

Behovsrapport för planering av hälso- och sjukvård 2024

Förord

En effektiv styrning av hälso- och sjukvård kräver beskrivningar och analyser av befolkningens hälsa samt behov av hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdsnämnden är befolkningsföreträdare och ansvarar för bedömningen av det samlade behovet av hälso- och sjukvård i Skåne utifrån ett befolkningsperspektiv. Nämnden lämnar årligen förslag till hälso- och sjukvårdsbudget inför beslut i fullmäktige inkluderat uppdrag, inriktning, prioriterade områden, fördelning av regionbidrag samt övergripande mål för den skånska hälso- och sjukvården.

Denna rapport, som är en uppdaterad version av föregående års behovsrapport, inleds med en sammanfattning följt av beskrivning av hälsofaktorer i befolkningen, demografisk utveckling och sjukdomsutveckling. Efterföljande del beskriver utlåtanden från kunskapsorganisationen samt hälso- och sjukvårdsbehov.

Denna rapport är avsedd att användas som underlag för politiska prioriteringar och arbetet med Region Skånes verksamhetsplan med budget. Rapporten kan även vara underlag för andra politiska beslut och Region Skånes pågående arbete för framtidens hälsosystem.

Malmö 2023-02-09



Pia Lundbom

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Innehåll

Sammanfattning	4
Inledning	5
Befolkning och hälsa.....	6
Internationell jämförelse	6
Befolkningsutvecklingen i Skåne.....	9
Hälsan i Skåne.....	9
Psyisk ohälsa	11
Övervikt och Fetma.....	11
Fysisk aktivitet	12
Tobak, alkohol och narkotika.....	13
Sjukligheten i Skåne.....	14
Samhällets kostnader för sjukdomar	15
Utlåtanden från kunskapsorganisationen	17
Slutsatser om befolkningens hälso- och sjukvårdsbehov.....	18

Sammanfattning

Behovsrapport 2024 beskriver befolkningens behov av hälso- och sjukvård i Skåne från olika perspektiv. Behovsrapporten utgör ett underlag till planering och politisk prioritering av hälso- och sjukvård. Behovsrapport 2024 bygger till stor del på Behovsrapport 2023. På den korta tid som förflutit mellan de två rapporterna är befolkningens behov i stort sett desamma.

Befolkningen i Skåne beräknas att öka med 8,5 % från år 2021 till cirka 1 521 000 personer år 2031. I Skåne förväntas en förändrad åldersstruktur, i synnerhet ökar den äldsta delen av befolkningen (personer 80 år och äldre).

Sverige har jämfört med övriga länder i Europa en hög medellivslängd och folkhälsan anses vara god utifrån ett globalt perspektiv. I Skåne var medellivslängden år 2021 84,8 år för kvinnor och 81,0 år för män, vilket motsvarar rikets snitt.¹ Nationellt och i Skåne visar hälsans utveckling både positiva och negativa trender. Psykisk ohälsa ökar, framför allt bland yngre. Övervikt och fetma ökar. Totalt sett har tobak-, cannabis- och alkoholbruk minskat.

Indikationer finns att förekomsten av sjukdom ökar i Skåne inom flertalet sjukdomsområden, däribland artros, demens, diabetes typ 2, generaliserad smärta, hjärtinfarkt, KOL, njursjukdomar, obesitas, osteoporos, psykisk ohälsa och tumörsjukdomar. Detta kan innebära ökade vårdbehov.

Många vårdbehov i befolkningen resulterar i verksamhetsbehov, och ibland utgör verksamhetsbehov indikationer på befolkningsbehov. Enligt kunskapsorganisationen är behoven av hälso- och sjukvård omfattande och i fler avseenden inte tillgodosedda och det finns omotiverade skillnader mellan grupper. I takt med att nya behandlingsmetoder och läkemedel tillgängliggörs utökas också gränsen för vad hälso- och sjukvården kan och bör göra. Även nya uppdrag som utökar hälso- och sjukvårdens ansvarsområden kan medföra högre förväntningar på utbud och tillgängliga insatser. Vikten av mer hälsofrämjande och förebyggande insatser framförs, inte minst i tidig ålder, samt att det behövs en mer sömlös vård där organisationsgränser inte utgör hinder för patienterna. Digitaliseringen ställer krav på tekniska lösningar och rekryteringsläget och den framtida kompetensförsörjningen är en betydande utmaning.

