3		2,0	
Hela W-län	5,1		2,0	
Riket	5,9		3,2	

**Kommentar till tabell ovan och diagram sidorna 63 - 64.**

Antalet män som vårdats för lungcancer är lägre i Västmanland och Dalarna jämfört med riket. Kvinnorna i Västmanland har vårdats i större utsträckning och kvinnorna i Dalarna i mindre utsträckning än kvinnorna i riket. Männerna i Fagersta, Hedemora och Avesta har vårdats mer än övriga män i respektive län. Kvinnorna i Norberg och Ludvika är de enda som ligger lägre än respektive länssiffror.

Tidstrenderna visar på ett oförändrat antal män som vårdats för lungcancer i Dalarna och i riket. I Västmanland vårdades flera män än i riket 1984 men 1994 är antalet. Kvinnorna i Västmanland uppvisar samma ökande trend som i riket medan ökningen i Dalarna är mindre uttalad.

Männerna i Fagersta och Norberg har ett minskat antal vårdade jämfört med 1989 även om en viss ökning skett under senare år i Norberg. Även i Ludvika finns en vikande trend. I Hedemora har antalet män som vårdats för lungcancer ökat något sedan 1989.

Bland kvinnorna finns klara tendenser till ett ökat antal vårdade i Fagersta och Skinnskatteberg. Norberg är den enda kommun som visar på en tydligt minskande trend. Kvinnorna i dalakommunerna, utom Ludvika, visar svaga ökningar av antalet vårdade för lungcancer sedan 90-talets början.

BEHOV 2010		
Område	Antal	Kommentarer
Vård/behandling	50	50 i slutenvård, ingen förändring jämfört med senast kända år.
Rehabilitering	-	
Palliativ vård	>28	

## Diabetes

Mortalitet (Antal döda per 10 000 invånare, femårsmedelvärde) och genomsnittligt antal döda per år under åren 1992-1996 och prognos för antalet döda 2005 och 2010, män och kvinnor.

	Män				Kvinnor			
	Döda/ 10 000	Antal personer			Döda/ 10 000	Antal personer		
	1994	1994	2005	2010	1994	1994	2005	2010
Skinnskatteberg	4,7	2,2	2,1	2,1	5,8	2,8	2,7	2,6
Norberg	4,3	2,0	1,9	2,2	8,8	4,2	4,6	4,6
Fagersta	5,0	5,2	4,7	4,5	4,5	6,4	6,4	5,8
<b>Totalt</b>	<b>4,8</b>	<b>9,4</b>	<b>8,7</b>	<b>8,8</b>	<b>5,9</b>	<b>13,4</b>	<b>13,7</b>	<b>13,0</b>
Övriga U-län	<b>6,1</b>				<b>5,2</b>			
Hela U-län	<b>6,0</b>				<b>5,3</b>			
Smedjebacken	9,0	7,4	7,8	8,2	9,6	9,0	9,7	9,7
Hedemora	7,4	8,8	8,9	9,2	5,6	9,8	10,2	10,2
Avesta	6,4	11,4	11,5	11,9	5,4	11,4	11,6	11,4
Ludvika	9,4	22,0	22,2	22,4	8,6	26,6	26,9	25,8
<b>Totalt</b>	<b>8,0</b>	<b>49,6</b>	<b>50,4</b>	<b>51,7</b>	<b>7,2</b>	<b>56,8</b>	<b>58,4</b>	<b>57,1</b>
Övriga W-län	<b>8,0</b>				<b>6,6</b>			
Hela W-län	<b>8,0</b>				<b>6,8</b>			
Riket	<b>6,9</b>				<b>5,7</b>			

### Kommentar till tabell ovan och diagram sidorna 65 - 66.

Diabetes som dödsorsak är vanligare i Dalarna än i riket som i sin tur ligger högre än Västmanland. I Dalarna finns en tendens att dödligheten hos män har ökat något sedan mitten av 80-talet medan den minskat i Västmanland. För kvinnorna gäller att båda länen hade högre mortalitet än riket i mitten av 80-talet och att minskningen sedan dess har varit kraftigare i Västmanland än i Dalarna. Dödligheten i diabetes är högre än i respektive län för både män och kvinnor i Smedjebacken och Ludvika samt för kvinnor i Skinnskatteberg och Norberg.

Mortaliteten i diabetes bland män tenderar att minska i Skinnskatteberg, Avesta och Norberg, trots att det skett en liten ökning i Norberg de två senaste observationsåren. I Smedjebacken har en liten ökning skett sedan 1984. Hedemora och Fagersta har minskande mortalitet sedan 1990.

I Skinnskatteberg, Hedemora och Avesta har en klar minskning skett av dödligheten i diabetes hos kvinnor sedan 1984. I Ludvika och Smedjebacken har mortaliteten ökat sedan 1984. I Fagersta är nivån densamma som 1984 men mortaliteten har varit högre under en femårsperiod kring 1990.

**Antal män och kvinnor (per 10 000 män respektive kvinnor, femårsmedelvärde) som vårdats för diabetes, 1992-1996 samt antal personer 1994.**

	<b>Män</b>		<b>Kvinnor</b>	
	<b>Antal vårdade/ 10 000</b>	<b>Antal pers</b>	<b>Antal vårdade/ 10 000</b>	<b>Antal pers</b>
<b>Skinnskatteberg</b>	50,9	16,2	47,7	15,2
<b>Norberg</b>	32,8	11,2	36,2	17,2
<b>Fagersta</b>	48,1	40,2	42,4	42,2
<b>Totalt</b>	<b>44,7</b>	<b>67,6</b>	<b>39,5</b>	<b>74,6</b>
<b>Övriga U-län</b>	<b>47,3</b>		<b>41,9</b>	
<b>Hela U-län</b>	<b>47,0</b>		<b>39,7</b>	
<b>Smedjebacken</b>	51,4	35,8	31,7	26,0
<b>Hedemora</b>	41,7	39,2	41,0	42,6
<b>Avesta</b>	50,8	70,0	43,2	70,6
<b>Ludvika</b>	55,8	94,2	45,2	105,8
<b>Totalt</b>	<b>50,7</b>	<b>239,2</b>	<b>41,7</b>	<b>245,0</b>
<b>Övriga W-län</b>	<b>56,8</b>		<b>43,9</b>	
<b>Hela W-län</b>	<b>55,1</b>		<b>43,3</b>	
<b>Riket</b>	<b>58,4</b>		<b>43,6</b>	

**Kommentar till tabell ovan och diagram sidorna 67 - 68.**

Antalet vårdade för diabetes är lägre i Västmanland än i Dalarna som i sin tur ligger lägre än riket. Av kommunerna så ligger männen och kvinnorna i Skinnskatteberg samt kvinnorna i Fagersta klart över länsgenomsnittet. I Norberg och Hedemora är antalet vårdade, i synnerhet männen, klart lägre än i respektive län, vilket också gäller kvinnorna i Smedjebacken.

Antalet män och kvinnor som vårdats för diabetes på sjukhus var 1984 högre i Västmanland än i Dalarna som i sin tur hade högre värden än riket. 1994 är ordningen den omvända, vilket sammanhänger med att antalet vårdade i riket har ökat, oförändrat antal i Dalarna och minskat antal i Västmanland.

I de västmanländska kommunerna har antalet vårdade minskat kraftigt sedan 1984 med undantag för männen i Skinnskatteberg och kvinnorna i Fagersta.

Antalet män vårdade för diabetes i Ludvika och Smedjebacken visar små ökningarna sedan 1984 liksom bland kvinnor i Ludvika och Hedemora. Antalet vårdade är oförändrat bland männen i Avesta och Hedemora samt bland kvinnorna i Smedjebacken. I Avesta finns en minskande trend, dock inte lika tydlig som i de västmanländska kommunerna.

<b>BEHOV 2010</b>		
<b>Område</b>	<b>Antal</b>	<b>Kommentarer</b>
<b>Vård/behandling</b>	7.300	626 + primärvårdspatienter. Äldre befolkning medför att fler lever längre med diabetes. Ytterligare 10% p.g.a. förändrade kriterier för diagnosen diabetes, vilket ger ökade möjligheter till tidig behandling.
<b>Rehabilitering</b>	200	Rehabilitering efter komplikationer. Svårbedömt antal.
<b>Palliativ vård</b>	43	P.g.a. följsjukdomarna. 1/3 av de 131 som dör.

## Cirkulationsorganens sjukdomar

Mortalitet (Antal döda per 10 000 invånare, femårsmedelvärde och genomsnittligt antal döda per år ) i cirkulationsorganens sjukdomar under åren 1992-1996 och prognos för antal döda 2005 och 2010, män och kvinnor.

	Döda/ 10 000	Män			Kvinnor			
		Antal personer			Döda/ 10 000	Antal personer		
	1994	1994	2005	2010	1994	1994	2005	2010
<b>Skinnskatteberg</b>	44,2	18,4	17,7	18,2	41,4	17,8	17,4	16,8
<b>Norberg</b>	41,2	19,8	19,7	20,6	41,1	25,4	26,6	26,6
<b>Fagersta</b>	46,0	51,4	46,4	43,9	32,9	44,6	43,4	39,8
<b>Totalt</b>	<b>44,4</b>	<b>89,6</b>	<b>83,8</b>	<b>82,7</b>	<b>36,8</b>	<b>87,4</b>	<b>87,4</b>	<b>83,2</b>
<b>Övriga U-län</b>	<b>42,4</b>				<b>31,7</b>			
<b>Hela U-län</b>	<b>42,6</b>				<b>32,2</b>			
<b>Smedjebacken</b>	55,6	48,0	52,5	54,6	43,8	46,4	51,0	50,7
<b>Hedemora</b>	39,1	63,6	64,0	65,6	31,2	56,0	58,3	58,7
<b>Avesta</b>	50,7	96,6	99,5	102,5	39,3	98,4	102,5	100,3
<b>Ludvika</b>	47,6	111,8	113,1	113,7	33,3	103,2	104,0	99,8
<b>Totalt</b>	<b>48,0</b>	<b>320,0</b>	<b>329,1</b>	<b>336,4</b>	<b>36,3</b>	<b>304,0</b>	<b>315,8</b>	<b>309,5</b>
<b>Övriga W-län</b>	<b>44,2</b>				<b>32,5</b>			
<b>Hela W-län</b>	<b>45,3</b>				<b>33,6</b>			
<b>Riket</b>	<b>40,2</b>				<b>29,1</b>			

### Kommentar till tabell ovan och diagram sidorna 69 - 70.

Mortaliteten i cirkulationsorganens sjukdomar är högre i båda länen jämfört med riket. Utvecklingen följer den som ägt rum i riket sedan mitten av 80-talet. Män och kvinnor i Smedjebacken och Avesta samt kvinnor i Skinnskatteberg och Norberg ligger klart över respektive läns mortalitetstal.

Bland männen har den kraftigaste minskningen av dödligheten i cirkulationsorganens sjukdomar skett i Norberg, Skinnskatteberg och Smedjebacken. I samtliga kommuner (med undantag för Norberg och Smedjebacken) är dödligheten bland kvinnorna lika stor 1984. I samtliga kommuner utom Skinnskatteberg har det skett en minskning av dödligheten bland kvinnor. Den största nedgången noteras i Hedemora och Norberg.

**Antal män och kvinnor (per 10 000 män respektive kvinnor, femårsmedelvärde) som vårdats för sjukdomar i cirkulationsorganen, 1992-1996 samt antal personer 1994.**

	Män		Kvinnor	
	Antal vårdade/ 10 000	Antal pers	Antal vårdade/ 10 000	Antal pers
Skinnskatteberg	200	65,4	153	57,0
Norberg	166	64,2	131	63,8
Fagersta	231	197,8	141	160,2
<b>Totalt</b>	<b>208</b>	<b>327,4</b>	<b>140</b>	<b>281,0</b>
Övriga U-län	<b>193</b>		<b>123</b>	
Hela U-län	<b>194</b>		<b>125</b>	
Smedjebacken	186	135,4	114	104,0
Hedemora	189	194,6	111	146,8
Avesta	199	291,2	131	263,2
Ludvika	197	350,6	115	292,0
<b>Totalt</b>	<b>194</b>	<b>971,8</b>	<b>118</b>	<b>806,0</b>
Övriga W-län	<b>191</b>		<b>118</b>	
Hela W-län	<b>192</b>		<b>118</b>	
Riket	<b>196</b>		<b>121</b>	

**Kommentar till tabell ovan och diagram sidorna 71 - 72.**

Antalet vårdade män och kvinnor i Västmanland och Dalarna överensstämmer med antalet i hela riket. Männerna i Skinnskatteberg och Fagersta har vårdats i större utsträckning än länsgenomsnittet. Kvinnorna i Fagerstabygden konsumerar mer vård för sjukdomar i cirkulationsorganen än i övriga Västmanland. I Dalarna har männen i Avesta och Ludvika samt kvinnorna i Avesta vårdats i större utsträckning än övriga män och kvinnor i Dalarna.

I Dalarna har antalet vårdade ökat något under perioden 1989-94, vilket är i överensstämmelse med trenden i hela riket. I Västmanland föreligger en svag minskning under motsvarande tidsperiod.

Bland Bergslagskommunerna visar männen i Fagersta, Smedjebacken, Hedemora och Ludvika på ökat antal vårdade under perioden 1989-94 och i Norberg och Avesta föreligger en minskning. Bland kvinnorna har antalet vårdade ökat något i Skinnskatteberg medan övriga kommuner visar på en minskning.

BEHOV 2010		
Område	Antal	Kommentarer
Vård/behandling	>14.000	Ischemisk hjärtsjukdom/hjärtinfarkt, stroke + övrigt. Äldre befolkning. Ökad överlevnad medför fler vårdtillfällen. Fler kan behandlas.
Rehabilitering	1500	Ökande. Träning har stort värde.
Palliativ vård	100	1 promille av befolkningen.

## Ischemisk hjärtsjukdom

Mortalitet (Antal döda per 10 000 invånare, femårsmedelvärde och genomsnittligt antal döda per år ) i ischemisk hjärtsjukdom under åren 1992-1996 och prognos för antal döda 2005 och 2010, män och kvinnor.

	Döda/ 10 000	Män			Döda/ 10 000	Kvinnor		
		1994	2005	2010		1994	2005	2010
Skinnskatteberg	28,0	10,6	10,2	10,5	20,0	7,6	7,4	7,2
Norberg	25,6	11,4	11,5	12,4	20,0	11,4	12,0	12,1
Fagersta	28,8	32,2	29,2	27,6	14,3	19,4	18,8	17,3
<b>Totalt</b>	<b>27,8</b>	<b>54,2</b>	<b>50,9</b>	<b>50,5</b>	<b>16,9</b>	<b>38,4</b>	<b>38,2</b>	<b>36,6</b>
Övriga U-län	24,5				14,9			
Hela U-län	24,8				15,1			
Smedjebacken	36,2	30,6	33,2	34,6	26,3	27,2	29,9	29,7
Hedemora	29,0	38,0	38,4	39,3	14,5	24,6	25,5	25,8
Avesta	25,8	45,6	46,4	48,2	15,0	35,8	36,7	36,2
Ludvika	27,3	63,8	64,1	64,9	17,4	51,8	51,9	50,0
<b>Totalt</b>	<b>28,6</b>	<b>178,0</b>	<b>182,1</b>	<b>187,0</b>	<b>17,5</b>	<b>139,4</b>	<b>144,0</b>	<b>141,7</b>
Övriga W-län	26,9				15,8			
Hela W-län	27,4				16,3			
Riket	23,9				13,7			

### Kommentar till tabell ovan och diagram sidorna 73 - 74.

Mortaliteten i ischemisk hjärtsjukdom är högre i Dalarna än i Västmanland som i sin tur ligger högre än riket. Bland männen är mortaliteten högre än länsgenomsnittet i samtliga kommuner utom Avesta och Ludvika. För kvinnorna gäller motsvarande med undantag för Fagersta, Hedemora och Avesta.

Dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom har minskat bland såväl män som kvinnor under perioden 1984-94. Minskningen är något större i Västmanland än i Dalarna och riket. Bland männen i Västmanland har minskningen varit kraftigast i Norberg och i Dalarna i Smedjebacken, trots att mortaliteten fortfarande är högst i dessa kommuner. I samtliga kommuner, utom Smedjebacken visar kvinnorna på en mer eller mindre kontinuerlig nedgång av dödligheten. I Smedjebacken var minskningen kraftig undre perioden 1986-91, för att därefter öka.

**Antal män och kvinnor (per 10 000 män respektive kvinnor, femårsmedelvärde) som vårdats för ischemisk hjärtsjukdom, 1992-1996 samt antal personer 1994.**

	Män		Kvinnor	
	Antal vårdade/ 10 000	Antal pers	Antal vårdade/ 10 000	Antal pers
Skinnskatteberg	61,3	19,4	44,0	15,6
Norberg	53,1	20,2	33,7	16,2
Fagersta	86,7	72,4	37,8	42,8
<b>Totalt</b>	<b>72,6</b>	<b>112,0</b>	<b>38,0</b>	<b>74,6</b>
Övriga U-län	72,1		35,5	
Hela U-län	72,1		35,7	
Smedjebacken	75,7	54,0	37,4	33,8
Hedemora	72,3	73,4	32,7	42,2
Avesta	80,8	115,2	39,6	78,2
Ludvika	71,7	122,2	31,9	83,4
<b>Totalt</b>	<b>75,1</b>	<b>364,8</b>	<b>35,2</b>	<b>237,6</b>
Övriga W-län	81,0		38,1	
Hela W-län	79,3		37,3	
Riket	73,3		33,6	

**Kommentar till tabell ovan och diagram sidorna 75 - 76.**

Antalet vårdade för ischemisk hjärtsjukdom ligger högre för både män och kvinnor i Dalarna jämfört med riket. I Västmanland är det enbart kvinnorna som ligger över rikets siffror.

Männen i Fagersta ligger över länsgenomsnittet och Avesta ligger på samma nivå som Dalarna i sin helhet. Kvinnorna i Skinnskatteberg, Fagersta och Avesta ligger över respektive läns-siffror.

Antalet män vårdade för ischemisk hjärtsjukdom är oförändrat i Dalarna sedan 1989 medan antalet har minskat i Västmanland. I riket har antalet ökat något sedan 1989. Bland kvinnorna har antalet vårdade ökat sedan 1989 i Dalarna och riket medan antalet är oförändrat i Västmanland.

BEHOV 2010		
Område	Antal	Kommentarer
Vård/behandling	>6.000	750 (färre i slutenvård) + öppenvård ackumulerat. Bättre överlevnad ger fler besök i öppenvård. Ökade behandlingsmöjligheter
Rehabilitering	1.000	Ökande.
Palliativ vård	55	

## Akut hjärtinfarkt

**Mortalitet (Antal döda per 10 000 invånare, femårsmedelvärde) och genomsnittligt antal döda per år under åren 1992-1996 och prognos för antalet döda 2005 och 2010, män och kvinnor.**

	Döda/ 10 000	Män			Kvinnor			
		Antal personer			Döda/ 10 000	Antal personer		
	1994	1994	2005	2010	1994	1994	2005	2010
<b>Skinnskatteberg</b>	21,6	8,0	7,7	7,9	14,7	5,2	5,1	4,9
<b>Norberg</b>	20,6	8,8	8,8	9,8	13,8	7,8	8,2	8,3
<b>Fagersta</b>	21,7	23,4	21,2	20,0	10,7	13,8	13,2	12,2
<b>Totalt</b>	<b>21,4</b>	<b>40,2</b>	<b>37,7</b>	<b>37,7</b>	<b>12,3</b>	<b>26,8</b>	<b>26,5</b>	<b>25,4</b>
<b>Övriga U-län</b>	<b>15,5</b>				<b>8,2</b>			
<b>Hela U-län</b>	<b>16,1</b>				<b>8,6</b>			
<b>Smedjebacken</b>	24,3	20,0	21,5	22,5	17,0	15,8	17,1	17,0
<b>Hedemora</b>	23,6	30,6	30,9	31,7	10,4	17,2	17,9	18,0
<b>Avesta</b>	19,2	33,6	34,0	35,3	11,3	26,4	26,9	26,5
<b>Ludvika</b>	19,1	44,2	43,4	45,0	12,8	36,6	36,5	35,2
<b>Totalt</b>	<b>20,9</b>	<b>128,4</b>	<b>129,8</b>	<b>134,5</b>	<b>12,5</b>	<b>96,0</b>	<b>98,4</b>	<b>96,7</b>
<b>Övriga W-län</b>	<b>19,6</b>				<b>11,1</b>			
<b>Hela W-län</b>	<b>20,0</b>				<b>11,5</b>			
<b>Riket</b>	<b>15,6</b>				<b>8,5</b>			

**Kommentar till tabell ovan och diagram sidorna 77 - 78.**

Dödligheten i akut hjärtinfarkt är större i Dalarna än i Västmanland som i sin tur ligger strax över riksvärdena. Minskningen har varit större i Dalarna än i Västmanland, trots detta ligger fortfarande Västmanland lägre, vilket kan förklaras av ett bättre utgångsläge 1984.

Samtliga studerade kommuner i Västmanland har högre hjärtinfarktdödlighet än länet för både män och kvinnor. I Dalarna har männen och kvinnorna i Smedjebacken liksom männen i Hedemora, högre värden än länet. Bland männen har dödligheten i hjärtinfarkt minskat i samtliga kommuner mellan 1984 och 1994. Minskningarnas storlek varierar dock mellan kommunerna, den största minskningen finns i Smedjebacken och den minsta i Hedemora. Tidstrenden i Skinnskatteberg avviker från övriga kommuner genom att minska fram till 1989, ligga konstant till 1992 och sedan öka. För kvinnorna är minskningen mindre sett till antal fall per 10000 invånare med procentuellt är den av nästan samma storleksordning som bland männen. Bland kvinnorna har infarktdödligheten ökat i två kommuner, nämligen Skinnskatteberg och Smedjebacken. Detta kan emellertid bero på att dessa kommuner har ett litet befolkningsunderlag och är därmed mer känsliga för små fluktuationer.

**Antal män och kvinnor (per 10 000 män respektive kvinnor, femårsmedelvärde) som vårdats för hjärtinfarkt, 1992-1996 samt antal personer 1994.**

	Män		Kvinnor	
	Antal vårdade/ 10 000	Antal pers	Antal vårdade/ 10 000	Antal pers
Skinnskatteberg	32,7	10,8	20,1	7,4
Norberg	29,3	11,4	14,3	8,8
Fagersta	37,9	33,4	16,6	20,0
<b>Totalt</b>	<b>34,6</b>	<b>55,6</b>	<b>16,7</b>	<b>36,2</b>
Övriga U-län	29,5		13,7	
<b>Hela U-län</b>	<b>30,0</b>		<b>14,0</b>	
Smedjebacken	40,1	29,2	19,9	18,4
Hedemora	31,5	32,8	13,0	18,2
Avesta	35,4	51,8	16,1	33,2
Ludvika	34,0	61,0	14,9	42,2
<b>Totalt</b>	<b>34,9</b>	<b>174,8</b>	<b>15,6</b>	<b>112,0</b>
Övriga W-län	38,8		17,8	
<b>Hela W-län</b>	<b>37,7</b>		<b>17,2</b>	
Riket	33,3		13,8	

**Kommentar till tabell ovan och diagram sidorna 79 - 80.**

Andelen män och kvinnor i Dalarna, som vårdats på sjukhus för hjärtinfarkt är högre än riksgenomsnittet. Västmanlandssiffrorna stämmer väl överens med de som föreligger för riket. En högre andel vårdade jämfört med respektive län finns bland såväl män som kvinnor i Skinnskatteberg, Fagersta och Smedjebacken. Andelen vårdade har minskat i samtliga kommuner bland män och kvinnor under perioden 1989 - 94.

**Uppgifter från hjärtinfarktregistret**

Från hjärtinfarktregistret har uppgifter inhämtats rörande incidens och mortalitet i hjärtinfarkt under perioden 1991-95. Hjärtinfarktregistrets uppgifter har genomgått en striktare kvalitetskontroll än dödsorsaksregistret och patientregistret och måste därför anses vara mer tillförlitligt. Nedan finns incidenstal och mortalitetstal redovisade för åldersgruppen 30-74 år respektive 30-89 år.

De SMR-kvoter (Standardized Morbidity (Mortality) Ratio) har beräknats utifrån de köns- och åldersspecifika incidenserna respektive dödstalen i hjärtinfarkt i riket under tidsperioden 1991-95. Med hjälp av åldersfördelningarna i de enskilda kommuner kan antalet förväntade fall av hjärtinfarkt beräknas under förutsättning att de har rikets köns- och åldersspecifika incidens- och dödstal. Det observerade antalet infarkter divideras med det förväntade antalet och denna kvot multipliceras med 100. SMR-värdena skall alltså tolkas så att 100 innebär att det förväntade antalet överensstämmer med rikets. Om SMR är större än 100, t ex 125 så betyder det att det observerade antalet infarkter är 25 procent högre än förväntat.

SMR-kvoter för incidens (insjuknande) och mortalitet i hjärtinfarkt femårsperioden 1991-95 bland män och kvinnor i åldern 30 – 74 år. Grunden för beräkning av förväntat antal är rikets köns- och åldersspecifika incidenstal 1991-95.

	MÄN				KVINNOR			
	Incidens		Mortalitet		Incidens		Mortalitet	
	Antal	SMR	Antal	SMR	Antal	SMR	Antal	SMR
<b>Skinnskatteberg</b>	48	107	20	167	27	193	11	275
<b>Norberg</b>	60	120	25	179	25	119	11	220
<b>Fagersta</b>	132	110	42	124	63	137	18	164
<b>Totalt</b>	<b>240</b>	<b>112</b>	<b>87</b>	<b>145</b>	<b>115</b>	<b>142</b>	<b>40</b>	<b>200</b>
<b>Övriga U-län</b>	<b>1649</b>	<b>90</b>	<b>498</b>	<b>99</b>	<b>699</b>	<b>99</b>	<b>178</b>	<b>96</b>
<b>Hela U-län</b>	<b>1889</b>	<b>92</b>	<b>585</b>	<b>104</b>	<b>814</b>	<b>103</b>	<b>218</b>	<b>106</b>
<b>Smedjebacken</b>	145	134	50	172	57	146	22	220
<b>Hedemora</b>	148	109	56	151	53	104	17	131
<b>Avesta</b>	254	124	81	140	112	137	34	148
<b>Ludvika</b>	260	105	83	119	120	122	45	167
<b>Totalt</b>	<b>807</b>	<b>116</b>	<b>270</b>	<b>139</b>	<b>342</b>	<b>127</b>	<b>118</b>	<b>162</b>
<b>Övriga W-län</b>	<b>2063</b>	<b>123</b>	<b>598</b>	<b>128</b>	<b>846</b>	<b>132</b>	<b>240</b>	<b>149</b>
<b>Hela W-län</b>	<b>2870</b>	<b>121</b>	<b>868</b>	<b>132</b>	<b>1188</b>	<b>131</b>	<b>358</b>	<b>153</b>

Incidensen i hjärtinfarkt (dvs insjuknade + döda) i åldern 30 – 74 år lägre än i hela riket bland männen i Västmanland medan den är ca 20 procent högre än i riket för männen i Dalarna. Kvinnorna i Västmanland ligger något högre än i riket och i Dalarna ligger kvinnorna ca 30 procent högre riksgenomsnittet. I Fagerstabygden ligger kommunerna högre än riksgenomsnittet för såväl männen som kvinnorna (Kvinnorna i Skinnskatteberg och Fagersta avviker signifikant från riket). Även i Dalarna ligger de studerade kommunerna över riksgenomsnittet (Männen i Smedjebacken och Avesta samt kvinnorna Ludvika avviker signifikant).

Dödligheten i hjärtinfarkt i åldern 30 – 74 år ligger i Dalarna signifikant högre än i riket och i Västmanland något högre än i riket. Kommunerna i Fagerstabygden liksom i Dalarna har högre infarktdödlighet i åldern 30 – 74 år. Samtliga förhöjningar är statistiskt säkerställda med undantag för, männen i Fagersta och Ludvika samt kvinnorna i Hedemora.

SMR-kvoter för incidens (insjuknande) och mortalitet i hjärtinfarkt femårsperioden 1991-95 bland män och kvinnor i åldern 30 – 89 år. Grunden för beräkning av förväntat antal är rikets köns- och åldersspecifika incidenstal 1991-95.

	MÄN				KVINNOR			
	Incidens		Mortalitet		Incidens		Mortalitet	
	Antal	SMR	Antal	SMR	Antal	SMR	Antal	SMR
<b>Skinnskatteberg</b>	96	117	39	134	57	133	22	129
<b>Norberg</b>	94	96	42	120	75	127	37	176
<b>Fagersta</b>	264	116	112	138	164	120	65	133
<b>Totalt</b>	<b>454</b>	<b>112</b>	<b>193</b>	<b>133</b>	<b>296</b>	<b>124</b>	<b>124</b>	<b>142</b>
<b>Övriga U-län</b>	<b>2835</b>	<b>89</b>	<b>1078</b>	<b>98</b>	<b>1685</b>	<b>90</b>	<b>636</b>	<b>94</b>
<b>Hela U-län</b>	<b>3289</b>	<b>91</b>	<b>1271</b>	<b>102</b>	<b>1981</b>	<b>94</b>	<b>760</b>	<b>99</b>
<b>Smedjebacken</b>	232	125	92	148	145	144	74	206
<b>Hedemora</b>	297	111	143	151	152	98	72	124
<b>Avesta</b>	437	113	164	120	284	120	115	129
<b>Ludvika</b>	521	111	211	126	367	123	164	146
<b>Totalt</b>	<b>1487</b>	<b>114</b>	<b>610</b>	<b>132</b>	<b>948</b>	<b>120</b>	<b>425</b>	<b>133</b>
<b>Övriga W-län</b>	<b>3656</b>	<b>118</b>	<b>1343</b>	<b>123</b>	<b>2293</b>	<b>126</b>	<b>862</b>	<b>131</b>
<b>Hela W-län</b>	<b>5143</b>	<b>117</b>	<b>1953</b>	<b>126</b>	<b>3241</b>	<b>124</b>	<b>1287</b>	<b>135</b>

Incidensen i hjärtinfarkt i åldern 30 – 89 år är lägre i Västmanland och högre i Dalarna jämfört med hela riket. Incidensen är signifikant förhöjd bland männen i Fagersta och i samtliga Dalakommuner jämfört med riket. För kvinnorna gäller en signifikant förhöjning i samtliga kommuner utom Hedemora. Männen och kvinnorna i samtliga kommuner i Fagerstabygden samt Smedjebacken ligger högre jämfört med respektive län.

Mortaliteten i hjärtinfarkt är betydligt högre i Dalarna än i Västmanland, som ligger på ungefär samma nivå som riket. Jämfört med respektive län så ligger samtliga kommuner i Fagerstabygden högre för såväl män som kvinnor. I Dalarna är mortaliteten högre bland män i Smedjebacken och Hedemora samt bland kvinnorna i Smedjebacken och Ludvika jämfört med Dalarnas mortalitet för män respektive kvinnor.

BEHOV 2010		
Område	Antal	Kommentarer
<b>Vård/behandling</b>	5.000 - 6.000	590-25% + 450 + ackumulerat
<b>Rehabilitering</b>	450	Ökade rehabinsatser.
<b>Palliativ vård</b>	10	De som får hjärtsvikt efter hjärtinfarkt. Behovet ökar.

## Stroke

Mortalitet i stroke (Antal döda per 10 000 invånare, femårsmedelvärde) och genomsnittligt antal döda per år under åren 1992-1996 och prognos för antal döda 2005 och 2010, män och kvinnor.

	Döda/ 10 000	Män			Kvinnor			
		Antal personer			Döda/ 10 000	Antal personer		
	1994	1994	2005	2010	1994	1994	2005	2010
Skinnskatteberg	4,3	2,2	2,2	2,3	9,3	4,2	4,1	4,0
Norberg	7,9	4,0	3,9	3,9	8,0	4,8	5,0	5,0
Fagersta	7,1	8,0	7,1	6,7	8,1	10,8	10,5	9,6
<b>Totalt</b>	<b>6,7</b>	<b>14,2</b>	<b>13,2</b>	<b>12,9</b>	<b>8,3</b>	<b>19,8</b>	<b>19,6</b>	<b>18,6</b>
Övriga U-län	7,0				7,4			
Hela U-län	7,0				7,5			
Smedjebacken	8,4	7,0	8,1	8,5	8,0	8,4	9,0	9,1
Hedemora	8,3	11,6	11,6	11,9	8,8	15,8	16,5	16,5
Avesta	12,2	24,6	25,6	26,2	12,7	31,6	32,8	32,1
Ludvika	9,0	22,0	22,5	22,5	7,9	25,8	26,3	25,1
<b>Totalt</b>	<b>9,7</b>	<b>65,2</b>	<b>67,8</b>	<b>69,1</b>	<b>9,5</b>	<b>81,6</b>	<b>84,6</b>	<b>82,8</b>
Övriga W-län	7,6				8,2			
Hela W-län	8,2				8,6			
Riket	7,0				7,3			

**Kommentar till tabell ovan och diagram sidorna 81 - 82.**

I Dalarna är dödligheten i stroke högre än i Västmanland och riket. Mortaliteten har minskat bland både män och kvinnor under perioden 1984-94.

Det är endast männen och kvinnorna i Avesta, som avviker med förhöjda värden jämfört med övriga Dalarna. Männen i Skinnskatteberg har klart lägre värden än resten av Västmanland. Under perioden 1984-94 har mortaliteten i stroke minskat något bland männen i Skinnskatteberg, Smedjebacken, Hedemora och Ludvika. Bland kvinnorna har mortaliteten minskat mest i Norberg och Hedemora. Mortaliteten i stroke har minskat i samtliga kommuner utom i Avesta och Fagersta.

**Antal män och kvinnor (per 10 000 män respektive kvinnor, femårsmedelvärde) som vårdats för stroke, 1992-1996.**

	Män		Kvinnor	
	Antal vårdade/ 10 000	Antal pers	Antal vårdade/ 10 000	Antal pers
Skinnskatteberg	46,0	15,4	35,2	14,6
Norberg	38,9	15,4	28,4	15,4
Fagersta	44,2	40,4	29,7	37,8
<b>Totalt</b>	<b>43,2</b>	<b>71,2</b>	<b>30,5</b>	<b>67,8</b>
Övriga U-län	38,8		26,7	
Hela U-län	39,2		27,1	
Smedjebacken	41,0	31,0	21,9	21,4
Hedemora	39,2	43,4	26,4	39,6
Avesta	42,1	64,2	31,8	72,0
Ludvika	43,1	81,4	26,9	75,6
<b>Totalt</b>	<b>41,7</b>	<b>220,0</b>	<b>27,5</b>	<b>208,6</b>
Övriga W-län	42,1		27,2	
Hela W-län	42,0		27,3	
Riket	42,1		28,2	

**Kommentar till tabell ovan och diagram sidorna 83 - 84.**

Det är betydligt fler män än kvinnor som vårdats på sjukhus för stroke. Västmanland har en något lägre andel vårdade än i riket för såväl män som kvinnor medan Dalarna endast har lägre värden för kvinnorna.

I Västmanland är det män och kvinnor i Skinnskatteberg samt män i Fagersta, som överskrider länsgenomsnittet. I Dalarna finns den största avvikelsern bland kvinnor i Avesta, som ligger klart över genomsnittet i länet samt bland kvinnorna i Smedjebacken som ligger klart under.

Antalet vårdade i Västmanland, Dalarna och i riket har inte förändrats särskilt mycket under perioden 1989-94.

Männen i Skinnskatteberg och Ludvika ligger högst i respektive län under hela perioden 1989-94 och antalet har inte förändrats under perioden. I de övriga kommunerna har antalet män som vårdats för stroke ökat under perioden 1989-94.

I Västmanland visar kvinnorna i Skinnskatteberg på ett ökat antal vårdade för stroke. Antalet vårdade för stroke i dalakommunerna är genomgående högst bland kvinnorna i Avesta och lägst i Smedjebacken. Den största minskningen av antalet vårdade för stroke bland kvinnor finns i Hedemora.

BEHOV 2010		
Område	Antal	Kommentarer
Vård/behandling	1.800	560 + ackumulerade kontroller + ökande intensitet i behandling + längre överlevnad.
Rehabilitering	500	560 - 170 + gamla. Avser rehabilitering i slutenvård, dagrehab och rehabilitering i hemmet.
Palliativ vård	30	Ofta i samband med tillstötande sjukdom

## Kronisk bronkit, emfysem och astma

Mortalitet (Antal döda per 10 000 invånare, femårsmedelvärde) och genomsnittligt antal döda per år under åren 1992-1996 och prognos för antal döda 2005 och 2010, män och kvinnor.

	Döda/ 10 000	Män			Kvinnor			
		Antal personer			Döda/ 10 000	Antal personer		
	1994	1994	2005	2010	1994	1994	2005	2010
<b>Skinnskatteberg</b>	1,9	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Norberg</b>	1,3	0,6	0,6	0,6	0,3	0,2	0,2	0,2
<b>Fagersta</b>	1,9	2,0	1,8	1,7	1,6	1,6	1,3	1,3
<b>Totalt</b>	<b>1,7</b>	<b>3,6</b>	<b>3,4</b>	<b>3,3</b>	<b>0,9</b>	<b>1,8</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>
<b>Övriga U-län</b>	<b>1,8</b>				<b>1,1</b>			
<b>Hela U-län</b>	<b>1,8</b>				<b>1,1</b>			
<b>Smedjebacken</b>	1,8	2,2	2,5	2,6	1,8	1,4	1,4	1,5
<b>Hedemora</b>	1,2	1,8	1,8	1,9	0,7	0,8	0,8	0,8
<b>Avesta</b>	1,4	2,6	2,7	2,8	1,3	3,0	2,9	2,9
<b>Ludvika</b>	1,4	4,8	5,0	4,0	1,3	3,8	3,8	3,7
<b>Totalt</b>	<b>1,4</b>	<b>11,4</b>	<b>12,0</b>	<b>11,3</b>	<b>1,3</b>	<b>9,0</b>	<b>8,9</b>	<b>8,9</b>
<b>Övriga W-län</b>	<b>1,3</b>				<b>1,0</b>			
<b>Hela W-län</b>	<b>1,3</b>				<b>1,1</b>			
<b>Riket</b>	<b>1,8</b>				<b>1,2</b>			

**Kommentar till tabell ovan och diagram sidorna 85 - 86.**

Antalet män och kvinnor som avlidit till följd av kronisk bronkit, emfysem eller astma är lägre i Dalarna än i riket. Motsvarande antal i Västmanland är högre bland männen och lägre bland kvinnorna.

Antalet döda har sjunkit bland männen jämfört med 1984 trots att mortaliteten bland männen i Västmanland tenderar att öka sedan 1990. Bland kvinnorna har mortaliteten ökat i Dalarna och i riket jämfört med 1984 medan den minskade bland västmanländska kvinnorna mellan 1984 och 1990 för att sedan öka igen.

Männen och kvinnorna i Norberg samt kvinnorna i Skinnskatteberg och Hedemora ligger lägre än respektive länsgenomsnitt. Männen i Norberg och Avesta har i det närmaste halverat dödligheten i bronkit, emfysem och astma under perioden 1984-94.

**Antal män och kvinnor (per 10 000 män respektive kvinnor, femårsmedelvärde) som vårdats för kronisk bronkit, emfysem eller astma 1992-1996 samt antal personer 1994.**

	Män		Kvinnor	
	Antal vårdade/ 10 000	Antal pers	Antal vårdade/ 10 000	Antal pers
Skinnskatteberg	28,1	8,2	10,9	3,2
Norberg	12,3	4,6	10,1	3,8
Fagersta	7,8	7,0	19,1	17,6
<b>Totalt</b>	<b>13,3</b>	<b>19,8</b>	<b>15,1</b>	<b>24,6</b>
Övriga U-län	19,4		14,7	
Hela U-län	18,9		14,7	
Smedjebacken	16,6	11,4	11,4	8,8
Hedemora	24,7	21,8	19,6	19,0
Avesta	20,6	27,6	19,4	30,2
Ludvika	19,7	31,6	14,4	27,0
<b>Totalt</b>	<b>20,5</b>	<b>92,4</b>	<b>16,5</b>	<b>85,0</b>
Övriga W-län	24,1		21,3	
Hela W-län	23,1		19,9	
Riket	21,9		18,4	

**Kommentar till tabell ovan och diagram sidorna 87 - 88.**

Antalet vårdade för kronisk bronkit, emfysem eller astma är lägre i Västmanland och högre i Dalarna vid en jämförelse med riket. Detta gäller både män och kvinnor.

Antalet vårdade män och kvinnor i Dalarna är oförändrat under perioden 1989-94. I Västmanland och riket finns en minskande tendens under motsvarande tidsperiod.

Bland kommunerna är det endast männen i Skinnskatteberg och kvinnorna i Fagersta som ligger högre än länsgenomsnittet.

I de västmanländska kommunerna har antalet män vårdade för kronisk bronkit, emfysem och astma minskat sedan 1989. Någon motsvarande tendens finns inte i Dalarna. Bland kvinnorna föreligger en minskning i Norberg, Skinnskatteberg och Ludvika.

BEHOV 2010		
Område	Antal	Kommentarer
Vård/behandling	>5.000	Minskat antal akuta insatser och vårdtillfällen i slutenvård men ökande antal behandlingsinsatser i öppenvård.
Rehabilitering	<200	Behandling och rehabilitering går i varandra. Rehabilitering av inlagda på sjukhus. Astmaskolor etc. Eventuellt minskande behov.
Palliativ vård	<25	---

## Skador och förgiftningar

Mortalitet (Antal döda per 10 000 invånare, femårsmedelvärde) och genomsnittligt antal döda per år under åren 1992-1996 och prognos för antal döda 2005 och 2010, män och kvinnor.

	Döda/ 10 000	Män			Kvinnor			
		Antal personer			Döda/ 10 000	Antal personer		
	1994	1994	2005	2010	1994	1994	2005	2010
Skinnskatteberg	4,0	1,2	1,0	1,1	3,4	1,2	1,0	1,0
Norberg	3,2	1,4	1,5	1,6	3,0	1,6	1,7	1,7
Fagersta	9,3	7,6	5,9	5,7	2,7	3,0	2,7	2,5
<b>Totalt</b>	<b>6,6</b>	<b>10,2</b>	<b>8,4</b>	<b>8,4</b>	<b>2,9</b>	<b>5,8</b>	<b>5,4</b>	<b>5,2</b>
Övriga U-län	5,6				2,8			
Hela U-län	5,7				2,8			
Smedjebacken	5,7	4,0	3,5	3,5	2,5	1,8	1,7	1,7
Hedemora	6,4	6,2	5,8	6,2	1,9	2,4	3,6	3,8
Avesta	7,4	9,8	8,7	8,9	4,0	6,4	6,1	6,0
Ludvika	6,2	10,2	9,1	9,4	3,7	7,8	7,3	7,0
<b>Totalt</b>	<b>6,5</b>	<b>30,2</b>	<b>27,1</b>	<b>28,0</b>	<b>3,2</b>	<b>18,4</b>	<b>18,7</b>	<b>18,5</b>
Övriga W-län	6,5				3,3			
Hela W-län	6,5				3,3			
Riket	5,9				2,8			

### Kommentar till tabell ovan och diagram sidorna 89 - 90.

Mortaliteten till följd av skador och förgiftning är något högre i Dalarna än i riket respektive Västmanland. Hos männen finns en svag tendens till minskad mortalitet i skador och förgiftning sedan 1984 medan kvinnornas värden är oförändrade.

