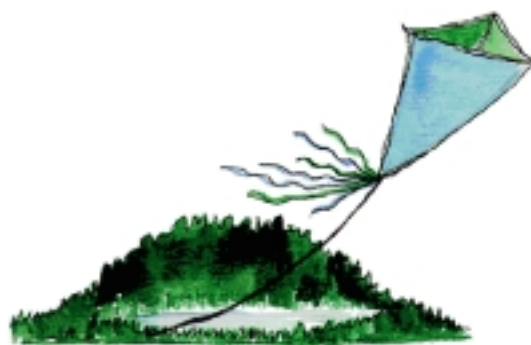


BEHOV AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRD I BERGSLAGEN

2010



Bergslagssamverkan

Landstinget Västmanlands Hälso- och Sjukvårdsnämnd i Fagerstabygden (Fagersta, Norberg, Skinnskatteberg) och Landstinget Dalarnas Hälso- och sjukvårdsstyrelser i Ludvika, Smedjebacken, Avesta och Hedemora har beslutat att utreda möjligheterna till en långsiktig och hållbar samverkan inom hälso- och sjukvården i denna del av Bergslagen. Utredningen ingår som en del i Bergslagssamverkan.

Utgångspunkten för en bedömning om samverkan är den framtida befolkningsstrukturen och dess behov av hälso- och sjukvård och därmed de vanligast förekommande sjukdomsgrupperna som kan och bör hanteras på lokal nivå. Uppdraget ska präglas av strategi- och visionstänkande, helhetssyn, nytänkande, utveckling och prestigelöshet.

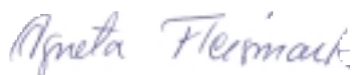
Den del av utredningen som kartlägger framtida behov av hälso- och sjukvård i Bergslagen presenteras i denna rapport.

Av den statliga utredningen HSU 2000 och i andra sammanhang framgår att det kommer att finnas ett ökat krav på samarbete över landstingsgränserna och en starkare regional samordning.

Inom Beställarnätverket för Landstingen i Sverige och inom flera landsting pågår arbete och diskussioner för att skapa en bild av befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Den här rapporten är ett konkret bidrag till det arbetet.

Denna behovsutredning ska förhoppningsvis vara ett steg mot att mer utgå från befolkningens behov av hälso- och sjukvård i planeringen av den framtida hälso- och sjukvårdsstrukturen i Bergslagen och samtidigt pröva möjligheterna av samverkan över gränser.

Bergslagen 27 mars 2000



Agneta Fleismark
Utredningens ordförande



Jens Beronius
Utredare



Innehåll

Inledning	5
Metoden	7
Källor	8
Definitioner	9
Bakgrundsuppgifter	10
Befolkningsprognos - procentuell förändring	10
Medellivslängd	10
Utbildningslängd	11
Upplevt allmänt hälsotillstånd	12
Behov av hälso- och sjukvård 2010 i Bergslagen	12
Bröstcancer	13
Prostatacancer	13
Lungcancer	14
Diabetes	14
Cirkulationsorganens sjukdomar	15
Ischemisk hjärtsjukdom	15
Akut hjärtinfarkt	16
Stroke	16
Kronisk bronkit, emfysem och astma	17
Skador och förgiftningar	17
Höftfrakturer	18
Självmod	18
Alkoholrelaterade sjukdomar	19
Allergi/överkänslighet	19
Psykiska sjukdomar	20
Psykiska symtom och besvär	20
Rörelseorganens sjukdomar och besvär	21
Sista levnadsåret	21
Riskfaktorer	22
Rökvanor	22
Övervikt	22
Alkoholmissbruk	23
Bergslagsprofil, totaljämförelse med riket	24

Rapportens upplägg

Rapporten består av två delar; denna sammanfattning med tonvikt på behovsanalyser för 2010 samt en bilaga där allt statistiskt underlag finns. I bilagan finns t.ex. uppgifter om värden och trender för de sju kommunerna i Bergslagen. Där finns också kommentarer till behovsanalyserna och utförligare förklaringar. I denna upplaga finns hänvisningar till bilagans avsnitt.

Utredningens organisation

Utredningen verkar inom ramen för Bergslagssamverkan. Utredningens ansvarige tjänsteman är Jens Beronius, utredare vid hälso- och sjukvårdskansliet för Ludvika och Smedjebacken.

En politiskt sammansatt referensgrupp har beslutat om utredningens uppdrag och inriktning och därefter följt utredningen. Referensgruppen har rapporterat till Bergslagssamverkans styrgrupp. Gruppen består av följande personer:

Politiker:

Agneta Fleismark (s), HoS-nämnden Fagerstabygden, ordförande

Karin Wester (v), HoS-nämnden Fagerstabygden

Hugo Wretskog (m), HoS-nämnden Fagerstabygden

Anne Bohman (s), Ludvika Hälso- o sjukvårdsstyrelse

Bengt Andersson (m), Ludvika Hälso- o sjukvårdsstyrelse

Carin Runeson (s), Smedjebackens Hälso- o sjukvårdsstyrelse

Göran Engström (c), Smedjebackens Hälso- o sjukvårdsstyrelse

Hans Larsson (s), Avesta Hälso- och sjukvårdsstyrelse,

Ulf Berg (m), Avesta Hälso- och sjukvårdsstyrelse

Åke Dahlberg (s), Hedemora Hälso- och sjukvårdsstyrelse

Owe Ahlinder (c), Hedemora Hälso- och sjukvårdsstyrelse

Tjänstemän:

Peter Molin, förvaltningschef, HSN Stab, Landstinget Västmanland

Anders Hjelm, Hälso- och sjukvårdschef Ludvika/Smedjebacken

Lennart Ebbegren, Hälso- och sjukvårdschef Avesta och Hedemora.

Jens Beronius, utredningens ansvarige tjänsteman, sekreterare.

En tjänstemannagrupp diskuterar och förankrar utredningens frågeställningar:

Peter Molin, förvaltningschef, HSN Stab, Landstinget Västmanland

Anders Hjelm, hälso- och sjukvårdschef, Ludvika/Smedjebacken

Lennart Ebbegren, hälso- och sjukvårdschef, Avesta och Hedemora

Christina Hjulström, förvaltningschef för familjeläkarverksamheten, Landstinget Västmanland

Hans Nilsson, basenhetschef, Bergslagssjukhuset Fagersta

Jan Larsson, hälsoplanerare, Fagerstabygden

Lisbeth Isaksson, sjukhuskoordinator, Ludvika Lasarett

Börje Bergman, chefläkare, Ludvika Lasarett

Annica Lindell, chefläkare/primärvårdssamordnare, Ludvika
Birgitta Borendal, utvecklingssekreterare, sekreterare i Bergslagssamverkan
Hans Dahlman, samhällsmedicinsk chef, Landstinget Västmanland
Gösta Andersson, hälso- och sjukvårdschef, Landstinget Dalarna
Karin Torberger, vårdcentralschef, Krylbo vårdcentral
Olle Björklund, sjukhuskoordinator, Avesta Lasarett
Elisabet Franson, vårdcentralschef, Hedemora vårdcentral
Jens Beronius, utredningens ansvarige tjänsteman och sammankallande.

Arbetsgrupp 1

har i första skedet av utredningen diskuterat fram val av variabler, definitioner, begränsningar m.m. Deltagare har varit:

Birgitta Borendal, utvecklingssekreterare, sekreterare i Bergslagssamverkan
Hans Dahlman, samhällsmedicinsk chef, Landstinget Västmanland
Leo Musikka, utredare, Landstinget Dalarna
Sara Åslund, folkhälsoinformatör, Landstinget Västmanland
Kenneth Berglund, epidemiolog, Landstinget Västmanland
Jens Beronius, utredningens ansvarige tjänsteman.

Arbetsgrupp 2

har bearbetat och analyserat de statistiska uppgifter som tagits fram. Deltagare har varit:

Börje Bergman, chefläkare, Ludvika lasarett
Hans Nilsson, basenhetschef, Bergslagssjukhuset, Fagersta
Annica Lindell, chefläkare/primärvårdssamordnare, Ludvika
Karin Östberg, sjukgymnast, Hedemora vårdcentral
Kenneth Berglund, epidemiolog, Landstinget Västmanland
Birgitta Borendal, utvecklingssekreterare, sekreterare i Bergslagssamverkan
Jens Beronius, utredningens ansvarige tjänsteman.

Arbetsgrupp 3

medicinteknologisk utveckling – IT:

Lennart Ebbegren, Hälso- och sjukvårdschef i Avesta och Hedemora
Thomas Willows, läkare, Bergslagssjukhuset

Arbetsgrupp 4

medicinteknologisk utveckling – läkemedel:

Eva Mebius, informationsapotekare, Västerås
Karin Lundström, vårdcentralschef, Grängesberg.

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

Metoden

Uppgiften att beskriva behov av hälso- och sjukvård i en framtid har inneburit ett antal vägval, definitioner och begränsningar. År 2010 har valts som den framtid utredningen ska beskriva.