¹ Statistik SCB

Inledning

Behovsrapport för planering av hälso- och sjukvård 2024 är en uppdaterad version av Behovsrapport 2023² som ger en sammanfattande och översiktlig bild av befolkningens demografiska utveckling, hälsa och behov. Rapporten har sammanställts utifrån sakkunniggrupper, experter, nationella och regionala undersökningar och analyser samt den tidigare behovsrapporten 2023.

Befolkningens behov av hälso- och sjukvård kan beskrivas som skillnaden mellan önskat och aktuellt hälsotillstånd i befolkningen. Hälso- och sjukvårdens ansvar beskrivs i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), 3 kap.1 §.

”Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.”

Även prioriteringsplattformen³ utgår från begreppet behov för att prioritera inom hälso- och sjukvården:

- *Människovärdesprincipen; alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället*
- *Behovs-solidaritetsprincipen; resurserna bör fördelas efter behov*
- *Kostnadseffektivitetsprincipen; vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas*

Prioritering av identifierade behov behöver ske utifrån flera perspektiv och på olika nivåer i organisationen. Syftet med denna rapport är utgöra ett faktabaserat underlag med befolkningsperspektiv för politisk prioritering av hälso- och sjukvård.

² Behovsrapport för planering av hälso- och sjukvård 2023

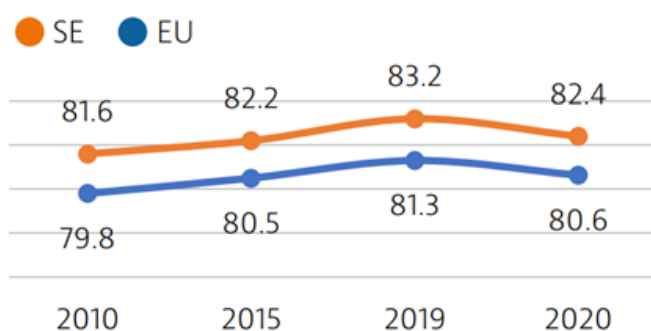
³ [Prioriteringar inom hälso- och sjukvården Proposition 1996/97:60 - Riksdagen](#)

Befolkning och hälsa

Internationell jämförelse

Rapporten State of Health in the EU ger en översikt över hälsa och hälso- och sjukvårdssystem i EU och ESS⁴. Sveriges medellivslängd är bland de högsta i Europa. De könsrelaterade och sociala skillnaderna i medellivslängd är mindre tydliga än i de flesta andra EU-länder. I allmänhet fungerar hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige bra vad gäller tillgång till högkvalitativ vård. Det finns dock fortsatta skillnader avseende likvärdig hälso- och sjukvård i de olika regionerna och mellan olika grupper inom respektive region.

Figur 1. Medellivslängden (år) i riket jämfört med EU, 2010–2020, State of Health in the EU, Sverige, Landsprofil hälsa 2021