Bland männen har antalet döda i skador och förgiftning minskat i samtliga kommuner utom Fagersta och Avesta under 1990-talet.

Bland kvinnorna är mortaliteten lägre än bland männen och bilden mer varierande över åren. Inga större förändringar har skett bland kvinnorna sedan 1984, det finns en tendens till minskning i Norberg och Hedemora och en viss ökning i Avesta.

**Antal män och kvinnor (per 10 000 män respektive kvinnor, femårsmedelvärde) som vårdats för skador och förgiftningar, 1992-1996 samt antal personer 1994.**

	Män		Kvinnor	
	Antal vårdade/ 10 000	Antal pers	Antal vårdade/ 10 000	Antal pers
Skinnskatteberg	130,7	37,2	121,8	36,8
Norberg	98,8	34,6	92,7	40,8
Fagersta	130,3	95,4	106,9	101,6
<b>Totalt</b>	<b>122,2</b>	<b>167,2</b>	<b>106,3</b>	<b>179,2</b>
Övriga U-län	<b>108,4</b>		<b>91,1</b>	
Hela U-län	<b>109,7</b>		<b>92,6</b>	
Smedjebacken	90,2	58,0	78,4	62,8
Hedemora	114,5	103,2	93,0	102,6
Avesta	112,7	146,8	97,3	171,8
Ludvika	108,1	160,6	82,5	180,2
<b>Totalt</b>	<b>107,9</b>	<b>468,4</b>	<b>88,4</b>	<b>517,4</b>
Övriga W-län	<b>115,7</b>		<b>105,5</b>	
Hela W-län	<b>113,6</b>		<b>100,6</b>	
Riket	<b>131,6</b>		<b>111,7</b>	

**Kommentar till tabell ovan och diagram sidorna 91 - 92.**

Västmanland har färre vårdade än Dalarna på grund av skador och förgiftningar för både män och kvinnor. Båda länen ligger lägre än riket.

I Västmanland uppvisar både män och kvinnor i Skinnskatteberg och Fagersta ett högre antal vårdade än länet. I Dalarna ligger Smedjebackens män och kvinnor klart lägre än länsgenomsnittet men även kvinnorna i Hedemora och Ludvika ligger under.

Antalet vårdade för skador och förgiftningar har ökat bland både män och kvinnor i riket under perioden 1989-94. I Västmanland har antalet vårdade minskat för både män och kvinnor, medan siffrorna är oförändrade för männen och ökande för kvinnorna i Dalarna.

I de västmanländska kommunerna har antalet vårdade minskat bland männen, i synnerhet i Norberg. Även i dalakommunerna, med undantag för Ludvika, finns tendenser till minskat antal vårdade män. Bland kvinnorna har antalet vårdade för skador och förgiftningar minskat i Norberg och Fagersta samt ökat i Skinnskatteberg. I Dalarna har de studerade kommunerna i det närmaste oförändrat antal vårdade kvinnor sedan 1989.

BEHOV 2010		
Område	Antal	Kommentarer
Vård/behandling	10.000	(10% av befolkningen över 18 år i Västmanland söker vård för skador/förgiftningar).
Rehabilitering	1.000	200 höftfrakturer plus andra frakturer etc.
Palliativ vård	10	Svårbedömt

## Höftfrakturer

Antal män och kvinnor (per 10 000 män respektive kvinnor, femårsmedelvärde) som vårdats för höftfrakturer, 1992-1996 samt antal personer 1994.

	Män		Kvinnor	
	Antal vårdade/ 10 000	Antal pers	Antal vårdade/ 10 000	Antal pers
Skinnskatteberg	8,9	3,2	11,2	5,6
Norberg	7,2	3,6	16,6	10,6
Fagersta	10,7	11,0	14,1	21,6
<b>Totalt</b>	<b>9,4</b>	<b>17,8</b>	<b>14,2</b>	<b>37,8</b>
Övriga U-län	<b>10,5</b>		<b>16,5</b>	
Hela U-län	<b>10,4</b>		<b>16,3</b>	
Smedjebacken	8,9	6,4	18,3	20,2
Hedemora	9,5	12,2	14,6	26,2
Avesta	11,1	18,2	17,4	48,4
Ludvika	9,7	19,4	15,3	54,4
<b>Totalt</b>	<b>9,9</b>	<b>56,2</b>	<b>16,2</b>	<b>149,2</b>
Övriga W-län	<b>9,7</b>		<b>16,5</b>	
Hela W-län	<b>9,8</b>		<b>16,4</b>	
Riket	<b>10,7</b>		<b>16,8</b>	

**Kommentar till tabell ovan och diagram sidorna 93 - 94.**

Antalet personer som vårdats för höftfrakturer är lägre i Dalarna och Västmanland jämfört med riket. Bland männen är antalet vårdade lägre i Dalarna än i Västmanland. Ingen motsvarande skillnad finns bland kvinnorna.

Männen i Fagersta och Avesta samt kvinnorna i Norberg, Smedjebacken och Avesta har ett högre antal vårdade för höftfrakturer än resten av respektive län.

Männen och kvinnorna i Dalarna har sedan 1984 haft ett lägre antal vårdade för höftfrakturer än riket. I Västmanland var antalet vårdade högre än i riket 1984 men har stadigt minskat sedan dess och är 1994 lägre än i riket. För kvinnorna har antalet vårdade nått samma nivå som i Dalarna.

Bland männen i Skinnskatteberg, Smedjebacken och Hedemora samt bland kvinnorna i Skinnskatteberg och Fagersta har antalet vårdade för höftfrakturer minskat sedan 1984. Kvinnorna i Smedjebacken och Hedemora visar på små ökningarna under samma tidsperiod.

BEHOV 2010		
Område	Antal	Kommentarer
Vård/behandling	>260	Oförändrat antal jämfört med senaste uppgifter, ev. fler beroende på osteoporosutvecklingen.
Rehabilitering	>260	---
Palliativ vård		Endast i samband med tillstötande sjukdomar.

## Själv mord

Mortalitet till följd av självmord (Antal döda per 10 000 invånare, femårsmedelvärde) och genomsnittligt antal döda per år under åren 1992-1996 och prognos för antal döda 2005 och 2010, män och kvinnor.

	Män				Kvinnor			
	Döda/ 10 000	Antal personer			Döda/ 10 000	Antal personer		
	1994	1994	2005	2010	1994	1994	2005	2010
Skinnskatteberg	2,2	0,6	0,4	0,5	0,7	0,2	0,1	0,1
Norberg	1,7	0,8	0,8	0,9	0,9	0,2	0,2	0,3
Fagersta	5,3	4,0	2,9	2,7	0,8	0,6	0,3	0,3
<b>Totalt</b>	<b>3,7</b>	<b>5,4</b>	<b>4,1</b>	<b>4,1</b>	<b>0,8</b>	<b>1,0</b>	<b>0,6</b>	<b>0,7</b>
Övriga U-län	2,6				1,1			
Hela U-län	2,7				1,1			
Smedjebacken	1,8	1,2	1,0	1,0	0,6	0,4	0,4	0,4
Hedemora	2,8	2,6	2,5	2,6	0,8	0,6	0,6	0,6
Avesta	3,5	4,4	3,7	3,9	1,9	2,6	2,4	2,3
Ludvika	1,9	2,8	2,4	2,5	1,0	1,6	1,3	1,3
<b>Totalt</b>	<b>2,5</b>	<b>11,0</b>	<b>9,6</b>	<b>10,0</b>	<b>1,2</b>	<b>5,2</b>	<b>4,7</b>	<b>4,6</b>
Övriga W-län	2,9				1,2			
Hela W-län	2,8				1,2			
Riket	2,7				1,2			

Kommentar till tabell ovan och diagram sidorna 95 - 96.

Dödlighetstalen i självmord överensstämmer i både Dalarna och Västmanland i riket. Utvecklingen sedan 1984 följer rikets trend. Vissa år är det inte möjligt att göra några beräkningar på grund av att antalet döda i självmord är "för lågt" i kommunerna. Männerna i Fagersta och Avesta samt kvinnorna i Avesta tenderar att ligga högre än självmordsmortaliteten i respektive län.

Antal män och kvinnor (per 10 000 män respektive kvinnor, femårsmedelvärde) som vårdats för självmord eller ovisshet, 1992-1996 samt antal personer 1994.

	Män		Kvinnor	
	Antal vårdade/ 10 000	Antal pers	Antal vårdade/ 10 000	Antal pers
Skinnskatteberg	2,7	0,8	14,9	3,8
Norberg	9,0	3,0	10,0	3,2
Fagersta	12,0	8,4	17,5	11,8
<b>Totalt</b>	<b>9,2</b>	<b>12,2</b>	<b>15,0</b>	<b>18,8</b>
Övriga U-län	7,8		11,8	
Hela U-län	7,9		12,1	
Smedjebacken	8,7	5,8	12,5	6,8
Hedemora	8,4	7,2	13,2	9,8
Avesta	8,9	11,4	11,7	13,8
Ludvika	11,7	20,0	16,0	20,4
<b>Totalt</b>	<b>9,7</b>	<b>44,4</b>	<b>13,6</b>	<b>50,8</b>
Övriga W-län	7,6		11,5	
Hela W-län	8,2		12,1	
Riket	7,7		11,1	

Kommentar till tabell ovan och diagram sidorna 97 - 98.

I Västmanland och Dalarna har männen och kvinnorna något högre antal personer per 10000 som har vårdats för självmordsförsök än i riket 1994. Avvikelseerna är inte stora och länen följer samma minskande trend som hela Sverige.

De största avvikelserna från länssiffrorna återfinns bland män och kvinnor i Fagersta och Ludvika, som har klart högre antal vårdade för självmordsförsök. Denna tendens har funnits i dessa kommuner under hela perioden 1989-94.

BEHOV 2010		
Område	Antal	Kommentarer
Vård/behandling	160	Samtliga som gör självmordsförsök.
Rehabilitering	320	160 + ackumulerat = ung. 320. Fler behöver tas om hand för att hindra återupprepning. 3 års behov ackumuleras.
Palliativ vård	3	Uppskattat.

## Alkoholrelaterade sjukdomar

**Mortalitet (Antal döda per 10 000 invånare, femårsmedelvärde) och genomsnittligt antal döda per år under åren 1992-1996 och prognos för antalet döda 2005 och 2010, män och kvinnor.**

	Män				Kvinnor			
	Döda/ 10 000	Antal personer			Döda/ 10 000	Antal personer		
		1994	1994	2005		2010	1994	1994
Skinnskatteberg	1,4	0,4	0,4	0,4	0,7	0,2	0,1	0,1
Norberg	4,8	1,6	1,8	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Fagersta	5,6	4,2	3,4	3,2	1,6	1,4	1,0	1,0
<b>Totalt</b>	<b>4,5</b>	<b>6,2</b>	<b>5,6</b>	<b>5,5</b>	<b>1,0</b>	<b>1,6</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>
Övriga U-län	4,4				1,2			
Hela U-län	4,4				1,2			
Smedjebacken	3,8	2,6	2,4	2,4	2,3	1,6	1,7	1,6
Hedemora	2,2	2,2	2,2	2,3	1,3	1,2	1,2	1,2
Avesta	4,7	6,4	6,3	6,4	1,1	1,4	1,2	1,2
Ludvika	4,4	7,0	6,1	6,5	1,7	3,2	2,4	2,7
<b>Totalt</b>	<b>3,9</b>	<b>18,2</b>	<b>17,0</b>	<b>17,6</b>	<b>1,5</b>	<b>7,4</b>	<b>6,5</b>	<b>6,7</b>
Övriga W-län	3,7				1,1			
Hela W-län	3,8				1,2			
Riket	4,4				1,3			

**Kommentar till tabell ovan och diagram sidorna 99 - 100.**

Dödligheten i alkoholrelaterade sjukdomar överensstämmer med rikssiffrorna, med undantag för männen i Dalarna, som har en något lägre mortalitet. Tidstrenderna jämfört med riket pekar inte på några större avvikelser vare sig för män eller kvinnor i de två länen.

Det är framförallt männen i Fagersta och Avesta som avviker från respektive läns genomsnitt. I Fagersta var mortaliteten betydligt högre kring 1990-91 men har sedan dess sjunkit något. Samma tendens finns i Skinnskatteberg men där är nedgången ännu kraftigare

**Antal män och kvinnor (per 10 000 män respektive kvinnor, femårsmedelvärde) som vårdats för alkoholrelaterade sjukdomar, 1992-1996 samt antal personer 1994.**

	Män		Kvinnor	
	Antal vårdade/ 10 000	Antal pers	Antal vårdade/ 10 000	Antal pers
Skinnskatteberg	2,7	0,8	14,9	3,8
Norberg	9,0	3,0	10,0	3,2
Fagersta	12,0	8,4	17,5	11,8
<b>Totalt</b>	<b>9,2</b>	<b>12,2</b>	<b>15,0</b>	<b>18,8</b>
Övriga U-län	7,8		11,8	
Hela U-län	7,9		12,1	
Smedjebacken	8,7	5,8	12,5	6,8
Hedemora	8,4	7,2	13,2	9,8
Avesta	8,9	11,4	11,7	13,8
Ludvika	11,7	20,0	16,0	20,4
<b>Totalt</b>	<b>9,7</b>	<b>44,4</b>	<b>13,6</b>	<b>50,8</b>
Övriga W-län	7,6		11,5	
Hela W-län	8,2		12,1	
Riket	7,7		11,1	

**Kommentar till tabell ovan och diagram sidorna 101 - 102.**

Det är fler män och kvinnor i Västmanland och Dalarna som vårdats för alkoholrelaterade sjukdomar jämfört med riket. I Dalarna har antalet vårdade ökat sedan 1989 medan antalet minskat något i Västmanland och riket.

Männen och kvinnorna i Fagersta och Ludvika är de som har högre antal vårdade än övriga delar av respektive län.

Bland männen finns en stark nedgång av antalet vårdade för alkoholrelaterade sjukdomar i Fagersta och Skinnskatteberg. Bland kvinnorna är antalet vårdade svagt ökande i Skinnskatteberg, Hedemora och Smedjebacken samt något minskande i Norberg och Avesta.

<b>BEHOV 2010</b>		
<b>Område</b>	<b>Antal</b>	<b>Kommentarer</b>
<b>Vård/behandling</b>	150	Inklusive sekundär prevention, missbruksvård t.ex.
<b>Rehabilitering</b>	75	Rehabilitering av följsjukdomarna. Här inräknas inte missbruksrehabiliteringen, som är ett behov som hälso- och sjukvården inte ansvarar för.
<b>Palliativ vård</b>	20	Levercirros etc. = 50% av mortaliteten.

## Allergi/överkänslighet

Eftersom ingen heltäckande registrering av diagnoser sker vid besök inom den öppna vården i landstingen har förekomsten av allergi/överkänslighet uppskattats från resultaten i de befolkningsundersökningar som gjorts i Dalarna, 1998 och Västmanland 1996/97. Frågeformulären har inte samma frågor och svarsalternativ.

**Dalarna:** Är Du allergisk/överkänslig mot...  
*vissa födoämnen (mjölk...)*  
*vissa metaller (nickel...)*  
*pollen (gräs, träd...)*  
*damm*  
*pälsdjur*  
*tobaksrök, parfym*  
*annat*

I Dalarnas folkhälsorapport har ett index bildats där alla personer, som svarat "Ja" på en eller flera av alternativen ovan, ansetts vara allergiska/överkänsliga.

**Västmanland** Rinnande kliande näsa eller ögon i samband med lövsprickning, gräsblomning eller pälsdjurskontakt är vanligt förekommande. Har Du haft dessa problem någon period de senaste tolv månaderna?  
*"Nej", "Ja, lätta besvär" eller "Ja, svåra besvär"*

Får Du besvär med igentäppt, kliande, rinnande näsa eller ögon av tobaksrök, parfym, trycksvärta eller andra irriterande ämnen?  
*"Nej", "Ja, lätta besvär" eller "Ja, svåra besvär"*

I Västmanland har ett index bildats där personer som svarat "Ja, lätta besvär" eller "Ja, svåra besvär" på en eller båda frågorna betraktats som allergiska/överkänsliga.

### Andelen allergiska /överkänsliga i respektive kommun och landsting samt antalet personer i åldern 20 – 64 år, 1998 samt prognos för 2010.

	%	1998	2010
Skinnskatteberg	35	975	775
Norberg	35	1200	1450
Fagersta	36	2575	1850
<b>Västmanland</b>	<b>35</b>		
Smedjebacken	38	2610	2125
Hedemora	37	4700	4225
Ludvika	40	5975	5200
Avesta	35	3125	2975
<b>Dalarna</b>	<b>35</b>		

Av ovanstående tabell framgår att det inte finns några anmärkningsvärda skillnader mellan kommunerna eller länen. I båda länen finns en något större andel allergiska/överkänsliga kvinnor än män, 38 respektive 32 % i Västmanland och 41 respektive 30 % i Dalarna. Andelen allergiker/överkänsliga är större bland yngre än bland äldre. Det finns tendenser till att andelen allergiska/överkänsliga personer ökar enligt undersökningarna i Dalarna som genomförts med samma frågor sedan 1990.

<b>BEHOV 2010</b>		
<b>Område</b>	<b>Antal</b>	<b>Kommentarer</b>
<b>Vård/behandling</b>	<40.000	40% av befolkningen kan 2010 antas ha problem med allergi/överkänslighet. Hur många av dessa som har behov av hälso- och sjukvård är svårbedömt.
<b>Rehabilitering</b>		
<b>Palliativ vård</b>		

## Psykiska sjukdomar

Antalet vårddagar och vårdtillfällen inom vuxenpsykiatri 1998 per 1000 invånare.

	<b>Vårddagar</b>	<b>Vårdtillfällen</b>
Skinnskatteberg	134	6,5
Norberg	113	5,2
Fagersta	245	10,0
<b>U-län</b>	<b>244</b>	<b>7,7</b>
Smedjebacken	170	11,0
Hedemora	241	7,3
Ludvika	247	15,0
Avesta	212	8,2
<b>W-län</b>	<b>195</b>	<b>10,0</b>

Västmanland har ett större antal vårddagar per 1000/invånare än Dalarna under 1998. För antalet vårdtillfällen gäller det omvända förhållandet.

Fagersta har ett högre antal vårddagar och vårdtillfällen inom vuxenpsykiatri än resten av Västmanland. Samtliga dalakommuner utom Smedjebacken har fler vårddagar än resten av länet men det är endast Ludvika som har fler vårdtillfällen.

<b>BEHOV 2010</b>		
<b>Område</b>	<b>Antal</b>	<b>Kommentarer</b>
<b>Vård/behandling</b>	>1.700	Gäller psykosor inklusive schizofreni, som i dag tar ca. $\frac{3}{4}$ av psykiatrins resurser. Missbruk bedöms öka i denna grupp och komplicerar den psykiska störningen.
<b>Rehabilitering</b>	--	Svårbedömt att urskilja rehabilitering från vård/behandling
<b>Palliativ vård</b>	--	---

## Psykiska symtom och besvär

Psykiska symtom och besvär har studerats i de befolkningsenkäter som genomförts i Västmanland och Dalarna. Frågorna och svarsalternativen är olika formulerade i de två undersökningarna varför direkta jämförelser mellan andelen personer med besväras ej göras.

**Dalarna** Har Du under de senaste tre månaderna...., *"ofta haft sömnbesvär"*, *"ofta känt ängslan, oro eller ångest"*, *"ofta känt nedstämdhet"*

I Dalarna redovisas andelen personer som uppger ett eller flera ja-svar på ovanstående tre alternativ.

**Västmanland** Har Du under de tre senaste månaderna haft något/några av följande besvär?

Ängslan, oro

Ångest

*"Aldrig"*, *"Någon gång"* eller *"Nästan hela tiden"*

Har Du haft svårt att sova på grund av oro de senaste två veckorna?

Har Du de senaste veckorna känt Dig olycklig och nedstämd?

*"Inte alls"*, *"Inte mer än vanligt"*, *"Mer än vanligt"* eller *"Mycket mer än vanligt"*

I Västmanland har två index bildats utifrån frågorna om ängslan/oro respektive ångest. Det första indexet beskriver andelen invånare som svarat *"nästan hela tiden"* på minst en av frågorna. Det andra indexet visar andelen invånare som besvarat minst en av de två frågorna med alternativen *"nästan hela tiden"* eller *"någon gång"*. Ett tredje index har skapats med hjälp av det första indexet med tillägg, av de två sistnämnda frågorna. Har en person psykiska besvär enligt det första indexet eller besvarat någon av de två sistnämnda frågorna *"Mer än vanligt"* eller *"Mycket mer än vanligt"* har personen ansetts ha psykiska besvär.

**Andel invånare i åldern 20 – 64 år med psykiska symtom och besvär enligt olika kriterier (se nedan) samt antal personer i åldern 20 - 64 år i respektive kommun med psykiska symtom och besvär 1998 och 2010.**

	%*	%**	%***	1998*	2010*	1998**	2010**	1998***	2010***
Skinnskatteberg	6	49	21	175	125	1350	1100	575	475
Norberg	7	51	21	250	300	1750	2125	725	875
Fagersta	5	50	21	350	250	3575	2550	1500	1075
<b>Västmanland</b>	<b>6</b>	<b>53</b>	<b>21</b>						
Smedjebacken	29			2000	1625				
Hedemora	30			3825	3425				
Ludvika	29			4325	3775				
Avesta	23			2050	1950				
<b>Dalarna</b>	<b>28</b>								

\* I Västmanland beskriver siffrorna andelen av de svarande som angivit att *de "nästan hela tiden"* under de senaste tre månaderna har varit drabbade av ängslan/oro eller ångest och i Dalarna att man svarat *"ja"* på något/några av följande alternativ *"ofta haft sömnbesvär"*, *"ofta känt ängslan, oro eller ångest"*, *"ofta känt nedstämdhet"*

\*\* Andelen svarande som angivit att de ”någon gång eller nästan hela tiden” har känt ängslan/oro eller ångest.

\*\*\* Andelen som angivit att de, ”Någon gång eller Nästan hela tiden”, har varit drabbade av ängslan/oro eller ångest eller har svarat: ”Mycket mer än vanligt” på följande frågor: Har Du haft svårt att sova på grund av oro de senaste två veckorna? Har Du de senaste veckorna känt Dig olycklig och nedstämd?

Kommunerna i Fagerstabygden avviker inte nämnvärt från övriga Västmanland. Av kommunerna i Dalarna är det endast Avesta som avviker genom att ligga fem procentenheter lägre än länet. I Dalarna har tendensen varit att andelen i befolkningen med psykiska symtom och besvär har ökat sedan 1990.

BEHOV 2010		
Område	Antal	Kommentarer
Vård/behandling	>25.000	Uppskattat underlag. (U3 21%, W4 23-30%. Bergslagen då ca. 25%). Hur många av dessa som har behov av Hälso- sjukvård är svårbedömt. Ökning om inte stödjande insatser sätts in.
Rehabilitering	?	Svårbedömt att urskilja rehabilitering från vård/behandling
Palliativ vård	--	

## Rörelseorganens sjukdomar och besvär

Uppgifter om besvär från rörelseorganens sjukdomar har dokumenterats väl i de befolknings-undersökningar som genomförts i Västmanland och Dalarna. Frågor och svarsalternativ är inte likalydande men försök har gjorts att skapa index som stämmer överens mellan de två länen.

**Dalarna** Har Du under de senaste tre månaderna ofta haft...  
*värk i nedre delen av ryggen (ländryggen, korsryggen), som ej strålar ner i benen*  
*värk i nedre delen av ryggen (ländryggen, korsryggen), som strålar ner i benen*  
*värk i nacke, axlar, skuldror, armar eller ben ( ej utstrålande från värk i ryggen*  
*värk i höfter eller leder i övrigt (knän, händer, fötter...)*

I Dalarnas folkhälsorapport har ett index konstruerats utifrån svaren på de två första frågorna som berör besvär från nedre delen av ryggen. Dessutom har ett index bildats utifrån samtliga frågor om besvär från rörelseorganen.

**Västmanland** Har Du under de senaste 12 månaderna haft ont från någon eller några av nedanstående delar av rörelseorganen? *Om Du haft ont vid flera tillfällen, försök då att uppskatta ett ungefärligt genomsnitt och kryssa iden ruta som ligger närmast.*

Övre delen av ryggen eller nacken  
Nedre delen av ryggen  
Axlar eller armar

Handleder eller händer  
Höfter eller lår  
Knän  
Underben eller fötter

Svarsalternativ: "Nej, aldrig", "Ja, ett par gånger det senaste året", "Ja, ett par gånger den senaste månaden", "Ja, ett par dagar i veckan", "Ja, varje dag".

I Västmanland har dels den enskilda frågan om besvär från nedre delen av ryggen använts samt ett index bildats av svaren från samtliga frågor om besvär från rörelseorganen. Om man med besvär ofta avser "en eller flera gånger per månad" eller "ett par dagar per vecka" och jämför med enkätsvaren i Dalarna.

## Besvär från nedre delen av ryggen

### Andelen invånare i åldern 20 – 64 år med besvär från nedre delen av ryggen.

	%*	**	1998*	2010*	1998**	2010**
Skinnskatteberg	29	17	800	650	475	375
Norberg	28	16	950	1150	550	675
Fagersta	22	13	1575	1125	925	675
<b>Västmanland</b>	<b>26</b>	<b>15</b>				
Smedjebacken	32		2200	1800		
Hedemora	31		3950	3550		
Ludvika	32		4775	4175		
Avesta	33		2950	2800		
<b>Dalarna</b>	<b>29</b>					

\*I Västmanlandskommunerna redovisas andelen respondenter som minst "ett par ggr per månad" haft ont i nedre delen av ryggen under det senaste året och Dalarna de som "ofta" haft ont i nedre delen av ryggen

\*\*De i Västmanlandskommunerna rapporterat att de haft ont i nedre delen av ryggen "ett par gånger per vecka eller oftare" under de senaste året.

Frågorna liksom svarsalternativen är olika formulerade i dala- och västmanlandsenkäten. Detta medför att de index som konstruerats inte är direkt jämförbara.

I Dalarna har 29 % av de svarande angivit att de under de tre senaste månaderna "ofta" haft ont i nedre delen av ryggen. I Västmanland har 26 % av befolkningen svarat att de haft ont i nedre delen av ryggen minst "ett par ggr i månaden" under det senaste året och 17 % har angivit att de haft ont "ett par gånger i veckan eller mer".

Det kan konstateras att Skinnskatteberg och Norberg och samtliga kommuner i Dalarna ligger högre än respektive län avseende andelen med besvär/värk i nedre delen av ryggen.

Förekomsten av besvär/värk från nedre delen av ryggen är vanligare bland kvinnor än män och att det är vanligare bland äldre än yngre.

Av befolkningsenkäten i Dalarna framgår att andelen 20-64-åringar med besvär från nedre delen av ryggen tenderar att öka.

## Besvär från olika delar av rörelseorganen

### Andelen invånare i åldern 20 – 64 år med besvär från någon del av rörelseorganen.

	%*	%**	1998	2010	1998	2010
Skinnskatteberg	60	42	1675	1350	1175	950
Norberg	57	39	1950	2350	1325	1625
Fagersta	53	37	3800	2725	2650	1900
<b>Västmanland</b>	<b>57</b>	<b>39</b>				
Smedjebacken	54		3700	3025		
Hedemora	54		6875	6175		
Ludvika	55		8225	7150		
Avesta	54		4825	4600		
<b>Dalarna</b>	<b>51</b>					

p\*I Västmanlandskommunerna har de som angivit att de har besvär från en eller flera delar av rörelseapparaten *"ett par gånger per månad"* under de senaste 12 månaderna klassificerats som att de har värk/besvär från leder eller muskler och Dalarna de som *"ofta"* haft ont i leder eller muskler under de senaste tre månaderna

\*\*De i Västmanlandskommunerna rapporterat att de haft ont i leder eller muskler *"ett par gånger per vecka eller oftare"* under de senaste året.

I Dalarna ett index har skapats av de fyra frågorna för att mäta förekomsten av värk i muskler och leder. Totalt har 51 % av de svarande har ett eller flera ja-svar på frågorna om besvär *"ofta"* från leder och muskler. I Västmanland har ett index bildats på motsvarande sätt för att mäta förekomsten av värk i muskler och leder, där samtliga som angivit att de har haft ont *"ett par gånger i månaden eller oftare"*. I Västmanland uppgår andelen svarande med ont i leder och muskler till 57 %. Om gränserna, för att klassas som en person med värk i leder och muskler, skärps till att problemet skall förekomma *"en gång i veckan eller oftare"* blir andelen 39 %.

Procentandelarna är inte direkt jämförbara mellan Västmanland och Dalarna. Samtliga kommuner i Västmanland utom Fagersta har högre andel personer i åldern 20 – 64 år med besvär/värk från leder eller muskler än i respektive län. Besvären är vanligare bland äldre och bland kvinnor. Andelen med besvär från rörelseorganen i dalakommunerna är högre än i resten av länet.

I befolkningsundersökningen i Västmanland har funnit att 31 % av befolkningen i åldern 20 – 84 år under de senaste 12 månaderna sökt vård för besvär i rörelseorganen. I nämnda befolkning har 20 % sökt familjeläkare, 5 % läkare på sjukhus, 3 % hos företagsläkare och 2 % hos privatläkare. Dessutom har 4 % sökt privat sjukgymnast, 3 % distriktsgymnast, 2 % företagsgymnast och 2 % sjukgymnast på sjukhus. Kiropraktor har sökts av 3 % och naprapat av 2 % av befolkningen.

BEHOV 2010		
Område	Antal	Kommentarer
Vård/behandling	>19.200	28,1% av befolkningen 20-84 år i U3 har sökt någon form av vård för besvär från rörelseorganen. Räknas här med att W4 har motsvarande andel. Sammantaget kan då beräknas att minst 19.200 personer i Bergslagen har behov av hälso- och sjukvård. Tillkommer de som är yngre än 20 år och äldre än 84 år.
Rehabilitering	>8.900	13% av 20-84-åringar i U3 har sökt vård hos sjukgymnast, kiropraktor, naprapat. Räknas här med att motsvarande gäller i W4. Sammantaget beräknas då att 8.900 har ett rehabiliteringsbehovet i Bergslagen. Tillkommer de som är yngre än 20 och äldre än 84 år.
Palliativ vård	--	--

## Sista levnadsåret

**Mortalitet (Antal döda per 10 000 invånare, femårsmedelvärde) och genomsnittligt antal döda per år under åren 1992-1996 och prognos för antalet döda 2005 och 2010, män och kvinnor.**

	Män				Kvinnor			
	Döda/* 10 000	Antal** pers	Antal personer		Döda/ 10 000	Antal pers	Antal personer	
	1994	1994	2005	2010	1994	1994	2005	2010
Skinnskatteberg	91,5	37,2	35,7	36,2	73,2	30,2	29,5	28,5
Norberg	74,4	35,8	36,2	37,3	84,0	47,2	49,9	50,0
Fagersta	95,8	101,0	89,7	84,9	72,4	92,4	89,3	82,1
<b>Totalt</b>	<b>89,3</b>	<b>174,0</b>	<b>161,6</b>	<b>158,4</b>	<b>75,6</b>	<b>169,8</b>	<b>168,7</b>	<b>160,6</b>
Övriga U-län	<b>85,1</b>				<b>64,6</b>			
Hela U-län	<b>85,5</b>				<b>65,7</b>			
Smedjebacken	96,0	81,4	87,5	90,9	77,5	75,6	81,5	81,1
Hedemora	87,4	113,2	113,1	116,6	61,0	96,4	99,6	100,5
Avesta	94,4	171,8	174,7	180,2	75,8	172,4	176,2	173,1
Ludvika	93,3	209,4	210,5	211,0	73,3	211,6	210,7	202,8
<b>Totalt</b>	<b>92,8</b>	<b>575,8</b>	<b>585,8</b>	<b>598,7</b>	<b>72,2</b>	<b>556,0</b>	<b>568,0</b>	<b>557,5</b>
Övriga W-län	<b>85,2</b>				<b>67,7</b>			
W-län	<b>87,4</b>				<b>69,0</b>			
Riket	<b>84,6</b>				<b>64,7</b>			

**Kommentar till tabell ovan och diagram sidorna 103 - 104.**

Samtliga kommuner i Bergslagen har dödstal som är högre än rikets siffror för 1994, med undantag för männen i Norberg och kvinnorna i Hedemora. I Norberg har kvinnorna högre dödstal än männen. Beträffande tidstrenderna från 1984 - 94 så visar männen i samtliga kommuner utom Fagersta och Avesta samt kvinnorna i Hedemora och Västmanlandskommunerna på klara nedåtgående trender. I Norberg minskade mortaliteten bland kvinnor kraftigt under perioden 1984-1990 men har sedan ökat något.

BEHOV 2010		
Område	Antal	Kommentarer
Vård/behandling	1.325	90 % av de avlidna (1.475) har läkarkontakt under sista levnadsåret. 1.100 är inlagda i slutenvård sista levnadsåret. Ev. ytterligare minskning av slutenvård men i stället ökade sjukvårdsinsatser i kommunala boendeformer. Mer avancerad hemsjukvård.
Rehabilitering		Svårbedömt
Palliativ vård	> 550	Av de 1.100 inlagda bedöms > 50% ha behov av palliativ vård.

## RISKFAKTORER

Risikfaktorerna tobaksrökning, övervikt och alkoholmissbruk har studerats i med hjälp av befolkningsenkäterna.

### Rökvanor

**Dalarna** Hur ofta röker Du? *"Jag har aldrig rökt", "Jag röker inte numera, men har tidigare varit rökare", "Jag röker (så gott som) dagligen", "Jag röker, men bara då och då (t ex "feströker")"*

**Västmanland** Röker Du för närvarande? *"Ja, dagligen", "Ja, då och då", "Nej"*

### Andelen dagligrökare i kommunerna och landsting

	Kvinnor	Män
	%	%
Skinnskatteberg	29	17
Norberg	27	24
Fagersta	25	13
<b>Västmanland</b>	<b>23</b>	<b>19</b>
Smedjebacken	25	15
Hedemora	26	12
Ludvika	24	16
Avesta	22	14
<b>Dalarna</b>	<b>21</b>	<b>14</b>

Andelen dagligrökare är lägre i Dalarna än i Västmanland. Bland kvinnor är andelen dagligrökare högre i Bergslagskommunerna än i respektive län. Andelen dagligrökande män är lägre än bland kvinnorna i samtliga kommuner. Det är enbart i Norberg (24 %) och i Fagersta (13 %) som männen avviker från länssiffrorna

### Övervikt

Andelen "lätt" överviktiga (BMI 25-29,9) respektive "kraftigt" överviktiga (BMI>30) har endast varit möjligt att fastställa i de västmanländska kommunerna med utgångspunkt i befolkningsenkäten som genomfördes 1996. Resultaten från befolkningsenkäten visar att andelen "lätt" respektive "kraftigt" överviktiga stämmer

väl överens med de resultat som erhållits i undersökningar i hela riket. Bland kvinnorna i åldern 18 – 84 år har 29,6 % ett BMI-värde som ligger i intervallet 25 – 29,9 och 10,5 % har ett BMI-värde som är högre än 30. Motsvarande procentsatser för männen är 44,1 respektive 9,4 %.

Andelen överviktiga i Fagerstabygden är något högre än i övriga Västmanland. Andelen lätt överviktiga kvinnor är 30,3 % och kraftigt överviktiga 13,9 %. Motsvarande andelar för männen är 45,2 respektive 10,6 %.

Antag att vi använder andelarna överviktiga i Fagerstabygden för att uppskatta antalet överviktiga i Fagerstabygden och Bergslagskommunerna i Dalarna år 1998 och 2010.

#### Antal ”lätt” respektive ”kraftigt” överviktiga i åldern 20-84 år i Bergslagskommunerna 1998 och 2010

		1998		2010	
		Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Fagerstabygden	Lätt övervikt	4000	2675	3700	2325
	Kraftig övervikt	950	1225	850	1075
Dalakommunerna	Lätt övervikt	13050	8800	5475	7900
	Kraftig övervikt	3050	4050	2825	3625

Antalet överviktiga i Bergslagen har uppskattats och prognosticerats utifrån resultat i befolkningsenkäten i Västmanland 1996. Antalet ”lätt” respektive ”kraftigt” överviktiga är lägre 2010 än 1998 om enbart hänsyn tas till den demografiska framskrivningen. Det faktiska antalet överviktiga år 2010 torde dock bli högre eftersom andelen överviktiga i befolkningen kommer att fortsätta att öka i alla åldersgrupper.

## Alkoholmissbruk

**Dalarna:** Hur ofta brukar Du dricka vin (i genomsnitt under ett år)?  
Hur ofta brukar Du dricka starksprit (i genomsnitt under ett år)?  
*”Aldrig”, ”Några gånger per år”, ”1-2 gånger i månaden”, ”1 gång i veckan”, ”2 gånger i veckan”, ”3 gånger i veckan”, ”Minst 4 gånger i veckan”*

I Dalarna har andelen i befolkningen som dricker vin och/eller starksprit 1 gång i veckan eller oftare beräknats.

**Västmanland:** Hur ofta händer det att Du dricker alkoholhaltiga drycker? Det kan variera under året, men försök att ta något slags genomsnitt och fyll i den ruta som ligger närmast för var och en av alkoholsorterna nedan.  
Alkoholsorter: Starksprit, starkvin, lättvin, starköl och folköl  
*Svarsalternativ; ”Minst 5 dagar i veckan”, ”3-4 dagar/vecka”, ”1-2 gånger/vecka”, ”2-3 gånger/månad”, ”1 gång/månad”, ”1-6 gånger/år”, ”Aldrig”*

I Västmanland har andelen personer som dricker vin och/eller starksprit ”1-2 gånger per vecka eller oftare” bestämts.

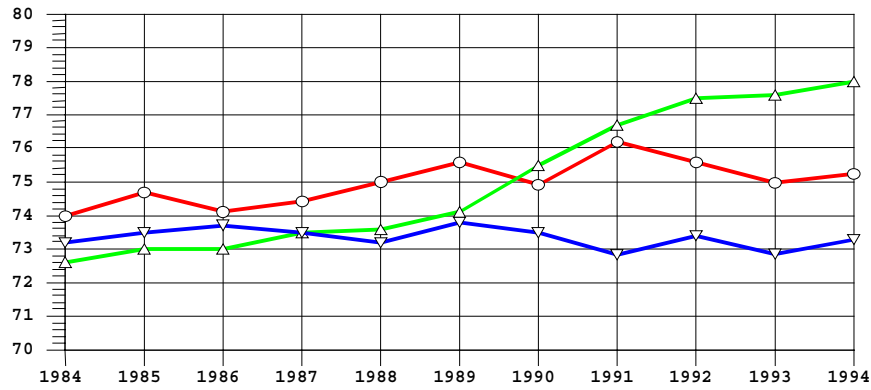
**Andelen i befolkningen 20-64 år som dricker vin och/eller starksprit en gång i veckan eller oftare**

	<b>%</b>
Skinnskatteberg	14
Norberg	18
Fagersta	17
<b>Västmanland</b>	<b>20</b>
Smedjebacken	17
Hedemora	18
Ludvika	17
Avesta	16
<b>Dalarna</b>	<b>19</b>

I samtliga Bergslagskommuner har en lägre andel personer i åldern 20 – 64 år som dricker vin och/eller starksprit en gång i veckan eller oftare, än resten av respektive län.

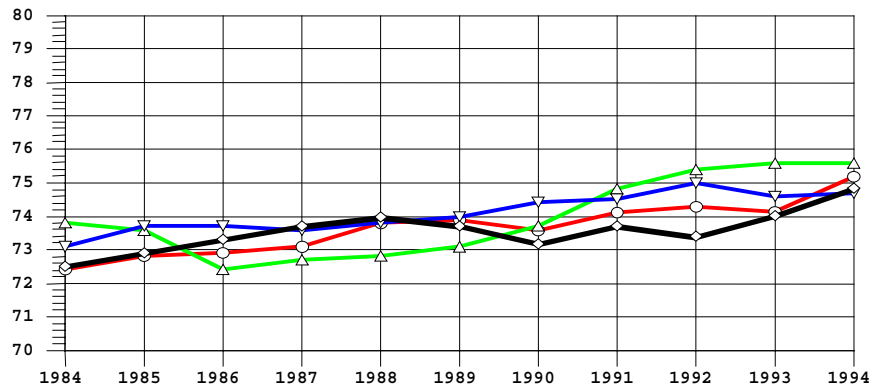
Om hänsyn också tas till starkölskonsumtionen, som är den alkoholsort som framförallt konsumeras av yngre män, blir andelen 24 % som dricker alkohol minst en gång per vecka.