För att beskriva de största behoven av hälso- och sjukvård har ett antal diagnoser/sjukdomar valts ut och presenteras i denna rapport. Valet har gjorts utifrån de diagnosgrupper som i HSU 2000 nämns som de mest kostnadskrävande samt vad som i Bergslagen bedöms vara vanligt förekommande. Sammantaget torde dessa diagnoser svara för en mycket stor del av det lokala och totala hälso- och sjukvårdsbehovet.

Tre av de, i dag kända, viktigaste och tydligaste riskfaktorerna för hälsa är medtagna; rökning, övervikt och alkoholmissbruk. En viktig bakomliggande strukturell faktor för hälsans/ohälsans fördelning beskrivs: utbildningsnivån.

Prognoserna för 2010 är gjorda utifrån den förväntade demografiska förändringen såsom den beskrivs i befolkningsprognoser från SCB. Därefter, i den slutliga analysen, har andra faktorer också tagits med i beräkningen. En särskilt framtagen matris har då använts med bakgrundsuppgifter och behovsuppgifter som arbetsgrupp 2 arbetat med. Särskilt arbete har i två mindre arbetsgrupper ägnats den medicinteknologiska utvecklingen, avseende IT-teknik och läkemedel. Resultaten har vägts in i behovsanalyserna.

I denna rapportdel finns behovsanalyserna för de sju Bergslagskommunerna sammantagna. Kommentarer till dessa siffror återfinns i bilagan.

Där så är möjligt beskrivs de sju Bergslagskommunerna (se avsnitt Definitioner sid 9) i materialet dels var och en för sig dels de tre västmanländska kommunerna sammantagna och de fyra dalakommunerna sammantagna, dels de sju Bergslagskommunerna ihopslagna. Jämförelser görs med riket, övriga och hela Västmanland respektive Dalarna. En fråga att försöka besvara har varit om Bergslagen skiljer sig i sjuklighet från våra två län i övrigt. En sammanfattande figur – Bergslagsprofilen – ger en jämförelse med riket.

Behovsutredningen ska ligga till grund för en politisk bedömning av eventuella samverkansområden i Bergslagen. Metoden, som vi har valt, är ett konkret sätt att belysa ett framtida behov av hälso- och sjukvård. Naturligtvis finns i behovsutredningen svagheter. De har till stor del att göra med svårigheter att få fram adekvat statistiskt material som just speglar behov och som kan tas fram på kommunnivå. De uppgifter som är tillgängliga är också några år gamla. Primärvården har inte kunnat uppvisa diagnosstatistik. Befolkningsprognoserna tar inte hänsyn till oväntade större befolkningsförändringar p.g.a. företagsetableringar eller nedläggningar. Behovsanalysen har till stor del fått göras utifrån dödlighet och antal vårdade i slutenvård samt uppgifter i de befolkningsenkäter som länen gjort. Tyvärr har inte samma frågor ställts i de två befolkningsenkäterna, vilket inneburit en svårighet att göra jämförelser.

Behovsutredningen är mer ett kvalificerat diskussionsunderlag, som ger förbättrade möjligheter att planera en framtida hälso- och sjukvård, än en sanning om framtiden. Metoden vore mycket intressant att vidareutveckla, dels i skenet av erfarenheterna från arbetet, dels i samspel med andra metoder som nu arbetas fram i Sverige.

Källor

Socialstyrelsens och EPC's databas "Hur mår Sverige"

1998 års befolkningsenkät. Mats Granvik, Rapport från landstinget Dalarna, november 1998

Befolkningsundersökning 1996-97. Kenneth Berglund, Landstinget Västmanland 1998

Sjukdomsutnyttjande under sista levnadsåret – deskriptiv registerstudie, Pilkyun Shin-Lindström, Stockholms Läns Landsting, HSN-staben 1994

Befolkningsprognoser från SCB, framtagna 1999.

HSU 2000. SOU 1996:163

SCB's statistikfiler PC-AXIS, Utbildning och förvärvsarbete, 1997-98

Hur ska Sverige må bättre. SOU 1998:43

Rapporterna från WäXkraftsamarbetet (Dalarna – Gävleborg)

Längre liv och bättre hälsa- en rapport om prevention. SBU 1997

Folkhälsorapport 1997. Socialstyrelsen

Hjärtinfarkter 1987-96. Socialstyrelsen

Nyckeltal 1998, Hälsa- och sjukvård, delrapport vårdkonsumtion, Nysam 1999-06-21

Vård, tidskrift utgiven av SPRI, temanummer om allergier och överkänslighet, 1999:3

Samhällsmedicin – en introduktion. Bo Haglund och Leif Svanström

Redovisning av den framtida medicinska utvecklingen från de regionala medicinska sektorsråden. Västra Götalandsregionen, 2000

Avancerad hemsjukvård och hemrehabilitering – effekter och kostnader. SBU 146:1999

Hälsa och existentiella frågor. Forskningsrådet Västmanland, 1995

Förutsättningsanalys för Centrum för rehabilitering och psykosomatisk medicin. Anders Westman och medarbetare. Samhällsmedicin, Landstinget Västmanland.

Att främja psykosocial hälsa. Anders Westman, Landstinget Västmanlands kansli, 1998

Psykosocial ohälsa ur ett allmänläkarperspektiv - en enkätundersökning i Dalarna. Mats Granvik och Hans Hallberg. Landstinget Dalarnas kansli, 1996

Tobakspolitiskt program. Bergslagssamverkan, Fagersta 1995

Definitioner

Bergslagen - i detta sammanhang avses de sju kommuner i Bergslagen som ingår i Bergslagssamverkan; Fagersta, Norberg, Skinnskatteberg, Avesta, Hedemora, Smedjebacken, Ludvika. Området hade 1998-12-31 102.318 invånare vilket utgör 1,2% av Sveriges befolkning.

U3 - de tre Västmanländska kommunerna Fagersta, Norberg, Skinnskatteberg. De benämns också Fagerstabygden.

W4 - de fyra Dalakommunerna Avesta, Hedemora, Smedjebacken, Ludvika.

Behov av hälso- och sjukvård - när vi beskriver behov av hälso- och sjukvård i de olika diagnosgrupperna menar vi ett åtgärdsbehov – hur många i denna diagnosgrupp bedöms behöva hälso- och sjukvårdens hjälp. Krav/önskemål (om insatser från hälso- och sjukvården) är inte synonymt med behov.

Antal - i texten nämns antal vårdade på sjukhus, döda och insjuknade. Dessa mått avser antal per 10.000 personer.

Vårdade - avser vårdade i slutenvård som varit inlagda på sjukhus minst 8 timmar.

Palliativ vård - vård av patienter med obotlig, progressiv, symtomgivande sjukdom med en kort förväntad överlevnad. Målet med den palliativa vården är att skapa förutsättningar för livskvalitet för patienten och de anhöriga genom effektiv smärt- och symtombehandling, samt att ge stöd i psykologiska, sociala och existentiella frågor.

Potential - (vad gäller prevention och hälsofrämjande insatser). En bedömning av hur stor effekt i sig som prevention/hälsofrämjande insats har för den aktuella diagnosen – bortsett från de motverkande hinder, som i dag kan ses.

Prevention - här avses både primär (insatser före man upptäckt sjukdom) och sekundär (tidiga insatser vid en sjukdom för att förhindra vidare förlopp) prevention.

Hälsofrämjande - hälsofrämjande arbete är den process som ger människor möjligheter att öka kontrollen över sin hälsa och förbättra den.

Incidens - antalet nya sjukdomsfall i en befolkning under en viss tid, dividerat med den tid som individerna tillsammans löper risk att insjukna. (Hjärtinfarktincidensen kan t.ex. vara 7 per 10.000 personer och år (personår).

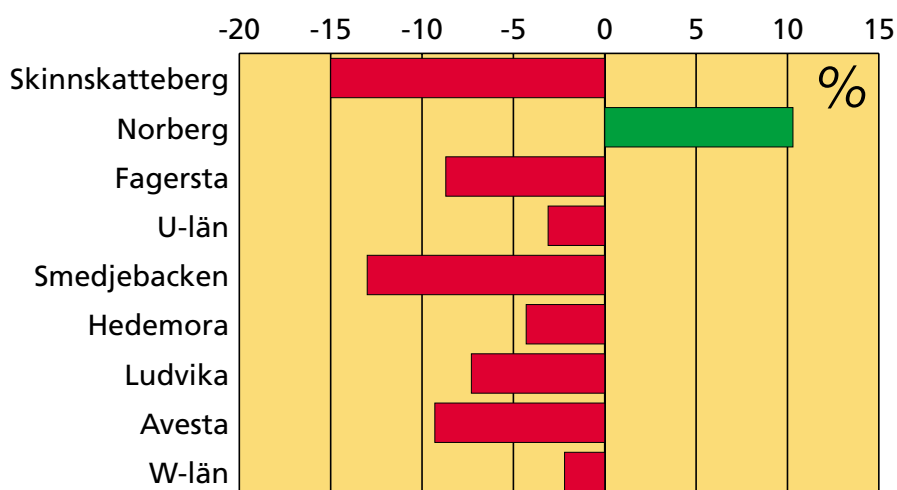
Prevalens - andel i en population som har en viss sjukdom vid en viss tidpunkt. (t ex. andelen diabetiker i Västerås 31/12 1999)

Bakgrundsuppgifter

För att göra en behovsanalys så behövs uppgifter om den framtida åldersstrukturen i befolkningen. Andra grundläggande faktorer som visat sig samvariera med hälsotillståndet i en befolkning är medellivslängd och utbildningsnivå. Här presenteras också hur Bergslagsbefolkningen upplever sitt allmänna hälsotillstånd.