Risikfaktorer

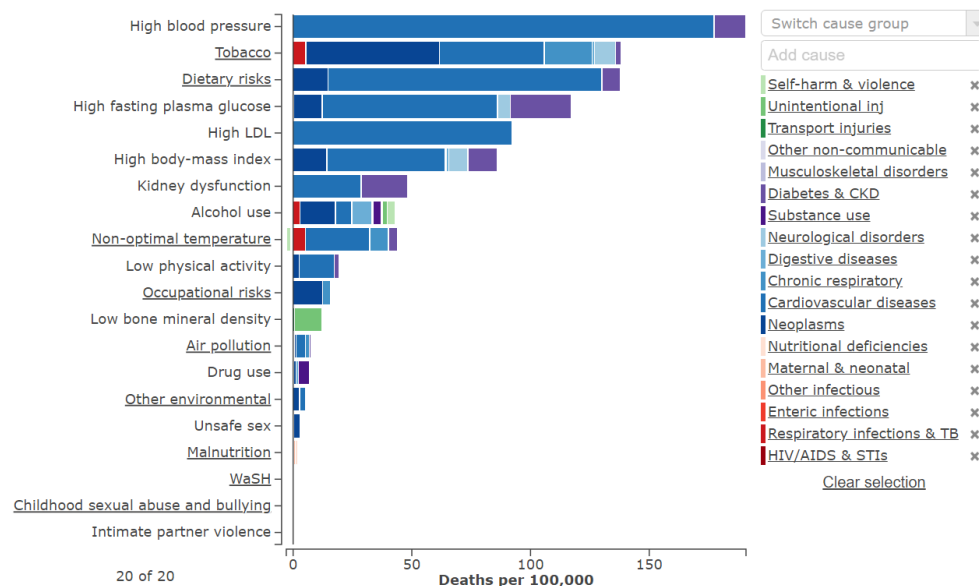
Betydelsen av hur våra levnadsvanor kan medföra förhöjda risker för förtida död visar data från den oberoende forskningsorganisationen Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) och deras databas Global Burden of Disease (GHD).⁵ Tobak, kost, alkohol och låg fysisk aktivitet är betydande riskfaktorer för förtida död⁶.

⁴ State of Health in the EU, Sverige, Landsprofil hälsa 2021

⁵ Institute for Health Metrics and Evaluation, Global burden of disease

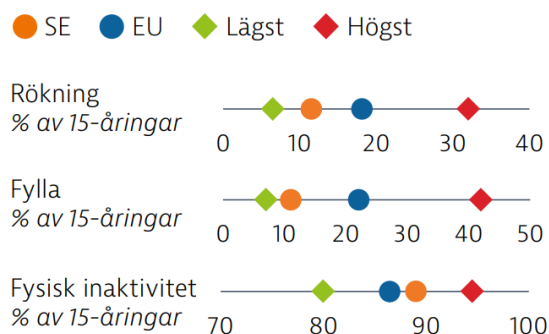
⁶ Förtida dödlighet är en av de indikatorer som Folkhälsomyndigheten valt för att mäta folkhälsan och dess förutsättningar. Tillsammans med övriga indikatorer ger den en bild av folkhälsan i Sverige.

Figur 2. Global Burden of Disease, Institute for Health Metrics and Evaluation.
Riskfaktorer för förtida död. Figuren visar data för män och kvinnor, alla åldrar, Sverige.



Sverige har den lägsta andelen rökare i EU och alkoholkonsumtionen per vuxen ligger långt under EU-snittet och har minskat de senaste tio åren. Bruk av andra tobaksprodukter, tex snus är dock vanligt. Siffrorna är låga också för svenska ungdomar avseende rökning och alkoholkonsumtion, men är höga när det gäller fysisk inaktivitet.

Figur 3. Riskfaktorer levnadsvanor avseende 15-åringar i riket jämfört med EU, State of Health in the EU, Sverige, Landsprofil hälsa 2021.

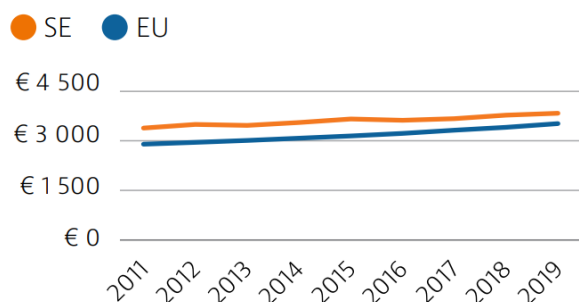


Hälso- och sjukvårdssystemet

År 2019 låg Sverige på fjärde plats i EU gällande utgifter för hälso- och sjukvård per capita, samt på tredje plats avseende utgifternas andel av BNP.

Utgifterna för hälso- och sjukvården uttryckta i euro, ökade under 2020 och 2021 på grund av pandemin.