Återstående medellivslängd vid 0 år, m,(5-årsmv)



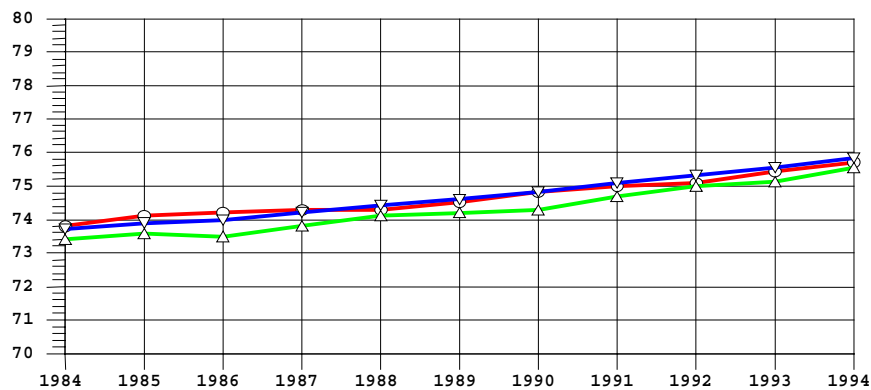
- Skinnskatteberg
- △— Norberg
- ▽— Fagersta

Återstående medellivslängd vid 0 år, m,(5-årsmv)



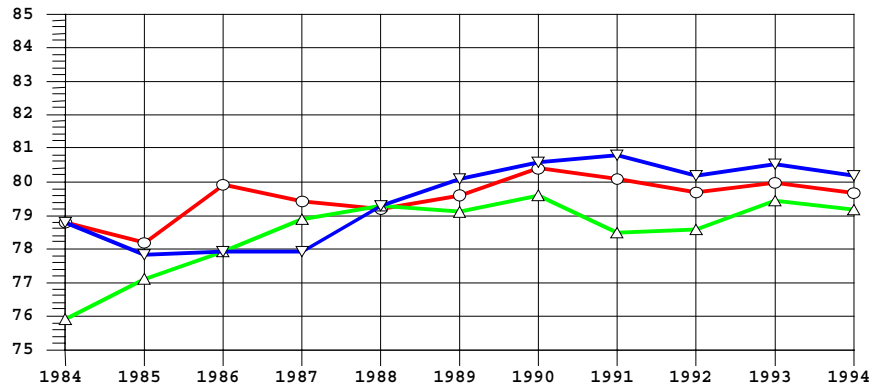
- Smedjebacken
- △— Hedemora
- ▽— Avesta
- ◇— Ludvika

Återstående medellivslängd vid 0 år, m,(5-årsmv)



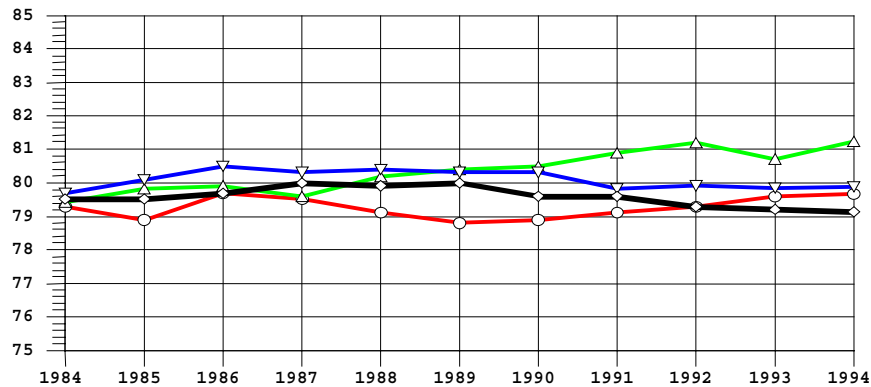
- Västmanland
- △— Dalarna
- ▽— Riket

Återstående medellivslängd vid 0 år, kv,(5-årsmv)



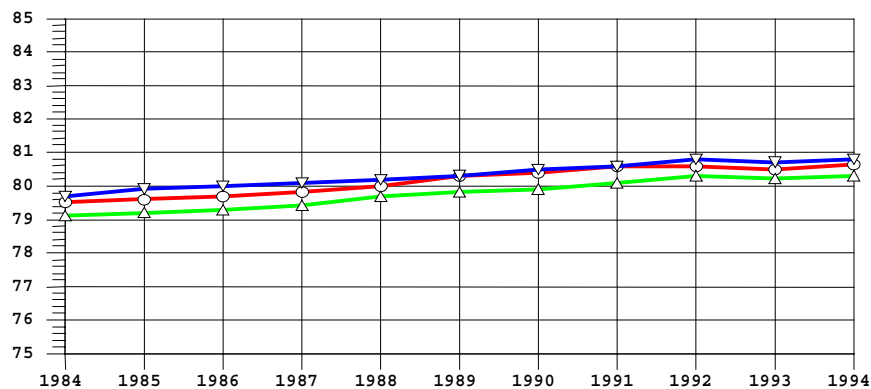
- Skinnskatteberg
- △— Norberg
- ▽— Fagersta

Återstående medellivslängd vid 0 år, kv,(5-årsmv)



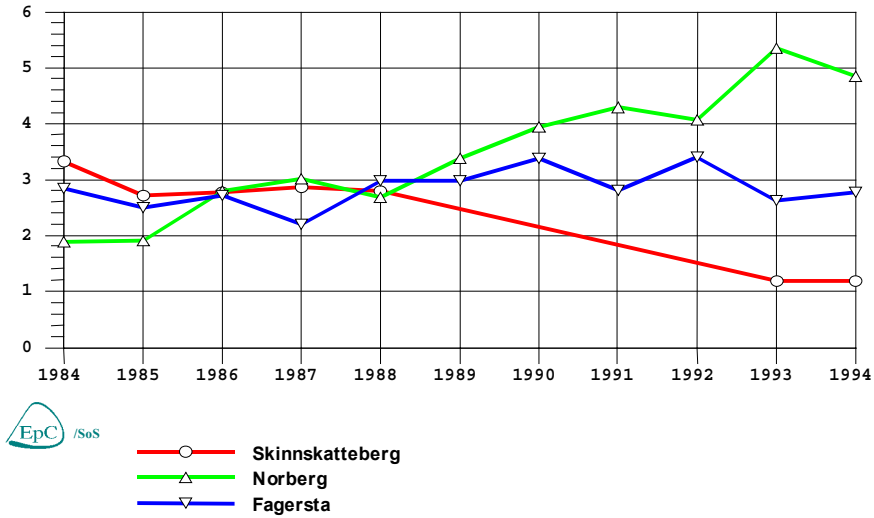
- Smedjebacken
- △— Hedemora
- ▽— Avesta
- ◇— Ludvika

Återstående medellivslängd vid 0 år, kv,(5-årsmv)

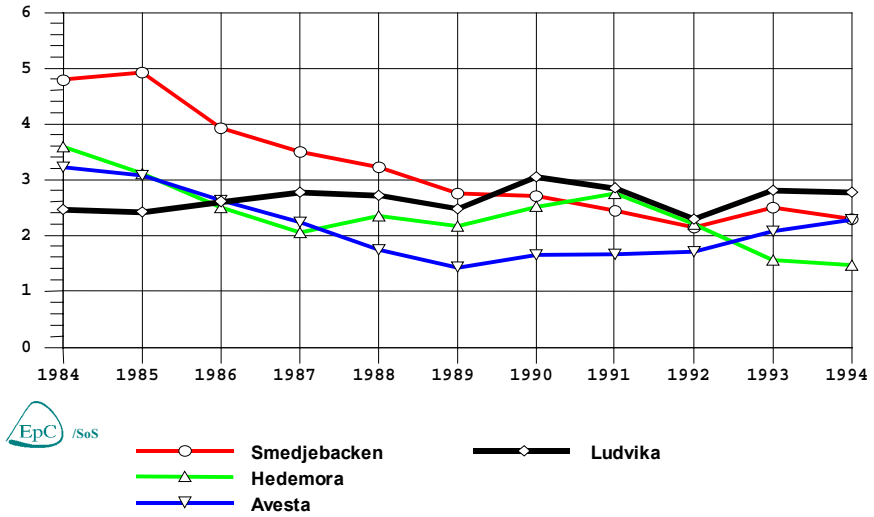


- Västmanland
- △— Dalarna
- ▽— Riket

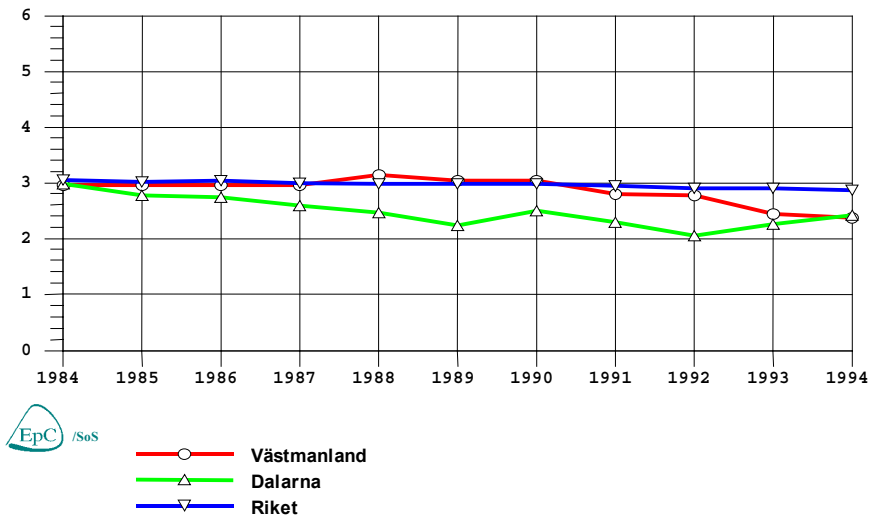
**Bröstcancer, döda/10',kv, alla åldrar(5-årsmv)**



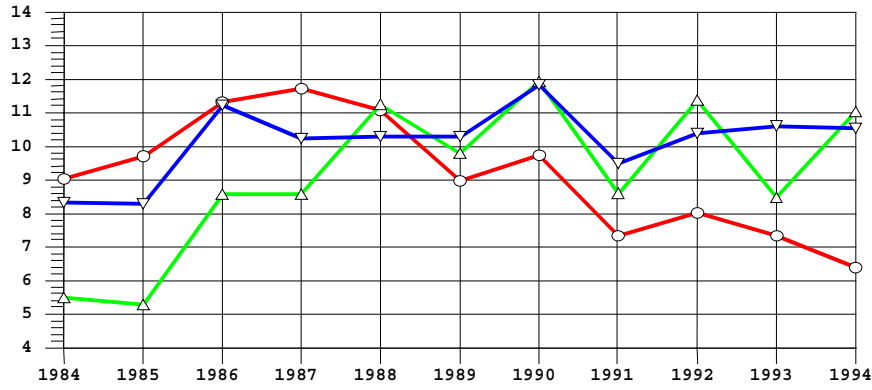
**Bröstcancer, döda/10',kv, alla åldrar(5-årsmv)**



**Bröstcancer, döda/10',kv, alla åldrar(5-årsmv)**

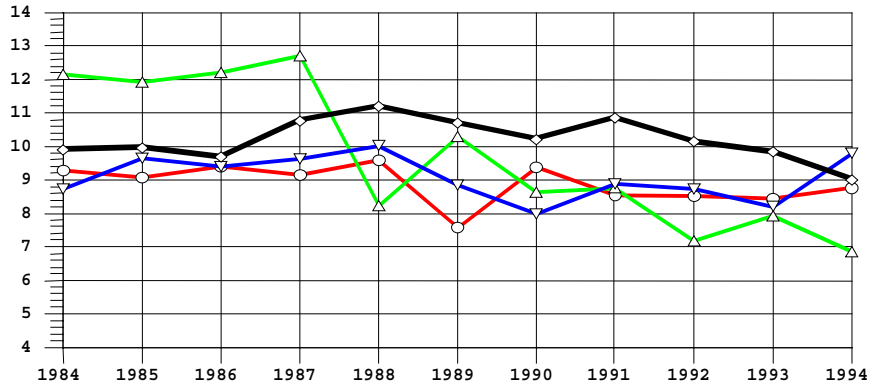


Bröstcancer inc/10' inv, kv, å-stand (5-årsmv)



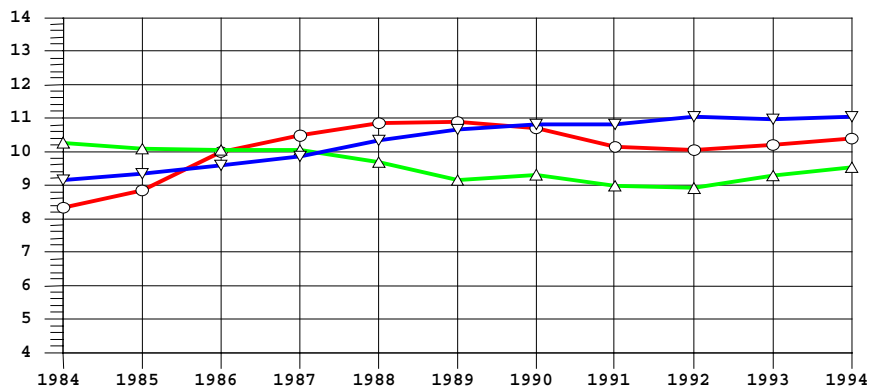
- Skinnskatteberg
- △— Norberg
- ▽— Fagersta

Bröstcancer inc/10' inv, kv, å-stand (5-årsmv)



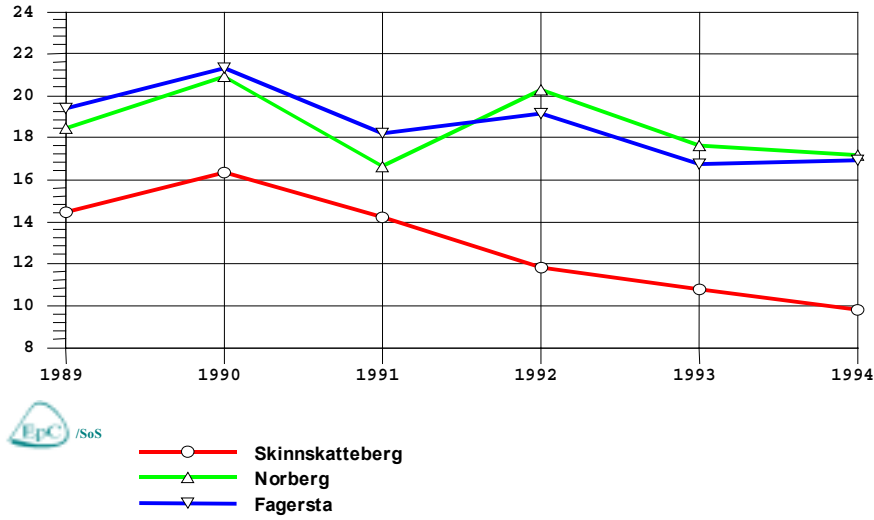
- Smedjebacken
- △— Hedemora
- ▽— Avesta
- ◇— Ludvika

Bröstcancer inc/10' inv, kv, å-stand (5-årsmv)

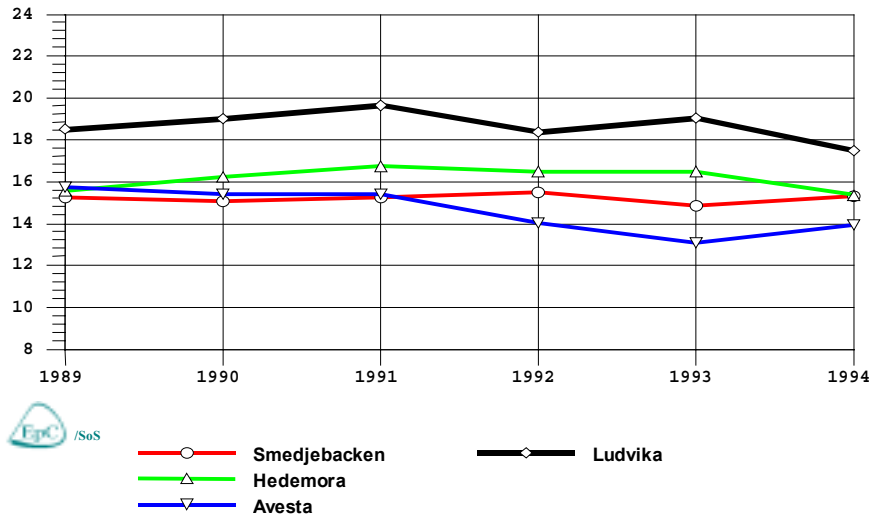


- Västmanland
- △— Dalarna
- ▽— Riket

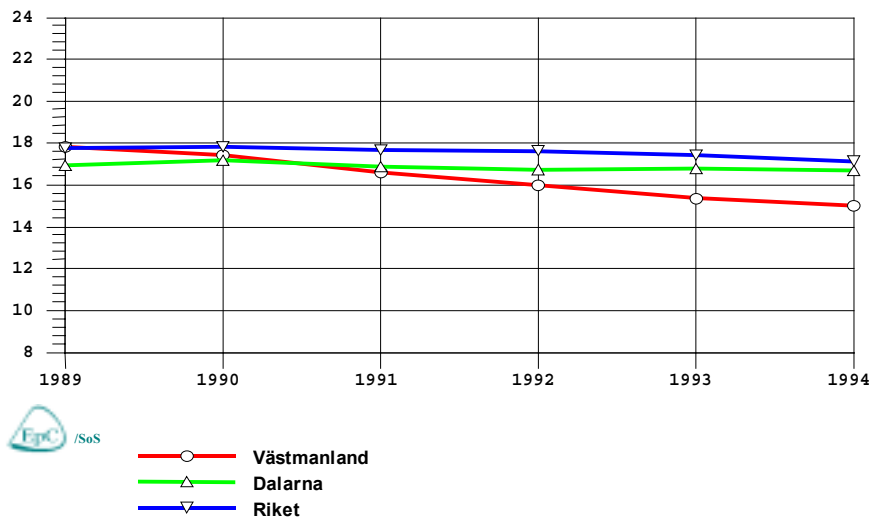
**Bröstcancer, ant vårdade/10000,kv,alla åldr(5-årsmv)**



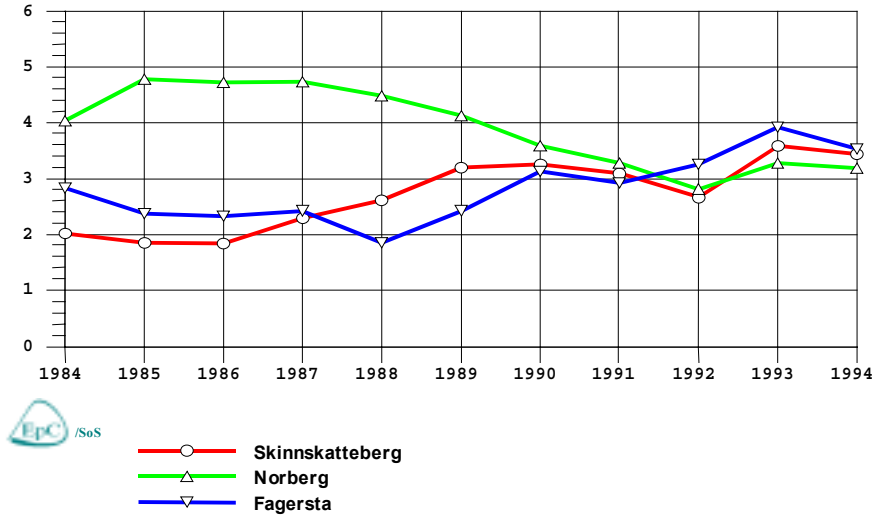
**Bröstcancer, ant vårdade/10000,kv,alla åldr(5-årsmv)**



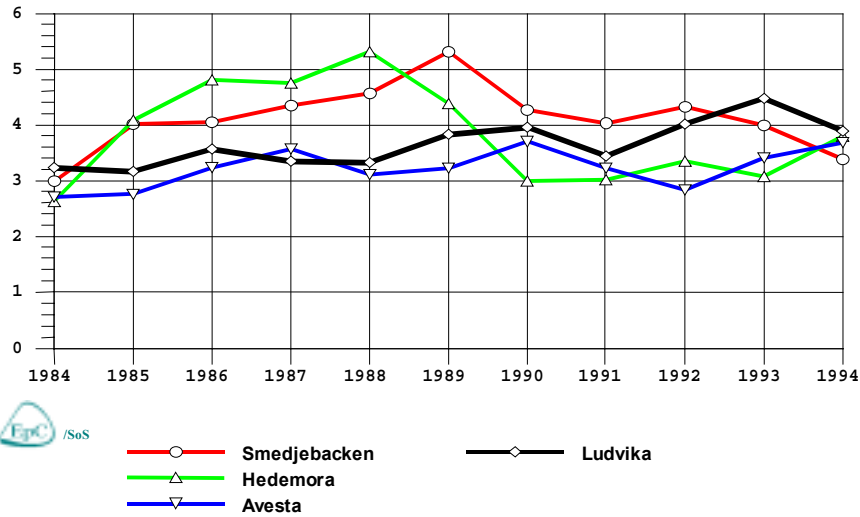
**Bröstcancer, ant vårdade/10000,kv,alla åldr(5-årsmv)**



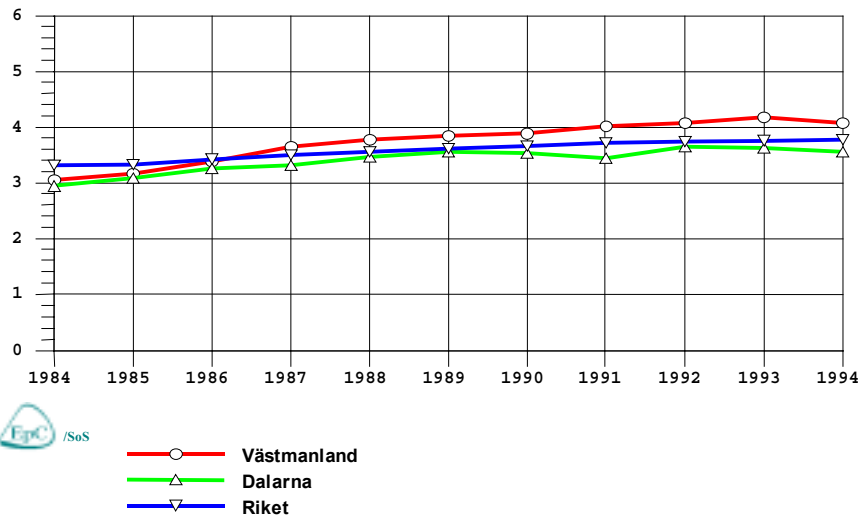
Prostatacancer, döda/10', m, alla åldrar(5-årsmv)



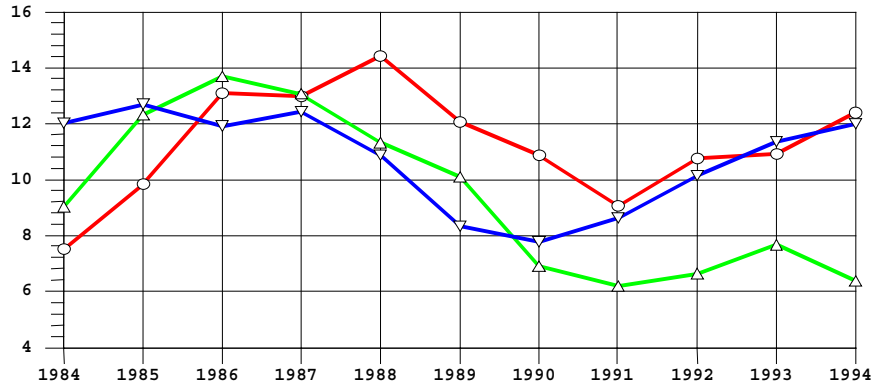
Prostatacancer, döda/10', m, alla åldrar(5-årsmv)



Prostatacancer, döda/10', m, alla åldrar(5-årsmv)

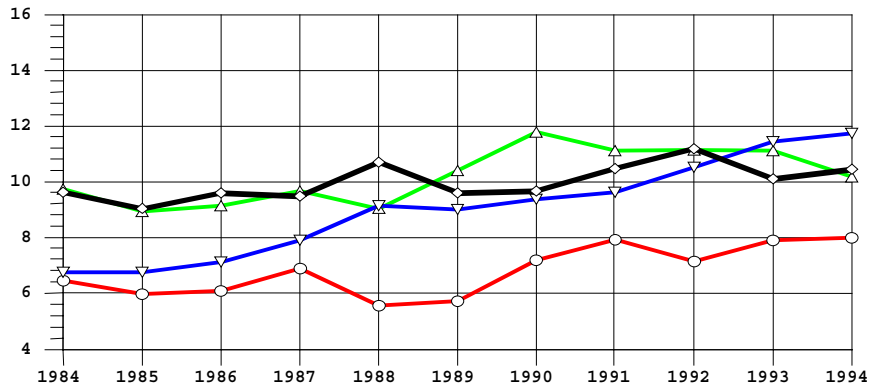


Prostatacancer inc/10<sup>1</sup> inv, m, å-stand (5-årsmv)



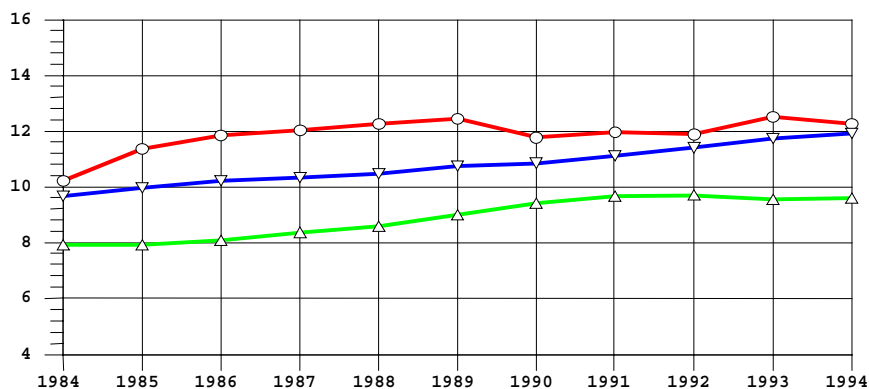
- Skinnskatteberg
- △— Norberg
- ▽— Fagersta

Prostatacancer inc/10<sup>1</sup> inv, m, å-stand (5-årsmv)



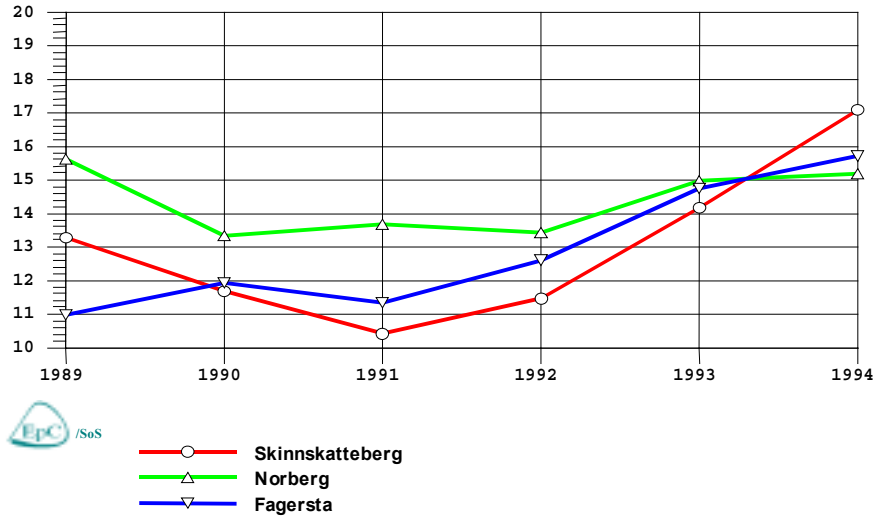
- Smedjebacken
- △— Hedemora
- ▽— Avesta
- ◇— Ludvika

Prostatacancer inc/10<sup>1</sup> inv, m, å-stand (5-årsmv)

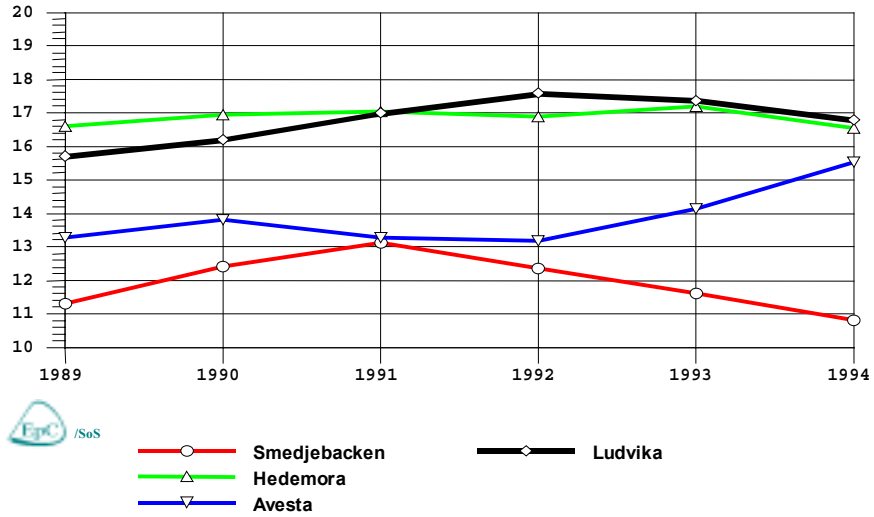


- Västmanland
- △— Dalarna
- ▽— Riket

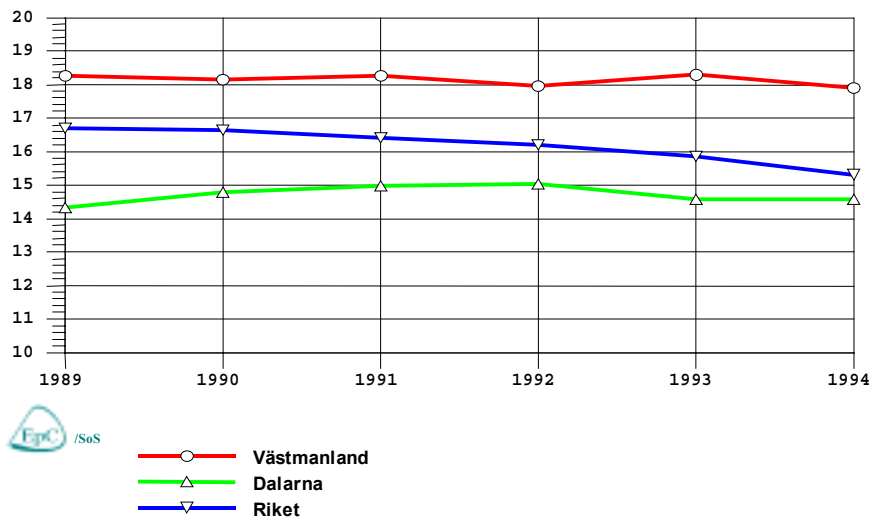
Prostatacancer, ant vårdade/10000, m, alla åldr (5-årsrv)



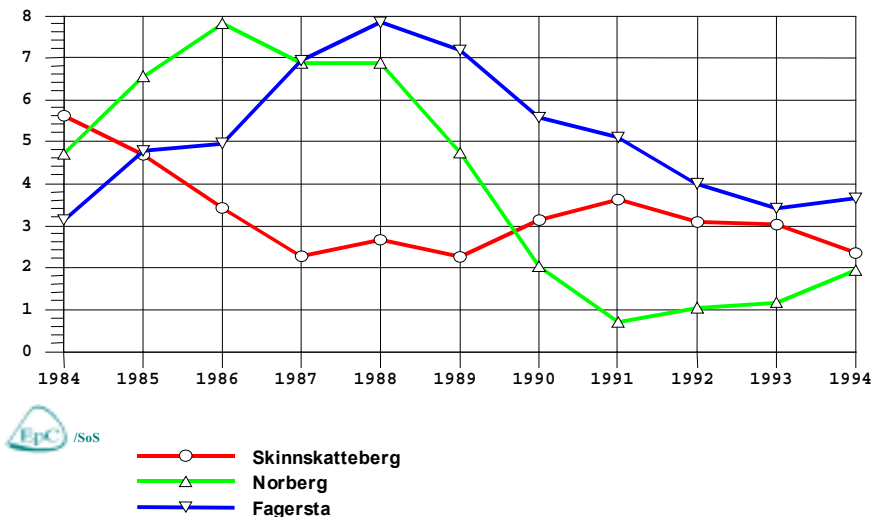
Prostatacancer, ant vårdade/10000, m, alla åldr (5-årsrv)



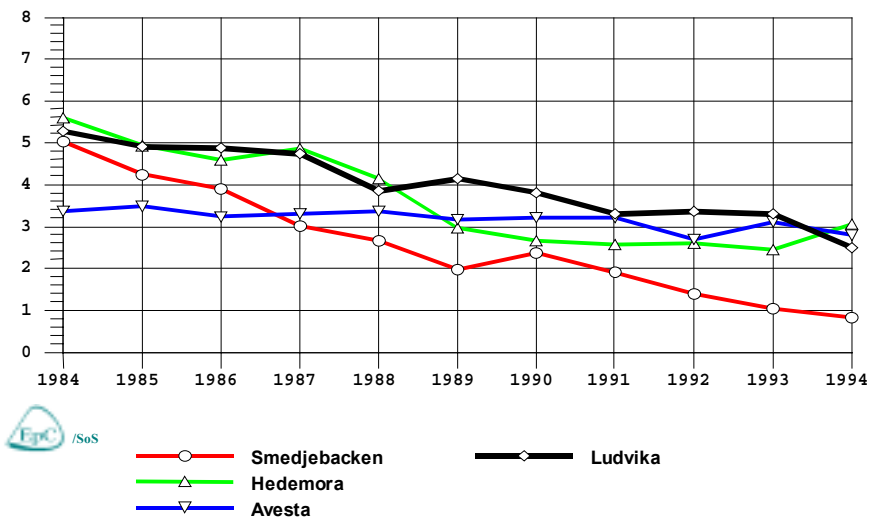
Prostatacancer, ant vårdade/10000, m, alla åldr (5-årsrv)



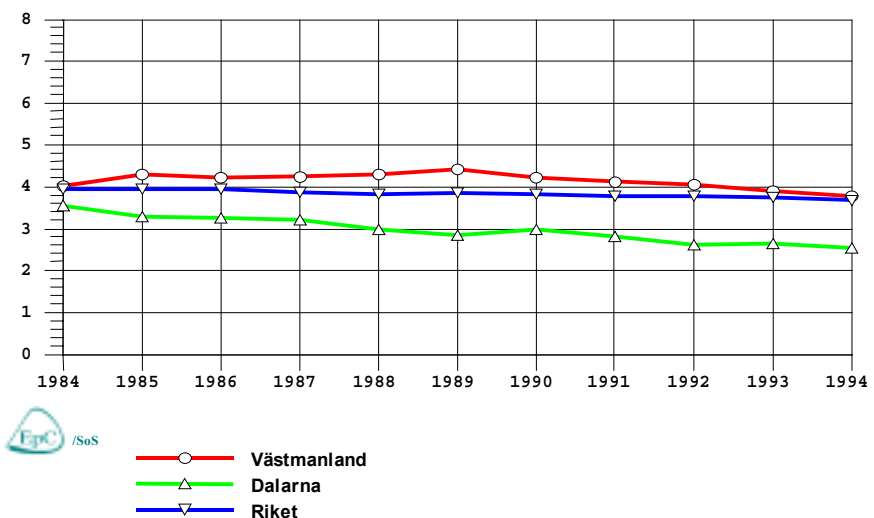
Lungcancer, döda/10', m, alla åldrar(5-årsmv)



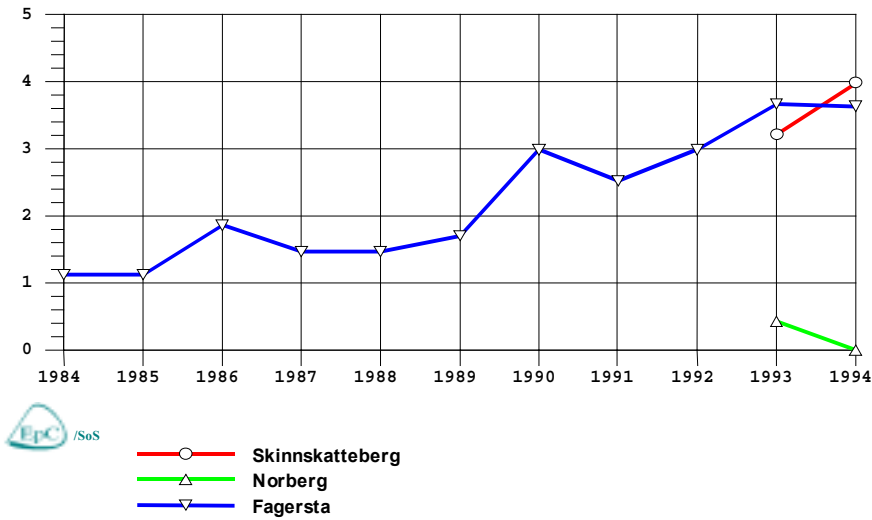
Lungcancer, döda/10', m, alla åldrar(5-årsmv)



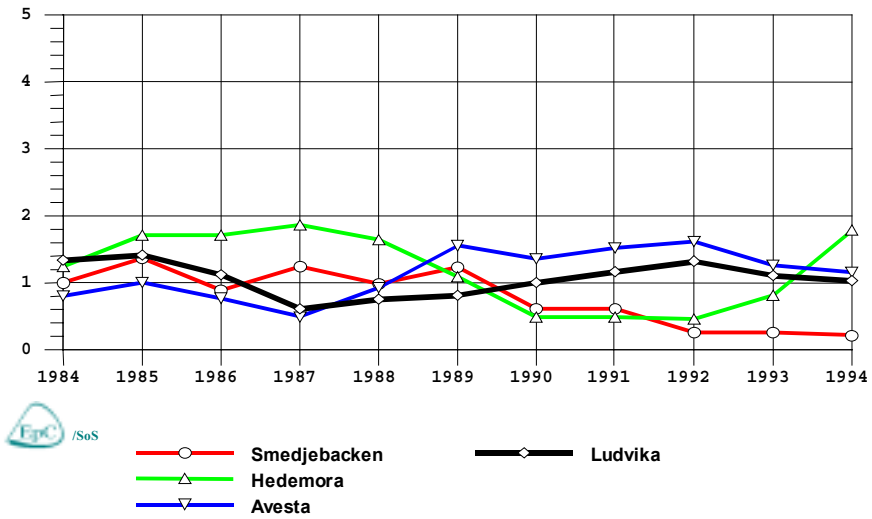
Lungcancer, döda/10', m, alla åldrar(5-årsmv)



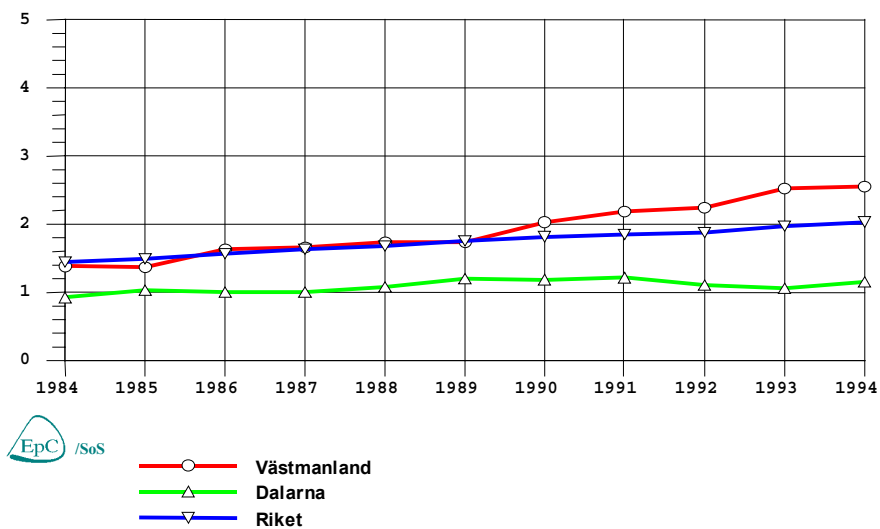
Lungcancer, döda/10',kv, alla åldrar(5-årsmv)



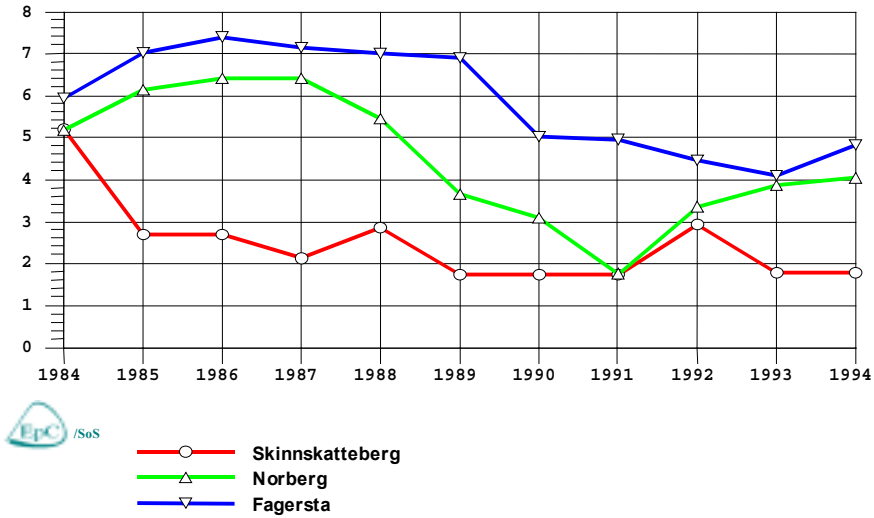
Lungcancer, döda/10',kv, alla åldrar(5-årsmv)



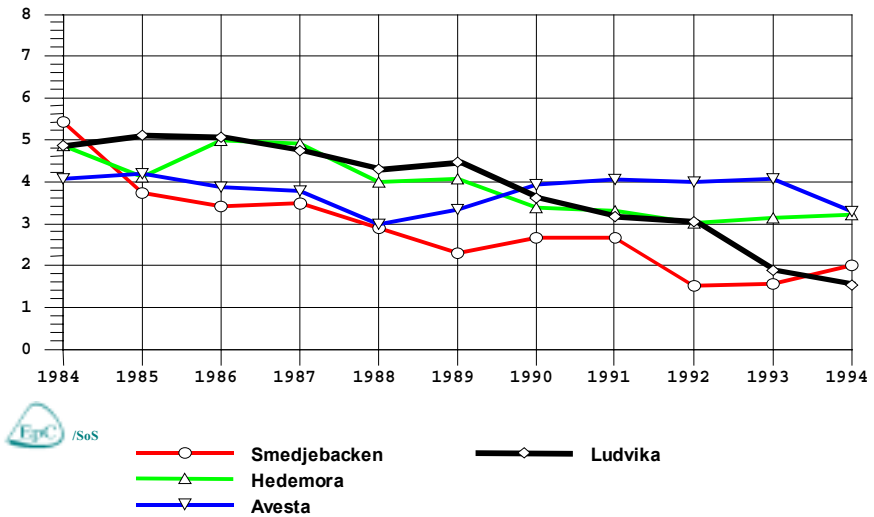
Lungcancer, döda/10',kv, alla åldrar(5-årsmv)



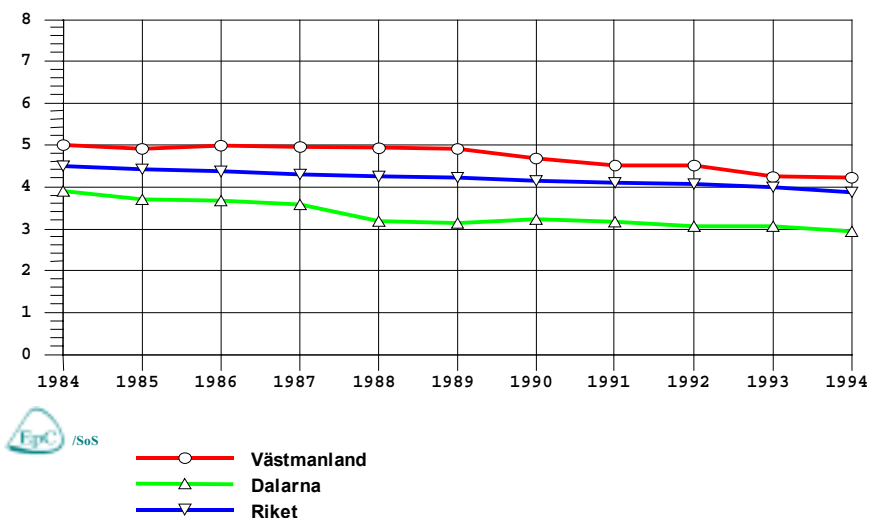
Lungcancer inc/10<sup>4</sup> inv, m, å-stand (5-årsmv)