Befolkningsprognoserna - sammanfattning

Procentuell förändring av befolkningen 2000-2010



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, medan antalet personer i åldern 0 - 64 år kommer att minska och antalet 65 - 74 åringar kommer att öka något.

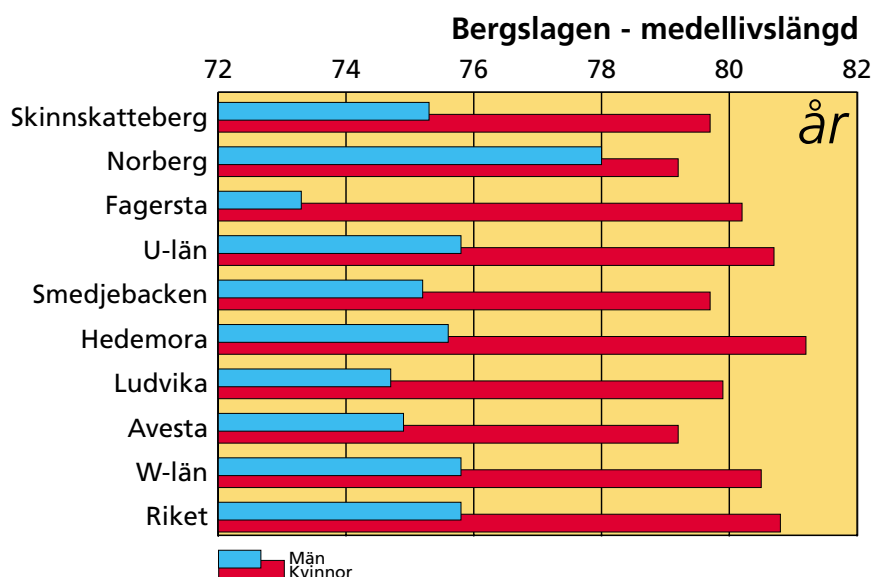
Medellivslängd

Allmänt

Medellivslängden i befolkningen påverkas dels av hur många som insjuknar i olika sjukdomar (incidens) dels på överlevnaden hos dem som insjuknar. Det är enbart preventiva insatser som kan påverka risken att insjukna medan sjukvården genom effektivare behandlingsmetoder kan minska riskerna för de personer som redan insjuknat.

Medellivslängden kan användas som en indikator på hälsotillståndet i en befolkning. Sedan 1960-talet har medellivslängden ökat med 5,5 år för män och 6,6 år för kvinnor i Sverige. Under 1960- och 70-talen ökade medellivslängden mer för kvinnor än för män. Från 1980 gäller det omvända förhållandet.

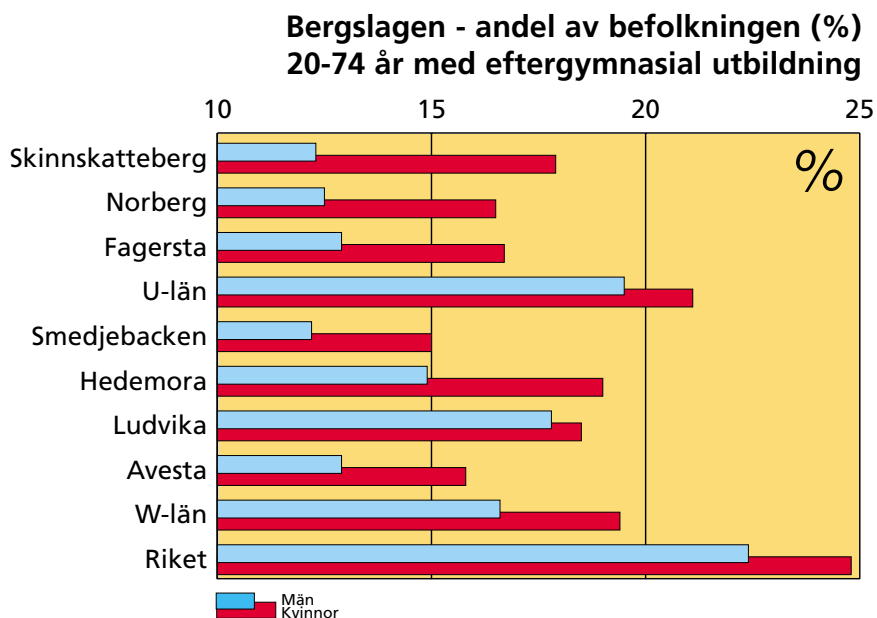
Enligt SCB's prognoser förväntas medellivslängden i Sverige under det närmaste decenniet öka ytterligare.



Invånarna i Västmanland och Dalarna har något kortare förväntad medellivslängd från födelsen jämfört med riket. Samtliga kommuner har en återstående medellivslängd från födelsen som är lägre än rikets siffror för 1994 med undantag för männen i Norberg och kvinnorna i Hedemora. Skillnaden i medellivslängd mellan män och kvinnor i Norberg (1,2 år) är anmärkningsvärd liten jämfört med den stora skillnaden som finns i grannkommunen Fagersta (6,9 år). I övriga kommuner är skillnaden mellan kvinnors och mäns förväntade medellivslängd mellan 4,3 och 5,6 år.

Utbildningsnivå Allmänt

Hälsorelaterade beteenden - levnadsvanor - har starkt samband med individens livsvillkor och sociala position. Levnadsvanorna varierar med utbildning, socioekonomisk tillhörighet, socialt nätverk och andra faktorer. Personer med arbetarbakgrund löper betydligt större risk att drabbas av ohälsa och tidig död än tjänstemän.



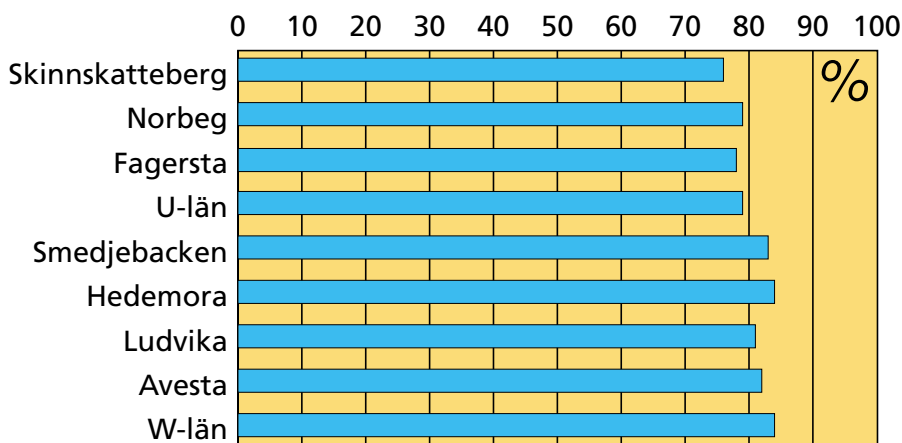
Andelen invånare i åldern 20 – 74 år med eftergymnasial utbildning är lägre i Västmanland och Dalarna jämfört med riket. Kvinnorna har genomgående en högre andel med eftergymnasial utbildning. Männerna och kvinnorna i U3 och W4 har en lägre andel med högre utbildning jämfört med resten av respektive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

Upplevt allmänt hälsotillstånd

Allmänt

Omkring tre fjärdedelar av Sveriges befolkning 18-78 år betraktade 1997 sitt allmänna hälsotillstånd som gott. Sambandet med ålder är tydligt; ju äldre desto sämre upplevd hälsa. Endast 5% av männen och 6% av kvinnorna bedömer sin hälsa som dålig. I alla åldersgrupper är det fler som anser sig ha god hälsa än som är fria från långvarig sjukdom. Många tycker att deras hälsotillstånd är gott trots en långvarig sjukdom.

Bergslagen - andel av befolkningen (%) som upplever sitt hälsotillstånd som mycket eller ganska gott



Cirka 80 % av befolkningen i åldern 20 – 64 år upplever sig ha ett gott hälsotillstånd. U3 och W4 avviker inte särskilt mycket från respektive län. Den något högre andelen med gott hälsotillstånd i Dalarna kan bero på frågornas och svarsalternativens formuleringar.