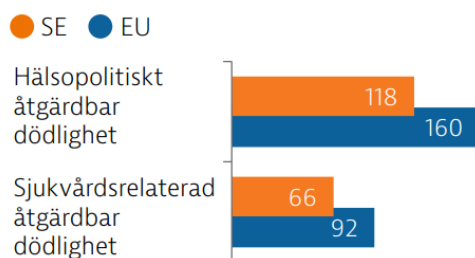
Figur 4. Utgifter per capita för hälso- och sjukvård i riket jämfört med EU justerat för köpkraft⁷. State of Health in the EU, Sverige, Landsprofil hälsa 2021.



Effektivitet

Jämfört med genomsnittet i EU-länderna har Sverige en låg hälsopolitisk åtgärdbar dödlighet 2018. Med hälsopolitiskt åtgärdbara dödsfall avses dödsfall som orsakats av sjukdomar vilka bedöms kunna påverkas genom hälsopolitiska insatser⁸. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet visar antalet dödsfall per 100 000 invånare under 80 år som kan påverkas av hälso- och sjukvårdens olika insatser, som tidig upptäckt och behandling⁹. Detta pekar på att hälso- och sjukvårdssystemet generellt är effektivt jämfört med snittet i EU.

Figur 5. Hälsopolitiskt respektive sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet i riket jämfört med EU. Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare, 2018. State of Health in the EU, Sverige, Landsprofil hälsa 2021.



⁷ Justerat för köpkraft innebär att man gör en omräkning av priser för att kunna jämföra prisnivåer mellan olika länder, Köpkraftspariteter (PPP) (scb.se).

⁸ Vården i siffror

⁹ Vården i siffror

Övriga trender i Sverige

- Närmare två av fem vuxna i Sverige har en kronisk sjukdom.
- De flesta svenskar säger sig ha god hälsa, men det finns skillnader knutna till socioekonomi.
 - 66 procent av svenskarna i den lägsta inkomstgruppen uppgav att de hade god hälsa
 - 86 procent i den högsta inkomstgruppen uppgav att de hade god hälsa
- Cancerbördan i Sverige ligger nära EU-genomsnittet.
- Canceröverlevnaden i Sverige ligger över EU-genomsnittet.

Befolkningsutvecklingen i Skåne

Procentuellt ökade Skånes befolkning 2021 med 0,9 procent, vilket är något lägre än den genomsnittliga ökningen under 2000-talet. Den minskade ökningstakten beror främst på en lägre invandring jämfört med tidigare år. Data för 2022 visar dock att antalet nyfödda barn var lägre än föregående tre år då antalet varit oförändrat. Under den närmaste tioårsperioden kommer Skånes åldersstruktur att förändras markant. Det är framför allt äldre barn och personer i åldersgruppen 80 år och äldre som förväntas öka mest fram till 2031 med 17,5 respektive 46,3 procent (Tabell 1).

Tabell 1. Jämförelse i åldersstrukturen 2021 och 2031 (Skånes befolkningsprognos 2022-2031).

Ålder	Befolkning		Förändring	
	2021	2031	Antal	Procent
0–6 år	115 664	114 373	-1 291	-1,1%
7–15 år	154 849	154 751	-98	-0,1%
16–19 år	62 731	73 690	10 959	17,5%
20–64 år	793 010	856 645	63 635	8,0%
65–79 år	202 378	213 848	11 470	5,7%
80+	73 793	107 992	34 199	46,3%
Totalt	1 402 425	1 521 299	118 874	8,5%

Hälsan i Skåne

I Skåne var medellivslängden år 2021, 84,8 år för kvinnor och 81,0 år för män, vilket motsvarar rikets snitt.¹⁰ Enligt SCB beräknas medellivslängden

¹⁰ Statistik SCB

år 2070 i Skåne öka till drygt 89 år för kvinnor och drygt 87 år för män. Varje decennium fram till 2070 beräknas medellivslängden öka med i genomsnitt ett år för kvinnor och drygt ett år för män. Folkhälsan i Sverige och Skåne är ur ett globalt perspektiv god. Nationellt sett visar dock hälsans utveckling både positiva och negativa trender. Ett exempel på en positiv trend är den tydliga minskningen av daglig tobaksrökning, medan en ökning av självrapporterade psykiska besvär utgör en negativ trend. Det senare gäller framför allt bland unga vuxna och i synnerhet bland kvinnor.