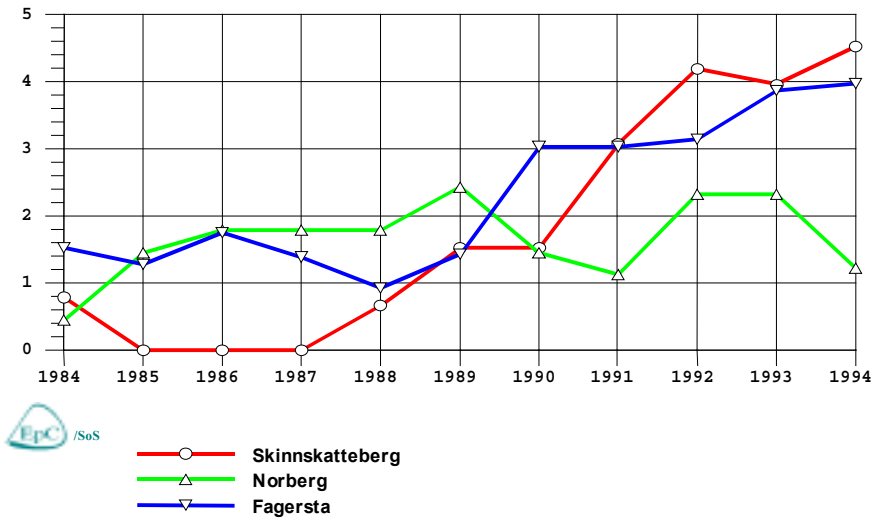
Lungcancer inc/10<sup>4</sup> inv, m, å-stand (5-årsmv)



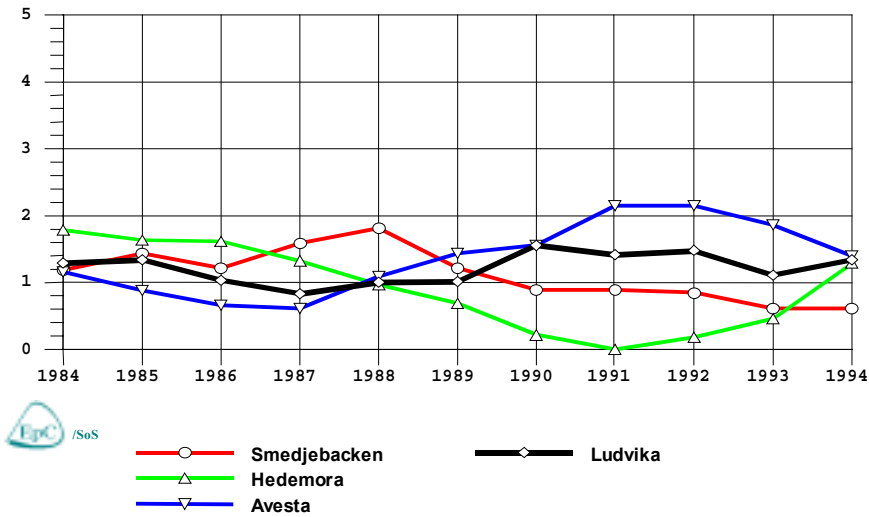
Lungcancer inc/10<sup>4</sup> inv, m, å-stand (5-årsmv)



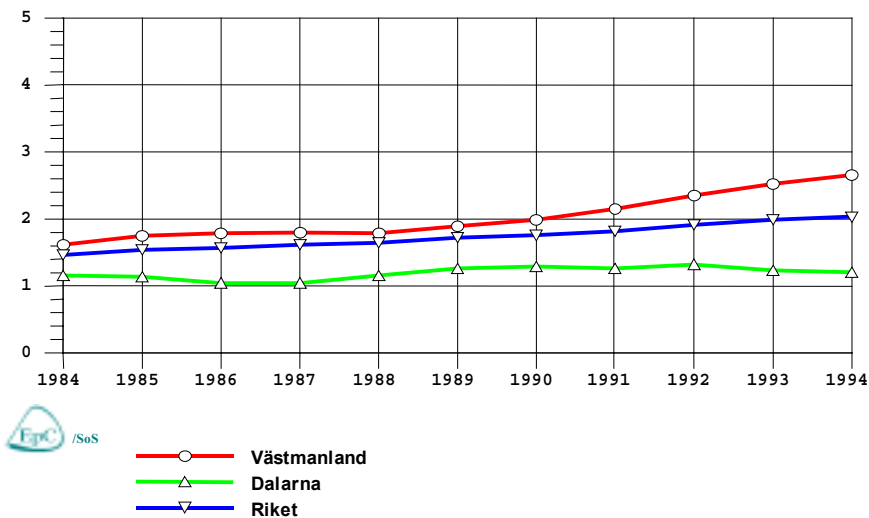
Lungcancer inc/10<sup>4</sup> inv, kv, å-stand (5-årsmv)



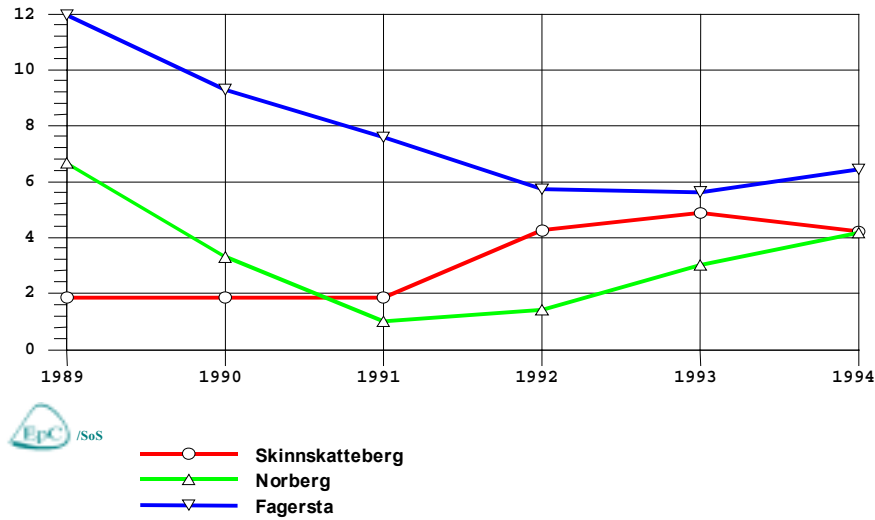
Lungcancer inc/10<sup>4</sup> inv, kv, å-stand (5-årsmv)



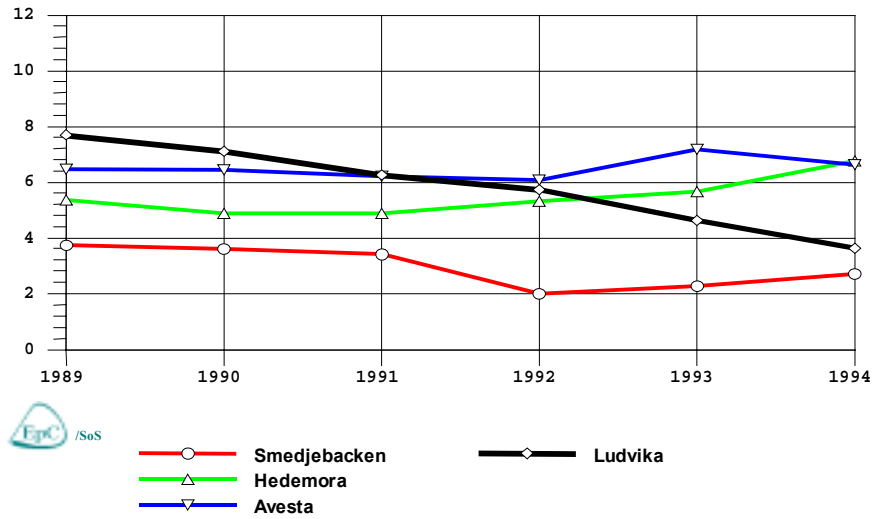
Lungcancer inc/10<sup>4</sup> inv, kv, å-stand (5-årsmv)



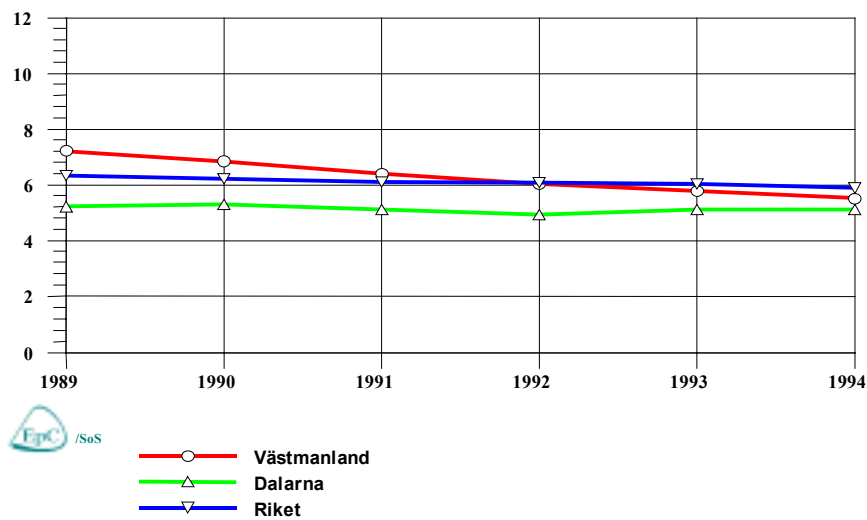
Lungcancer, ant vårdade/10000,m,alla åldrar(5-årsmv)



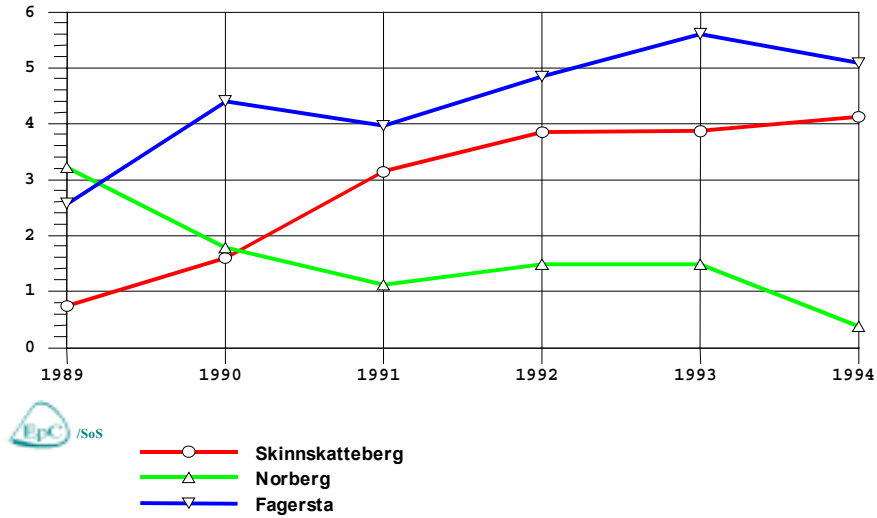
Lungcancer, ant vårdade/10000,m,alla åldrar(5-årsmv)



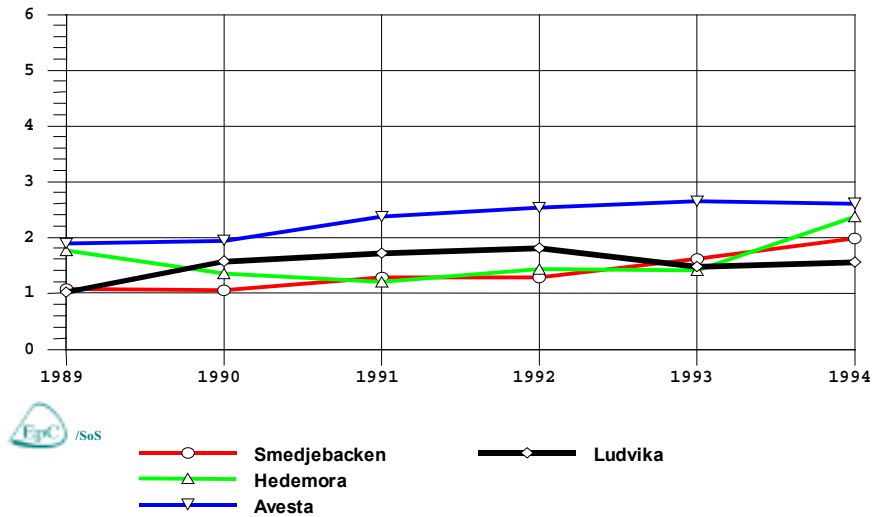
Lungcancer, ant vårdade/10000,m,alla åldrar(5-årsmv)



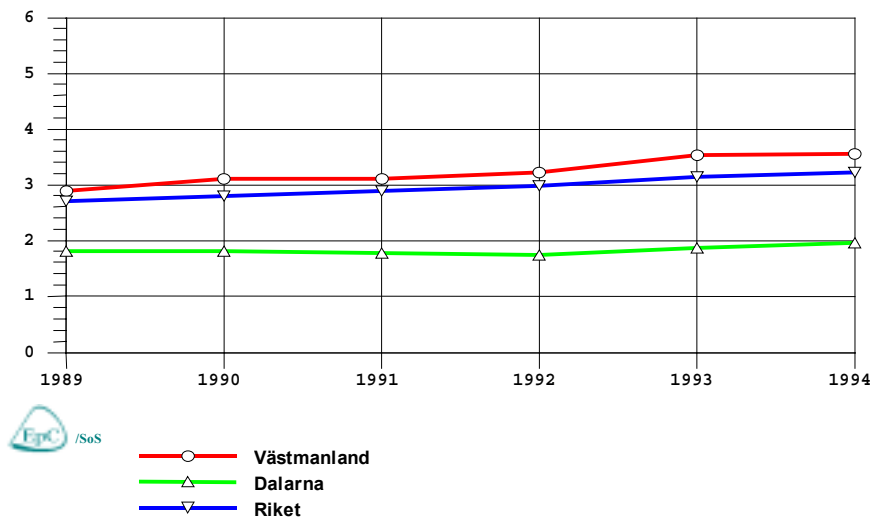
Lungcancer, antal vårdade/10000,kv,alla åldr(5-årsrsv



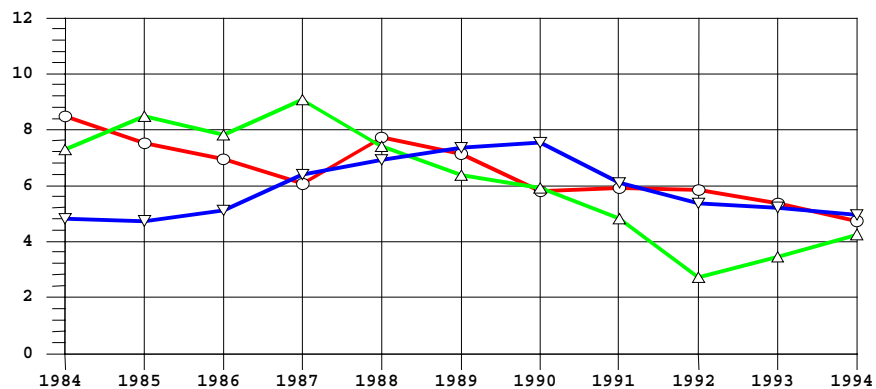
Lungcancer, antal vårdade/10000,kv,alla åldr(5-årsrsv



Lungcancer, antal vårdade/10000,kv,alla åldr(5-årsrsv

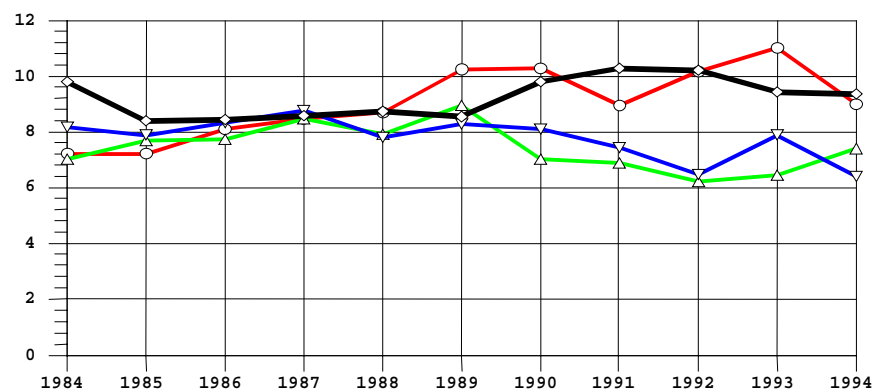


Diabetes, döda/10', m, alla åldrar(5-årsmv)



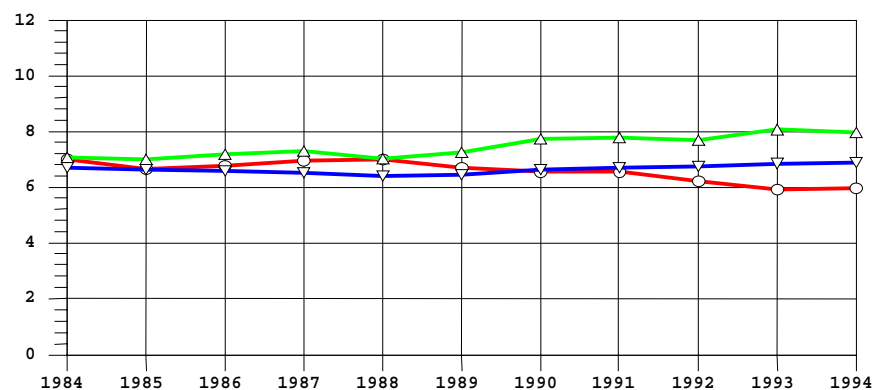
○ Skinnskatteberg  
 ▲ Norberg  
 ▼ Fagersta

Diabetes, döda/10', m, alla åldrar(5-årsmv)



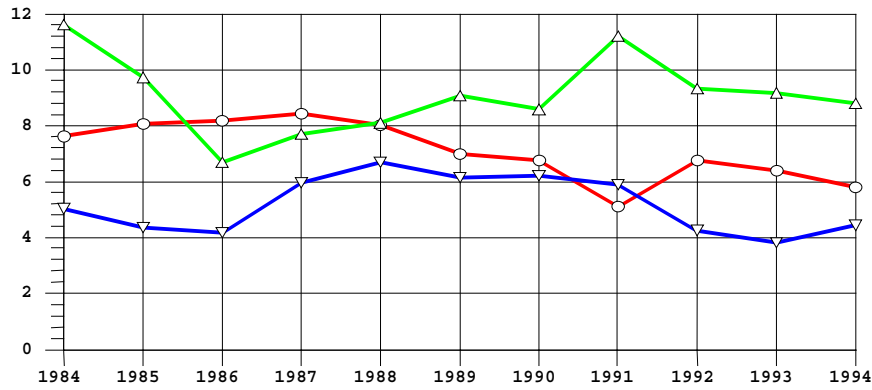
○ Smedjebacken      ◆ Ludvika  
 ▲ Hedemora  
 ▼ Avesta

Diabetes, döda/10', m, alla åldrar(5-årsmv)



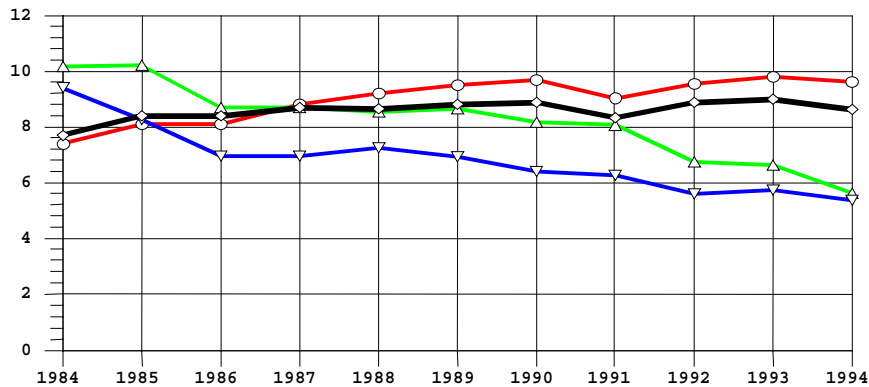
○ Västmanland  
 ▲ Dalarna  
 ▼ Riket

Diabetes, döda/10',kv, alla åldrar (5-årsmv)



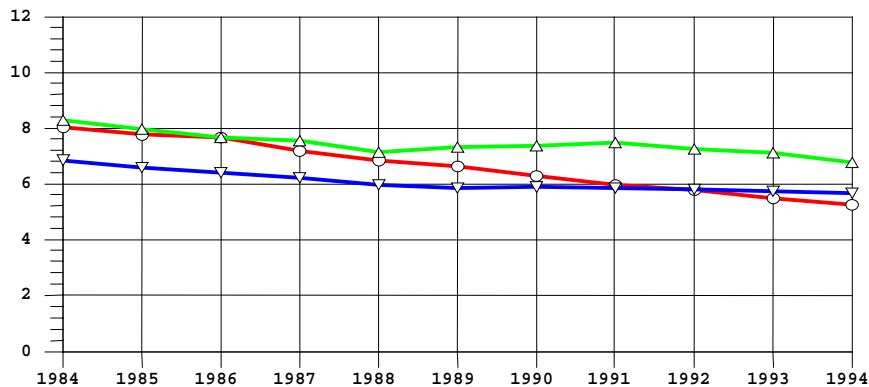
—○— Skinnskatteberg  
—△— Norberg  
—▽— Fagersta

Diabetes, döda/10',kv, alla åldrar (5-årsmv)



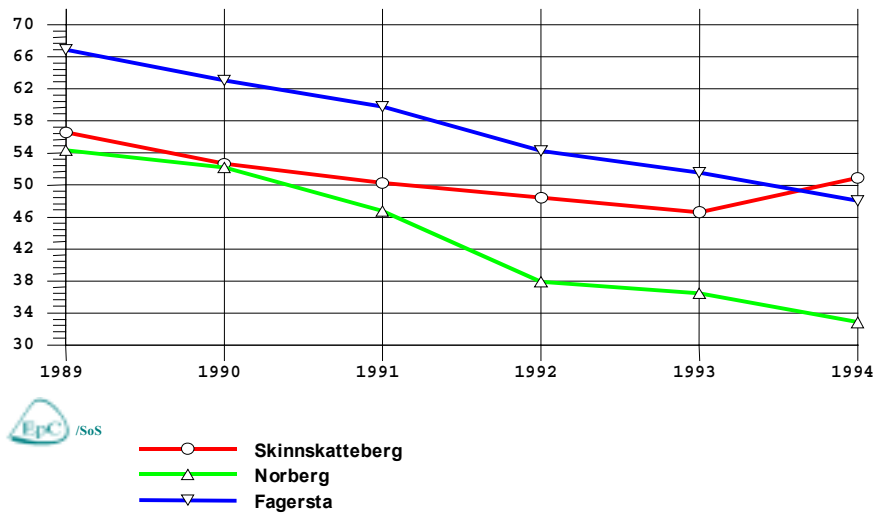
—○— Smedjebacken      —◇— Ludvika  
—△— Hedemora  
—▽— Avesta

Diabetes, döda/10',kv, alla åldrar (5-årsmv)

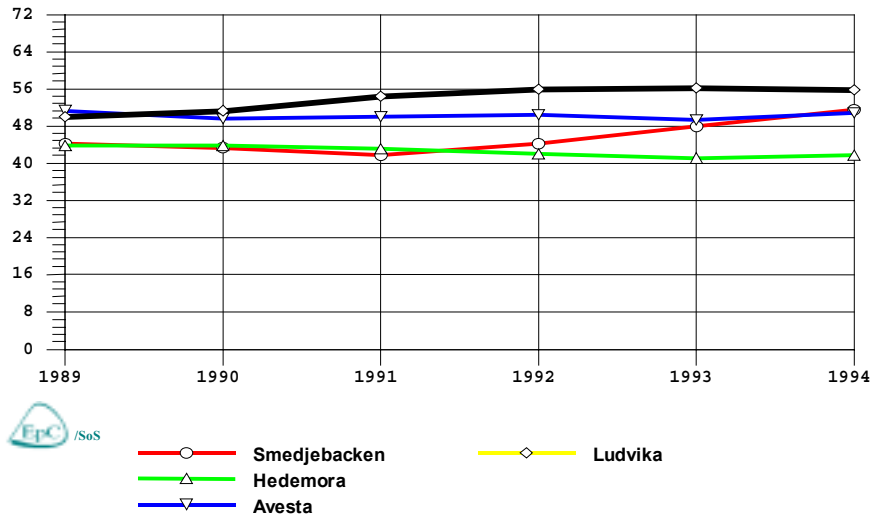


—○— Västmanland  
—△— Dalarna  
—▽— Riket

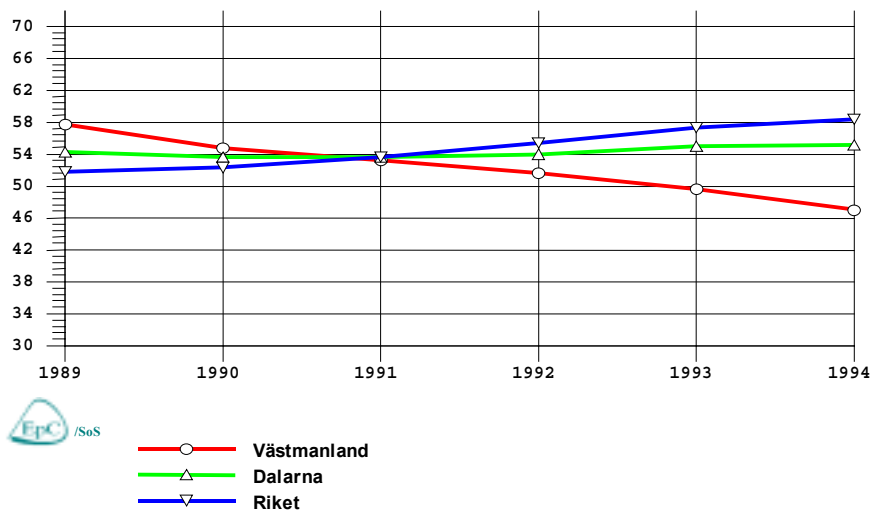
**Diabetes, ant vrd/10000, män, alla åldrar(5-årsmv)**



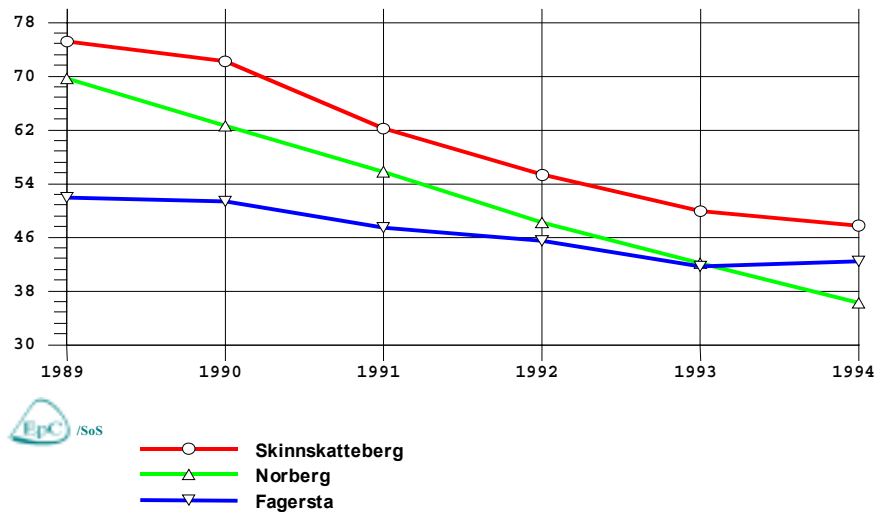
**Diabetes, ant vrd/10000, män, alla åldrar(5-årsmv)**



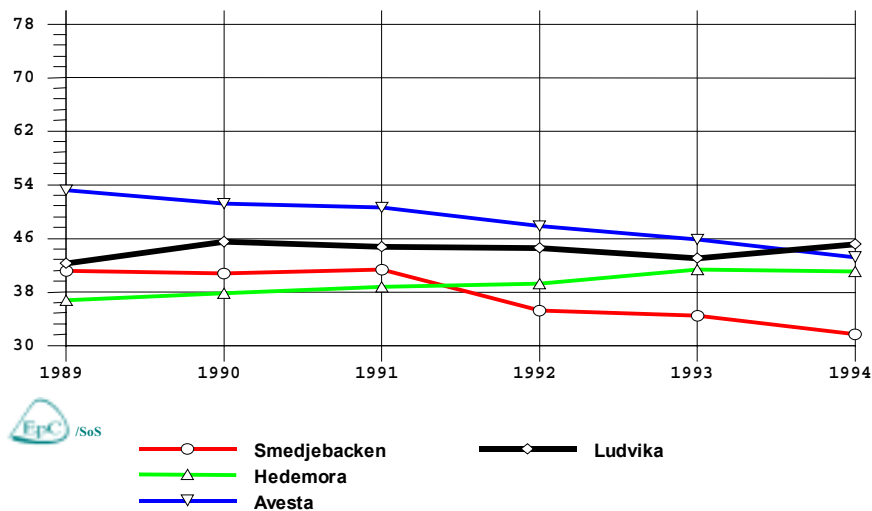
**Diabetes, ant vrd/10000, män, alla åldrar(5-årsmv)**



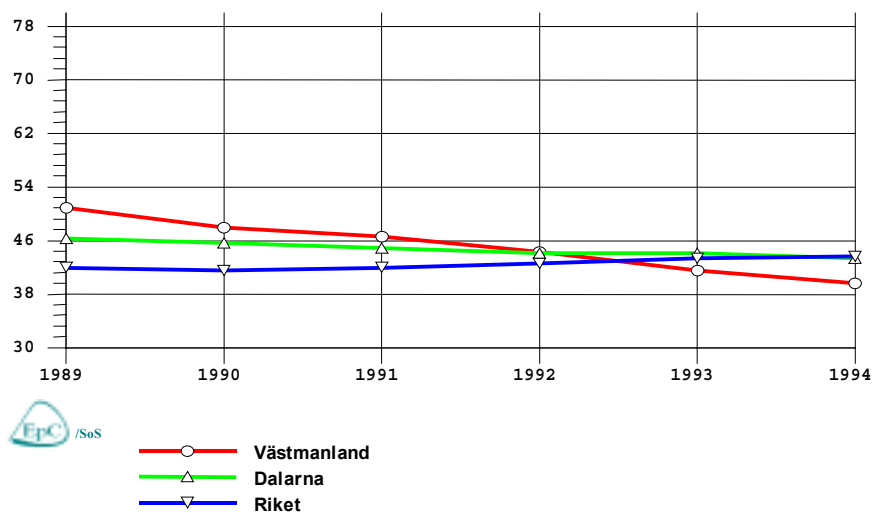
Diabetes, ant vrd/10000, kv, alla åldrar(5-årsmv)



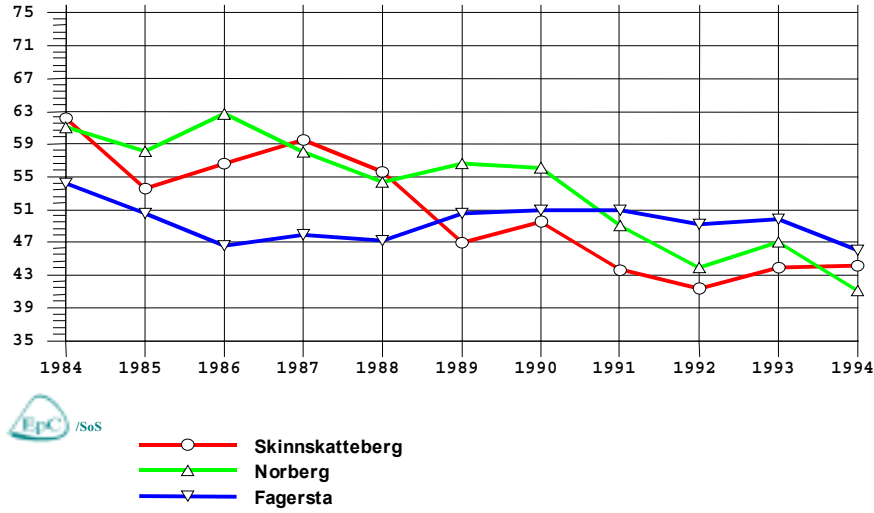
Diabetes, ant vrd/10000, kv, alla åldrar(5-årsmv)



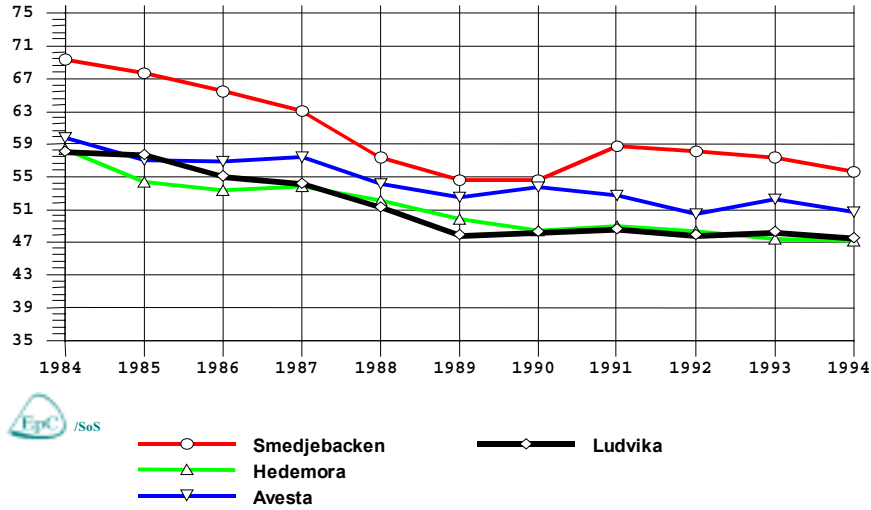
Diabetes, ant vrd/10000, kv, alla åldrar(5-årsmv)



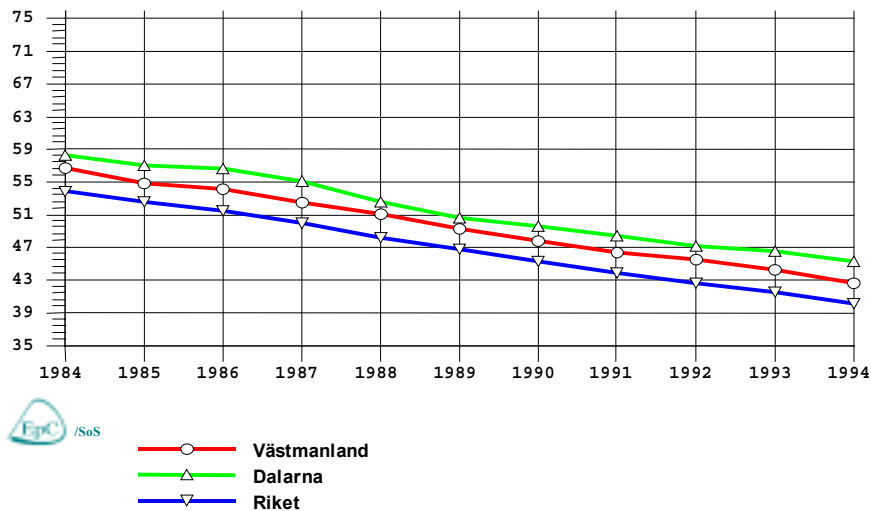
Cirk.organens sjd,döda/10',m,alla åldrar(5-årsmv)



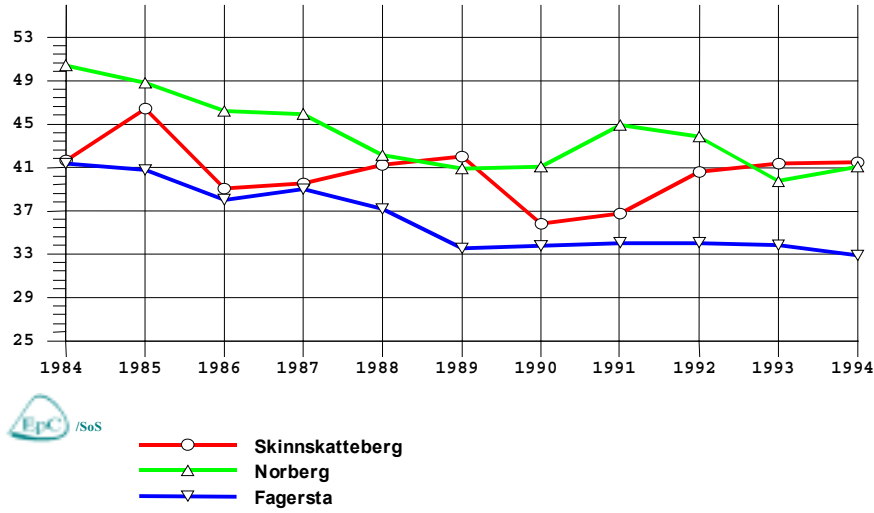
Cirk.organens sjd,döda/10',m,alla åldrar(5-årsmv)



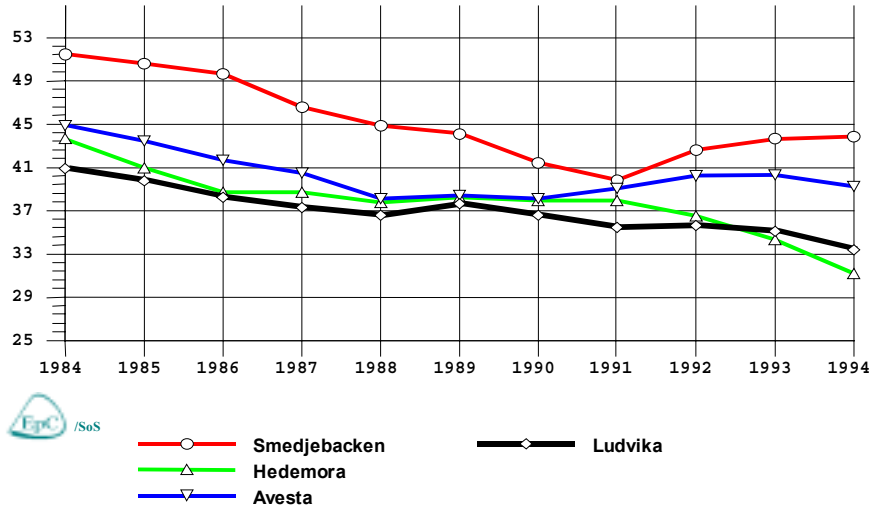
Cirk.organens sjd,döda/10',m,alla åldrar(5-årsmv)



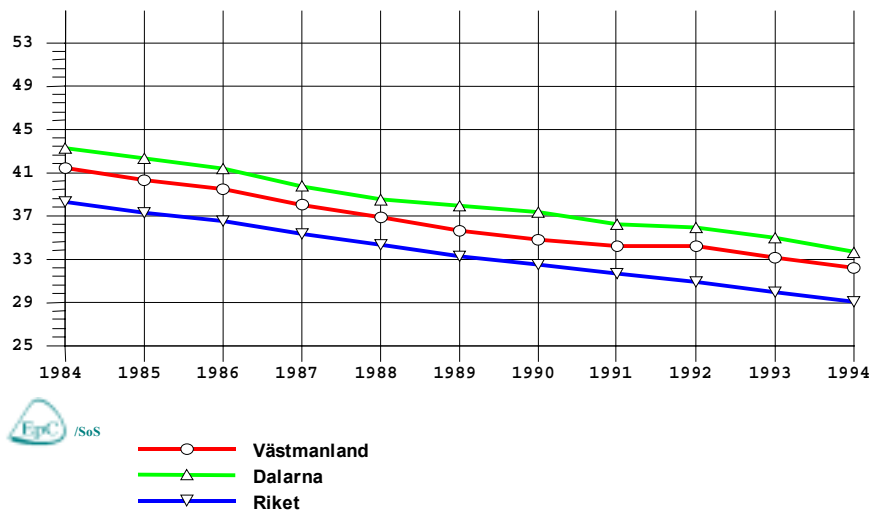
Cirk.organens sjd, döda/10'kv,alla åldrar (5-årsmv)



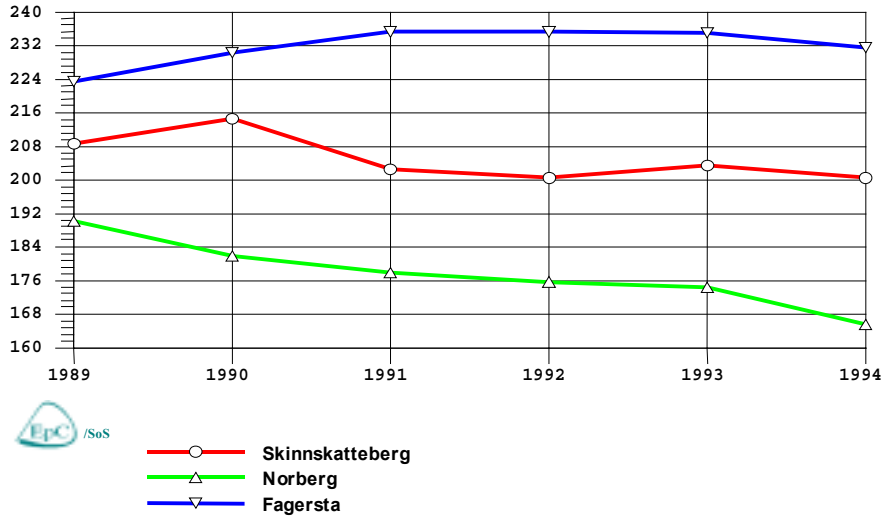
Cirk.organens sjd, döda/10'kv,alla åldrar (5-årsmv)



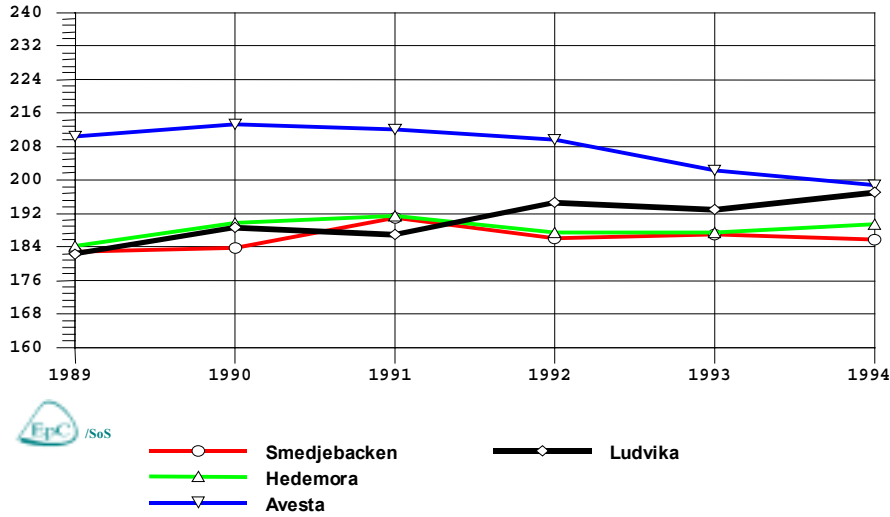
Cirk.organens sjd, döda/10'kv,alla åldrar (5-årsmv)



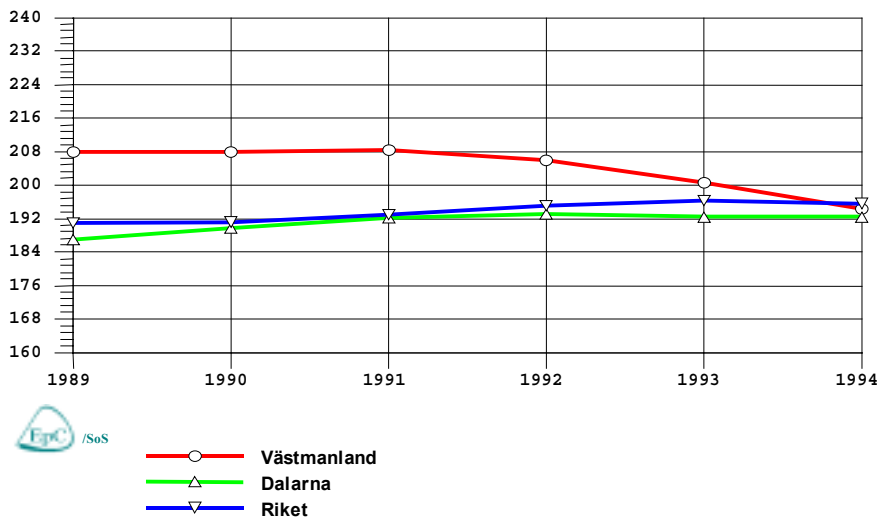
Cirkulationsorg.sjd,ant vrd/10000,m,alla åld(5-årsmv)