Behov av hälso- och sjukvård 2010 i Bergslagen

Behovsbedömningarna på följande sidor har gjorts utifrån det framtagna statistiska materialet och de framräknade prognoserna (bilagan) samt med hänsyn till andra påverkansfaktorer (utvecklingen av medicinsk teknik, arbetslivet, övergripande ekonomiska förutsättningar, andra risk-/friskfaktorer, övrigt). Behovsanalyserna avser de sju Bergslagskommunerna sammantaget.

Allmänt

Bröstcancer, som är hormonrelaterad, är den vanligaste cancerformen för kvinnor. Den är relativt ovanlig före 45-årsåldern, men blir allt vanligare med stigande ålder med en topp i 80-84-årsåldern. Dödligheten följer samma mönster – fast med lägre siffror, vilket tyder på att behandlingen är framgångsrik. bröstcancer har jämfört med andra cancersjukdomar ofta en god prognos.

Kända riskfaktorer: Kvinnor som inte föder barn eller föder sent i livet kan löpa större risk att utveckla bröstcancer.

Bergslagen

Kvinnorna i Bergslagen ligger lägre vad avser insjuknade, antal vårdade och döda jämfört med riket. U3 och W4 ligger lägre i alla avseenden jämfört med sina län med undantag för antalet vårdade i U3.

Behov 2010

Vård/behandling:	180
Rehabilitering:	65
Palliativ vård:	15



Bedömning - förebyggande insatser

Potential	1-5
-----------	-----

Prevention:	2
Screening/mammografi, speciellt vid ärftlig belastning.	
Hälsofrämjande:	1

Prostatacancer

Allmänt

Prostatacancer, som är hormonrelaterad, är den vanligaste cancerformen hos svenska män.

Sjukdomen är ovanlig före 60 års ålder för att sedan bli vanligare ju äldre männen blir. Även dödligheten i prostatacancer följer samma mönster om än i långsammare takt. Prognosen för en lokaliserad prostatacancer är god.

Behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser kan komma att bli större 2010 än vad som nedan anges - om meningsfull behandling då finns i högre grad.

Kända riskfaktorer: Ärftliga faktorer anses ligga bakom närmare 10% av alla fall. Man vet att det manliga könshormonet testosteron är en förutsättning för att sjukdomen ska uppstå.

Bergslagen

Dödlighet och insjuknande i prostatacancer är lägre i Bergslagen än i riket medan antalet vårdade är högre. Skillnaderna är dock små.

U3 ligger lägre än övriga Västmanland, medan W4 ligger högre än övriga Dalarna, vad gäller insjuknade, dödlighet och antal vårdade.

Behov 2010

Vård/behandling:	>100
Rehabilitering:	=
Palliativ vård:	>30



Bedömning - förebyggande insatser

Potential	1-5
-----------	-----

Prevention:	2
Begränsning av testosteronanvändning för icke-medicinskt bruk.	
Hälsofrämjande:	1

Allmänt

Lungcancer är en av de vanligaste cancerformerna i Sverige både bland kvinnor och män. Det är också en av de cancersjukdomar som har sämst prognos. I Sverige minskar insjuknandet i lungcancer för män men ökar för kvinnor.

Kända riskfaktorer: Orsaken till lungcancer är i minst åtta fall av tio tobaksrökning. Andra miljöfaktorer som satts i samband med lungcancer är joniserande strålning (radon), asbest, nickel, krom, arsenik, stenkolstjära, sot och polycykliska kolväten.

Bergslagen

I Bergslagen är insjuknande, dödlighet och antal vårdade på sjukhus för lungcancer lägre än i riket.

Männen i U3 och i W4 ligger lägre än sina respektive övriga län avseende såväl mortalitet, incidens som antal vårdade för lungcancer. Kvinnor i U3 ligger högre än övriga länet vad gäller insjuknande, dödlighet och antal vårdade. Kvinnorna i W4 har lägre dödlighet, lika insjuknande men ett högre antal vårdade jämfört med Dalarna i övrigt. Avvikelsena från respektive län är dock små.

Behov 2010

Vård/behandling:	50
Rehabilitering:	-
Palliativ vård:	>28



Bedömning - förebyggande insatser

Potential	1-5
-----------	-----

Prevention: 5
Rökavvänjning, förbättrad arbetsmiljö.

Hälsofrämjande: 5
Tobaksförebyggande arbete med stöd av lagar, förordningar och policy. Medial information och folkbildning. Utbildning - attitydförändringar.

Diabetes

Allmänt

I Sverige har 3 - 4 procent av befolkningen diabetes. 2010 bedöms andelen ha ökat till 6 procent. Risken att insjukna i diabetes mellitus under livstiden uppskattas till cirka 15 procent. Sjukdomen är vanligare bland äldre än yngre. Ingen skillnad föreligger mellan könen. Diabetes ökar risken för insjuknande i hjärt-kärlsjukdomar 2-3 gånger, blindhet 10 gånger, kallbrand 20 gånger.

Kända riskfaktorer: För typ-2 diabetes ärftlighet, ålder, övervikt - framförallt bukfetma - låg fysisk aktivitet och påvisad nedsatt glukostolerans.

Bergslagen

Bergslagen har fler döda och färre vårdade i diabetes än riket. Kvinnorna i U3 och W4 har högre dödlighet än övriga delar av respektive län. Männen i U3 ligger lägre än länet i övrigt för dödlighet medan männen i W4 ligger lika med övriga Dalarna. Antalet vårdade på sjukhus i U3 och i W4 är genomgående lägre än i resten av respektive län.

Behov 2010

Vård/behandling:	7 300
Rehabilitering:	200
Palliativ vård:	43



Bedömning - förebyggande insatser

Potential	1-5
-----------	-----

Prevention: 4
Ökande potential i och med förändrade kriterier för diagnosen diabetes. Påverkan av kost- och motionsvanor. Överviktsbehandling.

Hälsofrämjande: 4
(Huvudsakligen typ 2)
Insatser för förbättrade motions- och kostvanor hos såväl barn och ungdom som vuxna. Medial information och folkbildning.

Allmänt

Detta samlingsbegrepp innefattar bl.a. ischemisk hjärtsjukdom, sjukdomar i hjärnans kärl, bl.a. stroke, sjukdomar i perifera kärl (framförallt i benen) och blodtryckssjukdomar.

Hjärt- och kärlsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken i Sverige, liksom i många andra industrialiserade länder, bland både män och kvinnor. De står för hälften av alla dödsfall i Sverige, ca 30 procent av alla vårddagar i slutenvård, utgör ca 10 procent av diagnoserna i öppen vård och 11 procent av alla nybeviljade förtidspensioner.

Behandlingsinsatserna har i allt högre grad blivit högteknologiska med ökade krav på laboratorieresurser, röntgenresurser och operativa resurser.

Kända riskfaktorer: Rökning, för lite motion, felaktig kost, övervikt, blodfettsubbningar, diabetes, stress och andra psykosociala faktorer samt ärftlighet.

Bergslagen

Länen liksom Bergslagen har högre dödlighet än riket. U3 och W4 har högre dödlighet än sina respektive övriga län. Jämfört med riket har Bergslagen fler vårdade i cirkulationsorganens sjukdomar. U3 har ett större antal vårdade än W4. U3 har också ett högre antal vårdade än resten av Västmanland medan W4 ligger på samma nivå som resten av Dalarna.

Behov 2010

Vård/behandling: >14 000
Rehabilitering: 1500
Palliativ vård: 100



Bedömning - förebyggande insatser

Potential 1-5

Prevention: 4

Insatser mot högt blodtryck, förhöjda blodfetter, stress, för lite motion, övervikt. Läkemedelsbehandling (se ischemisk hjärtsjukdom).

Hälsofrämjande: 4

Insatser för förbättrade motions- och kostvanor hos såväl barn och ungdom som vuxna. Tobaksförebyggande arbete på alla nivåer med stöd av lagar, förordningar och policy. Stödjande insatser för att motverka skadlig stress. Medial information och folkbildning.

Ischemisk hjärtsjukdom

Allmänt

Sjukdom orsakad av otillräcklig blodtillförsel till hjärtmuskeln. Innefattar bl.a. akut hjärtinfarkt, miss-tänkt hjärtinfarkt, gammal hjärtinfarkt, kärlkramp och hjärtaneurysm. Ischemisk hjärtsjukdom kan även leda till hjärtsvikt och hjärtrytmrubbningar.

Var femte patient som söker akutvård i Sverige har symtom på ischemisk hjärtsjukdom. Sjukdomen är ovanlig före 45 års ålder men svarar för ca. 20 procent av all sjuklighet för personer över 75 år. Ischemisk hjärtsjukdom utgör för män 60 och kvinnor 50 procent av den totala dödligheten i cirkulationsorganens sjukdomar.

Enligt HSU 2000 bedöms sjukdomsförekomsten öka bland kvinnor, om inte rökning och andra riskfaktorer vänds i positiv riktning.