Nedan följer sammanfattande uppgifter från Region Skånes Folkhälsorapport 2020 (18–84 år)¹¹ och Folkhälsorapport barn och unga i Skåne 2021 (årskurs 6 och 9 samt år 2 på gymnasiet)¹². Svarsfrekvensen för Folkhälsoenkäten 2020 var på omkring 44 procent och resultatet bör därför tolkas med försiktighet.¹³ Som många enkätundersökningar är Folkhälsoenkäten en urvalsundersökning. Resultaten är skattade för populationen. Det finns osäkerheter som måste tas i beaktande när man beskriver hälsoläget i Skåne och mellan grupper.

Jämfört med övriga riket är den självskattade hälsan i Skånes något lägre (70,1 mot 71 procent).

Tabell 2. Andel med bra eller mycket bra självskattad hälsa, % (Folkhälsorapport 2020)

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid	2000	67,4	72,8	70,1
	2004	66,1	70,7	68,4
	2008	70,0	72,9	71,5
	2012	72,5	75,5	74,0
	2019	67,5	72,6	70,1
Jämförelse mot riket	Riket	69,0	74,0	71,0
	Skåne	67,5	72,6	70,1
	Skillnad	1,5	1,4	0,9

- Majoriteten vuxna i Skåne skattar sin hälsa som ”bra” eller ”mycket bra”.
- Män mår ”bra” eller ”mycket bra” i något högre utsträckning än kvinnor, och yngre i högre utsträckning än äldre.

¹¹ Folkhälsorapport Skåne 2020

¹² Folkhälsorapport barn och unga i Skåne (skane.se)

¹³ I ett stratifierat urval har individer olika sannolikheter att komma med i urvalet. För att urvalet ska representera populationen räknas en viktad svarsfrekvens ut. Den viktade svarsfrekvensen räknas ut med hjälp av designvikter, som beror på den stratifierade urvalsdesignen. Den viktade svarsfrekvensen i denna undersökning uppgick till 44 % (Folkhälsorapport 2020).

- Den självskattade hälsan har varit ganska stabil över tid. Andelar som angett en bra eller mycket bra självskattad hälsa har pendlat strax över 70 procent mellan år 2000 och år 2019.

Psykisk ohälsa

Ett mått på psykisk ohälsa är nedsatt psykiskt välbefinnande. I folkhälsoenkäten 2019 undersöktes detta med fem frågor om hur man känt sig de senaste veckorna. Frågorna handlar om man känt sig olycklig och nedstämd, förlorat tron på sig själv, känt sig spänd, tyckt man varit värdelös samt inte kunnat klara sina problem. Vid jakande svar på minst två frågor bedöms personen ha nedsatt psykiskt välbefinnande. Andelen med självskattad nedsatt psykiskt välbefinnande är högre i Skåne jämfört med riket (19,1 procent mot 17).¹⁴ Jämfört med föregående mätning har variabeln nedsatt psykiskt välbefinnande ökat i Skåne, både bland män och kvinnor.

Tabell 3. Andel med nedsatt psykiskt välbefinnande, % (Folkhälsorapport 2020)

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid	2000	18,2	12,6	15,4
	2004	16,7	11,2	13,9
	2008	17,3	12	14,6
	2012	19,2	12,8	16,0
	2019	22,2	16,0	19,1
Jämförelse mot riket	Riket	20,0	14,0	17,0
	Skåne	22,2	16,0	19,1
	Skillnad	2,2	2,0	2,1

- Psykisk ohälsa är fortsatt ett stort hälsoproblem i befolkningen.
- Bland barn och unga syns en ökning av den psykiska ohälsan.

Övervikt och Fetma

Övervikt och fetma är riskfaktorer för flera sjukdomar såsom diabetes typ 2, hjärt- och kärlsjukdomar samt cancer. Dessa riskfaktorer kan det medföra försämrad livskvalitet för individen och höga kostnader för samhället.