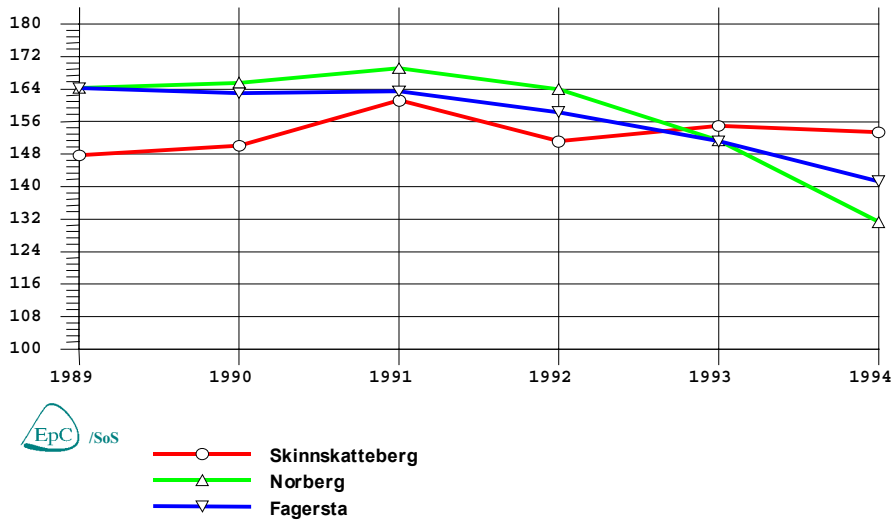
Cirkulationsorg.sjd,ant vrd/10000,m,alla åld(5-årsmv)



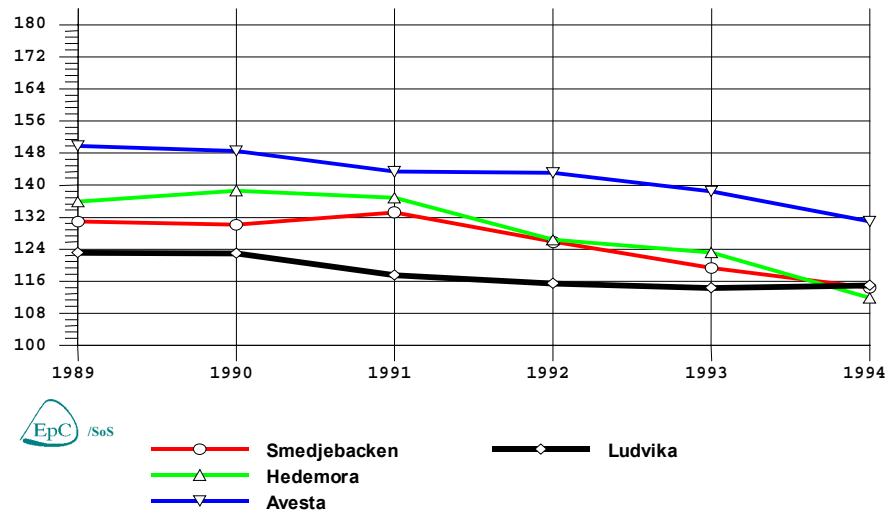
Cirkulationsorg.sjd,ant vrd/10000,m,alla åld(5-årsmv)



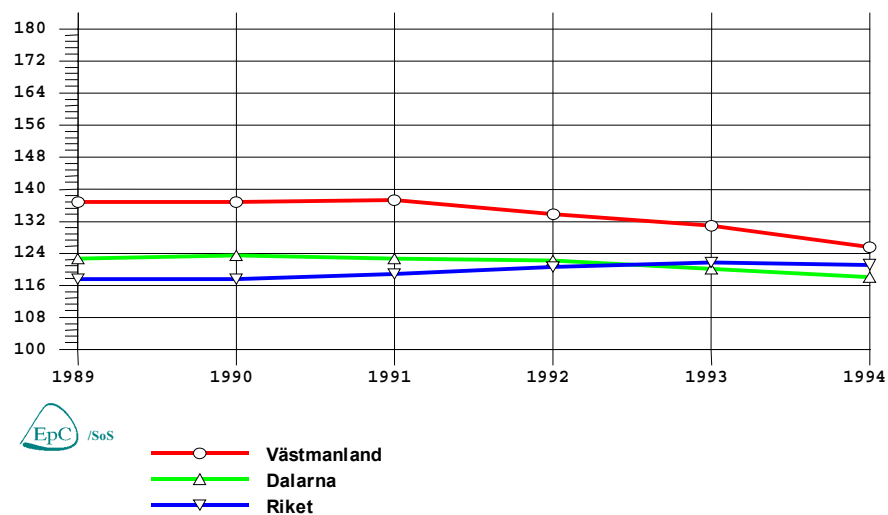
Cirk.org.sjd,ant vrđ/10000,kv,alla åld(5-årsmv)



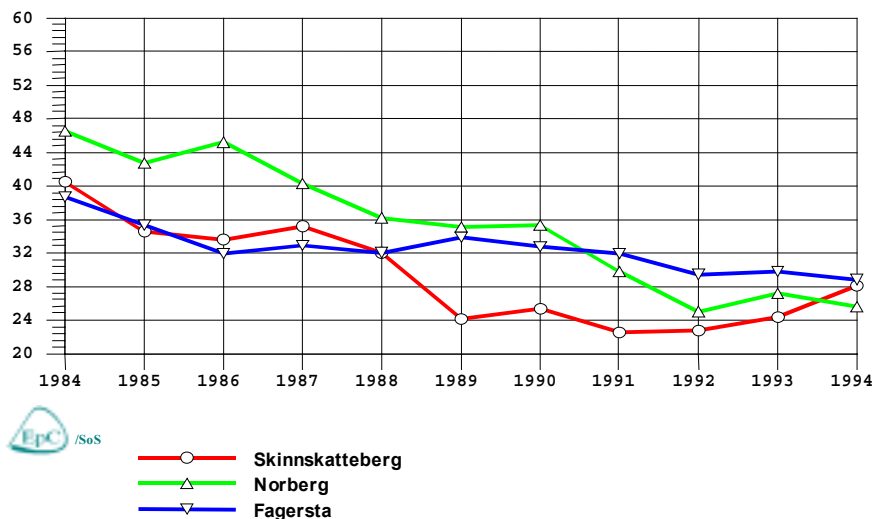
Cirk.org.sjd,ant vrđ/10000,kv,alla åld(5-årsmv)



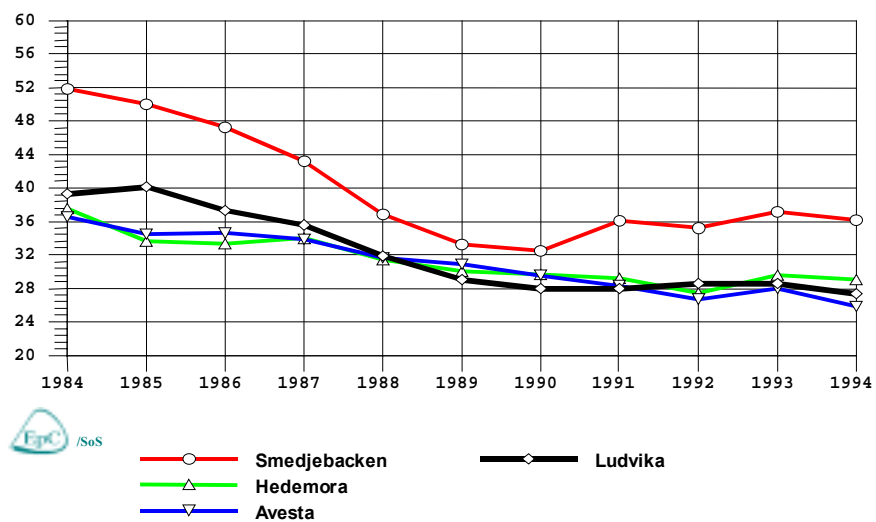
Cirk.org.sjd,ant vrđ/10000,kv,alla åld(5-årsmv)



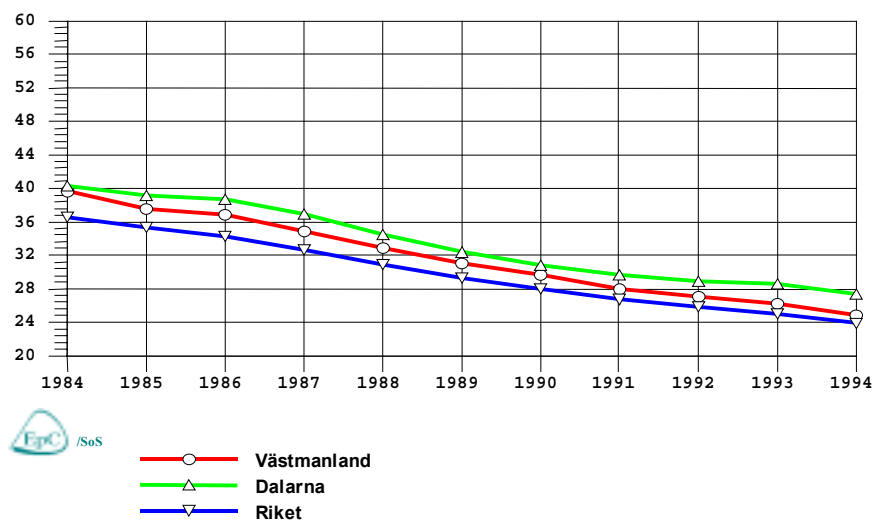
Ischemisk hjärtsjd,döda/10',m,alla åldrar(5-årsmv)



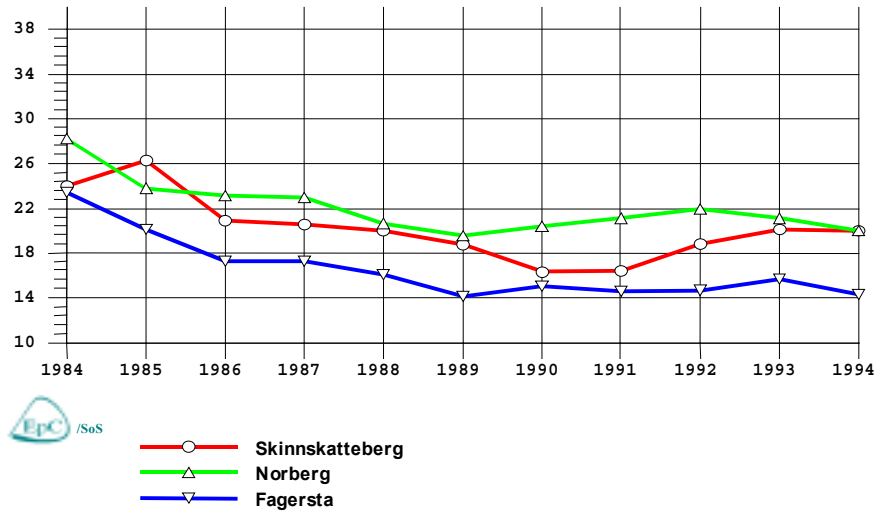
Ischemisk hjärtsjd,döda/10',m,alla åldrar(5-årsmv)



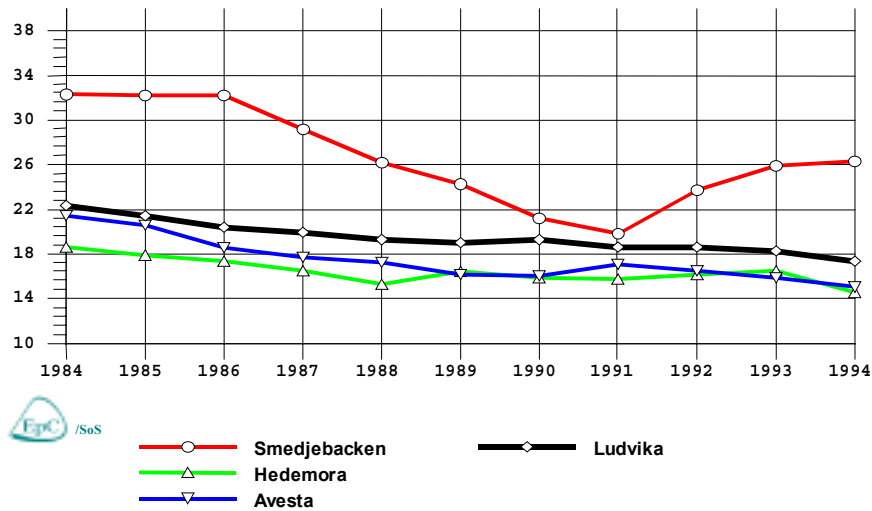
Ischemisk hjärtsjd,döda/10',m,alla åldrar(5-årsmv)



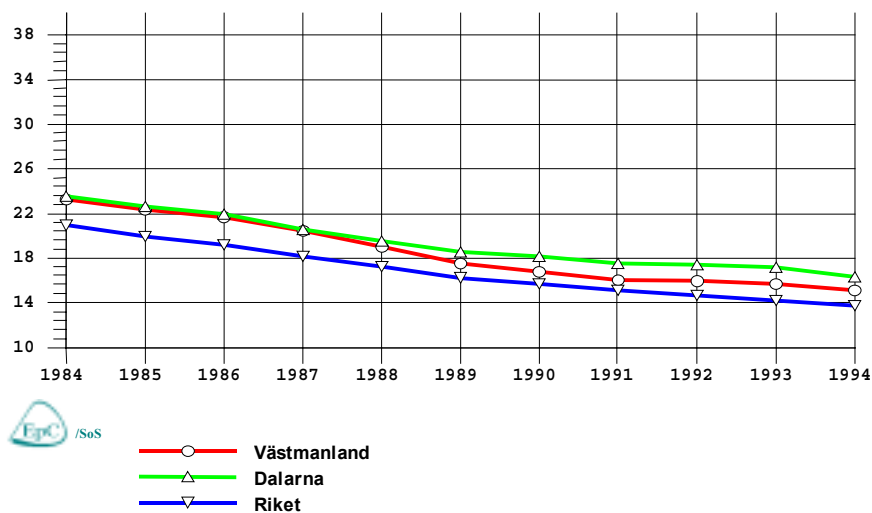
Ischemisk hjärtsjd, döda/10',kv,alla åldrar(5-årsmv)



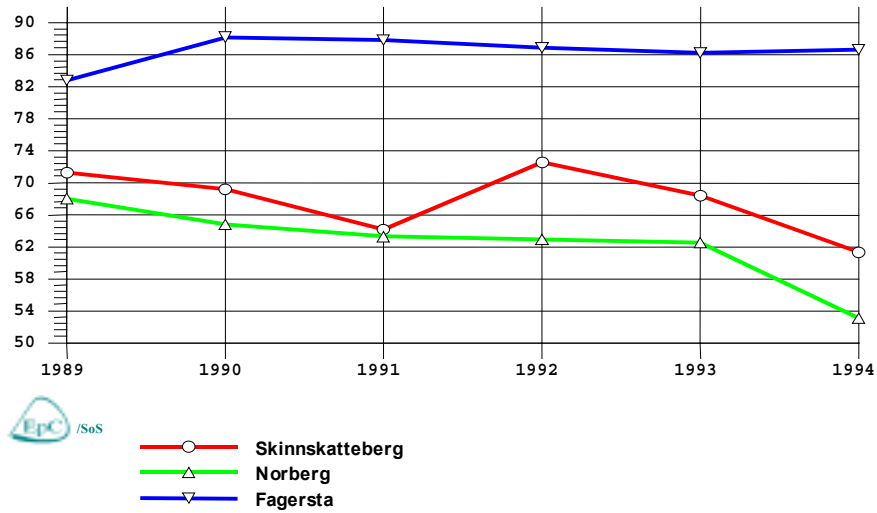
Ischemisk hjärtsjd, döda/10',kv,alla åldrar(5-årsmv)



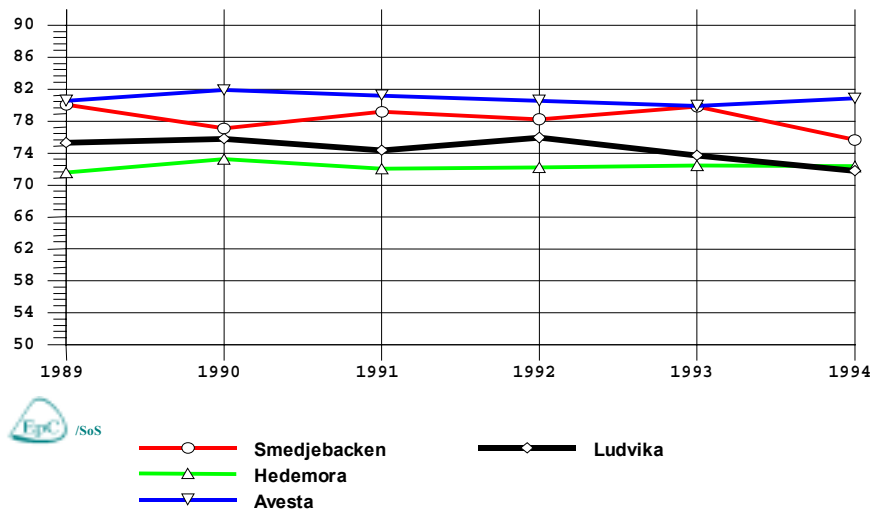
Ischemisk hjärtsjd, döda/10',kv,alla åldrar(5-årsmv)



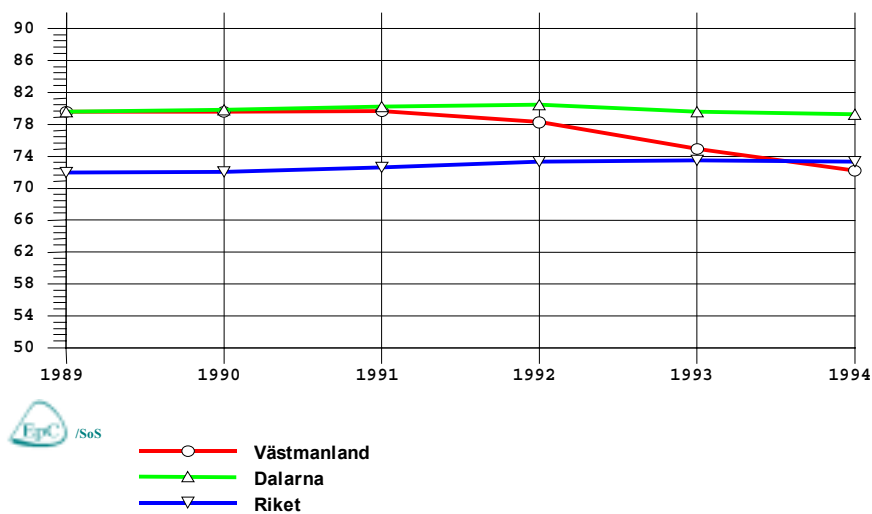
Ischemisk hjärtsjd, ant vrd/10000, m, alla åld(5-årsmv)



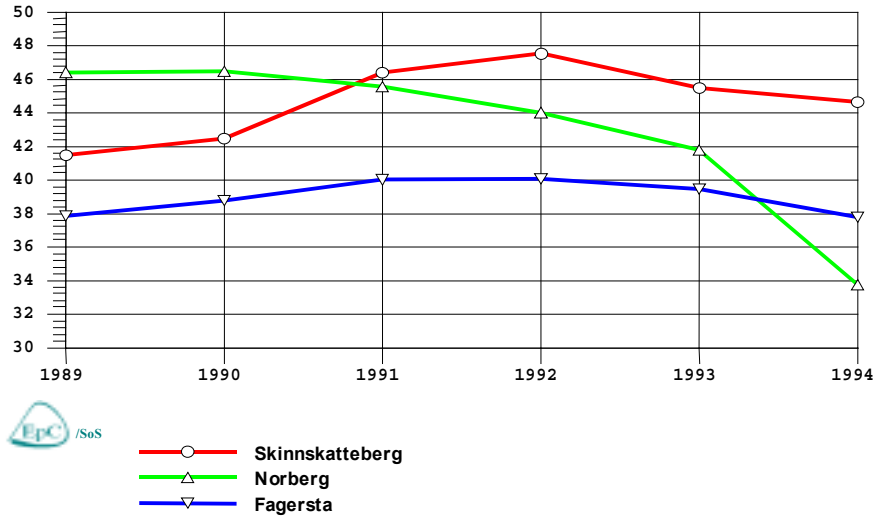
Ischemisk hjärtsjd, ant vrd/10000, m, alla åld(5-årsmv)



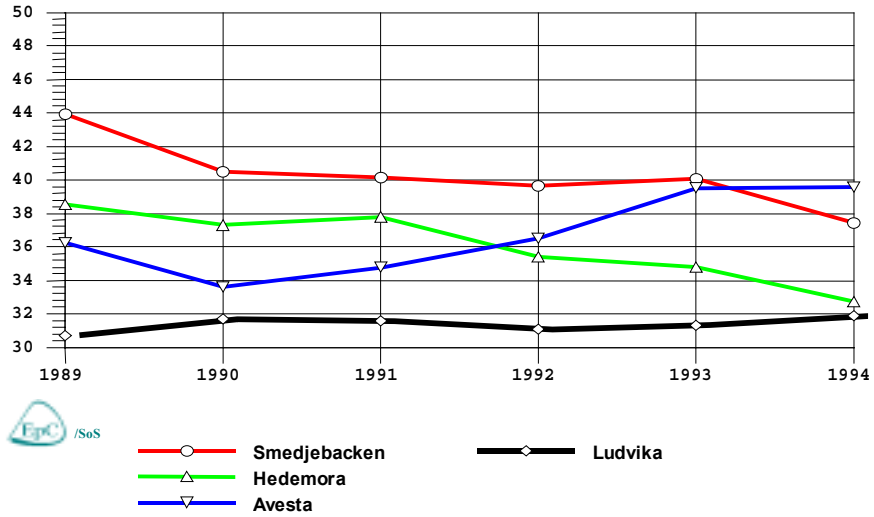
Ischemisk hjärtsjd, ant vrd/10000, m, alla åld(5-årsmv)



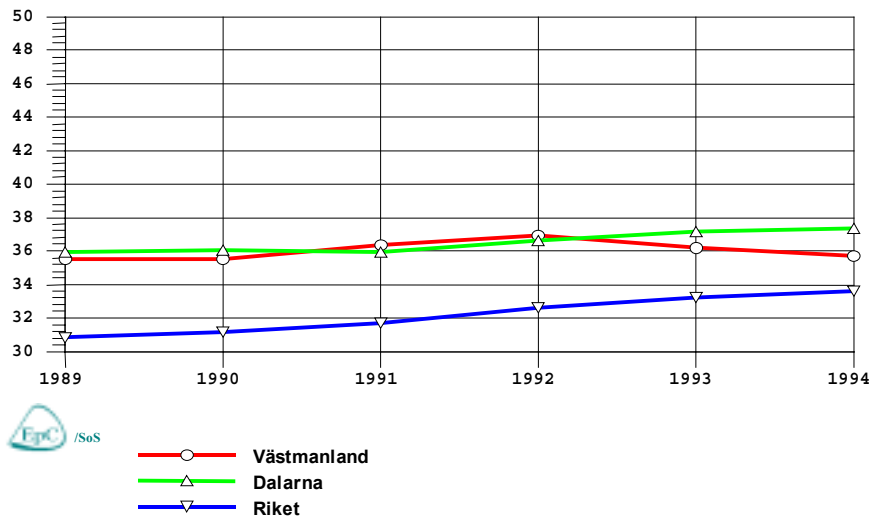
Ischemisk hjärtsjd, ant vrd/10000, kv, alla åld(5-årsmv)



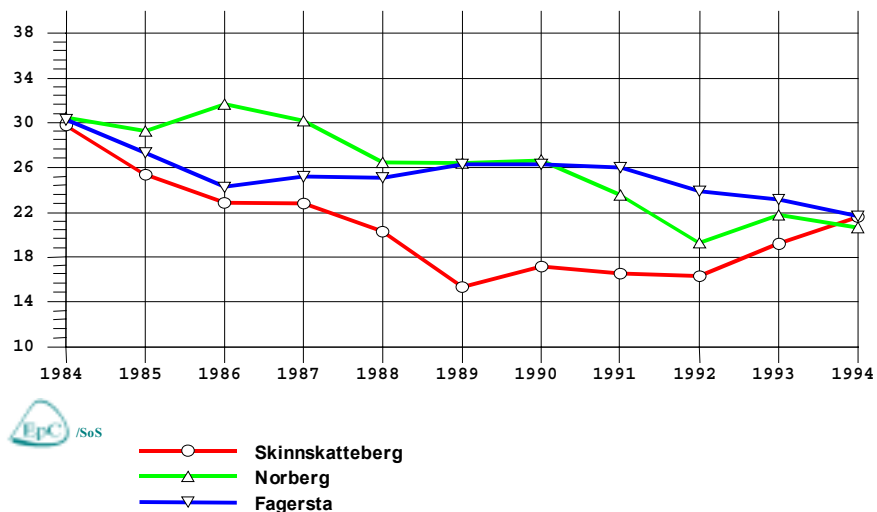
Ischemisk hjärtsjd, ant vrd/10000, kv, alla åld(5-årsmv)



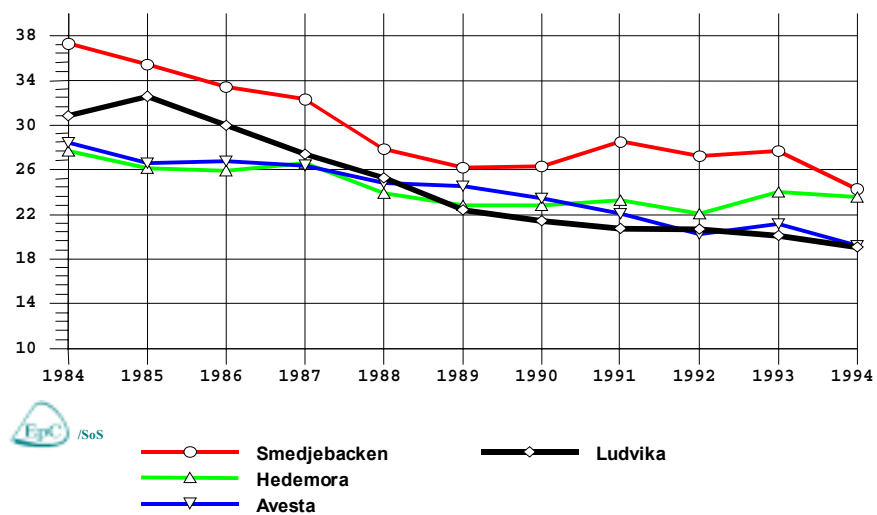
Ischemisk hjärtsjd, ant vrd/10000, kv, alla åld(5-årsmv)



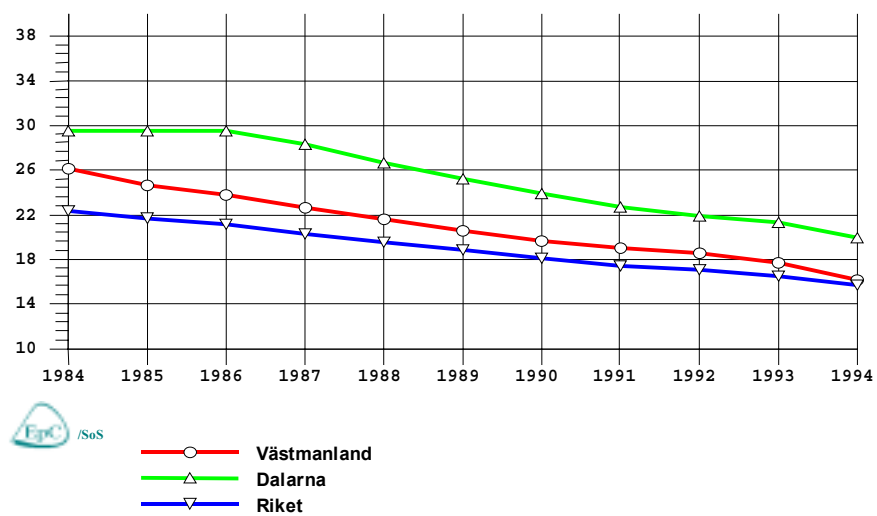
### Hjärtinfarkt, döda/10', m, alla åldrar(5-årsmv)



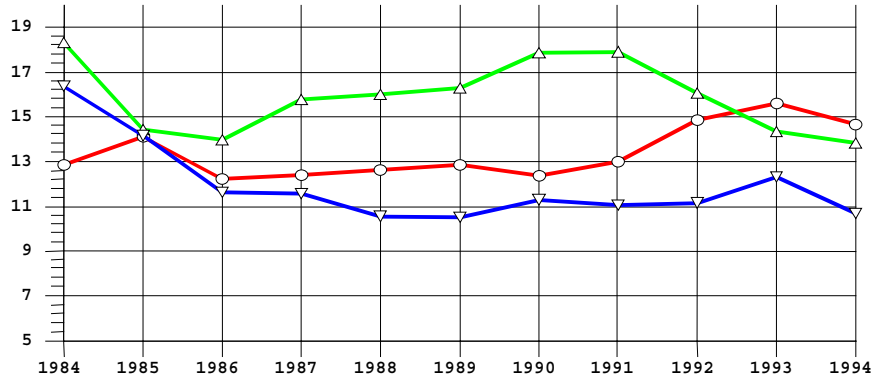
### Hjärtinfarkt, döda/10', m, alla åldrar(5-årsmv)



### Hjärtinfarkt, döda/10', m, alla åldrar(5-årsmv)

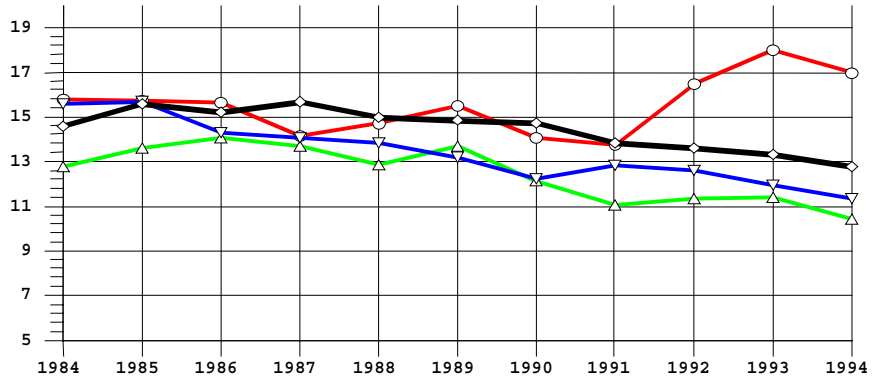


Hjärtinfarkt, döda/10',kv, alla åldrar (5-årsmv)



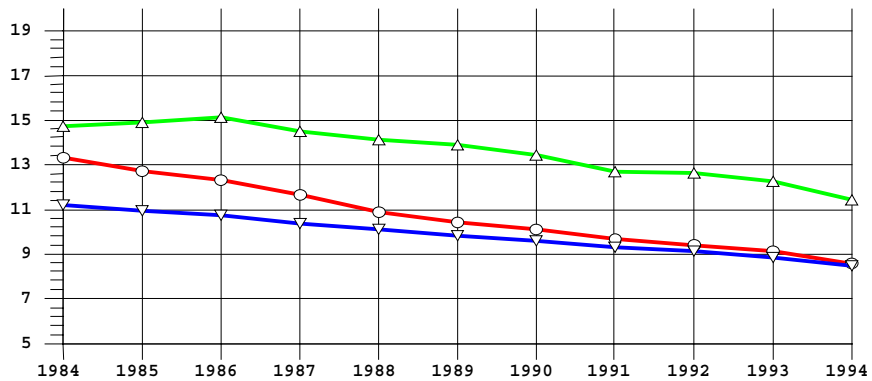
- Skinnskatteberg
- △— Norberg
- ▽— Fagersta

Hjärtinfarkt, döda/10',kv, alla åldrar (5-årsmv)



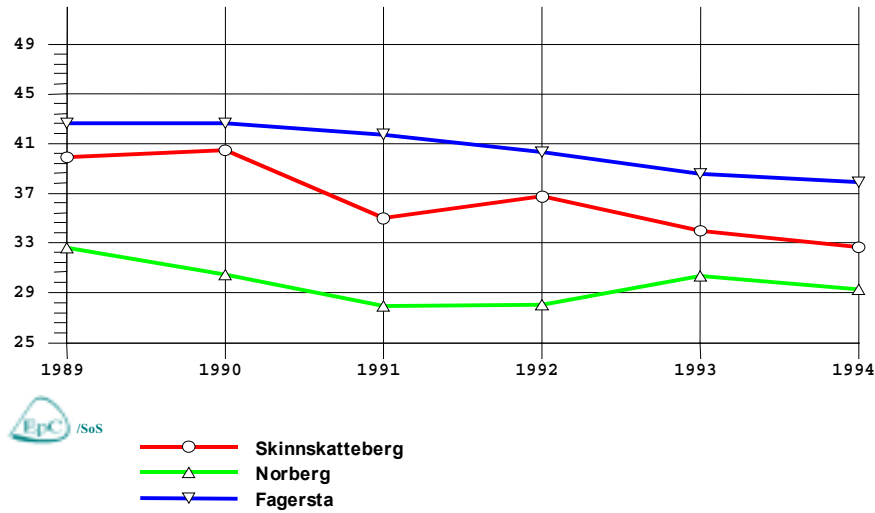
- Smedjebacken
- △— Hedemora
- ▽— Avesta
- ◇— Ludvika

Hjärtinfarkt, döda/10',kv, alla åldrar (5-årsmv)

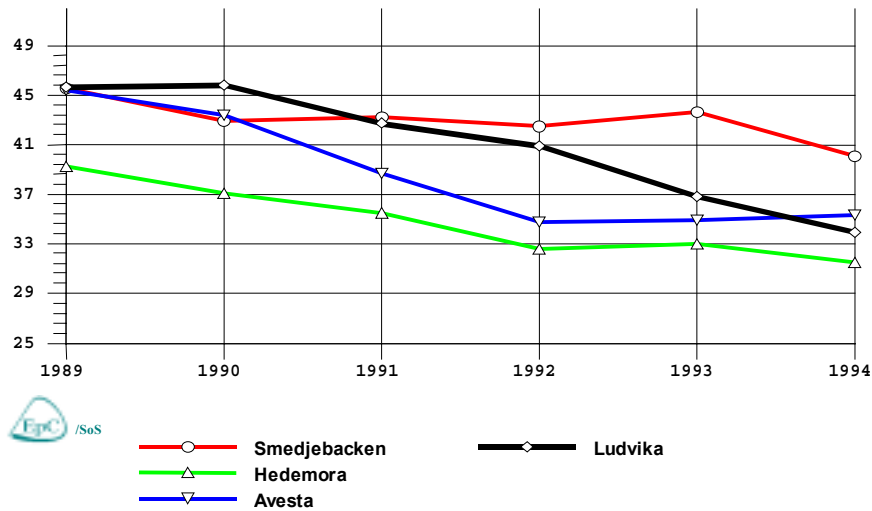


- Västmanland
- △— Dalarna
- ▽— Riket

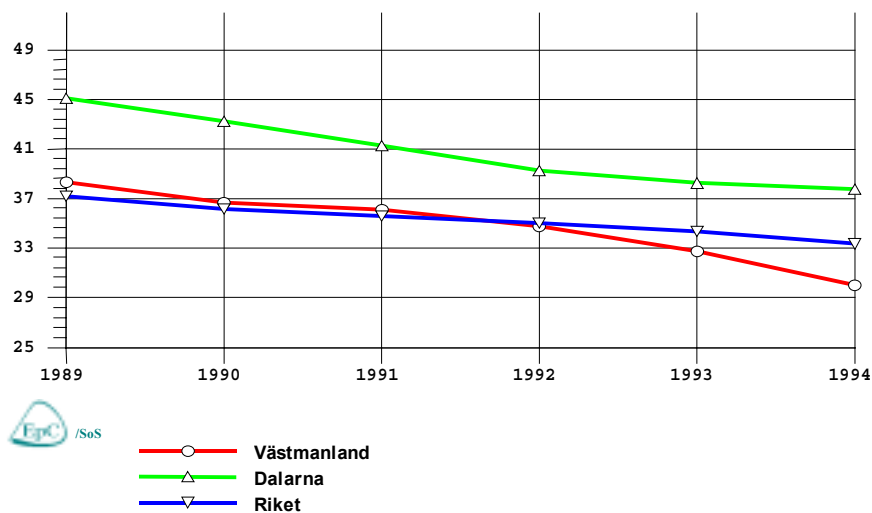
Hjärtinfarkt, antal vårdade/10000,m,alla åld(5-årsmv)



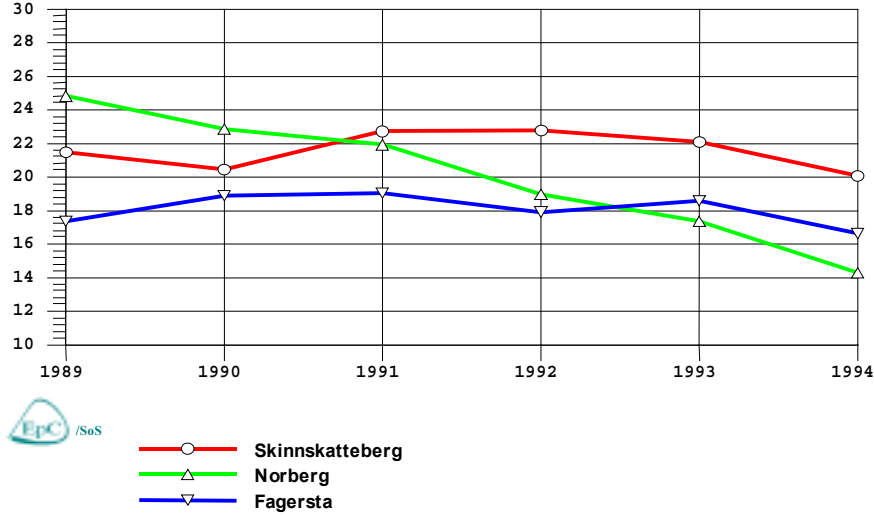
Hjärtinfarkt, antal vårdade/10000,m,alla åld(5-årsmv)



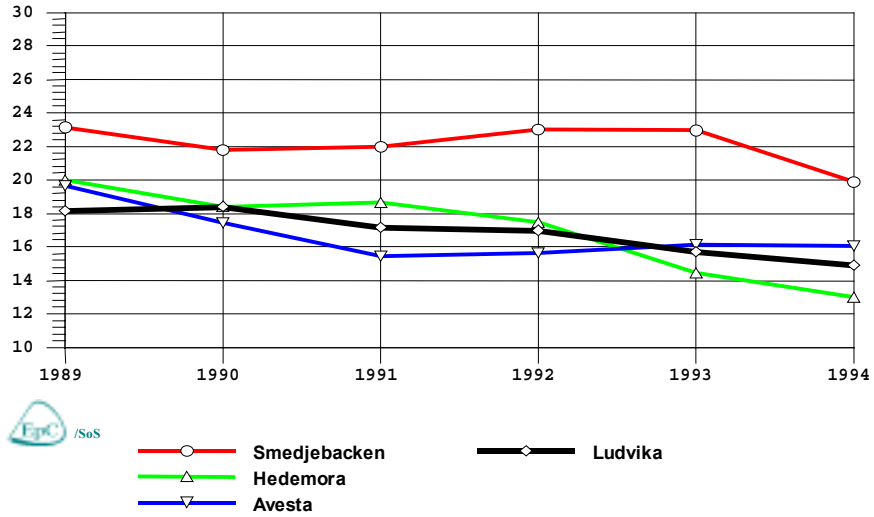
Hjärtinfarkt, antal vårdade/10000,m,alla åld(5-årsmv)



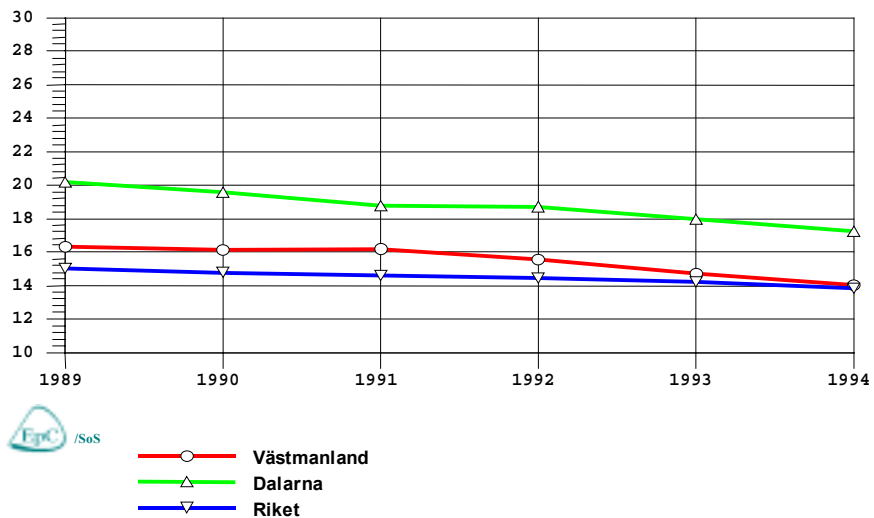
Hjärtinfarkt, ant vårdade/10000,kv,alla åld(5-årsmv)



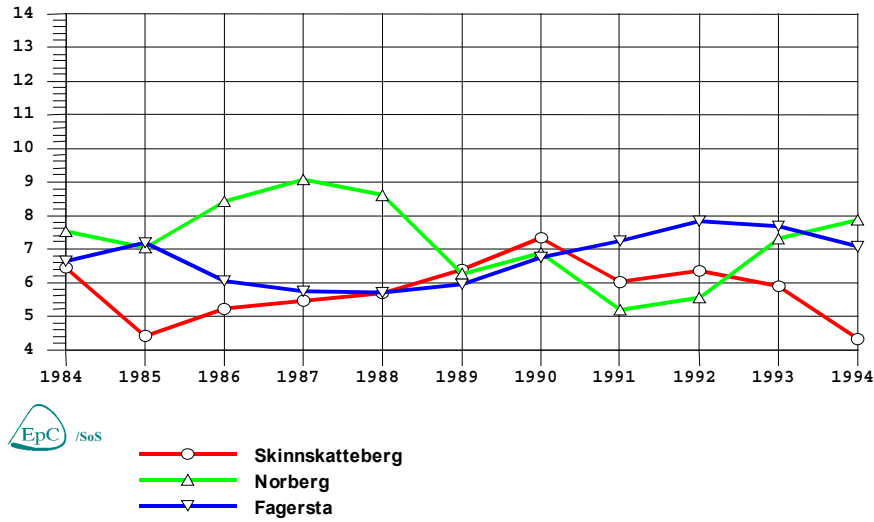
Hjärtinfarkt, ant vårdade/10000,kv,alla åld(5-årsmv)