Kända riskfaktorer: Högt blodtryck, rökning, förhöjda blodfetter, diabetes, för lite motion och felaktig kost liksom övervikt, psykosociala faktorer (bl.a. stress) samt ärftlighet.

Bergslagen

Bergslagen ligger högre än riket när det gäller dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom. W4 har en högre mortalitet än U3. Mortaliteten i U3 och W4 är större än i resten av respektive län.

När det gäller antalet vårdade för ischemisk hjärtsjukdom ligger Bergslagen högre än riket. W4 har ett lägre antal vårdade än resten av Dalarna medan U3 ligger högre än resten av Västmanland. Bland männen har U3 ett lägre antal vårdade än W4, medan det omvända förhållandet gäller bland kvinnorna.

Behov 2010

Vård/behandling: >6 000
Rehabilitering: 1 000
Palliativ vård: 55



Bedömning - förebyggande insatser

Potential 1-5

Prevention: 3

Diabetesbehandling. Hälsovetenskapliga metoder. Utbildning i livsstil bl.a. kost, motion, rökning, stress. Medicinering med betablockerare, ASA-preparat (magnecyl etc.). Lägre potential för äldre.

Hälsofrämjande: 3

Insatser för förbättrade motions- och kostvanor hos såväl barn och ungdom som vuxna. Tobaksförebyggande arbete på alla nivåer med stöd av lagar, förordningar och policy. Stödjande insatser för att motverka skadlig stress. Medial information och folkbildning.

Allmänt

Hjärtinfarkt är vår vanligaste dödsorsak även om både dödlighet och sjuklighet minskar, vilket bedöms bl.a. bero på positiva livsstilsförändringar och förbättrat omhändertagande av högt blodtryck.

1998 vårdades vid landets hjärtintensivavdelningar ca. 70.000 patienter. Av dessa fick 28% diagnosen akut hjärtinfarkt, 9% diagnosen instabil kranskärlsjukdom (ung. "hotande" hjärtinfarkt) och resterande patientgrupp diagnoser såsom hjärtrytmrubbningar, hjärtmuskelsvaghet och kärlkramp. Gruppen med instabil kranskärlsjukdom är troligen ökande. Dödligheten i samband med sjukhusvården har minskat men den s.k. ettårsmortaliteten är fortsatt hög.

Forskning har tydligt visat att aktiva insatser i samband med den akuta kranskärlsjukvården med PTCA ("ballongvidgning") och kranskärlsoperation minskar ettårsmortaliteten.

Framgångsrik akut hjärtsjukvård kommer emellertid på sikt att öka antalet patienter med olika allvarliga manifestationer av kranskärlsjukdom krävande aktiva vårdinsatser. Dessutom kommer förändrade diagnostiska kriterier att definitionsmässigt öka antalet hjärtinfarktpatienter krävande olika former av aktiv behandling.

Kända riskfaktorer: Högt blodtryck, rökning, förhöjda blodfetter, diabetes, för lite motion och felaktig kost liksom övervikt, psykosociala faktorer (bl.a. stress) samt ärftlighet.

Bergslagen

Bergslagen har mycket högre dödlighet i akut hjärtinfarkt än riket. Ingen anmärkningsvärd skillnad föreligger mellan U3 och W4. U3 har betydligt högre mortalitet än resten av Västmanland medan skillnaden mellan W4 och resten av Dalarna är ganska liten.

Antalet (per 10.000) som vårdats på sjukhus för akut hjärtinfarkt är högre i Bergslagen än i riket. U3 har ett större antal vårdade än resten av Västmanland. Det omvända förhållandet gäller vid jämförelse mellan W4 och resten av Dalarna.

Behov 2010

Vård/behandling:	5 000-6 000
Rehabilitering:	450
Palliativ vård:	10



Bedömning - förebyggande insatser

Potential 1-5

Prevention: 4

Diabetesbehandling. Hälsopedagogiska metoder. Utbildning i livsstil bl.a. kost, motion, rökning, stress. Medicinering med betablockerare, ASA-preparat (magnecyl etc.). Lägre potential för äldre.

Hälsofrämjande: 4

Insatser för förbättrade motions- och kostvanor hos såväl barn och ungdom som vuxna. Tobaksförebyggande arbete på alla nivåer med stöd av lagar, förordningar och policy. Stödjande insatser för att motverka skadlig stress. Medial information och folkbildning.

Stroke

Allmänt

Stroke är en cirkulationssjukdom, som drabbar hjärnans kärl. Stroke är vår tredje största dödsorsak efter hjärtinfarkt och cancer. En ökad överlevnad hos de som drabbas av stroke med fler i riskzonen för återinsjuknande bedöms medföra att förekomsten av stroke ökar mer än vad som följer av den demografiska framskrivningen.

De som drabbas får mindre allvarliga symtom. Antalet vårdtillfällen, allmänt i Sverige, bedöms öka betydligt enligt HSU 2000.

Riskfaktorer för stroke är framför allt högt blodtryck, höga blodfetter, diabetes, hög alkoholkonsumtion och rökning.

Bergslagen

Bergslagen har högre dödlighet i stroke än riket. W4 har högre mortalitet än U3. U3 och W4 har högre mortalitet än resten av respektive län, med undantag för männen i U3. Antalet som vårdats för stroke i Bergslagen överensstämmer med antalet i riket. U3 har ett högre antal vårdade än W4. Antalet vårdade i U3 är högre än i resten av Västmanland medan antalet i W4 är detsamma som i resten av Dalarna.

Behov 2010

Vård/behandling:	1 800
Rehabilitering:	500
Palliativ vård:	30



Bedömning - förebyggande insatser

Potential 1-5

Prevention: 3

Insatser mot kända riskfaktorer, t.ex. blodfetterrubbningar, högt blodtryck. Förbättrad behandling.

Hälsofrämjande: 3

Insatser för förbättrade motions- och kostvanor hos såväl barn och ungdom som vuxna. Tobaks- och alkoholförebyggande arbete på alla nivåer med stöd av lagar, förordningar och policy. Stödjande insatser för att motverka skadlig stress. Medial information och folkbildning.

Allmänt

Sjukdomar i luftvägar och lungor som resulterar i försämrad andningsfunktion. Sjukdomarna kan leda till syrgasberoende. Dessa sjukdomsgrupper utgör minst 90% av KOL – Kronisk obstruktiv lungsjukdom.

Allt fler svenskar insjuknar i astma. Andelen astmatiker har i Sverige ökat från 1960-talet från 2 till 7 procent. Astma är lika vanligt hos män som kvinnor, vanligare i större städer och i Norrland. Sjukdomen är något vanligare i åldrarna över 65 år och hos ungdomar och unga vuxna. Antalet dödsfall är dock lägre i dag än för 20 år sedan. Astma är ofta kopplat till allergi.

Kända riskfaktorer: Den helt dominerande riskfaktorn för dessa sjukdomar är rökning.

Bergslagen

Totalt sett är dödligheten i kronisk bronkit, emfysem och astma låg. Männerna i Bergslagen har en lägre dödlighet än i riket medan kvinnorna ligger på samma nivå. Männerna i U3 har högre dödlighet än i W4. För kvinnorna gäller det omvända förhållandet. Bergslagen har ett lägre antal vårdade i kronisk bronkit, emfysem och astma än riket. U3 har ett lägre antal vårdade än W4.

Behov 2010

Vård/behandling: >5 000
Rehabilitering: <200
Palliativ vård: <25



Bedömning - förebyggande insatser

Potential 1-5

Prevention: 4
Tobaksavvänjning. Influensa- och pneumokockvaccinationer. Föräldrautbildning.

Hälsofrämjande: 5
Förbättrad fysisk miljö. Tobaksförebyggande arbete på alla nivåer med stöd av lagar, förordningar och policy. Medial information och folkbildning.

Skador och förgiftningar

Allmänt

Skador och förgiftningar innefattar i detta material transport-, förgiftnings-, fall-, brand- och drunksningsolyckor samt ogynnsam effekt av droger och läkemedel. Även självmord, mord, dråp och annan misshandel ingår.

År 1995 vårdades i Sverige drygt 130 000 patienter vid sammanlagt nästan 170 000 vårdtillfällen på sjukhus till följd av olycksfall. Endast omkring 10 procent av alla olycksfallsskadade behandlas på sjukhus. Uppskattningsvis leder två av tusen olycksfall till döden. Under perioden 1981-92 var skadedödligheten för män dubbelt så stor bland arbetare som bland tjänstemän.

Den ojämförligt största skadeorsaken är fallolyckor, som svarar för hälften av alla skadefall som vårdas på sjukhus. Näst största skadeorsaken är missöden i vården och ogynnsam effekt av läkemedel som stod för 17 procent av skadefallen.

Riskfaktorerna är olika för olika typer av skador och förgiftningar. T.ex. kan nämnas arbetsmiljön, trafikmiljön, alkoholkonsumtion, idrottsutövande.