¹⁴ Ett mått på psykisk ohälsa är nedsatt psykiskt välbefinnande. I folkhälsoenkäten 2019 undersöktes detta med en förkortad version (GHQ-5) av det väletablerade mätinstrumentet General Health Questionnaire (GHQ) (6). GHQ5 består av fem frågor om hur man känt sig de senaste veckorna (Folkhälsorapport 2020).

I Skåne har utvecklingen av övervikt varit ganska konstant. Från 35,8 procent skåningar år 2012 med självskattad övervikt räknat i BMI till 35,5 procent år 2019. Skåne ligger på ungefär samma nivå som riket.

Däremot har andelen med obesitas (fetma) ökat i Skåne. Andelen med obesitas var år 2019 16,9 procent i Skåne jämfört med 16 procent i riket. Detta innebär en ökning för Skåne från 14,3 procent vid föregående mätning år 2012.

Tabell 4. Andel med fetma, % (Folkhälsorapport 2020)

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid	2000	9,6	10,1	9,8
	2004	11,9	11,9	11,9
	2008	13,7	14,6	14,2
	2012	13,9	14,7	14,3
	2019	16,5	17,2	16,9
Jämförelse mot riket	Riket	15,0	16,0	16,0
	Skåne	16,5	17,2	16,9
	Skillnad	1,5	1,2	0,9

- Sex av tio män och fem av tio kvinnor i Skåne är överviktiga eller har fetma.
- Övervikt och fetma har ökat bland kvinnor sen 2012, bland män enbart fetma.
- Andelen skolbarn i åldern 11–15 år med övervikt eller fetma har mer än dubblats under de senaste 30 åren, medan andelen med fetma har femdubblats.¹⁵
- Bland barn och unga är andelen med övervikt och fetma vanligare hos pojkar än hos flickor.¹⁵

Fysisk aktivitet

Det finns flera hälsofördelar med att vara fysiskt aktiv. I Skånes folkhälsorapport 2020 redovisas självrapporterad fysisk aktivitet i den vuxna befolkningen.¹⁶

- Omkring två av tre uppnår den rekommenderade nivån av fysisk aktivitet, minst 150 min/vecka. Personer med högre utbildning uppnår nivån i högre grad än personer med lägre utbildning.

¹⁵ Folkhälsoenkät barn och unga i Skåne 2021

¹⁶ Folkhälsorapport Skåne 2020

I Folkhälsoenkät barn och unga i Skåne 2021 ombads eleverna besvara frågan: "Hur mycket rör du dig i snitt per dag (till exempel; går, cyklar eller tränar). Det föreligger socioekonomiska skillnader vad gäller fysisk aktivitet.

- Barn och unga bör i genomsnitt vara fysiskt aktiva i minst 60 minuter per dag, på en måttlig till hög intensitet som ger ökad puls och andning. Könsskillnader föreligger i fysisk aktivitet hos barn och unga. Högre andel pojkar än flickor har en fysisk aktivitet som överstiger den rekommenderade nivån.

Tobak, alkohol och narkotika

Rökning påverkar vår hälsa negativt på flera olika sätt. Rökning ökar till exempel risken för flera olika sjukdomar, däribland hjärtkärlsjukdomar, Kroniskt Obstruktiv Lungsjukdom (KOL) och olika typer av cancer.¹⁷ I tabell 5 redovisas andelen i befolkningen som uppgett att de är dagligrökare.

Tabell 5. Andel dagligrökare, procent (Folkhälsorapport 2020)

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid	2000	20,3	18,2	19,2
	2004	19,2	16,6	17,9
	2008	15,4	14,0	14,7
	2012	12,5	12,4	12,4
	2019	9,0	9,2	9,1
Jämförelse mot riket	Riket	7,0	7,0	7,0
	Skåne	9,0	9,2	9,1
	Skillnad	2,0	2,2	2,1

Tabell 6. Andel riskkonsumenter av alkohol, procent (Folkhälsorapport 2020)

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid	2000			
	2004	13,4	21,9	17,6
	2008	13,9	21,4	17,6
	2012	13,3	19,3	16,3
	2019	12,4	18,0	15,2
Jämförelse mot riket	Riket	13,0	20,0	16,0
	Skåne	12,4	18,0	15,2

¹⁷ Folkhälsorapport 2020

Skillnad	0,6	2,0	0,8
----------	-----	-----	-----

- Totalt sett har tobak-och alkoholbruk minskat i Skåne.
- Andelen dagligrökare är högre i Skåne än i riket.