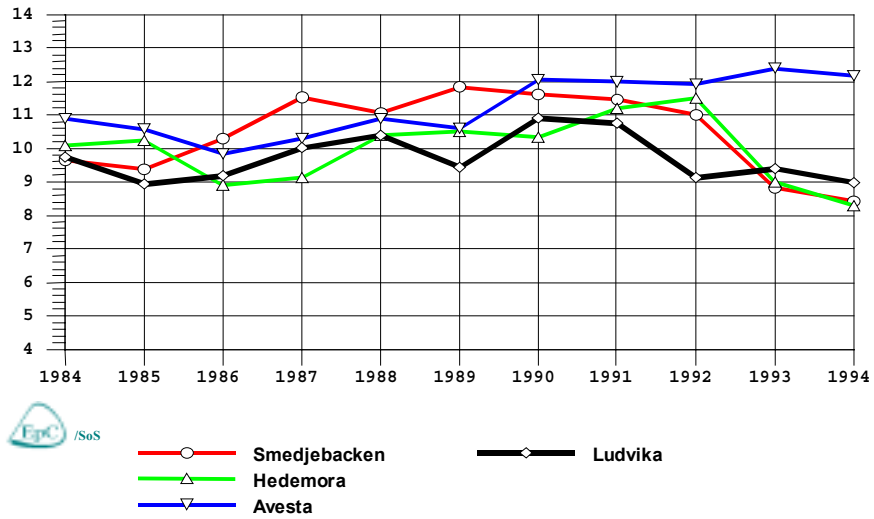
Hjärtinfarkt, ant vårdade/10000,kv,alla åld(5-årsmv)



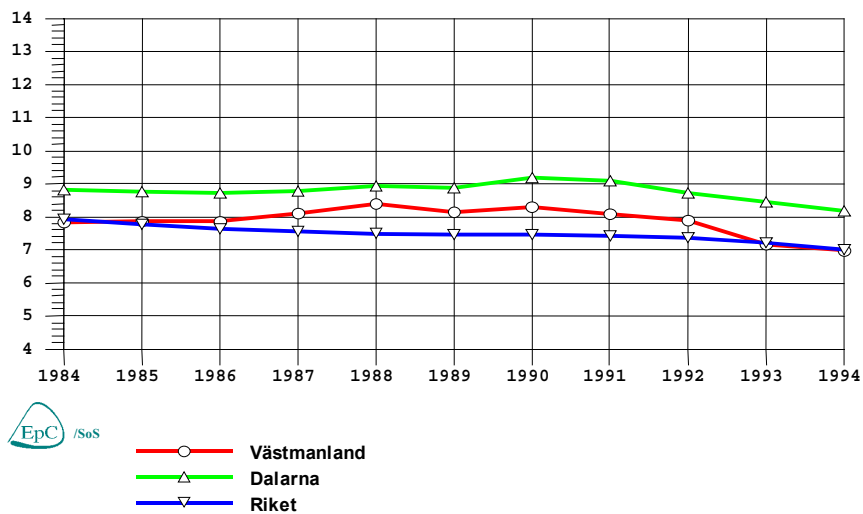
Stroke, döda/10', m, alla åldrar(5-årsmv)



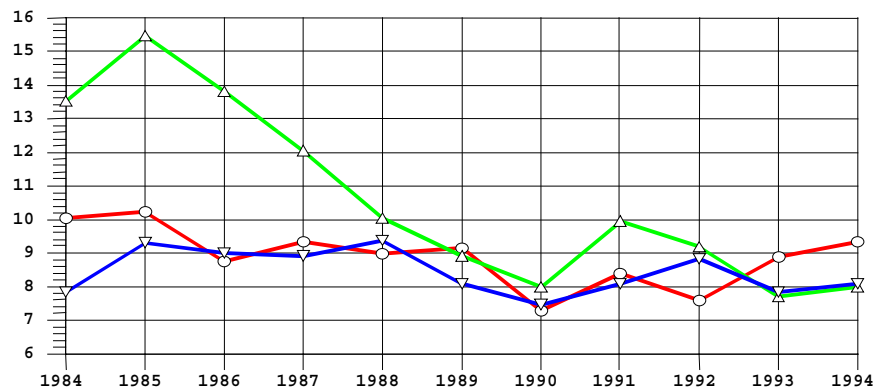
Stroke, döda/10', m, alla åldrar(5-årsmv)



Stroke, döda/10', m, alla åldrar(5-årsmv)

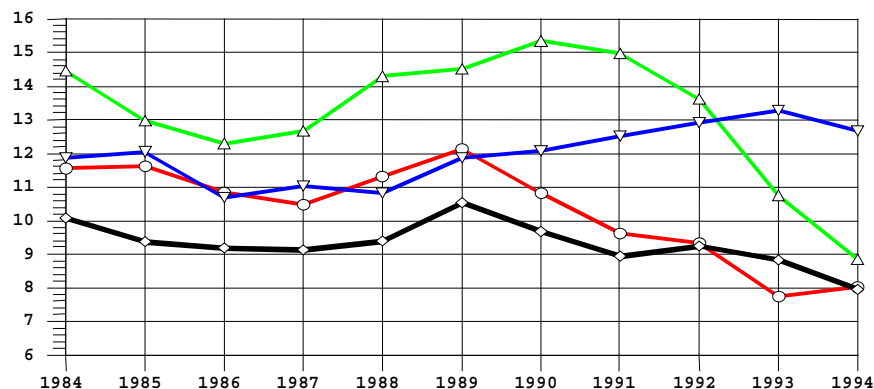


Stroke, döda/10',kv, alla åldrar (5-årsmv)



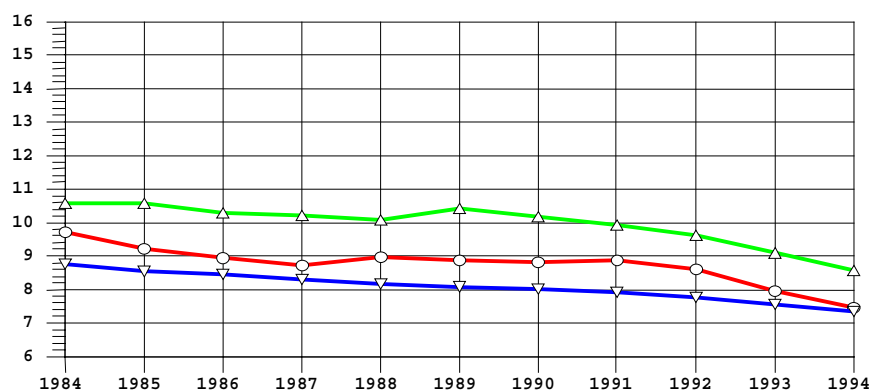
—○— Skinnskatteberg  
—△— Norberg  
—▽— Fagersta

Stroke, döda/10',kv, alla åldrar (5-årsmv)



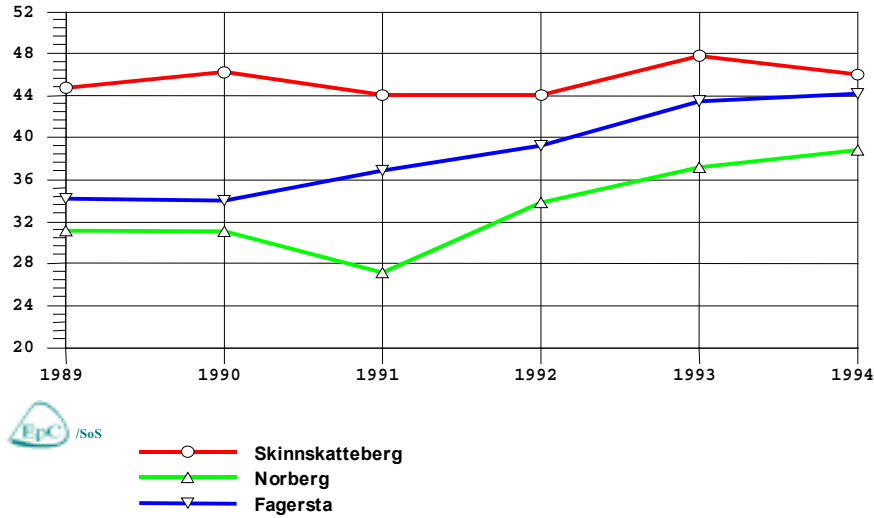
—○— Smedjebacken  
—△— Hedemora  
—▽— Avesta  
—◇— Ludvika

Stroke, döda/10',kv, alla åldrar (5-årsmv)

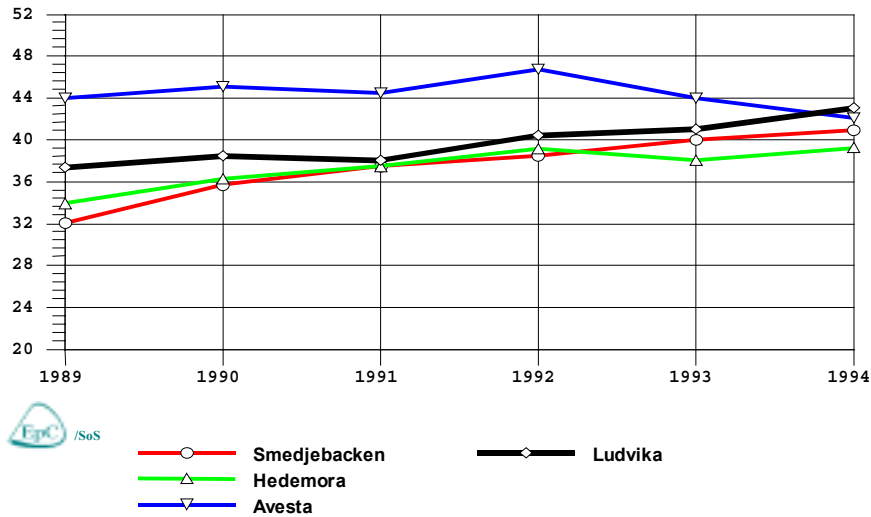


—○— Västmanland  
—△— Dalarna  
—▽— Riket

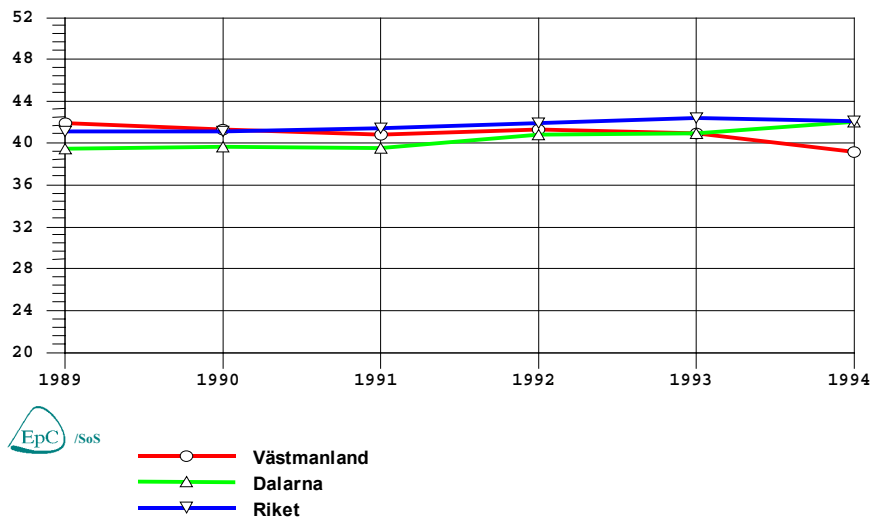
Stroke, antal vårdade/10000,män,alla åldrar(5-årsmv)



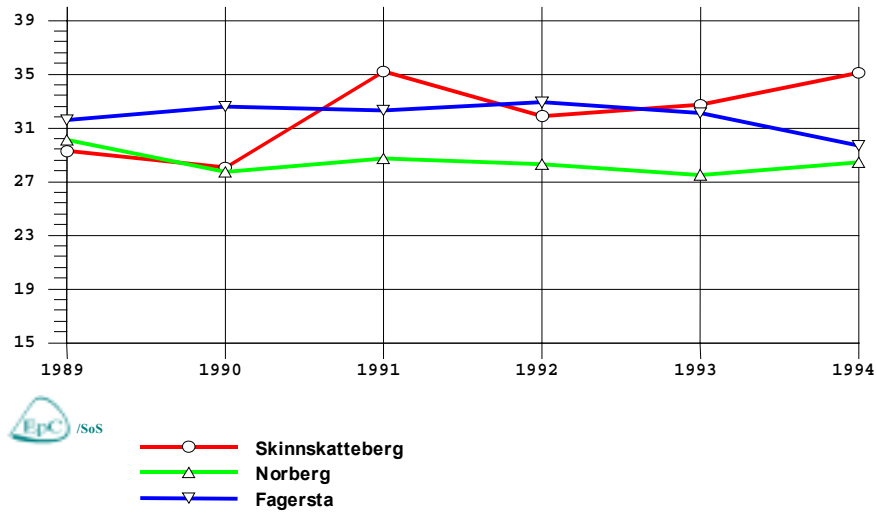
Stroke, antal vårdade/10000,män,alla åldrar(5-årsmv)



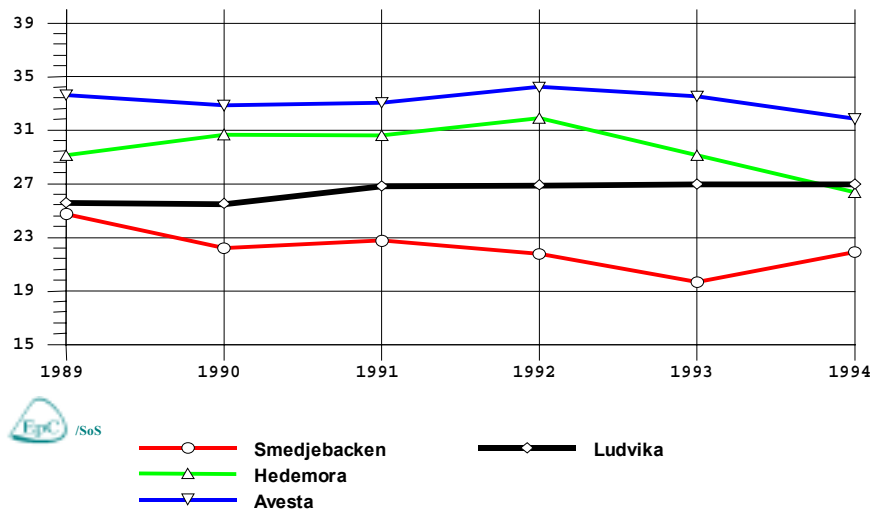
Stroke, antal vårdade/10000,män,alla åldrar(5-årsmv)



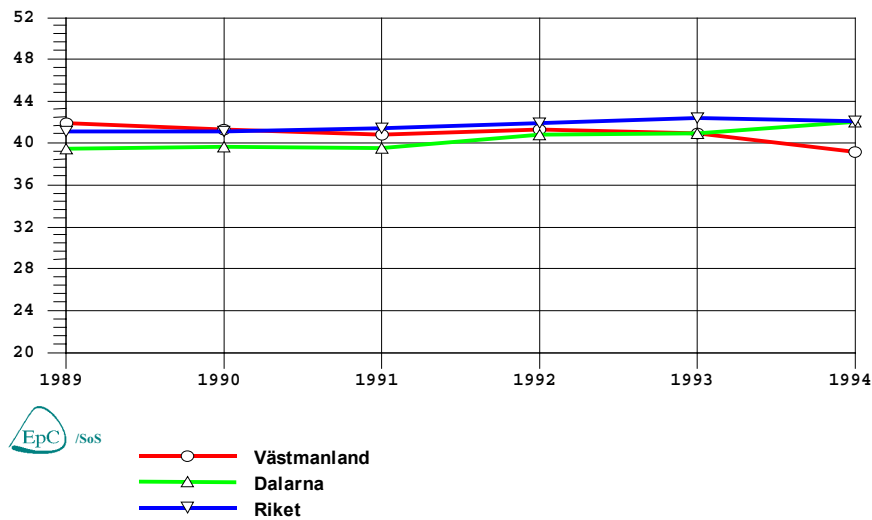
Stroke, antal vårdade/10000,kv,alla åldr(5-årsmv)



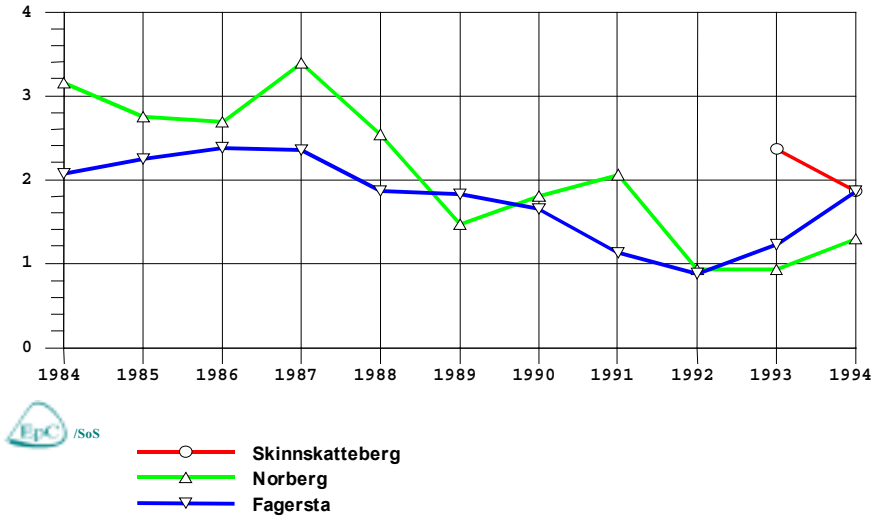
Stroke, antal vårdade/10000,kv,alla åldr(5-årsmv)



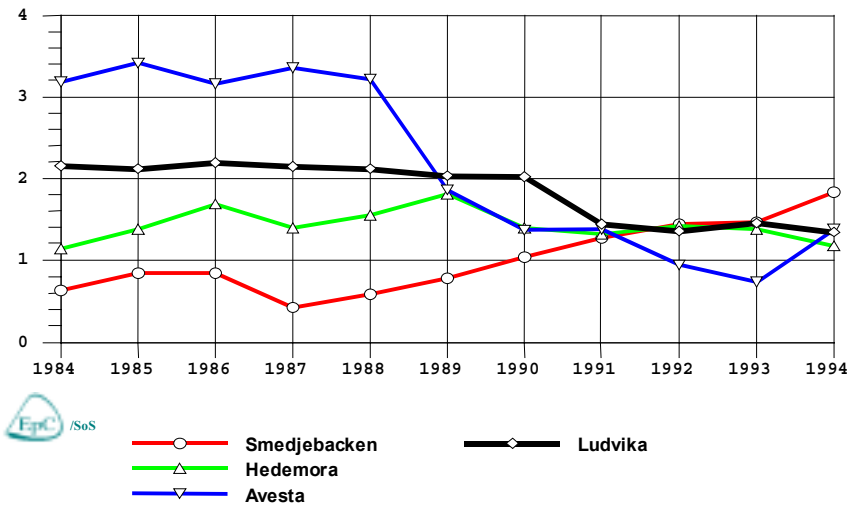
Stroke, antal vårdade/10000,män,alla åldrar(5-årsmv)



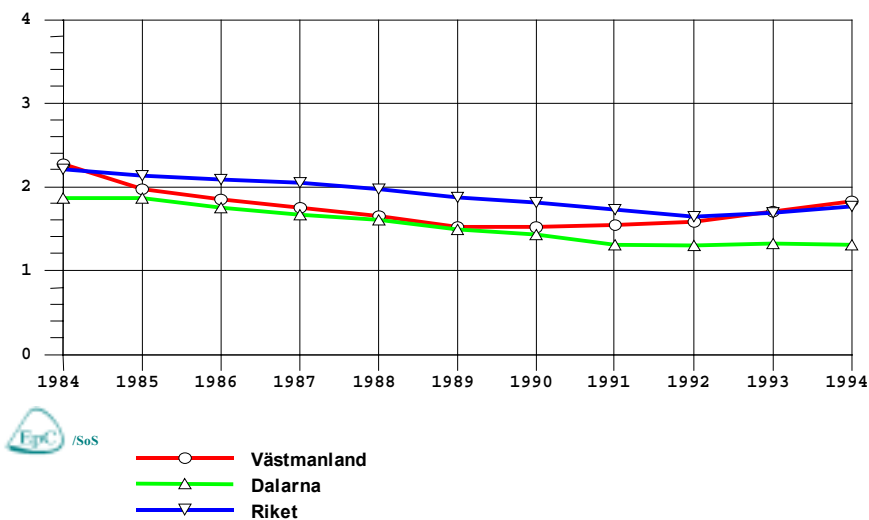
Bronkit,emfysem,astma,döda/10',m,alla åldr(5-årsmv)



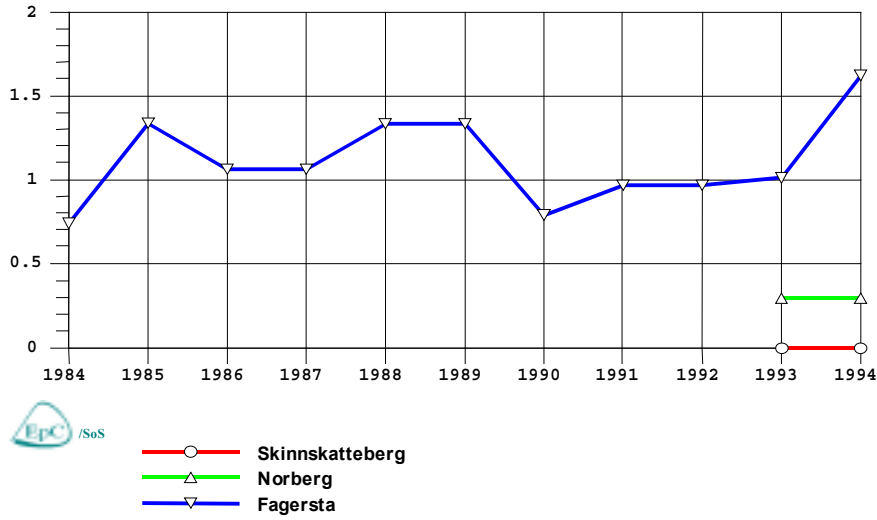
Bronkit,emfysem,astma,döda/10',m,alla åldr(5-årsmv)



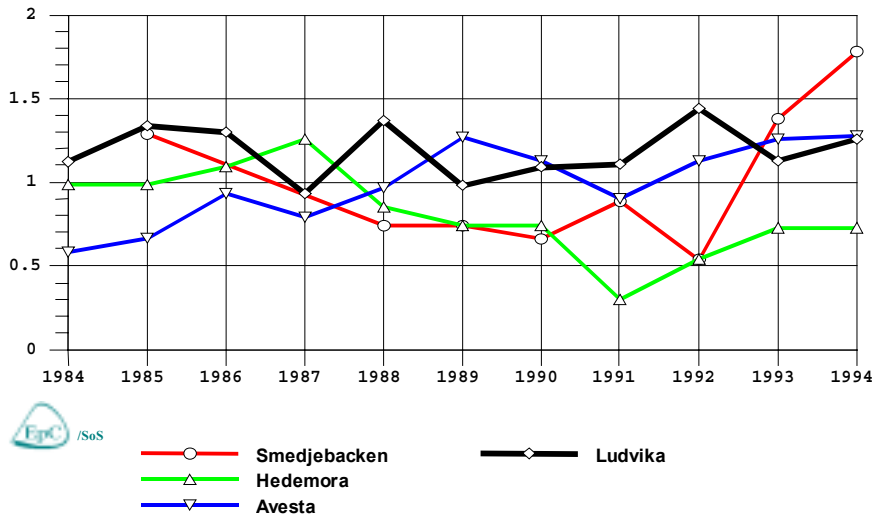
Bronkit,emfysem,astma,döda/10',m,alla åldr(5-årsmv)



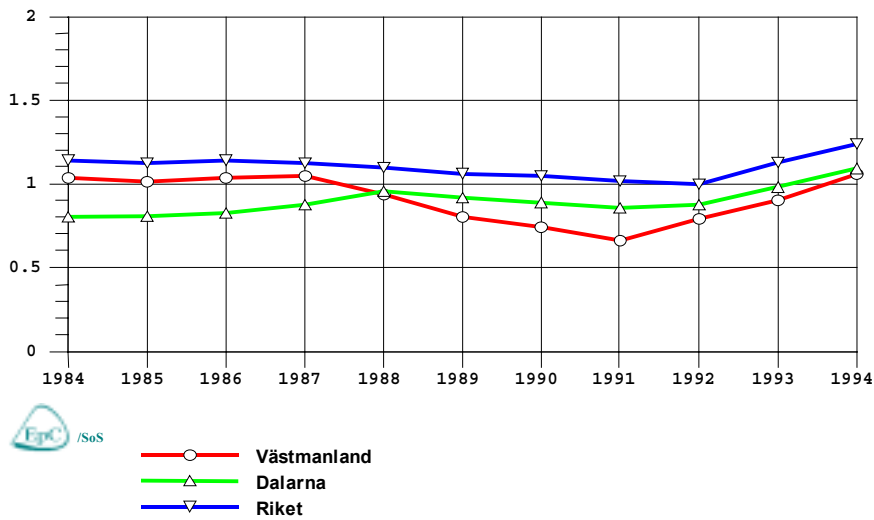
Bronkit,emfysem,astma,döda/10',kv, alla åld(5-årsmv)



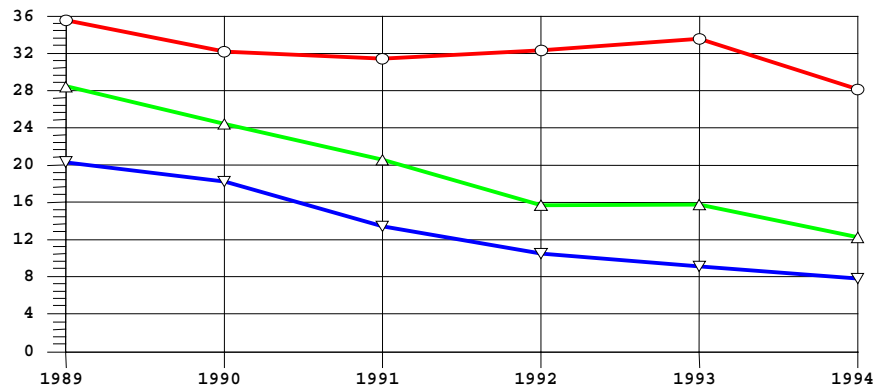
Bronkit,emfysem,astma,döda/10',kv, alla åld(5-årsmv)



Bronkit,emfysem,astma,döda/10',kv, alla åld(5-årsmv)

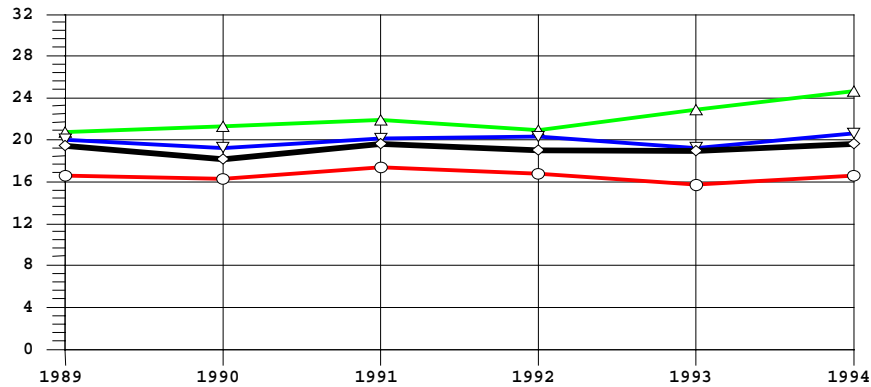


Bronkit,emfysem,astma,ant v/10000,m,alla åld(5-årsmv)



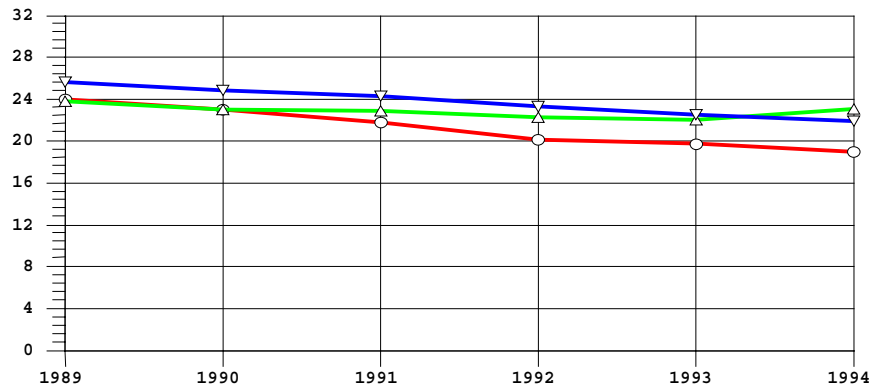
—○— Skinnskatteberg  
—△— Norberg  
—▽— Fagersta

Bronkit,emfysem,astma,ant v/10000,m,alla åld(5-årsmv)



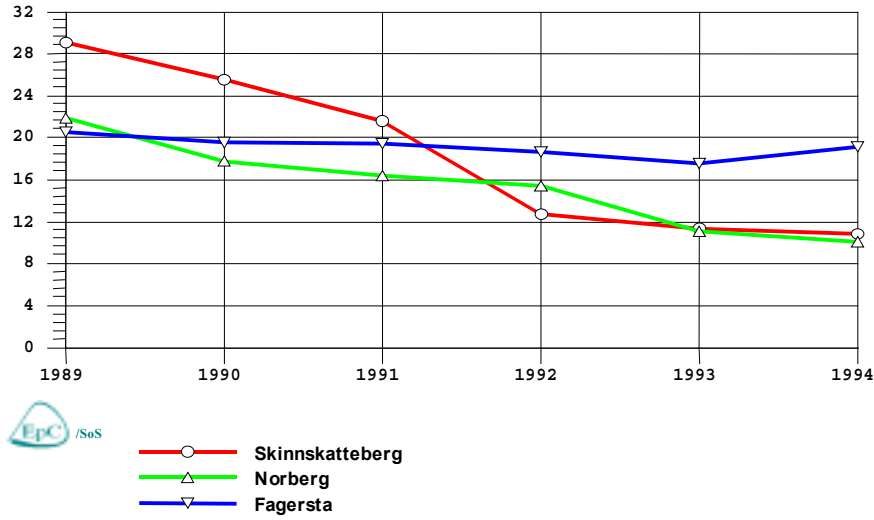
—○— Smedjebacken  
—△— Hedemora  
—▽— Avesta  
—◇— Ludvika

Bronkit,emfysem,astma,ant v/10000,m,alla åld(5-årsmv)

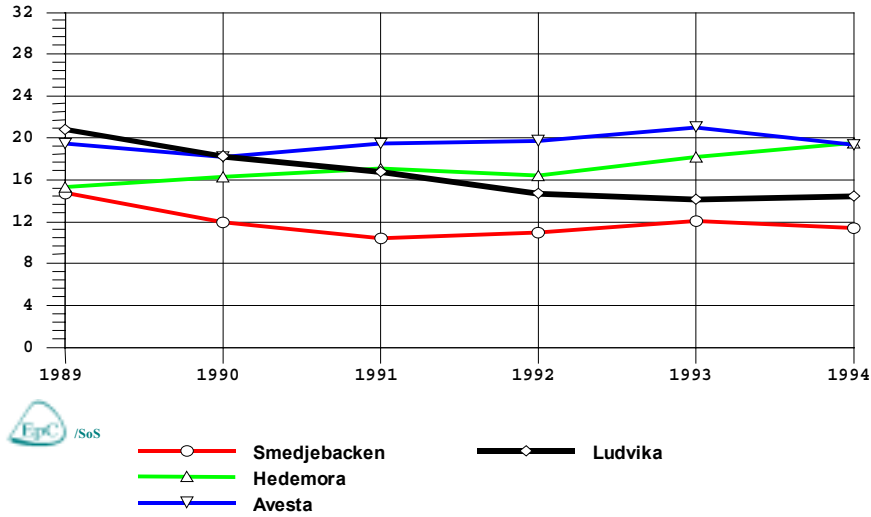


—○— Västmanland  
—△— Dalarna  
—▽— Riket

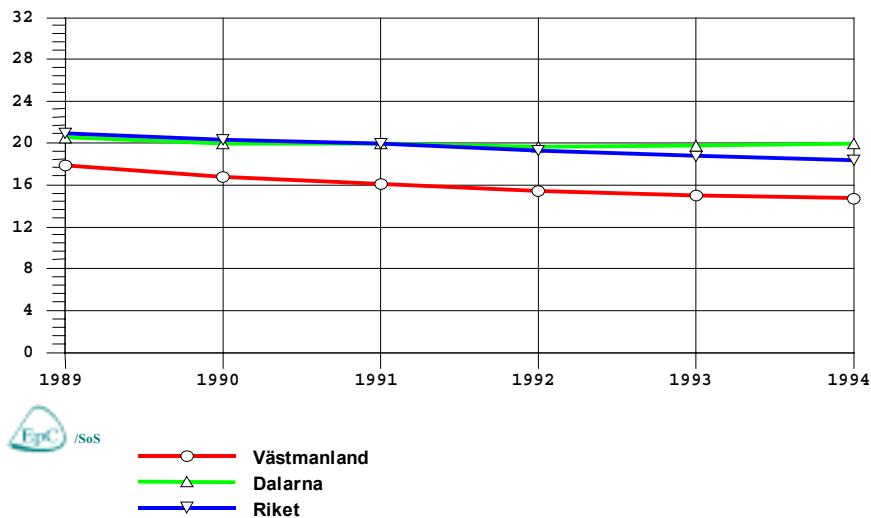
Bronkit,emfysem,astma,ant v/10000,kv,alla åld(5-årsm



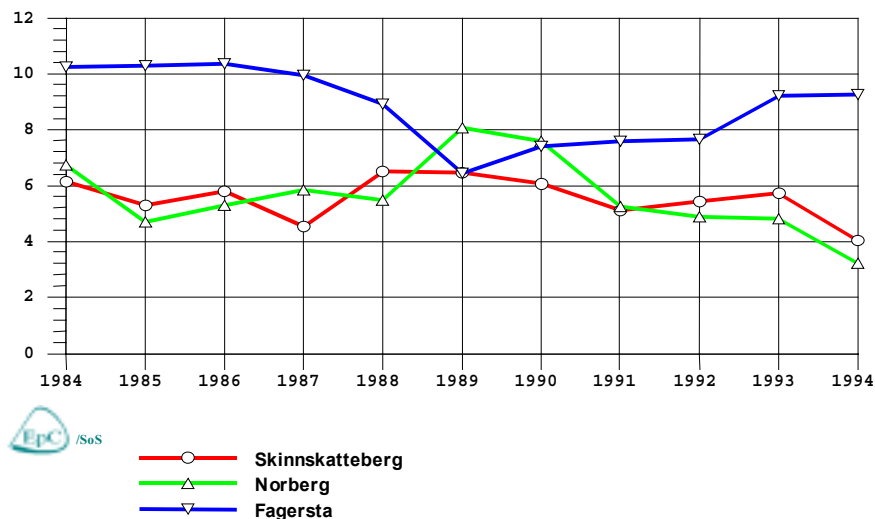
Bronkit,emfysem,astma,ant v/10000,kv,alla åld(5-årsm



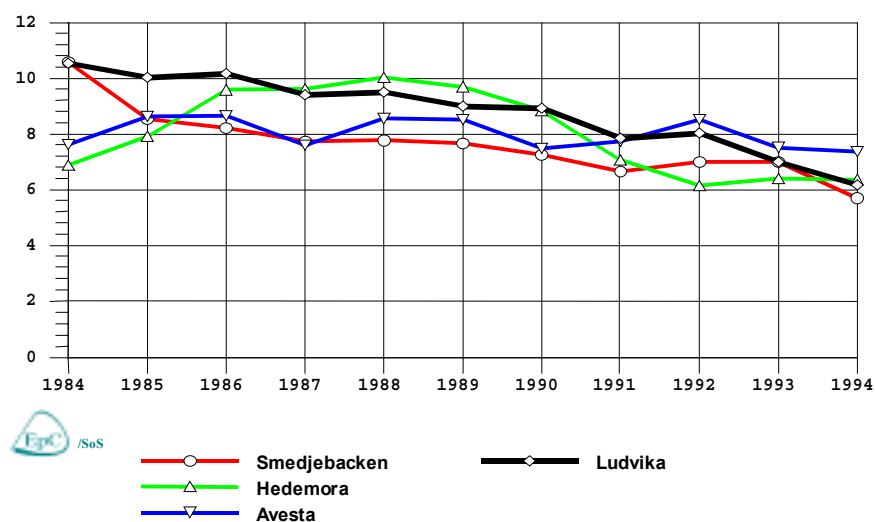
Bronkit,emfysem,astma,ant v/10000,kv,alla åld(5-årsm



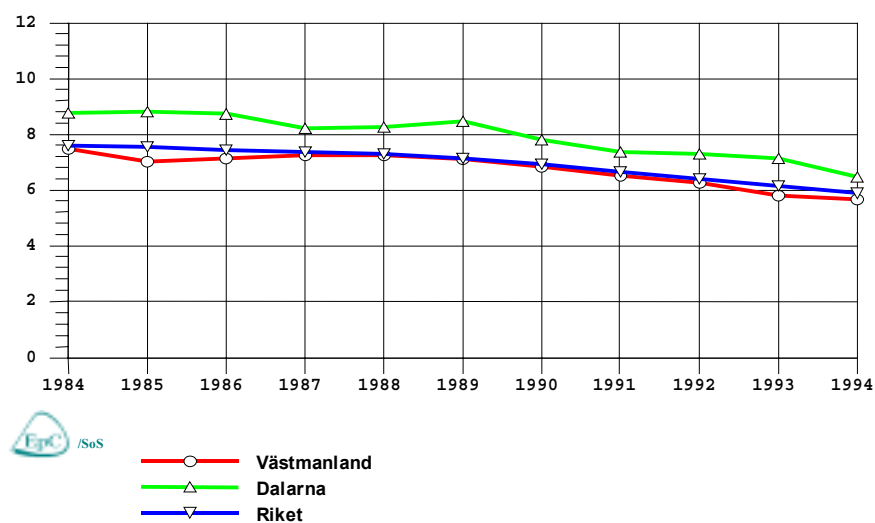
### Skador och förgiftn.,döda/10',m,alla åldrar(5-årsmv)



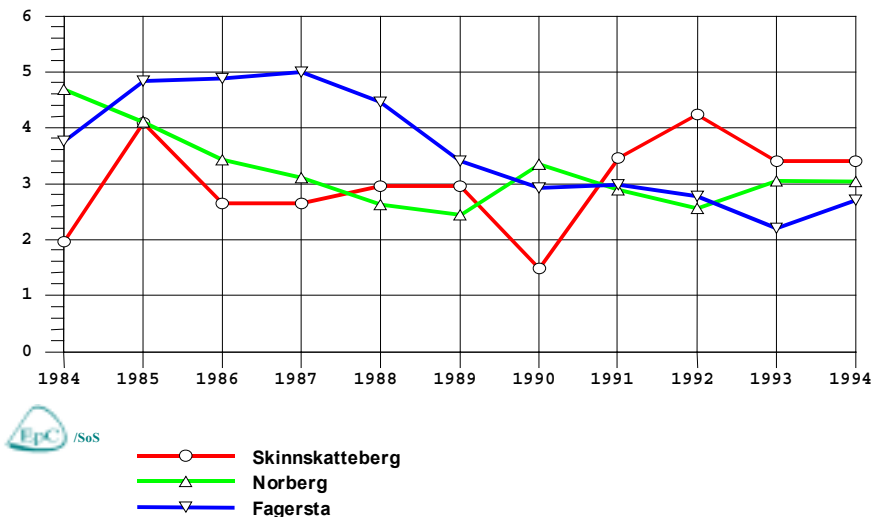
### Skador och förgiftn.,döda/10',m,alla åldrar(5-årsmv)



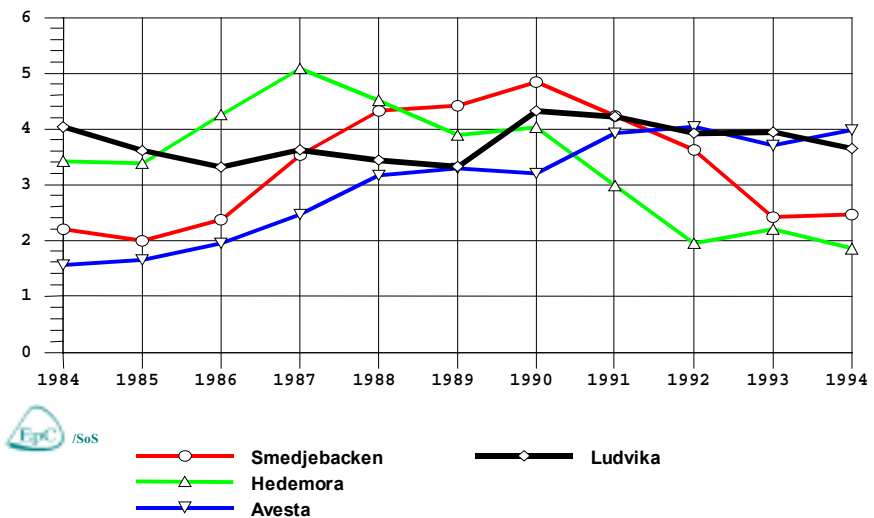
### Skador och förgiftn.,döda/10',m,alla åldrar(5-årsmv)



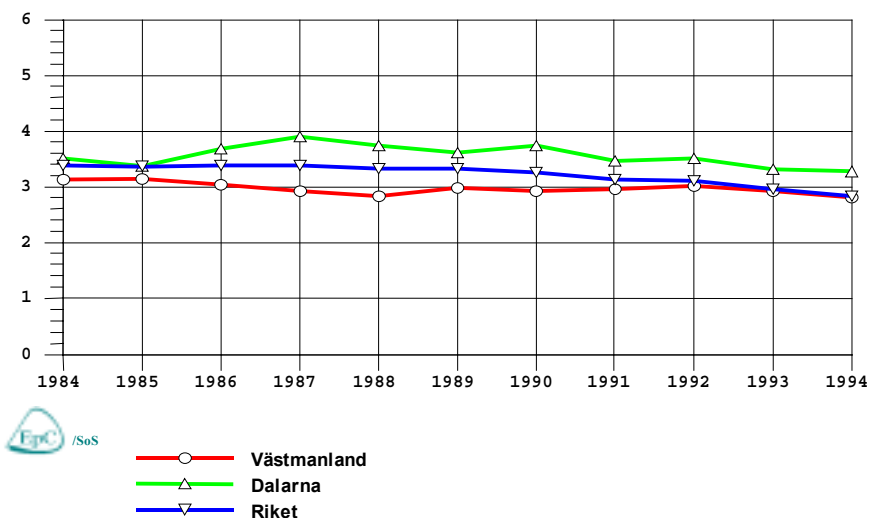
Skador och förgiftn., döda/10<sup>4</sup>,kv,alla åldr(5-årsmv)