Bergslagen

Antalet döda per 10 000 invånare är högre i Bergslagen än i riket. Ingen skillnad finns mellan U3 och W4. Det är endast männen i U3 som har högre mortalitet än resten av länet. I Bergslagen är antalet vårdade lägre än i riket. Antalet vårdade för skador och förgiftningar är högre i U3 än i W4. U3 har högre antal vårdade än resten av Västmanland, medan W4 ligger lägre än resten av Dalarna.

Behov 2010

Vård/behandling: 10 000
Rehabilitering: 1 000
Palliativ vård: 10



Bedömning - förebyggande insatser

Potential 1-5

Prevention: 4
Hjälpmiddel, skydd. Upplysning, information. Föräldrautbildning.

Hälsofrämjande: 4
Övergripande samhällsinsatser inom skade- och våldsförebyggande arbete. Konsumentinformation och folkbildning.

Allmänt

Höftfrakturer innefattar två typer av benbrott: brott på lårbenshalsen och brott på den kraftigare övre delen av lårbenet. De två typerna är lika vanliga. Med högre ålder ökar benskörheten (osteoporos) och benägenheten att falla.

Tre av fyra höftfrakturade är kvinnor med en medelålder av 78 år. Hälften är ensamboende. Var femte 80-årig kvinna har drabbats av höftfraktur. Det är vanligen fallolyckor som orsakar frakturerna. Allmänt i Sverige väntas en kraftig ökning av antalet höftfrakturer, dels med tanke på att det blir fler äldre dels på den riskökning som förekommit hittills.

Kända riskfaktorer: Framför allt hög ålder och benskörhet (som bl.a. kan orsakas av för lite motion, för lite kalk och D-vitamin i kosten, rökning och tidigt upphörande av menstruation).

Bergslagen

Uppgifter finns här endast för antal vårdade men det torde överensstämma med antal höftfrakturer. Antalet vårdade är högre bland kvinnor än bland män.

Dalarna och Västmanland har färre vårdade än riket. U3 och W4, med undantag för männen i W4, har färre vårdade än resten av respektive län.

Behov 2010

Vård/ behandling:	>260
Rehabilitering:	>260
Palliativ vård:	-



Bedömning - förebyggande insatser

Potential	1-5
-----------	-----

Prevention: 4
Fysisk aktivitet och balansträning, höftskydd, kalk och D-vitaminrik kost, eliminering av riskfaktorer i den fysiska miljön. Medicinering mot benskörhet.

Hälsofrämjande: 4
Insatser för förbättrade motions- och kostvanor. Tobaksförebyggande arbete.

Själv mord

Allmänt

År 1995 registrerades 1813 självmord i Sverige, varav omkring en fjärdedel var osäkra självmord. Män stod för cirka två tredjedelar av de fullbordade självmorden. Kvinnor gör emellertid fler självmordsförsök än män. Själv mord är en av de vanligaste dödsorsakerna bland ungdomar.

Under 1970-talet låg självmordstalen relativt högt i Sverige. De har därefter sjunkit i alla åldersgrupper och är nu nere på 1950-talets nivå.

Kända riskfaktorer: Framför allt drogmissbruk, psykisk ohälsa.

Bergslagen

Dödligheten till följd av självmord i Bergslagen avviker inte särskilt mycket från riket. Totalt sett har männen i U3 en högre och i W4 en lägre dödlighet än övriga delar i respektive län. Bland kvinnorna är det endast i U3 som avviker från resten av länet genom en något lägre mortalitet i självmord. Antalet personer vårdade för självmordsförsök är högre i Bergslagen än i riket.

U3 och W4 har ett större antal vårdade för självmordsförsök än i resten av respektive län. Antalet vårdade är genomgående högre för kvinnor än män.

Behov 2010

Vård/ behandling:	150
Rehabilitering:	300
Palliativ vård:	3



Bedömning - förebyggande insatser

Potential	1-5
-----------	-----

Prevention: 3
Förbättrad uppmärksamhet på symtom. Antidepressiva läkemedel/psykofarmaka och samtal. Missbruksvård.

Hälsofrämjande: 3
Förbättrade sociala nätverk, förbättrat arbetslivsklimat. Förbättrad uppmärksamhet på symtom. Stödande insatser för bättre självkänsla. Utbildning av nyckelpersoner.

Allmänt

Totala antalet alkoholrelaterade dödsfall i Sverige beräknas per år vara 5000. Det innebär att ca. vart 20:e dödsfall är alkoholrelaterat. Manliga ej facklärdare arbetare har tre gånger så hög dödlighet i alkoholrelaterade sjukdomar jämfört med manliga tjänstemän på mellannivå eller högre. De ej facklärdare kvinnorna har dubbelt så hög dödlighet som kvinnliga tjänstemän på mellannivå eller högre.

Ungefär 10 procent av de vuxna männen i Sverige är sannolikt högkonsumenter av alkohol och dubbelt så många kommer under sin livstid att få skador eller problem relaterade till alkoholkonsumtion. Kvinnorna är i betydligt mindre utsträckning högkonsumenter. Hög alkoholkonsumtion kan leda till olycksfall, skador, våld, familjetragedier och alkoholrelaterade sjukdomar.

Observera att detta material innehåller bara de alkoholrelaterade sjukdomar där alkoholen primärt har bidragit till eller orsakat dödsfallet. Bland dessa diagnoser finns således inte hjärtinfarkter, stroke eller trafikolyckor eller andra olycksfall såvida det inte varit fråga om förgiftning av alkohol. Tillstånd som ingår är alkoholpsykos, alkoholberoende, missbruk av alkohol, droger och läkemedel utan beroende, alkoholpolyneuropati, alkoholkardiomyopati, gastrit orsakad av alkohol, kronisk leversjukdom och levercirros samt förgiftningsolyckor på grund av alkohol.

Bergslagen

Dödligheten i alkoholrelaterade sjukdomar skiljer sig inte nämnvärt åt mellan Bergslagen och övriga Sverige. Mortaliteten är högre bland männen i U3 jämfört med W4. Det omvända förhållandet gäller för kvinnorna. I U3 har männen och i W4 både männen och kvinnorna högre mortalitet i alkoholrelaterade sjukdomar jämfört med resten av respektive län. Antalet vårdade för alkoholrelaterade sjukdomar är högre i Bergslagen än i riket. I U3 och W4 är antalet vårdade högre än i respektive övriga delar av länen.

Behov 2010

Vård/behandling:	150
Rehabilitering:	75
Palliativ vård:	20



Bedömning - förebyggande insatser

Potential	1-5
-----------	-----

Prevention: 2
Attitydförändring. Arbetsgivares insatser. Kamratsöd, stödföreningar. Ökad uppmärksamhet t.ex. inom primärvården.

Hälsofrämjande: 2
Alkoholförebyggande arbete. Attitydpåverkan.

Allergi

Allmänt

Vid allergi är immunsystemet felprogrammerat och aktiverar symtom när kroppen kommer i kontakt med ämnen som den normalt borde tåla. Allergi kan sitta i luftrören, näsan, ögonen, huden eller i mag-tarmkanalen. Vid allergichock påverkas även cirkulationen.

Varannan tonåring och ung vuxen i Sverige uppger att de ofta besväras av allergi eller annan överkänslighet. Nära 40% av Sveriges 16-84 åringar anger att de har allergiska besvär. Ärftligheten har störst betydelse för utveckling av allergi men även mängden allergiframkallande ämnen och miljöfaktorer har betydelse.

Allergi och annan överkänslighet är, speciellt bland barn, en av de största folksjukdomarna. I västvärlden har det varit en tydlig ökning av allergier de senaste decennierna. Allergi är en vanlig orsak till astma.

Kända riskfaktorer: Ärftlighet, speciellt i kombination med att tidigt i livet utsätts för allergiframkallande ämnen, tobaksrök, fukt.

Bergslagen

Var tredje invånare 18-64 år i Västmanland och Dalarna uppger att de har besvär av allergi/överkänslighet. Besvären är vanligare bland yngre än äldre.

U3 avviker inte från övriga Västmanland medan W4 ligger något högre än övriga Dalarna.

Behov 2010

Vård/behandling:	<40 000
Rehabilitering:	-
Palliativ vård:	-



Bedömning - förebyggande insatser

Potential	1-5
-----------	-----

Prevention: 4
Skydd av små barn och foster mot allergener och tobaksrök, starka dofter, fukt.

Hälsofrämjande: 4
Förbättrad inomhusmiljö i bostäder, på arbetsplatser. Tobaksförebyggande arbete. Folkbildning.

Allmänt

Den vanligaste allvarliga psykiska störningen är depression. Var tredje kvinna och var femte man riskerar under livet att drabbas. Bland de psykiska sjukdomarna utgör schizofrenierna en viktig del. Denna grupp av sjukdomar debuterar ofta i ungdomen och har lång varaktighet och kräver stora vård- och behandlingsinsatser.