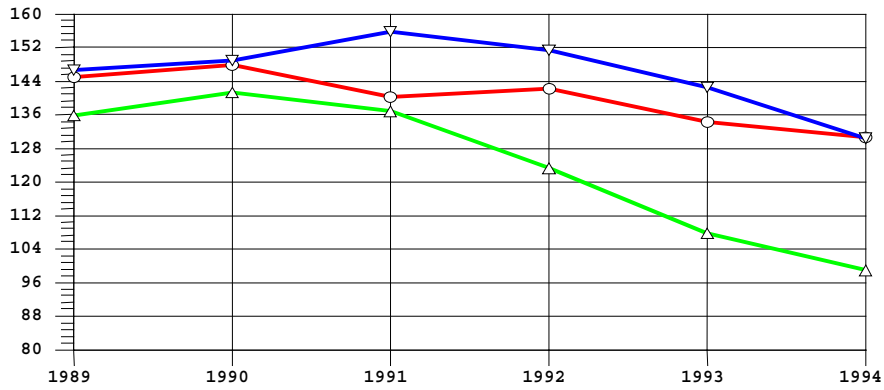
Skador och förgiftn., döda/10<sup>4</sup>,kv,alla åldr(5-årsmv)



Skador och förgiftn., döda/10<sup>4</sup>,kv,alla åldr(5-årsmv)

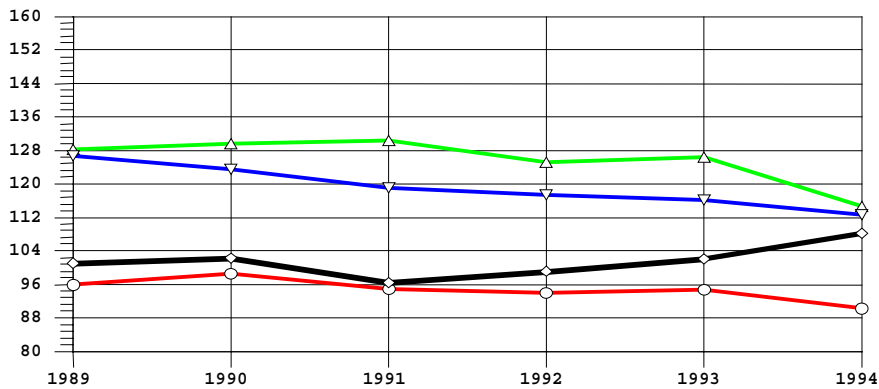


Skador och förgift, ant v/10000, m, alla åldr(5-årsmv)



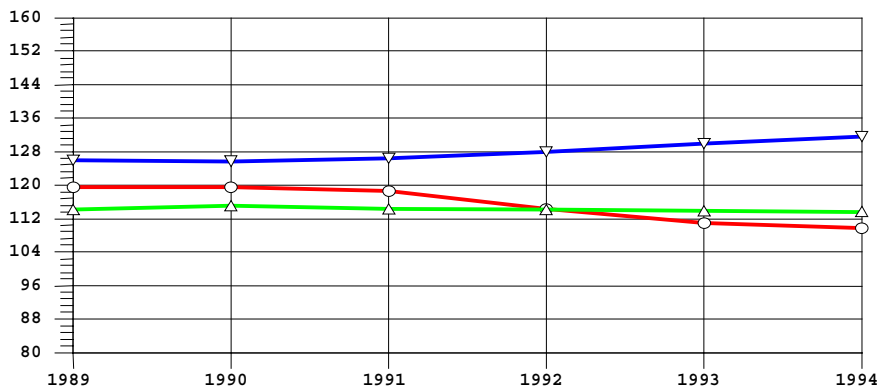
- Skinnskatteberg
- △ Norberg
- ▽ Fagersta

Skador och förgift, ant v/10000, m, alla åldr(5-årsmv)



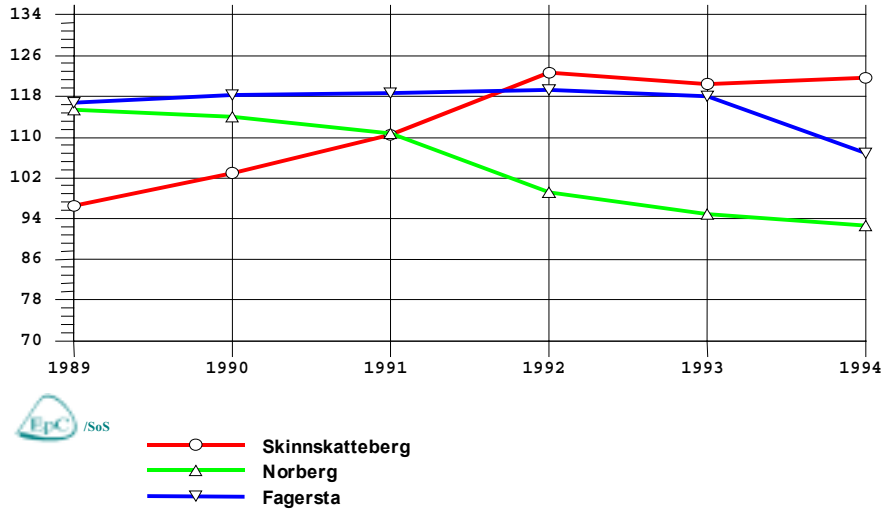
- Smedjebacken
- △ Hedemora
- ▽ Avesta
- ◇ Ludvika

Skador och förgift, ant v/10000, m, alla åldr(5-årsmv)

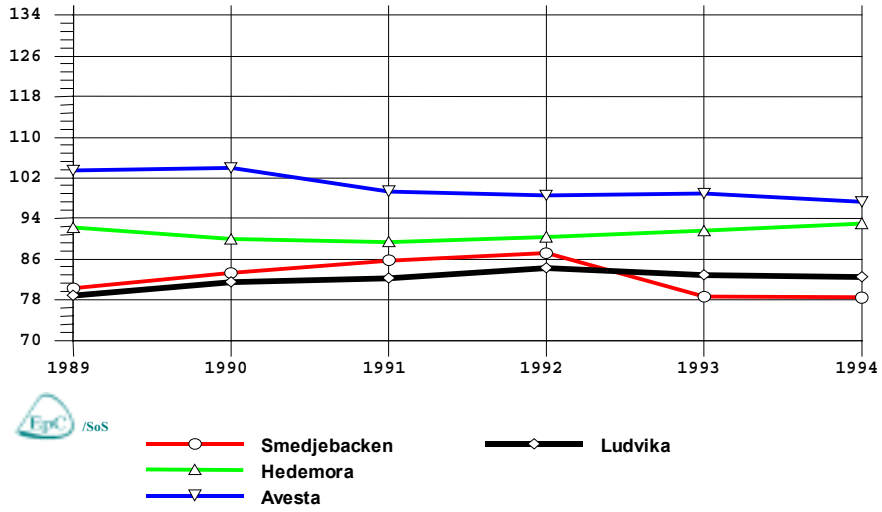


- Västmanland
- △ Dalarna
- ▽ Riket

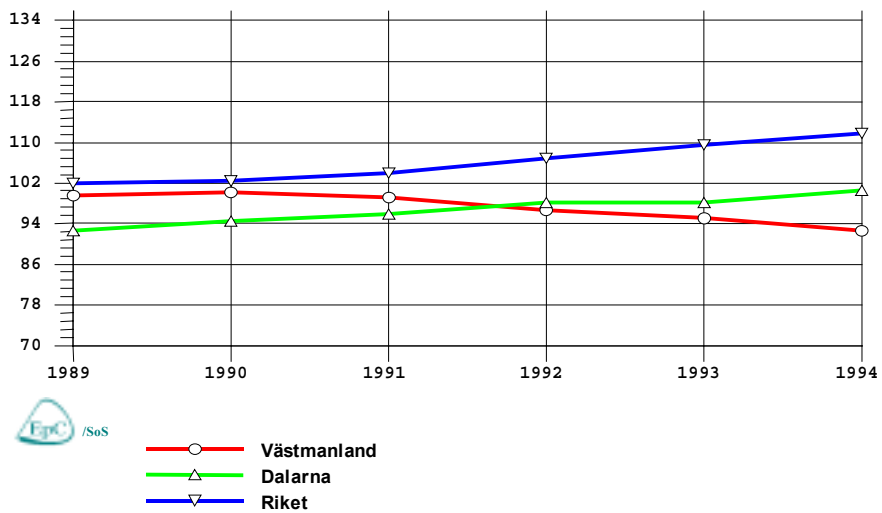
Skador och förgift, ant v/10000, kv, alla åldr(5-årsmv)



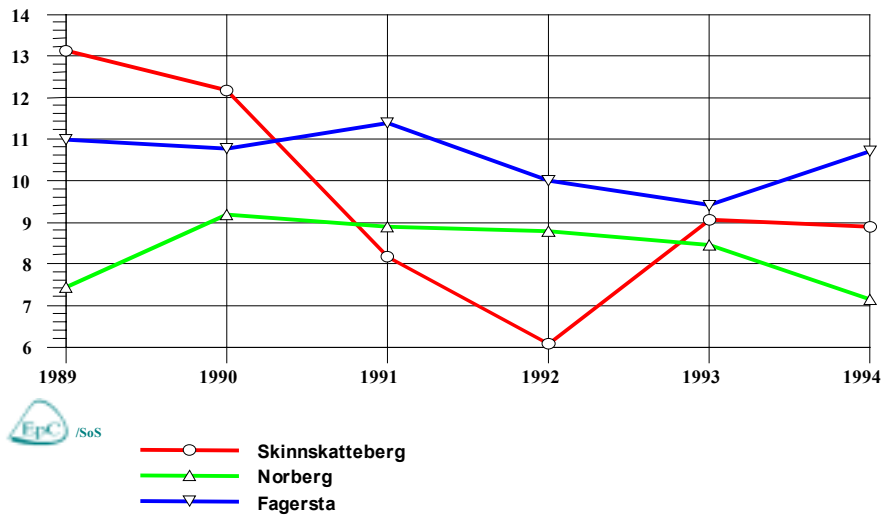
Skador och förgift, ant v/10000, kv, alla åldr(5-årsmv)



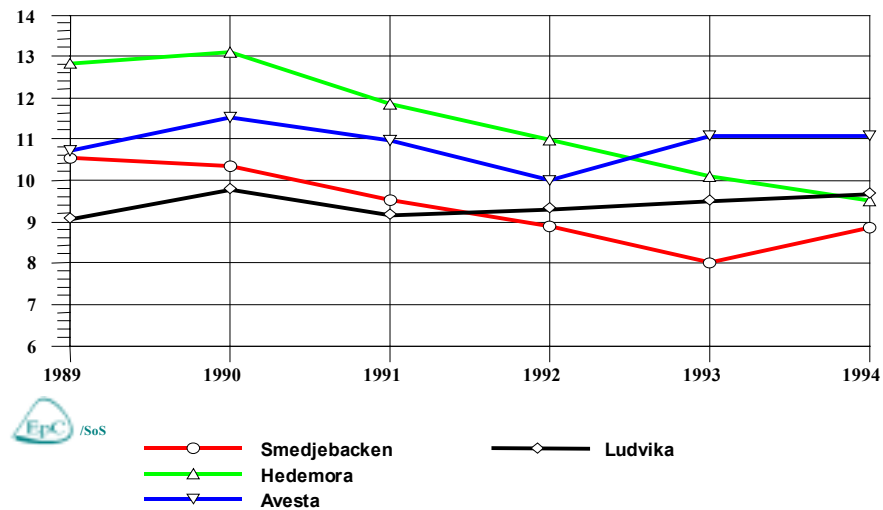
Skador och förgift, ant v/10000, kv, alla åldr(5-årsmv)



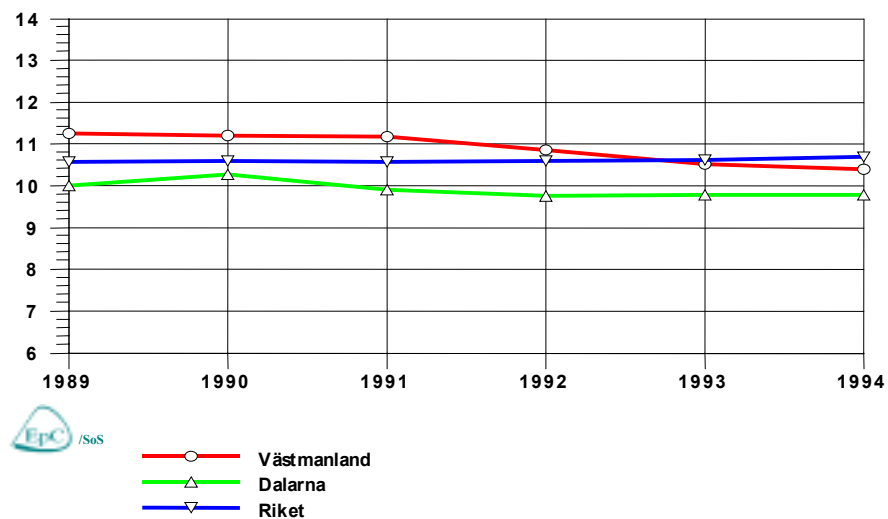
Höftfrakturer, antal vårdade/10000, m, alla åld(5-årsm)



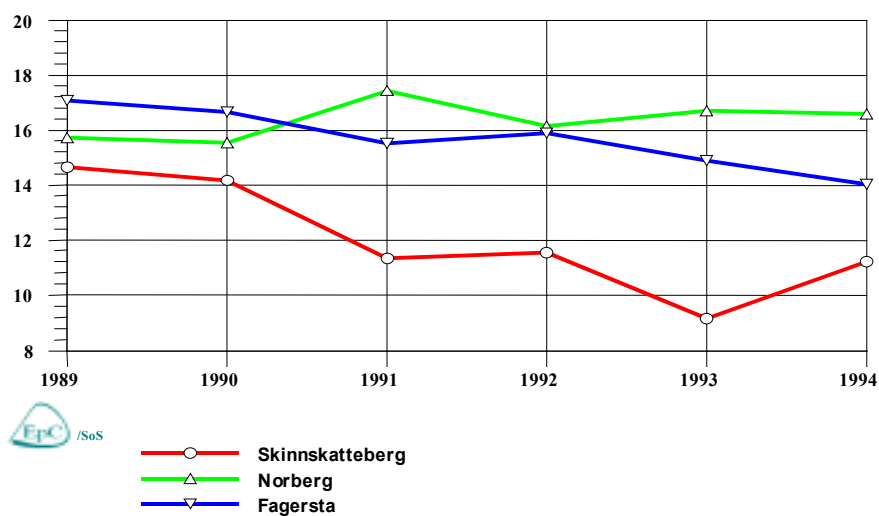
Höftfrakturer, antal vårdade/10000, m, alla åld(5-årsm)



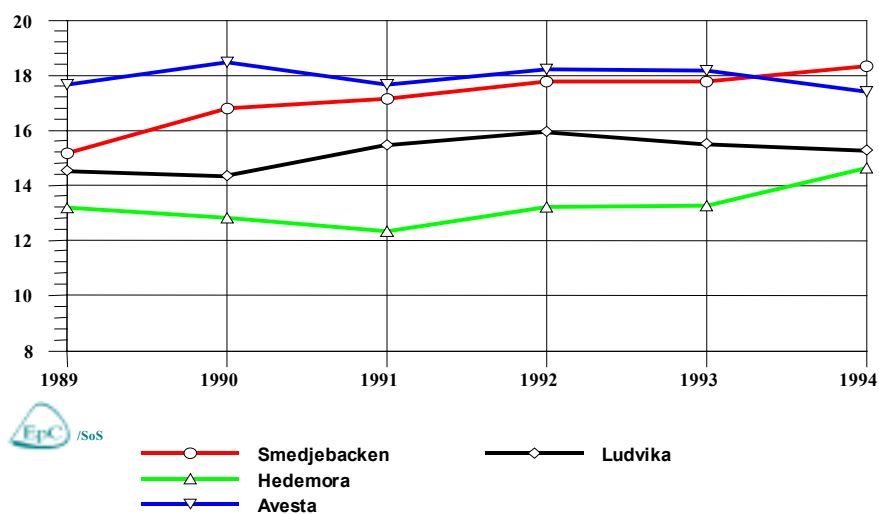
Höftfrakturer, antal vårdade/10000, m, alla åld(5-årsm)



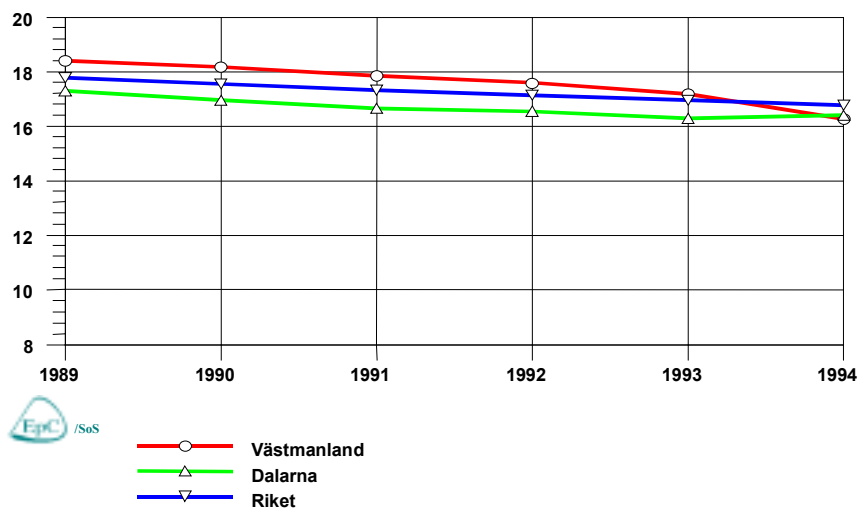
Höftfrakturer,antal vårdade/10000,kv,alla åld(5-årsm



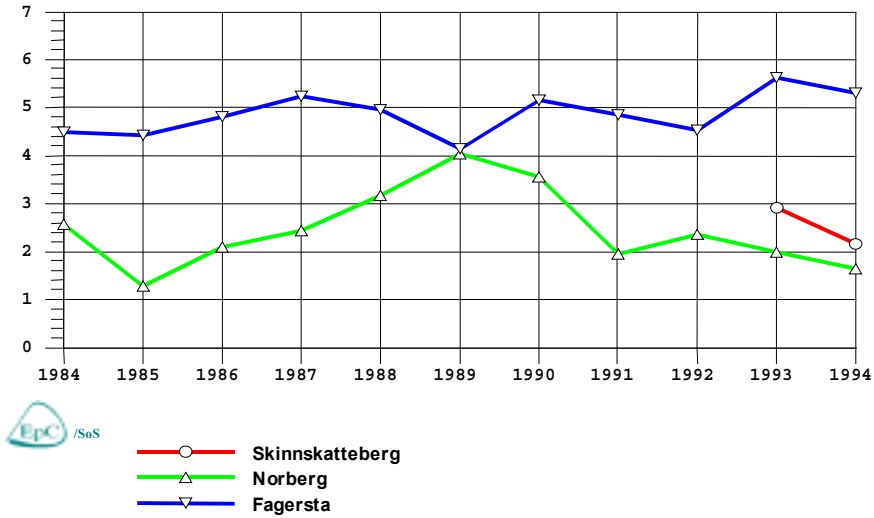
Höftfrakturer,antal vårdade/10000,kv,alla åld(5-årsm



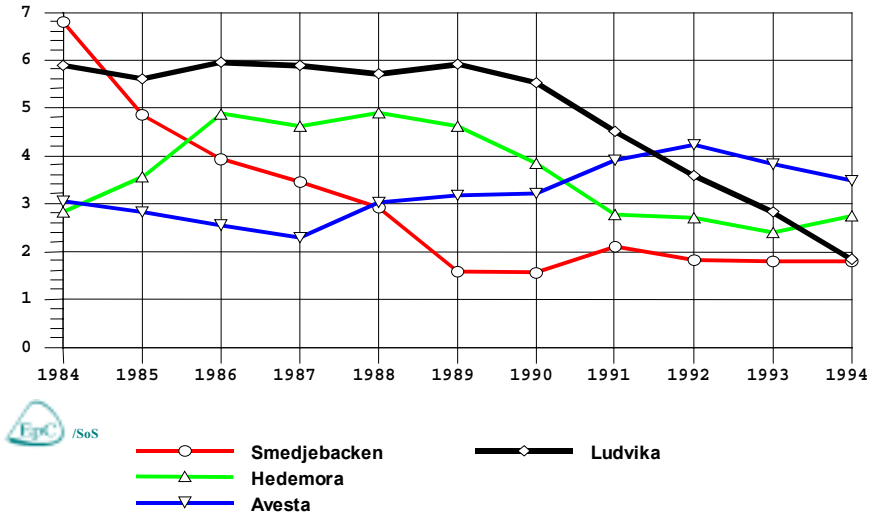
Höftfrakturer,antal vårdade/10000,kv,alla åld(5-årsm



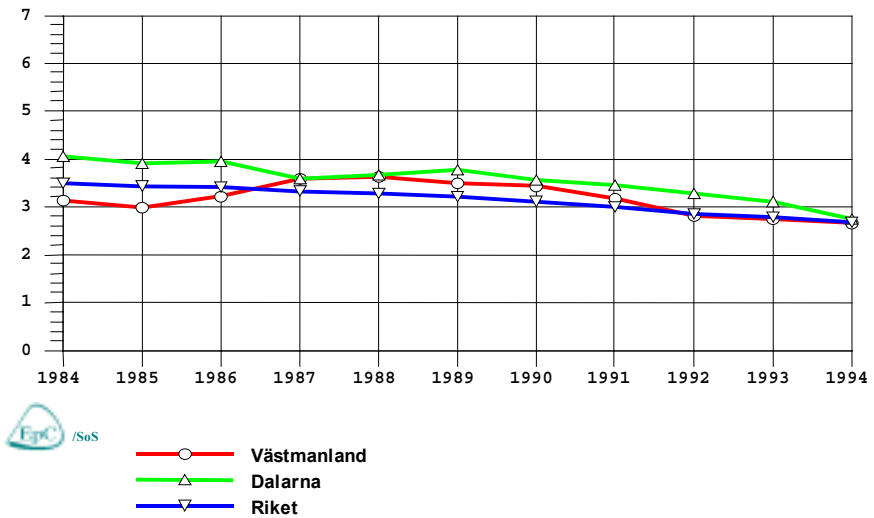
Själv mord el oviss het,döda/10',m,alla åldr(5-årsmv)



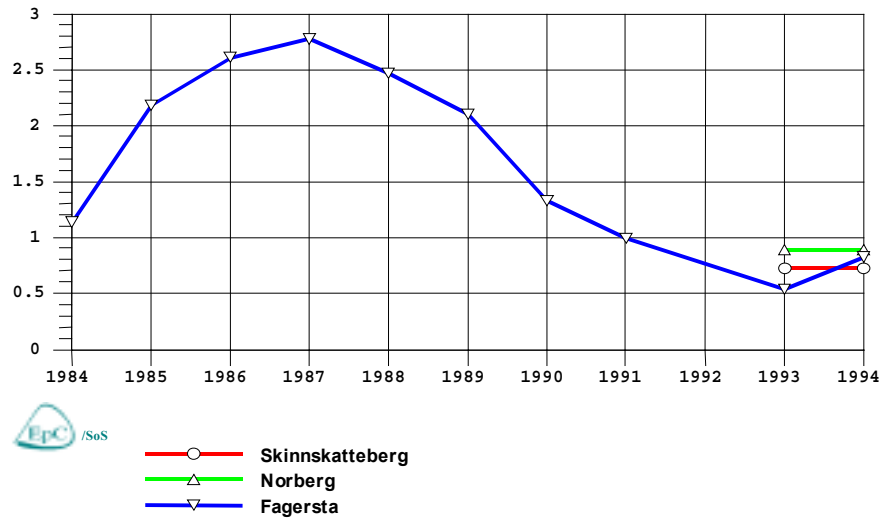
Själv mord el oviss het,döda/10',m,alla åldr(5-årsmv)



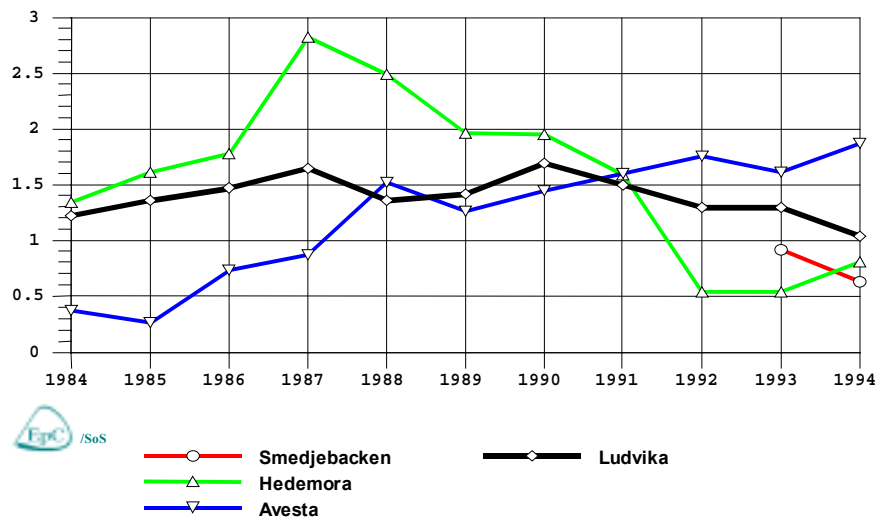
Själv mord el oviss het,döda/10',m,alla åldr(5-årsmv)



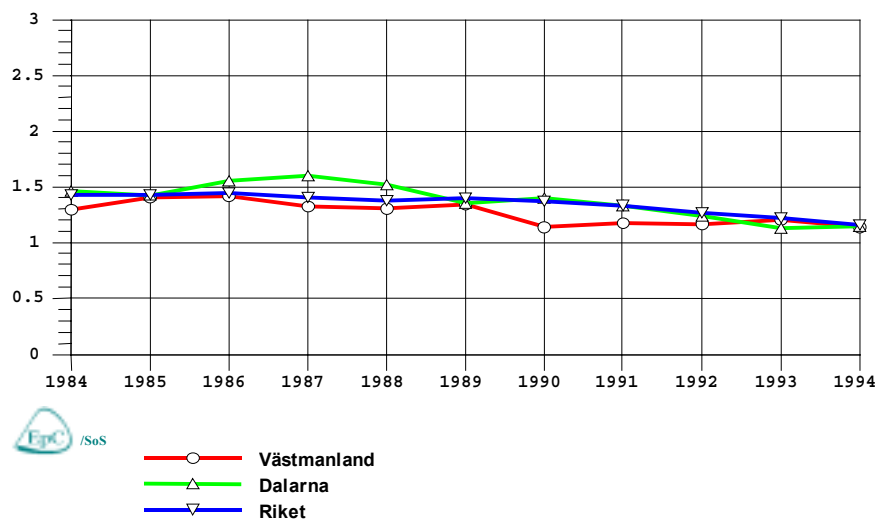
Själv mord el oviss het,döda/10',kv,alla åldr(5-års mv)



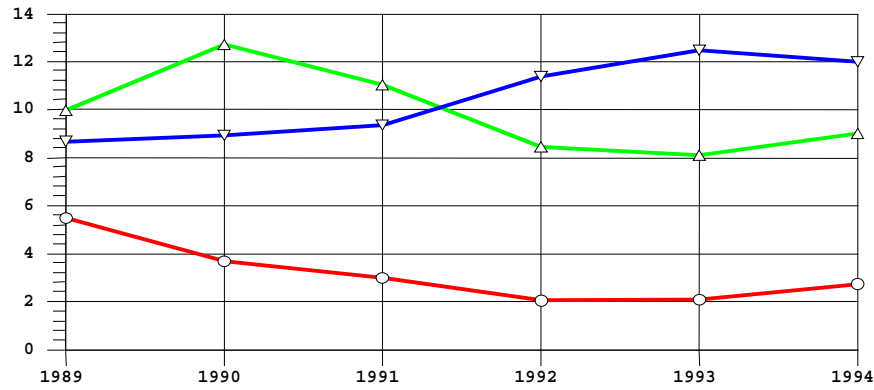
Själv mord el oviss het,döda/10',kv,alla åldr(5-års mv)



Själv mord el oviss het,döda/10',kv,alla åldr(5-års mv)

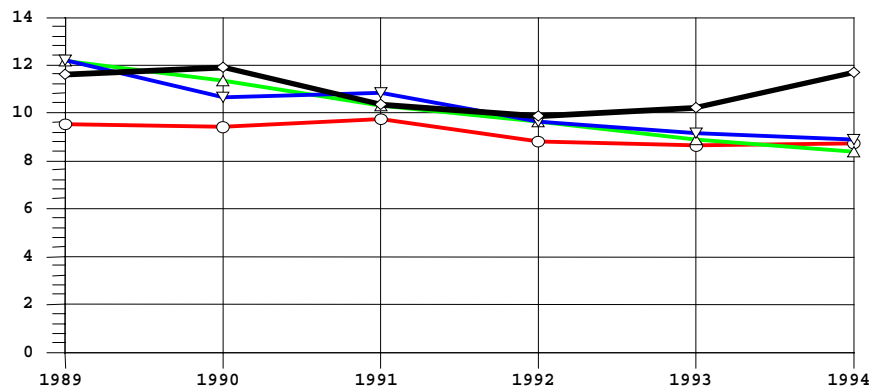


Själv mord el oviss h, ant vrd/10000, m, alla åld(5-års m v)



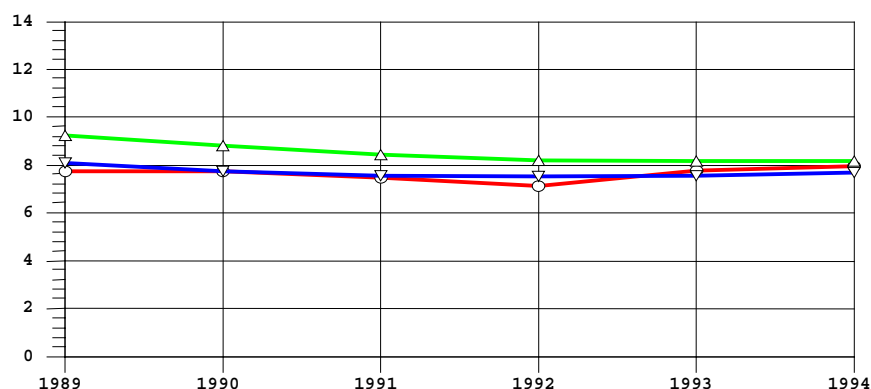
- Skinnskatteberg
- △— Norberg
- ▽— Fagersta

Själv mord el oviss h, ant vrd/10000, m, alla åld(5-års m v)



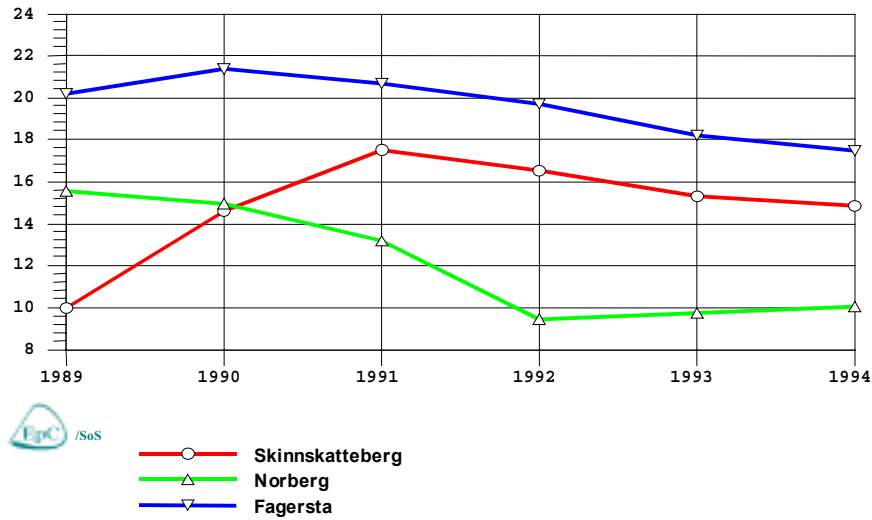
- Smedjebacken
- △— Hedemora
- ▽— Avesta
- ◇— Ludvika

Själv mord el oviss h, ant vrd/10000, m, alla åld(5-års m v)

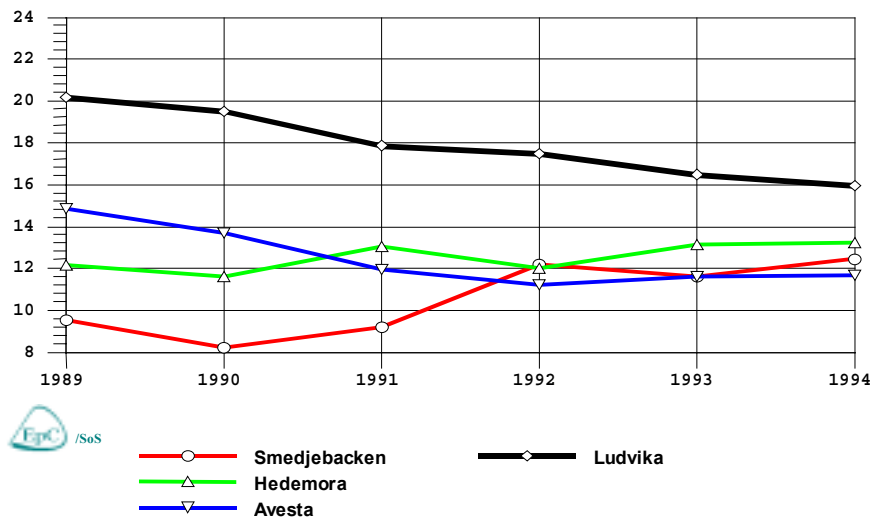


- Västmanland
- △— Dalarna
- ▽— Riket

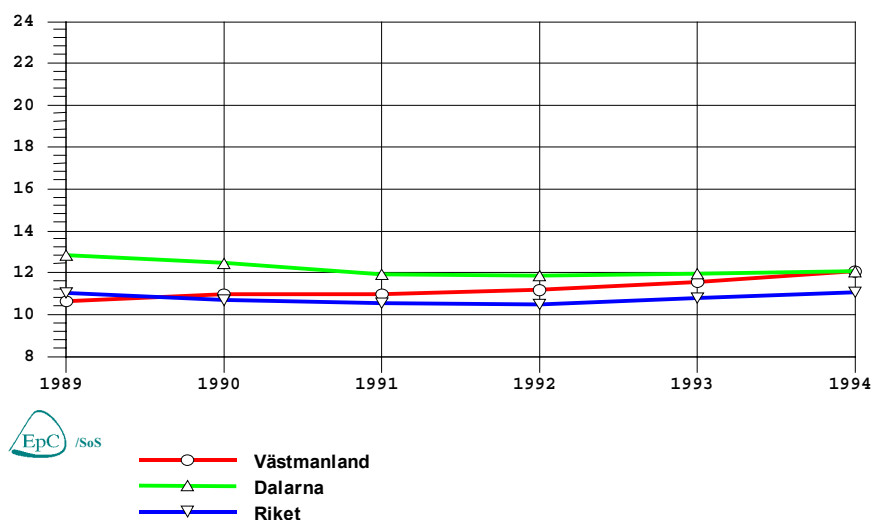
Själv mord el oviss h,ant vrd/10000,kv,alla åld(5-årsm



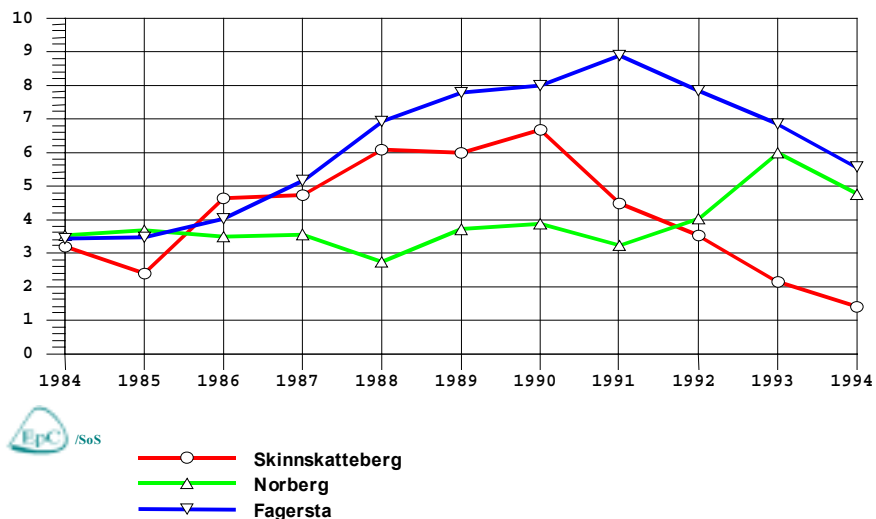
Själv mord el oviss h,ant vrd/10000,kv,alla åld(5-årsm



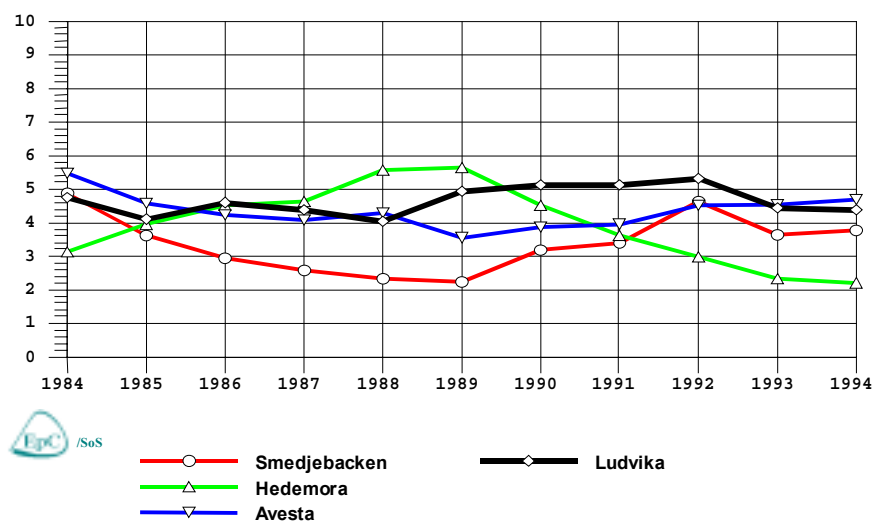
Själv mord el oviss h,ant vrd/10000,kv,alla åld(5-årsm



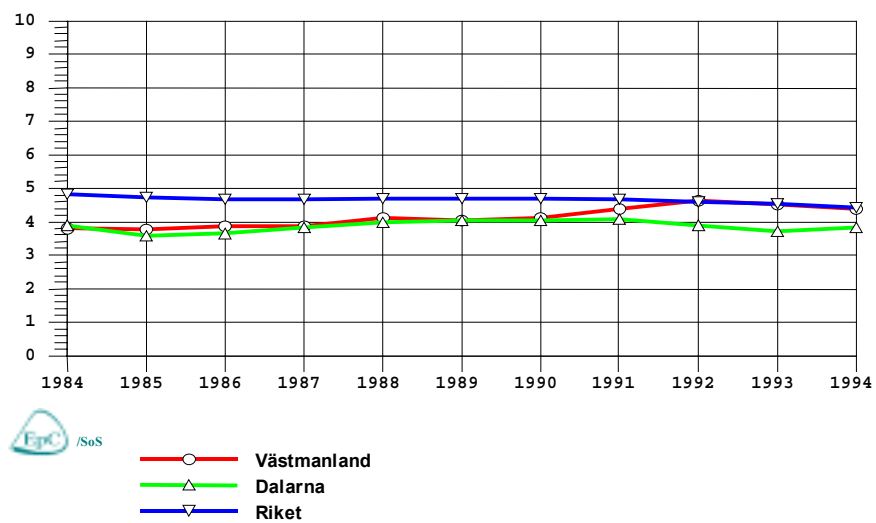
Alkoholrel.sjd, döda/10<sup>4</sup>,m, alla åldrar(5-årsmv)



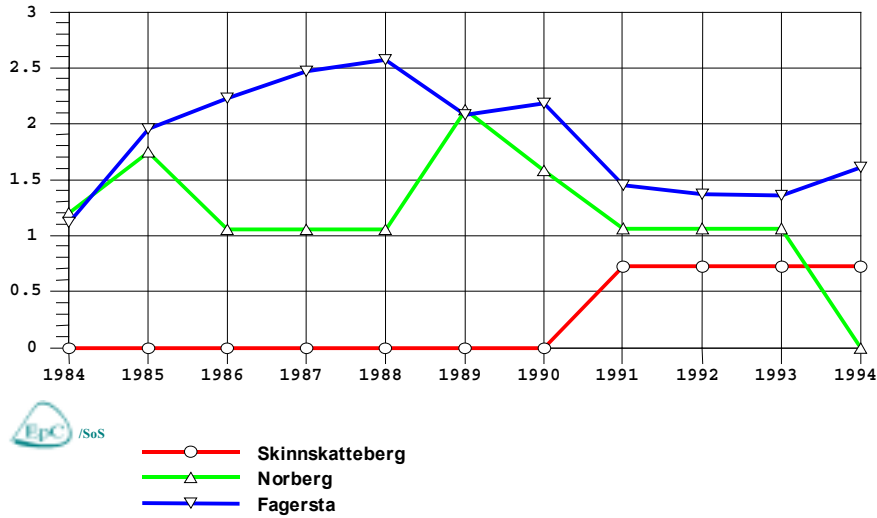
Alkoholrel.sjd, döda/10<sup>4</sup>,m, alla åldrar(5-årsmv)



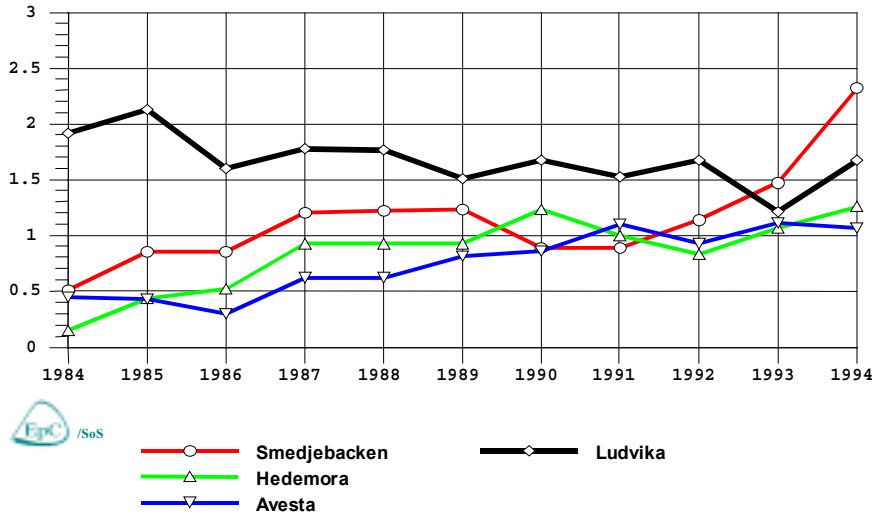
Alkoholrel.sjd, döda/10<sup>4</sup>,m, alla åldrar(5-årsmv)