Risken för en person att under livet insjukna i schizofreni är ungefär en procent. Prevalensen är 0,2 – 0,5 promille. Schizofreni svarar för 12 procent av alla vårdtillfällen och ca. 40 procent av inläggande i psykiatrisk vård i Sverige. Av alla under 45 år med förtidspension eller sjukbidrag hade 45 procent en psykiatrisk diagnos 1996. Dödligheten är klart förhöjd, framförallt till följd av självmord.

I en befolkning på 100.000 invånare insjuknar varje år 15-20 personer i psykisk sjukdom varav 8-10 utvecklar schizofreni. Tidiga insatser vid psykisk sjukdom bedöms leda till mindre behov av slutenvård men kräver samtidigt stora resurser inom öppenvården. Farhågor finns för att missbruk bland psykotiska och schizofrena personer ökar.

Schizofreni och övriga psykoser tar i anspråk ca. tre fjärdedelar av psykiatrins resurser och ca. 11 procent av landstingens totala sjukvårdskostnader.

Kända riskfaktorer: För schizofreni är förekomst av sjukdomen i släkten en riskfaktor. Skador under graviditet, förlösning, nyföddhetsperiod och en belastad uppväxtperiod kan också vara riskfaktorer.

Bergslagen

Västmanland har ett större antal vård dagar per 1.000 invånare än Dalarna under 1998. För antalet vårdtillfällen gäller det omvända förhållandet.

U3 och W4 har ett mindre antal vårdtillfällen och vård dagar per 1.000 invånare än resten av respektive län. U3 har ett lägre antal vårdtillfällen än W4. Antalet vård dagar skiljer sig inte åt i U3 och W4.

Behov 2010

Vård/behandling: >1 700

Rehabilitering: -

Palliativ vård: -



Bedömning - förebyggande insatser

Potential 1-5

Prevention: 4

Möjligheten till primär prevention bedöms begränsade. Tidig upptäckt och insatt behandling kan dock mildra sjukdomsutvecklingen.

Hälsofrämjande: 3

Utbildning av personal inom barnvård, barnomsorg och skola för att tidigt upptäcka personer i riskzon för psykisk sjukdom.

Psyksiska symtom och besvär

Allmänt

20-40 procent av den vuxna befolkningen i Sverige uppger någon form av psykiska besvär enligt intervjuundersökningar. Det rör sig då om ångslan, oro, ångest eller sömnbesvär. Särskilt för kvinnor ökar besvären med stigande ålder. Bland barn och ungdomar uppger 15-40 procent olika psykosomatiska besvär som huvudvärk, ont i magen eller sömnproblem. En kraftig ökning av andelen personer som uppger sådan psykisk ohälsa noterades 1997. Ökningen har varit mer markant för arbetare än för tjänstemän. Socialstyrelsen bedömde 1998 att den psykiska ohälsan ytterligare kommer att öka bl.a. till följd av arbetslöshet och risk för arbetslöshet. En oroande utveckling är att stödet till barn och ungdomar minskar inom flera områden.

Vår nuvarande vårdapparat har trots kunnande och högutvecklad teknologi stora svårigheter att hjälpa patienter med dessa problem. Förutom lidande för individen har detta ekonomiska konsekvenser för samhället.

Granvik och Hallberg, Landstinget Dalarna, har i en undersökning visat att manliga och kvinnliga allmänläkare i Dalarna uppskattar andelen manliga patienter med psykosocial problematik till 30 procent, medan kvinnliga allmänläkare i länet finner psykosocial problematik hos varannan kvinnlig patient.

Kända riskfaktorer: Samverkande faktorer för uppkomst av psykisk ohälsa och psykosomatisk sjuklighet anses vara speciella psykologiska egenskaper som är predisponerande. Speciell livssituation som påverkar hälsotillståndet och vissa somatiska sårbarhetskomponenter kan också vara predisponerande. Särskild betydelse för ökad sjuklighet har följande psykosociala faktorer: Avsaknad av kontroll, oförutsägbarhet, avsaknad av socialt stöd, känslan av maktlöshet, monotoni. Alkohol- och drogmissbruk är andra riskfaktorer.

Bergslagen

Jämförelser med riket kan inte göras utifrån detta material. Indexena beräknade från de två folkhälsrapporterna är inte jämförbara mellan U3 och W4. U3 och W4 avviker inte nämnvärt från övriga delar av respektive län.

Behov 2010

Vård/behandling: >25 000

Rehabilitering: ?

Palliativ vård: -



Bedömning - förebyggande insatser

Potential 1-5

Prevention: 4

Multiprofessionella team med allmänmedicinsk och beteendevetenskaplig kompetens inom hälso- och sjukvården. Helhetssyn och hälsopedagogiskt synsätt. Stöd till barn med psykiskt sjuk förälder.

Hälsofrämjande: 3

Stödande miljöer. Medial information och folkbildning. Alkohol- och drogförebyggande arbete. Insatser för förbättrade motionsvanor, speciellt bland barn och ungdomar. Stödande insatser för bättre självkänsla.

Allmänt

Rörelseorganens sjukdomar är den dominerande sjukdomsgruppen bland personer med långvariga sjukdomar och besvär. Vanligen kommer besvären från ländryggen, nacke, skuldror, axlar och leder. Tillståndet kräver sällan sjukhusvård och leder sällan till döden men orsakar betydande lidande och funktionsnedsättningar och är den vanligaste orsaken till långvarig sjukskrivning och förtidspensionering.

Rörelseorganens sjukdomar är betydligt vanligare bland arbetare (20 procent av männen, 25 procent av kvinnorna) än bland tjänstemän (11 procent av männen, 15 procent av kvinnorna). Allt fler lägre tjänstemän får dock dessa problem.

Det finns fortfarande stora brister i kunskaper om vad som orsakar sjukdomar i rörelseorganen.

Kända riskfaktorer: Ensidiga arbetsrörelser, repetitiva arbetsmoment, vridna arbetsställningar, statisk belastning, tunga lyft och stress, även psykologiska faktorer som bristande arbetstillfredsställelse.

Bergslagen

Frågorna är olika formulerade i dala- och västmanlandsenkäten, liksom svarsalternativen. Detta medför att de index som konstruerats inte är direkt jämförbara och kan inte heller jämföras med riket. Det kan dock konstateras att två av de tre U3-kommunerna och samtliga W4-kommuner ligger högre än respektive län avseende andelen med besvär/vårk i nedre delen av ryggen.

Besvär från någon del av rörelseorganen är lika vanligt förekommande i U3 som i resten av Västmanland. W4 har genomgående högre andel besvärade än övriga Dalarna. Av befolkningsundersökningen i Västmanland framgår bl.a. att 20 procent av befolkningen i åldern 20-84 år under det senaste året har sökt familjeläkare p.g.a. besvär från rörelseorganen och 5 procent har sökt läkare på sjukhus.

Behov 2010

Vård/behandling: >19 200

Rehabilitering: >8 900

Palliativ vård: -



Bedömning - förebyggande insatser

Potential 1-5

Prevention: 4

Förbättrad arbetsmiljö, förebygga idrottsskador. Fysisk aktivitet. Minskad övervikt. Stresspåverkan.

Hälsofrämjande: 4

Insatser för förbättrade motions- och kostvanor. Tobaksförebyggande arbete på alla nivåer med stöd av lagar, förordningar, policy. Stödjande insatser för att motverka skadlig stress.

Sista levnadsåret

Allmänt

Varje år dör cirka en procent av Sveriges befolkning. 50 procent av dessa hänförs till cirkulationsorganens sjukdomar och 22 procent till tumörer. Olyckor och självmord bedöms svara för 5 procent. För yngre, speciellt yngre män, är olyckor den vanligaste dödsorsaken. Flertalet gamla som avlider har mer än en sjukdom. Ca. 60 procent avlider efter lång tids sjukdom. Andelen som avlider på sjukhus minskade mellan 1991 och 1993 från 71 procent till 50 procent. Allt fler gamla och döende personer väntas vårdas i hemmet eller i särskilda boendeformer i kommunerna. I Sverige 1994 uppgick kommunernas och landstingens totala kostnader för vård under sista levnadsåret till 18,7 miljarder kronor.

Det är framförallt under det sista levnadsåret som en person är storkonsument av hälso- och sjukvård. Stockholms läns landsting har funnit att under det sista levnadsåret har en avliden i genomsnitt cirka 55 vård dagar på sjukhus fördelat på i genomsnitt 3,2 vårdtillfällen samt 9 besök hos läkare i öppenvård/primärvård.

Antalet vård dagar respektive besökstillfällen är högre under det sista kvartalet jämfört med det första under det sista levnadsåret. Det är större skillnad i antalet besök under första och sista kvartalet inom slutenvården jämfört med öppen-/primärvården.

Det genomsnittliga antalet vård dagar på sjukhus ökar med högre ålder medan antalet vård-/besökstillfällen i slutet respektive öppen vård är högre bland yngre än äldre.