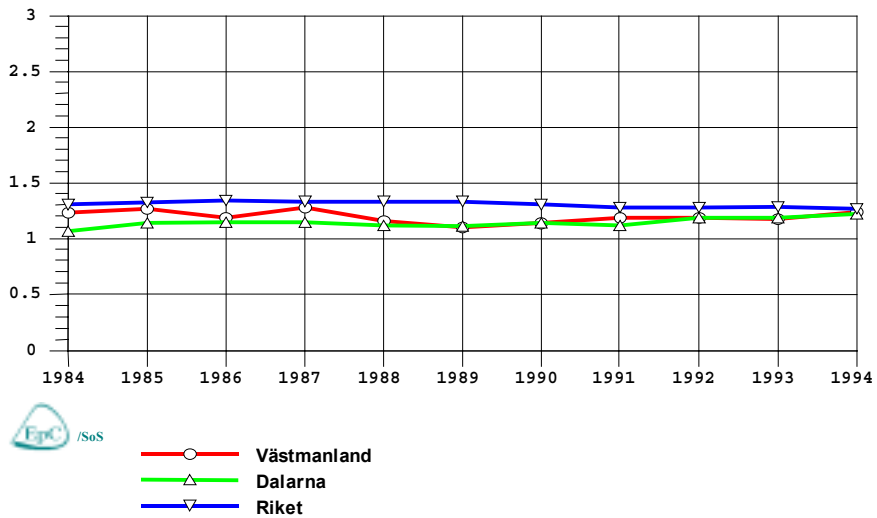
Alkoholrel.sjd, döda/10',kv, alla åldrar (5-årsmv)



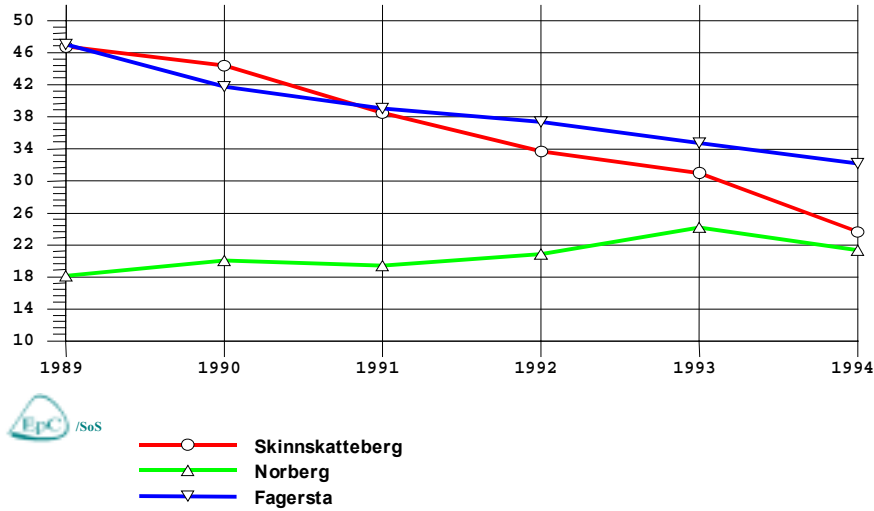
Alkoholrel.sjd, döda/10',kv, alla åldrar (5-årsmv)



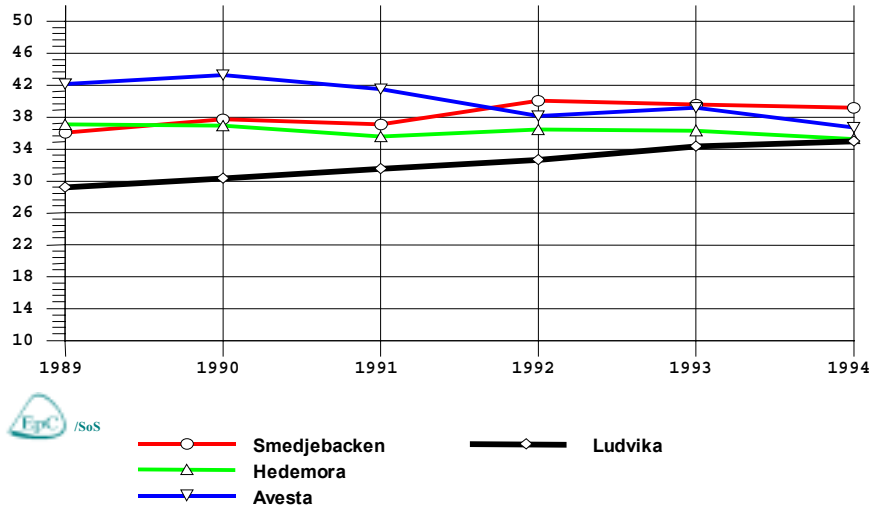
Alkoholrel.sjd, döda/10',kv, alla åldrar (5-årsmv)



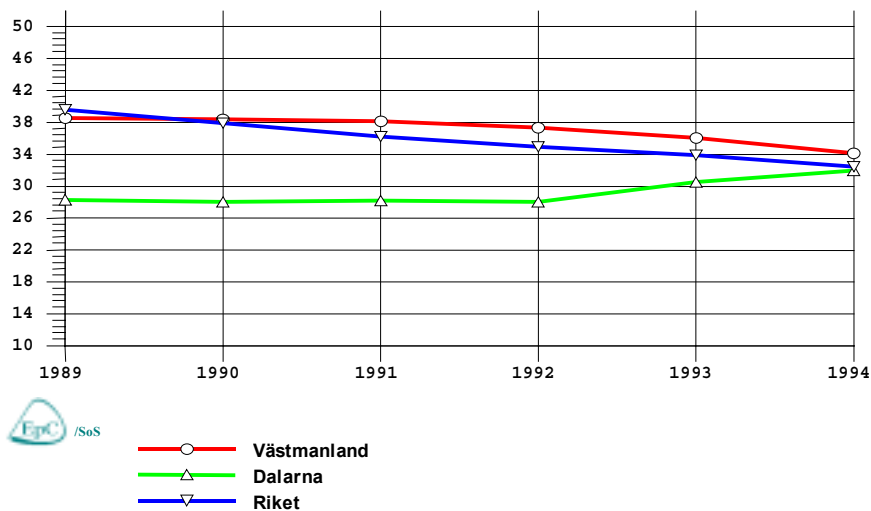
Alkoholrel. sjd,ant vårdade/10000,m,alla åld(5-årsmv



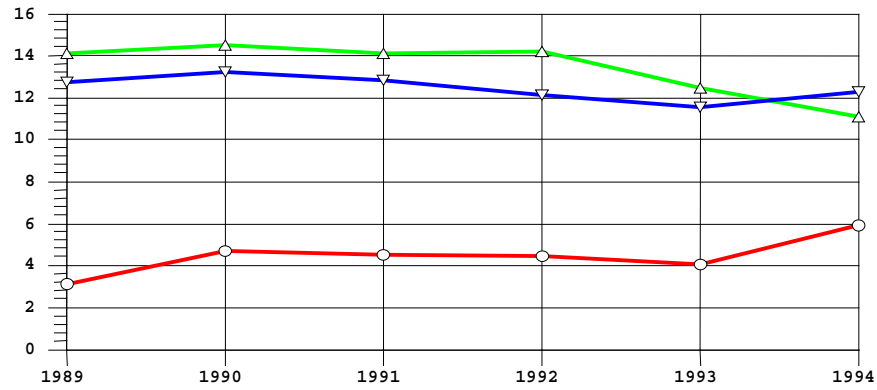
Alkoholrel. sjd,ant vårdade/10000,m,alla åld(5-årsmv



Alkoholrel. sjd,ant vårdade/10000,m,alla åld(5-årsmv

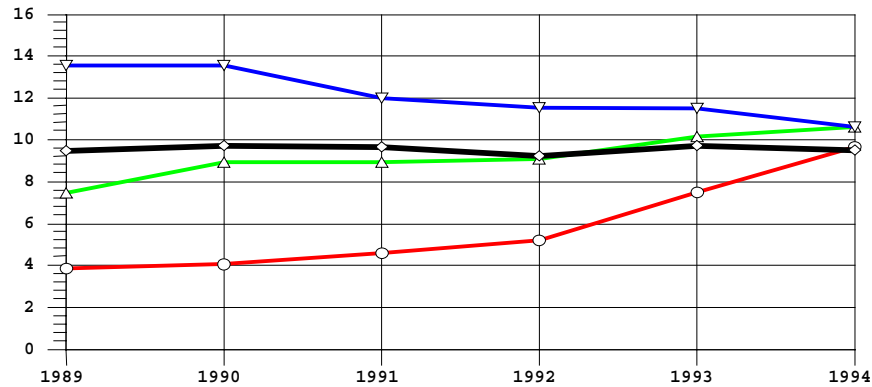


Alkoholrel.sjd,ant vårdade/10000,kv,alla åld(5-årsmv)



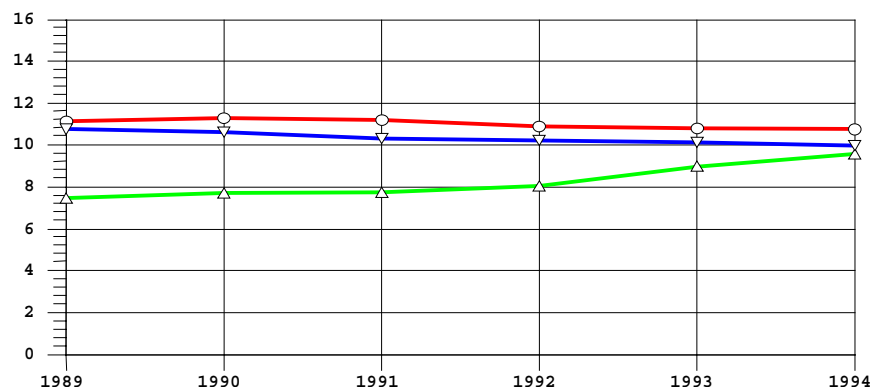
—○— Skinnskatteberg  
—△— Norberg  
—▽— Fagersta

Alkoholrel.sjd,ant vårdade/10000,kv,alla åld(5-årsmv)



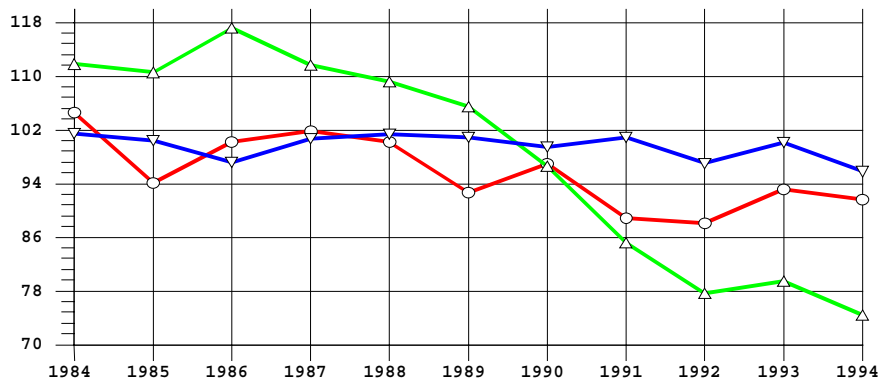
—○— Smedjebacken      —◇— Ludvika  
—△— Hedemora  
—▽— Avesta

Alkoholrel.sjd,ant vårdade/10000,kv,alla åld(5-årsmv)



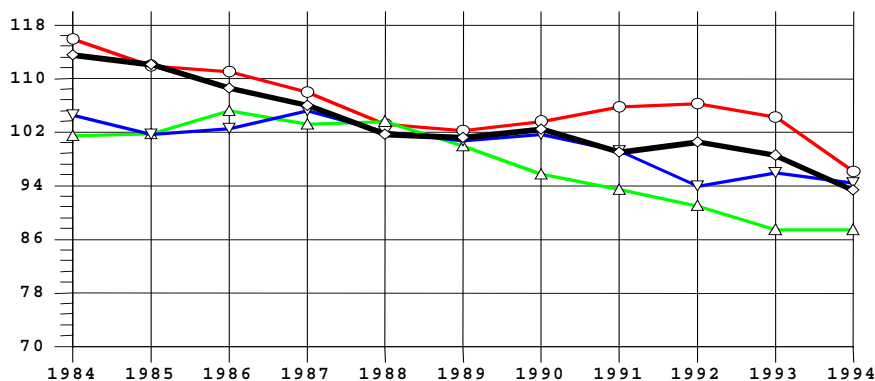
—○— Västmanland  
—△— Dalarna  
—▽— Riket

Alla orsaker, döda/10' , m, alla åldrar



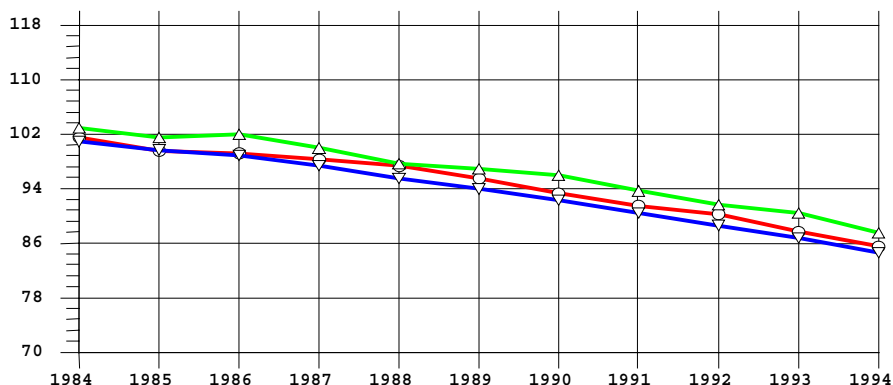
- Skinnskatteberg
- △— Norberg
- ▽— Fagersta

Alla orsaker, döda/10' , m, alla åldrar



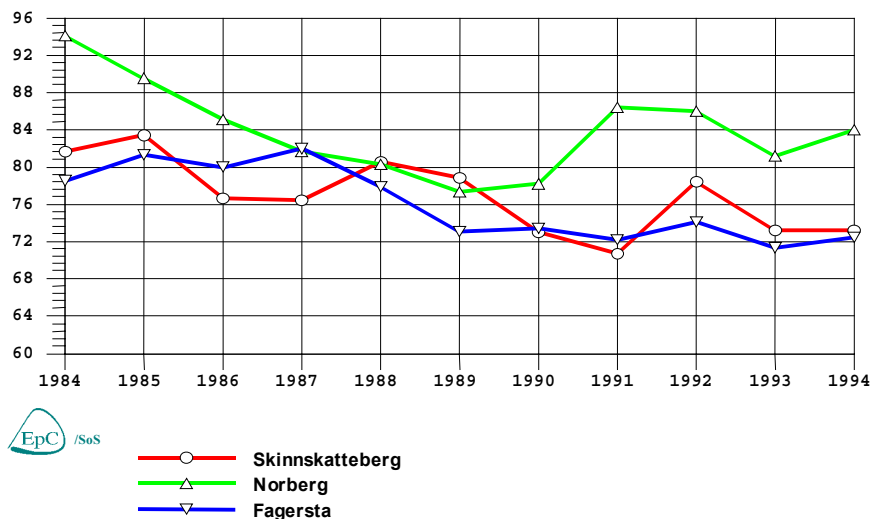
- Smedjebacken
- △— Hedemora
- ▽— Avesta
- ◇— Ludvika

Alla orsaker, döda/10' , m, alla åldrar

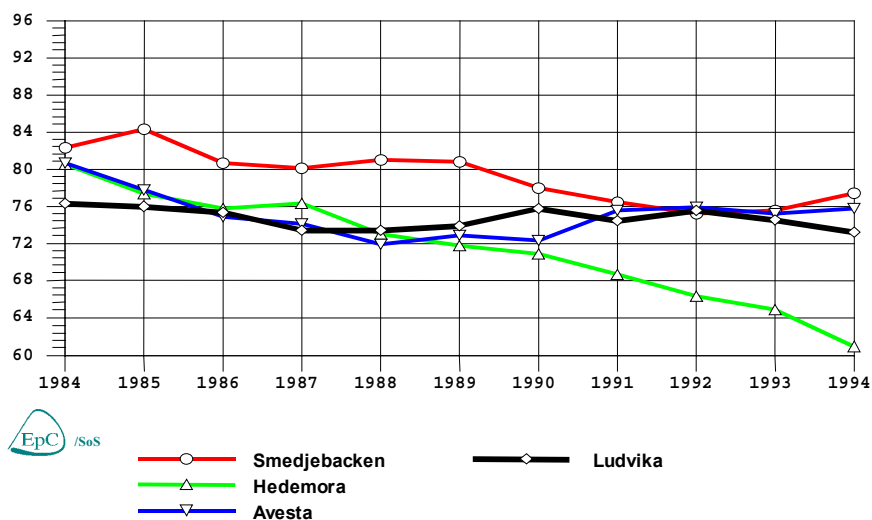


- Västmanland
- △— Dalarna
- ▽— Riket

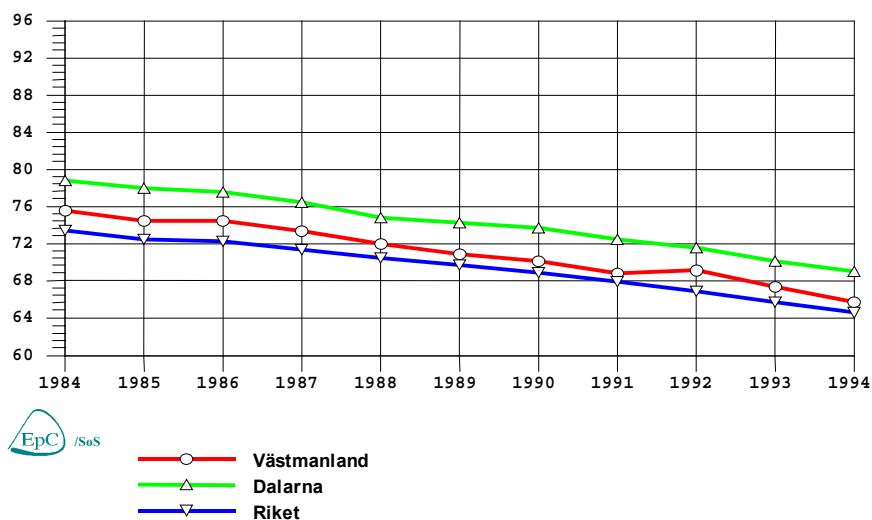
Alla orsaker, döda/10', kv, alla åldrar(5-årsmv)



Alla orsaker, döda/10', kv, alla åldrar(5-årsmv)



Alla orsaker, döda/10', kv, alla åldrar(5-årsmv)



# Hälso- och sjukvårdssamverkan i Bergslagen – behovsutredningen

## Sjukvård-IT

### Lennart Ebbegren, Thomas Willows

IT – teknikens tillämpnings- och utvecklingsmöjligheter inom hälso- och sjukvården är stora och ligger i många fall framför oss. Bergslagsregionen är i detta sammanhang en liten region som måste anpassa sig till den tekniska utvecklingen utifrån de lokala förutsättningar som gäller. Faktorer som styr denna utveckling är naturligtvis ekonomin men även kompetens att kunna hantera den nya tekniken.

Här görs ett försök att med nedanstående gruppering beskriva de möjligheter som kan stå till buds för vår region.

#### Existerande möjligheter

#### Framtida möjligheter

#### Nödvändiga förutsättningar

#### Vinster

#### Existerande möjligheter

- |                         |  |
|-------------------------|--|
| 1. Patientrelaterade:   | Teleradiologi<br>Konsultationer<br>Second opinion  |
| 2. Sjukvårdsrelaterade: | Centralisering av specialisering<br>Databaserade journaler<br>Utbyte av medicinsk fakta angående patient |
| 3. Kunskapsrelaterade   | Databaser<br>Utbildning/fortbildning   |

#### Framtida möjligheter

Distans kirurgi  
Direkt diktering  
Övervakning  
Hemsjukvård  
Forskning

#### Nödvändiga förutsättningar

Datakunskande/användande  
Bredbandsteknologi  
Samarbete  
Kompatibla system  
Utbildning  
Säkerhet

## **Vinster**

Ekonomisk  
Miljö  
Ökad patientsäkerhet  
Bättre rekryteringsmöjligheter

## **Kommentarer:**

### **Existerande möjligheter:**

Redan i dag finns stora delar av tekniken tillgänglig och här gäller att i första hand hinna ge utbildning så att den tekniken kan tillvaratas bättre. Som exempel kan nämnas de svårigheter som finns inom bl.a. landstingsvärlden att tillämpa videoutrustning för konferenser och personkontakter. Noterbart är även att kommunikation per telefon med mer än en person inte har fått något genomslag.

I främst nord Norge och Skåne utvecklas och används videotekniken. Då det gäller röntgenområdet är Gävleborg mycket långt framme med utvecklingen koncentrerad till Hudiksvall.

Genom konsultationer på denna väg ges möjligheter till en snabbare hantering av patienten samtidigt som direktremitteringen kan minska. För second opinion innebär det att patient, allmänläkare, sjukhusspecialist och extern expert kan göra en bedömning tillsammans vid samma tillfälle och ge patienten ett och samma budskap.

Centralisering av specialisering innebär att en del specialister sitter centralt men att deras kompetens utnyttjas lokalt.

Utvecklingen av databaserade journaler ger ju teknisk möjlighet att kunna överföra data direkt till behandlande läkare vid besökstillfället.

### **Framtida möjligheter**

Direkt diktering med direktutskrivning på datorskärm existerar redan och alternativt till databas som skrivs ut någon annanstans liksom bedömning av ex. röntgenbilder som sänds via länk kan koncentreras till ett fåtal orter, i vissa fall även till andra länder.

Direkt övervakning i hemsjukvård fungerar redan i dag men kommer att utvecklas ytterligare och blir en viktig del i den avancerade hemsjukvården.

Kirurgiska ingrep via robot eller närvaro av speciell kompetens via video är en trolig utveckling.

Kontinuerlig forskning på distans kommer att ge möjligheter till de som vill kombinera ett lokalt praktiskt arbete med utveckling. Detta kan för en region som vår vara en potential för rekrytering.

## **Nödvändiga förutsättningar**

Den viktigaste faktorn för att bli framgångsrik är att ge kunskap till de lokala användarna så att den teknik som står till buds i dag används fullt ut och att systemutveckling och säkerhet fyller de krav som hälso- och sjukvården ställer.

Videokonferenser, även bland administratörer, måste prioriteras hårdare. Denna teknik måste vara en del av den vanliga arbetsdagen och då först kan den komma att hanteras av andra som något självklart.

## **Vinster**

Ekonomisk vinst finns i den nya tekniken hur stor kan vara svår att beräkna men nämnas kan att Skåne räknar med att en investering på 200 mkr. skall betala sig på fyra år.

Miljövinster finns inom transportsidan, både personal- och patienttransporter kan minska. Minskad hantering av röntgenfilm och andra material ger miljövinster. När tilltron till tekniken finns bör det även visa sig i en minskad pappersförbrukning.

För den specialist som finns i våra ytterområden ger tekniken konsultationsmöjligheter som bidrar till ökad patientsäkerhet och mindre remitterande.

Ur rekryteringssynpunkt medför tekniken att kliniker som vill forska kan arbeta på mindre sjukhus och vårdcentraler men ändå utföra sin forskning.

## **Förslag**

Under perioden fram till och med år 2002 utreds vilka utrustningar som är aktuella för utbyte och/eller kompletteringar samt om det vid nyanskaffning kan fungera ur ett telemedicinskt perspektiv.

Samtidigt utreds vilka vårdcentraler och kliniker som kan påbörja telemedicinsk verksamhet.

En beräkning bör även göras som visar vilka effekter uppstartandet av telemedicinsk verksamhet får för patient, primärvård och klinik. Till effekterna ska även frågan ställas om telemedicin på något sätt kommer att förändra hälso- och sjukvårdsbehovet.

# **Hälso- och sjukvårdssamverkan i Bergslagen – behovsutredningen. Läkemedelsutvecklingen**

**Eva Mebius, informationsapotekare, Västerås**

## **Inledning.**

Läkemedel är sedan lång tid en betydelsefull insatsfaktor vid produktion av hälso- och sjukvård.

Läkemedel har varit en förutsättning för den moderna kirurgins framväxt och att medicinska landvinningar kommit äldre till del.

Under senare år har nya läkemedel möjliggjort överföring av vård från slutna former till öppna inom kommun och landsting.

Läkemedelsutvecklingen har i hög grad bidragit till den omstrukturering som kontinuerligt sker inom av hälso- och sjukvården.

## **Kostnadsansvar för läkemedel.**

Idag svarar landstingen för hela läkemedelskostnaden inom slutna vård. I öppen vård betalar patienten en mindre del. Landstingets andel i procent av kostnaden för den öppna vårdens receptförskrivna läkemedel har de senaste åren uppgått till ca 78 %. 1999 var procentandelen ca 77 %, trolig orsak till minskningen är den förändring som skedde i läkemedelsförmånen 990601. Under månaderna december 1999 och januari 2000 var landstingens andel tillbaka vid 78 %. Avsikten vid den nya reformens ikraftträdande 1997 var att landstingens andel skulle minska från 80 % till ca 75 %.

Förändring av läkemedelsförmånens nuvarande utformning ingår i det utredningsuppdrag som Olof Edhag, tidigare Socialstyrelsen, erhållit. Utredningens förslag beräknas komma under hösten 2000.

## **Läkemedelskostnad, en faktor i sjukvårdsbudgeten.**

Överföringen av kostnadsansvaret för receptförskrivna läkemedel i öppen vård, från staten till sjukvårdshuvudmännen, är en omfattande reform som ger förutsättningar för prioriteringar och beslut om läkemedelsanvändning. Läkemedel blir på sikt en integrerad post i landstingens budgetar. En post som inte enbart ska ses som en utgift utan som en faktor som påverkar budgeten totalt t ex genom minskat antal vård dagar, kortare medelvårdstid, behov av färre vårdplatser, personalresurser som kan frigöras för andra uppgifter, minskat vårdbehov och bättre livskvalitet för individen, kortare sjukskrivningstid etc. Påverkan sker inte bara på landstingets budget - en ökad läkemedelskostnad kan med säkerhet förutspås för kommande år - samhällets (stat, kommun, landsting) totala budget kan bli lägre eller få en lägre ökningstakt vid en rationell och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning. Exempel är bl a ovan nämnda minskade vårdbehov samt kortare sjukskrivningstider, senarelagda sjukpensioneringar, en äldre (friskare) befolkning som per capita förbrukar mindre mängd läkemedel etc.

## Läkemedelskostnad, fler äldre i samhället.

Enligt SCB:s livslängdstabeller har medelåldern de senaste 10 åren ökat med 2,5 år till 78,5 år för män och med 1,7 år till 81,6 år för kvinnor.

Enligt en nyligen publicerad utredning från Socialdepartementet kommer Sveriges snabbt ökande andel äldre befolkning inte att medföra den kostnadsexplosion för sjukvård och äldre-omsorg som tidigare befarats. "Sjukvårdskostnaderna är inte så mycket en funktion av det antal år en person levtt utan det antal år han/hon har kvar att leva".

En viktig faktor är den kontinuerligt sjunkande mortaliteten per ålderskategori som kan förklaras med någon eller några av flera faktorer, t ex förbättrade levnadsförhållanden, bättre livsföring, förbättrad medicinsk behandling etc.

Exempel som framförs:

- en stor andel av sjukvårdsresurserna utnyttjas under de sista levnadsåren, oavsett ålderskategori - det är under de sista sex levnadsåren som de äldre är i mest behov av sjukvård
- vård i livets slutskede har en kostnad oavsett vid vilken ålder den inträffar
- ständigt förbättrad hälsa hos äldre kan beläggas via Statistiska Centralbyråns sedan 1975 använda hälsoindex.

## Läkemedelskostnader i Dalarna och Västmanland - nuläge.

Den totala läkemedelskostnaden per invånare för receptförskrivna läkemedel varierar mellan landstingen. Enligt den tidigare indelningen med 24 landsting var spridningen för 1999 från 2 340 kr (Malmöhus län) till 1 830 kr (Hallands län) med ett riksgenomsnitt på 2 055 kr/inv. Dalarna ligger på 16:e plats med 1 950 kr/inv och Västmanland på 20:e plats med 1 890 kr/inv. Mängden läkemedel mätt i Definierade DygnsDoser/Tusen Invånare/Dag varierar mellan 1 260 - 1 096 DDD/TID med ett riksgenomsnitt på 1 167 DDD/TID. Dalarna ligger på 21:a plats med 1 121 och Västmanland på 14:e plats med 1 153 DDD/TID. I Västmanland ligger alltså läkemedelskostnaden per dygnsdos något lägre än i Dalarna.

## Kostnadsutveckling de närmaste åren.

Under senare år har läkemedelskostnaden i nominellt belopp, ökat med ca 11 % per år. Möjligen kan ökningstakten bromsas genom mer kostnadseffektiva val och större kunskaper om hälso-ekonomiska effekter men "vinsten" blir snarare samhällsekonomisk än lägre kostnad för landstingen. Nya behandlingsmöjligheter för idag behandlingsbara tillstånd och möjlighet till behandling av ytterligare sjukdomstillstånd gör bedömningen mycket osäker. Ett kraftfullt arbete när det gäller prioritering är av stor vikt.

Socialstyrelsen ska tillsammans med SBU, Läkemedelsverket och sjukvårdsrepresentanter under året ta fram prioriteringsriktlinjer för vissa läkemedel. Man kommer att starta med fem nya läkemedelsgrupper som alla har stor medicinsk nytta men också är mycket dyra.

## **Diagnos- sjukdomsgrupper.**

Enligt en rapport 1999 från stiftelsen Nätverk för epidemiologi, Nepi står de tio kostnadsmässigt dyraste diagnoserna för bortemot hälften av den totala läkemedelskostnaden (46 %).

Bland de tio diagnoserna ingår hypertoni, astma, magsår, depression och diabetes. Intensiv forskning pågår för bl a diabetes och hjärt-kärlsjukdomar som HBT, förhöjda blodfetter, kärlkramp, förväntningarna på förbättrade behandlingsmöjligheter är mycket stora.

Organ- vävnads- nervcellstransplantationer är ett speciellt område där framsteg kan förväntas. liksom beträffande vacciner för olika tillämpningsområden.

Genetisk forskning och gentekniskt framställda läkemedel kan få stor betydelse vid olika sjukdomstillstånd, på en del områden har man kommit mycket långt varför vi under den närmaste 10-årsperioden troligen får se en hel del tillämpningar. Gentekniskt framställt cancervaccin har nyligen godkänts i Canada, andra vaccinområden är hiv, allergier, diabetes. Även reumatoid artrit finns med i bilden men där har resultaten hittills varit mindre lyckade.

Den pågående kartläggningen av människans genom har en avgörande betydelse för läkemedelsutvecklingen, den humangenetiska kunskapsexplosionen har stor potential som vägvisare till rätt läkemedelsval och rätt dos via enkla gentester.

Farmakogenetik ger bl a kunskap om individens förmåga att bryta ner läkemedel och kan ha en avgörande betydelse för vilken dos som är lämplig för varje individ. Skillnaden kan vara tiofaldig eller större för vissa preparat och kunskapen kan vara livsavgörande i samband med risk för biverkningar vid läkemedelsbehandlingen. Redan idag tillämpas denna kunskap för flera läkemedel men dagens och morgondagens kunskap på området bör uppmärksammas betydligt mer inom sjukvården.

## **Hälso- och sjukvårdssamverkan i Bergslagen - läkemedelsutvecklingen, del 2.**

(Med läkemedelskostnad nedan avses dagens kostnadsläge.)

### **1. Cirkulationsorganens sjukdomar**

#### **- Ischemisk hjärtsjukdom**

Riskfaktorerna är väl kända - bl a rökning, hypertoni, blodfettrubbningar, diabetes och övervikt. Information om dessa risker samt läkemedelsbehandling är grundsten i omhändertagandet.

Sedan 20 år tillbaka har klart minskat. Detta innebär att antalet personer som lever med en genomgången hjärtinfarkt ökar vilket i sin tur påverkar förekomsten av andragångsattacker liksom andra hjärt-kärlsjukdomar som hjärtsvikt och stroke. Den troliga utvecklingen blir ökad förekomst av personer med hjärt-kärlsjukdom och därmed ökad belastning på hälso- och sjuk-vården - en tendens som stärks av att andelen riktigt gamla blir större - samtidigt som t ex sjukskrivningskostnader bedöms kunna minska..

Nya riktlinjer för gräns när behandling ska sättas in vid hypertoni diskuteras för närvarande. Den allmänna meningen tycks vara att det inte med nuvarande kunskap kan anses hälsoekonomiskt kostnadseffektivt att starta tidigare eller behandla mer intensivt för att ytterligare sänka blodtrycket. Nyare och betydligt dyrare blodtrycksläkemedel har de senaste åren blivit tillgängliga. Kostnad för blodtrycksläkemedel kommer med all sannolikhet att öka bl a pga ytterligare individualiserad behandling med de nya medlen. Klara behandlingsvinster återstår att dokumentera. Dokumentation om minskad sjuklighet resp dödlighet finns ännu inte för de nyaste medlen däremot intensiv marknadsföring.

När det gäller blodfettsänkande medel har nya riktlinjer nyligen utgivits av Läkemedelsverket. Redan dessförinnan ansågs bland specialister att höga blodfetter är en underbehandlad faktor. Ökad läkemedelskostnad att förvänta.

### - **Hjärtinfarkt**

Det minskade antalet dödsfall i ischemisk hjärtsjukdom beror till stor del på förbättrade behandlingsmetoder vid kärlkramp och infarkt. Läkemedel och möjlighet till tidigt insatt behandling har därvid stor betydelse. Vi har idag mycket bra läkemedel för behandling vid hjärtinfarkt, bl a för att minska infarktens utbredning liksom sekundärprevention för att före-bygga ytterligare attacker och andra hjärt-kärlsjukdomar. Med all säkerhet kan behandlingen ytterligare förfinas utan att kostnaden per patient behöver öka. Sjukskrivningskostnader bör kunna minska.

### - **Kärlkramp**

Även beträffande kärlkramp har vi bra läkemedel för anfallskupering och anfallsprofylax. Antitrombotisk behandling och ökade möjligheter till kranskärlskirurgi har ytterligare förbättrat patientens prognos. Flera (dyra) antitrombotiska medel har tillkommit de senaste åren. Behandlingsvinst i jämförelse mot (mycket billiga) acetylsalicylsyra diskuteras och kostnadseffektivitet för det stora antalet patienter återstår att visa. Denna typ läkemedel är med bland de fem som Läkemedelsverket har med i sin prioriteringsutredning. Kommer de till stor användning kommer läkemedelskostnaden att öka betydligt.

### - **Hjärtsvikt**

Förekomsten av hjärtsvikt ökar kraftigt med stigande ålder. Läkemedelsverket har nyligen kommit med reviderade riktlinjer om behandling bl a innefattande kombinations-behandling med betablockerare i vissa fall. Tidig diagnostik och insättande av optimal behandling kan förhindra progress av sjukdomen.

Idag rekommenderas i första hand ACE-hämmare som har visats förlänga överlevnaden, minska sjukligheten och tidsmässigt fördröja utvecklingen av sjukdomen. Flera studier visar att denna behandlingsregim i kombination med team-arbete minskar antalet sjukhusinläggningar. Eftersom det idag fortfarande sker en underbehandling med ACE-hämmare till hjärtsviktspatienter kan läkemedelskostnaden de närmaste åren komma att öka för att därefter ligga på en jämn nivå. Slutenvårdskostnader och sjukskrivningskostnader bör kunna minska.

## - **Stroke**

Under kommande år torde färre patienter behöva drabbas av invalidiserande strokeanfall men ökad överlevnad hos de som drabbats bedöms medföra en totalt ökad förekomst av stroke.

De största kostnaderna för behandling av strokepatienter ligger hos kommunerna och gäller vård efter utskrivning från akutsjukvård och rehabilitering.

Förebyggande läkemedelsbehandling med hypertonimedel, blodfettsänkande medel och blodförtunnande medel påverkar strokefrekvensen i positiv riktning. Svårighetsgraden hos de insjuknade kan fortsätta att minska innebärande minskat hjälpbehov. Om de nyare medel som förebygger blodpropp kommer till användning kan läkemedelskostnaden komma att stiga betydligt (se under "kärlkramp - Läkemedelsverkets prioriterings-utredning).

Idag finns inga läkemedel mot hjärnskadan i sig, det är svårt att bedöma om sådana medel blir tillgängliga inom en tioårsperiod.

## **2. Diabetes**

Förekomsten av diabetes kommer att öka. Utöver att det till viss del är en "vällevnads-sjukdom" tillkommer faktorer som att typ 2 diabetes idag diagnosticeras tidigare och dessutom debuterar i yngre åldrar. Även typ 1 diabetes ökar.

Patientutbildning och egenvård är centrala inslag i diabetesvården. Tidigt insatt läkemedelsbehandling kan förebygga sjukdomens utveckling med åtföljande komplikationer som blindhet, njursvikt och kärlförändringar.

Ökad användning av insulin, användande av de nyare perorala medel som redan börjat introduceras vid typ 2 diabetes (t ex glitazoner) liksom mer individualiserad behandling vid typ 1 diabetes med nyare, genteknologiskt framställda insuliner kommer att ge ökad läkemedelskostnad. Även vaccin kan bli tillgängligt inom 10-årsperioden. Intensifierad behandling av högt blodtryck hos diabetiker blir allt viktigare. Enligt dagens kunskap bör ACE-hämmare rekommenderas.

Med välinformerade, välmotiverade välbehandlade patienter bör den totala sjukvårdskostnaden emellertid kunna minska.

## **3 a. Astma**

Förekomsten av astma bedöms öka trots att rökning är en avgörande faktor för sjukdomens förekomst.

Redan idag finns olika möjligheter vid läkemedelsbehandling, bronkvidgande medel, inhalationssteroider och leukotrienhämmare. Välmotiverade patienter som följer given ordination, särskilt beträffande inhalationssteroider, kan ha en mycket god livskvalitet och vara arbetsföra. Kombinationsbehandling med idag förekommande läkemedelstyper kan ge ytterligare behandlingsvinster. Trots vidareutveckling av beredningsformer och den senaste gruppen, leukotrienhämmare, bedöms inte läkemedelskostnaden (mängd läkemedel) eller sjukvårdskostnaden öka nämnvärt.

### **3 b. Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), kronisk bronkit**

Förekomsten av KOL bedöms kunna bli lägre pga av de ändrade rökvanorna hos befolkningen. Dock viss reservation för att rökvanorna hos kvinnor idag har förändrats i negativ riktning. Läkemedelskostnaden (mängd läkemedel) bedöms oförändrad eller kunna minska.

### **4. Allergi**

Förekomsten av allergi ökar i samhället samtidigt som sjukdomen diagnosticeras mer än tidigare. Allergierna ökar inte med ålder varför sjukdomen sannolikt inte kommer att öka som följd av befolkningens åldrande.

Tidigare diagnos (hos flera?) kommer att ställa ökade krav på barnsjukvården. På läkemedelssidan finns idag huvudsakligen symtomlindrande läkemedel. Tidigare användes hyposensibilisering i förhållande vis hög grad - en dyr behandlingsmetod som i nya former kommer tillbaka inom en snar framtid, nu som välutvecklade vacciner. Läkemedelskostnaden kommer att öka medan sjukvårdskostnaderna bör kunna vara oförändrade eller minska med välfungerande vacciner (färre vårdbesök).

Nya typer av "miljöallergier" kan dyka upp, ett exempel är skelallergi. Innebär ökade sjukvårds- och samhällskostnader men i dagsläget inte ökade läkemedelskostnader.

### **5. Psykiska sjukdomar**

#### **- psykos/schizofreni**

Enligt vissa forskare anses frekvensen schizofreni ha minskat den senaste 20-årsperioden. Det är också fler av de insjuknade som får en lindrigare form av sjukdomen.

Basbehandlingen för schizofreni är neuroleptika, en symtomatisk behandling som inte botar men påverkar förloppet gynnsamt på både kort och lång sikt.

Några nya, väsentligt dyrare, substanser har lanserats på senare år men innebär inte något genombrott för behandlingen. De medför inga påtagliga effektmässiga fördelar men biverkningarna är färre. Om läkemedlen är kostnadseffektiva i ett samhällsperspektiv är inte visat men behandlingen på individnivå kan vara av stort värde. En övergång till dessa medel för nyinsjuknade skulle innebära en kraftigt ökad läkemedelskostnad

#### **- demens**

Frekvensen åldersrelaterad demens och Alzheimers sjukdom bedöms öka under kommande år, dels för att det är åldersrelaterade sjukdomar, dels, trots intensifierad hjärt-kärlbehandling, cirkulationsbesvär förväntas bli mer förekommande hos befolkningen. Kostnader för omvårdnad kommer att öka.

De läkemedel som idag används för symtomatisk behandling av demenstillstånd har mycket begränsad effekt, är dyra och har inte fått någon stor förskrivning i förhållande till antalet sjuka. Intensiv forskning enligt flera olika linjer pågår för att hitta medel som kan förebygga eller bromsa sjukdomsutveckling. Framsteg kan förväntas inom tioårsperioden. Möjlighet till läkemedelsbehandling kommer med all säkerhet att innebära kraftigt ökade kostnader både pga av kostnad för läkemedlet och antal patienter som kan komma att behandlas.

### **6. Psykiska symtom och besvär**

#### **- psykosomatik**

- oro-ångest-depression

## **7. Rörelseorganens sjukdomar/besvär**

- inflammatorisk ledsjukdom
- artros
- muskeloskeletal sjukdom/besvär

## **8. Skador, förgiftning, självmord**

- höftledsfrakturer

## **9. Akut buk**

## **10. Tumörsjukdom**

- bröstcancer
- prostatacancer
- lungcancer

## **Sista levnadsåret**

## **Övervikt**

## **Rökning**

## **Missbruk**

## **Referenser:**

- Anell, Jönsson, Persson. Läkemedelskostnaderna. IHE; Lund, Handelshögskolan i Stockholm 1998
- Bergeå. Framtidens läkemedel. Läkemedelsvärlden nr 1 2000.
- Gerne. Framtidens vacciner kan både bota och förebygga. Läkemedelsvärlden nr 1 2000.
- Lagergren, Batljan. Will there be a helping hand. Socialdepartementet, december 1999
- Rosén, Stenbeck. Sjukdomsmönster i framtiden. Socialstyrelsen; sociologiska institutionen, Stockholms universitet, oktober 1999
- Behov och resurser i vården - en analys, del A. Delbetänkande av HSU 20000, SOU 1996:163.
- En åldrande befolkning mindre dyr än befarat. Dagens Medicin nr 50-52 1999.
- Läkemedel, livskvalitet och ekonomiska konsekvenser. Socialstyrelsen, september 1999.
- Sjukvården i Sverige 1998. Socialstyrelsen
- Tema schizofreni. Läkemedelsvärlden nr 6 1998.
- Försäljningsstatistik 1999. Apoteket AB
- Läkemedelsboken 1999/2000. Apoteket AB
- Svensk Läkemedelsstatistik 1998. Apoteket AB
- Livslängdstabeller 1998. Statistiska Centralbyrån.