Bergslagen

Dalarnas mortalitet är något högre än Västmanlands som i sin tur är högre än rikets. Bergslagskommunerna har genomgående högre dödstal än resten av respektive län och riket.

Behov 2010

Vård/behandling: 1 325

Rehabilitering: -

Palliativ vård: >550



Allmänt

Tobak är den enskilt största hälsorisk i västvärlden. Varannan rökare dör i förtid och dessa förlorar i genomsnitt 13 levnadsår. Hälften av de som dör i förtid, dvs. var fjärde rökare, dör i åldern 35-69 år och förlorar i genomsnitt 20-25 år av sitt liv. Mer än 7.000 dödsfall orsakades av rökning 1995 i Sverige. Rökning ökar risken att insjukna i ca. 40 olika sjukdomar, i vissa fall med 10-20 gånger. Passiv rökning ökar risken för både lungcancer och hjärt- kärlsjukdomar.

Andelen rökare minskar stadigt i Sverige, speciellt bland män. 24 procent av kvinnorna och 22 procent av männen var dagligrökare 1995. Andelen var dubbelt så hög bland arbetare som bland tjänstemän. Rökningen är en allt viktigare förklaring till skillnaderna i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper.

Ett rökstopp ger en viss riskminskning omedelbart. Denna effekt ökar ju längre rökstoppet varar. Även små förändringar i en befolknings rökvanor ger stora effekter på hälsan.

Bergslagen

Andelen dagligrökare bland män och kvinnor är högre i Västmanland (19 respektive 23 procent) än i Dalarna (14 respektive 21 procent). Andelen dagligrökande män är lägre än bland kvinnorna i samtliga Bergslagskommuner.

Bland kvinnorna är andelen dagligrökare i samtliga Bergslagskommuner högre än i resten av respektive län (22-29 procent). Männen i Norberg ligger betydligt högre (24 procent) och i Fagersta lägre (13 procent) än resten av Västmanland. I W4 avviker inte männen särskilt mycket från övriga Dalarna.

Bedömning - förebyggande insatser

Potential 1-5

Prevention: 5
Rökavvänjning. Livsstils- och attitydförändringar.

Hälsofrämjande: 5
Tobaksförebyggande arbete på alla nivåer med stöd av lagar, förordningar och policy. Tobaksfria lokaler. Föräldrautbildning. Medial information och folkbildning. Förbättrad hälsopedagogisk utbildning för läkare, sjuksköterskor, lärare, fritidsledare m.fl. Åtgärder för förbättrad självkänsla bland barn och ungdomar.

Allmänt

Kraftigt överviktiga har betydligt oftare symtom som trötthet, värk och nedsatt rörelseförmåga än normalviktiga. Om övervikten är koncentrerad som bukfetma ökar risken för hjärt-kärlsjukdom, stroke och diabetes. Andelen överviktiga ökar stadigt i Sverige. Enligt en undersökning 1988/89 var 36,2 procent av männen och kvinnorna i Sverige överviktiga. 1996 var 44,5 procent av männen och 43,3 procent av kvinnorna överviktiga. Bland mönstrande 18-åringar har andelen överviktiga ökat från knappt 9 procent 1975 till drygt 16 procent 1995. Övervikt är vanligare bland arbetare än tjänstemän.

Bergslagen

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

Bedömning - förebyggande insatser

Potential 1-5

Prevention: 4
Förbättrade kost- och motionsvanor. Livsstils- och attitydförändring. Balanserad uppmärksamhet på barns och ungdomars viktutveckling. Överviktsbehandling.

Hälsofrämjande: 4
Skapande av naturliga förutsättningar för ökad fysisk aktivitet t.ex. vad gäller kommunikationer, bostadsområden, gång- o cykelvägar, i barnomsorg och skola, på arbetsplatser. Genom utbildning, information öka befolkningens kunskaper om bra mat. Förbättrad hälsopedagogisk utbildning för läkare, sjuksköterskor, lärare, fritidsledare m.fl. Åtgärder för förbättrad självkänsla bland barn, ungdomar.

Allmänt

Totala antalet alkoholrelaterade dödsfall i Sverige beräknas per år vara 5000. Det innebär att ca. vart 20:e dödsfall är alkoholrelaterat. Manliga ej facklärdare arbetare har tre gånger så hög dödlighet i alkoholrelaterade sjukdomar jämfört med manliga tjänstemän på mellannivå eller högre. De ej facklärdare kvinnorna har dubbelt så hög dödlighet som kvinnliga tjänstemän på mellannivå eller högre. Alkohol dödligheten följer i stort utvecklingen av Systembolagets försäljning. Alkohol är bidragande och underliggande orsak till alkoholpsykos, alkoholberoende, missbruk av alkohol, kardiomyopati, gastrit, levercirrhos och alkoholförgiftning. Alkoholen spelar säkerligen en roll vid andra dödsfall, t.ex. i olycksfall, självmord, vissa cancerformer.

Ungefär 10 procent av de vuxna männen i Sverige är sannolikt högkonsumenter av alkohol och dubbelt så många kommer under sin livstid att få skador eller problem relaterade till alkoholkonsumtion. Kvinnorna är i betydligt mindre utsträckning högkonsumenter. Hög alkoholkonsumtion kan leda till olycksfall, skador, våld, familjetragedier och alkoholrelaterade sjukdomar. Alkoholskador drabbar inte bara de som är högkonsumenter.

Tolv yrkeskategorier har visat sig ha minst dubbelt förhöjd risk att utveckla alkoholism jämfört med genomsnittet; sjömän, städare, servitörer, betongarbetare, truckförare, hårfrisörer, journalister, trädgårdsarbetare, gruv- och diversearbetare, sotare, stuveriarbetare och fotografer.

Bergslagen

Konsumtionsuppgifterna här är hämtade från befolkningsenkäterna i Dalarna och Västmanland. Samtliga kommuner i Bergslagen har en lägre andel personer, som dricker vin och/eller starksprit en gång i veckan eller oftare, än resten av respektive län, som har 19-20 procent.

Om även starkölskonsumtionen inkluderas skulle andelen som dricker en gång i veckan eller oftare öka till 24 procent i Västmanland. Uppgiften finns inte för Dalarna men kan antas vara i samma storleksordning. Starkölskonsumtionen är betydligt vanligare bland yngre och bland män.

Bedömning - förebyggande insatser

Potential	1-5
Prevention: Livsstils- och attitydförändringar. Missbruksbehandling.	4
Hälsofrämjande: Förbättrad hälsopedagogisk utbildning för läkare, sjuksköterskor, lärare, fritidsledare m.fl. Åtgärder för förbättrad självkänsla bland barn och ungdomar. Minskad tillgång till alkohol i samhället.	4

Avslutning

De behov som har beskrivits här avser hela hälso- och sjukvården – inte en speciell del av organisationen. För flera av diagnoserna har primärvården tagit över uppgifter, som tidigare sköttes på sjukhus. Denna allmänna trend ser ut att fortsätta. Det finns framtidstecken som pekar mot en ännu tydligare specialisering och centralisering och en mer omfattande lokal verksamhet av sjukvården. Hur man bäst organiserar hälso- och sjukvården för att i framtiden möta behovet är inte givet. Ny kunskap, ny medicinsk teknologi, prioriteringar och annat kommer att skapa nya förutsättningar. Förhoppningsvis ska det här presenterade materialet bidra till ökad kunskap och vara en inkörsport till planering av en framtida lokal hälso- och sjukvård i Bergslagen - och samverkan över gränser!

PS. På nästa sida hittar du en Bergslagsprofil, en jämförelse hur Bergslagen ligger till i förhållande till riket.

BERGSLAGSPROFIL.

Jämförelse Bergslagen – riket.

■ = Sämre än riket
 ■ = Bättre än riket
 ■ = Lika som riket

	Fagersta		Skinska		Norberg		Ludvika		Smedjeb		Avesta		Hedemor	
	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K
Bröstcancer, insjuknade		■		■		■		■		■		■		■
Bröstcancer, döda		■		■		■		■		■		■		■
Prostatacancer, insjuknade	■		■		■		■		■		■		■	
Prostatacancer, döda	■		■		■		■		■		■		■	
Lungcancer, insjuknade	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Lungcancer, döda	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Diabetes, döda	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Cirkulationsorganens sjukdomar, döda	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Ischemisk hjärtsjukdom, döda	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Akut hjärtinfarkt, insjuknade 30-74 år	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Akut hjärtinfarkt, döda	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Stroke, döda	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Kronisk bronkit/ emfysem/ astma, döda	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Skador och förgiftningar, döda	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Höftfrakturer, vårdade	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Själv mord, döda	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Själv mordsförsök	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Alkoholrelaterade sjukdomar, döda	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

För diagnos-/besvärsgруппerna **Allergi/överkänslighet, Psykisk sjukdom, Psykiska symtom och besvär och Rörelseorganens sjukdomar** kan inte jämförelser med riket göras i detta material eftersom frågorna i befolkningsenkäterna inte är formulerade på samma sätt.