Trots att daglig rökning fortsätter att minska i Sverige och flera andra länder, är rökning fortfarande den ledande påverkningbara dödsorsaken i Sverige och i övriga höginkomstländer. Användning av andra tobaksprodukter än cigaretter, såsom snus, vitt snus och e-cigaretter ökar i Skåne och i riket. Skillnader finns mellan olika socioekonomiska grupper. Andelen dagligrökare är högre i grupper med lägre utbildningsnivå. Andelen med riskbruk av alkohol är däremot högre i grupper med högre utbildningsnivå. Frågeundersökningar såväl som statistiska indikatorer pekar på att användningen av narkotika i Sverige under 2000-talet har varit mera omfattande jämfört med tidigare. Narkotikaanvändningen tycks dessutom ha fortsatt att öka under senaste den femårsperioden. Tillgången till narkotika har ökat under 2000-talet och dessutom har utbudet av olika sorters narkotika ökat, inte minst på grund av att nya substanser introducerats via internethandel, tillsammans med mera traditionella narkotikaklassade läkemedel.¹⁸

Sjukligheten i Skåne

Sjukligheten skattad på antal registrerade diagnoser för de flesta av de redovisade sjukdomarna i tabell 6 är uppåtgående. Under 2020 och 2021 förekom ett trendbrott med lägre antal registrerade diagnoser för exempelvis KOL, tumörer och obesitas vilket kan vara en effekt av pandemin och därmed färre diagnossatta besök i hälso- och sjukvården.

Tabell 7. Förändring i prevalens för ett urval av diagnoser i Region Skåne¹⁹

¹⁸ Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, Drogutveckling i Sverige 2019

¹⁹ Statistisk från Region Skånes enhet Dataanalys och Registercentrum (DARC)

Diagnoser	Diagnosförändring (2015 – 2021)		
	Män	Kvinnor	Totalt
Artros	↑	↑	↑
Demens	↑	→	↑
Diabetes Typ 1	↓	↓	↓
Diabetes Typ 2	↑	↑	↑
Generaliserad smärta	↑	↑	↑
Hjärtinfarkt	↑	→	↑
Hjärtsvikt	→	↓	↓
KOL	↑	↑	↑
Njursjukdomar	↑	↑	↑
Obesitas	↑	↑	↑
Osteoporos	↑	↑	↑
Psykisk Ohälsa (mild-måttlig)	↑	↑	↑
Stroke	→	→	→
Tumörer	↑	↑	↑

Data från drygt 3000 riktade hälsosamtal²⁰ med 40-åringar genomförda under 2022 visar att andelen riskfaktorer i åldersgruppen är högre än tidigare känt. Sextiofyra procent av deltagande män och 48 procent av kvinnorna har övervikt eller fetma. Andelen män med förhöjt blodsocker (motsvarande nivå prediabetes eller diabetes) är dubbelt så hög jämfört med andelen kvinnor, 12 respektive 6 procent. En fjärdedel av männen och 17 procent av kvinnorna är stillasittande mer än 9 timmar/dag. Den relativt höga andelen män med förhöjda blodsockervärden indikerar en underdiagnostisering av diabetes. Studier visar att medelåldern var 4,6 år lägre för personer vars diabetesdiagnos upptäcktes inom ramen för hälsosamtalen jämfört med personer vars diagnos upptäcktes inom ordinarie klinik och dessa individer hade dessutom bättre prognos avseende totalmortalitet, hjärtkärlsjukdom, retinopati (ögonskador) och njursjukdom. Förebyggande arbete med tidig identifiering av riskfaktorer kan således möjliggöra tidig åtgärd och minskat lidande för individen samt minskade kostnader för hälso- och sjukvården.

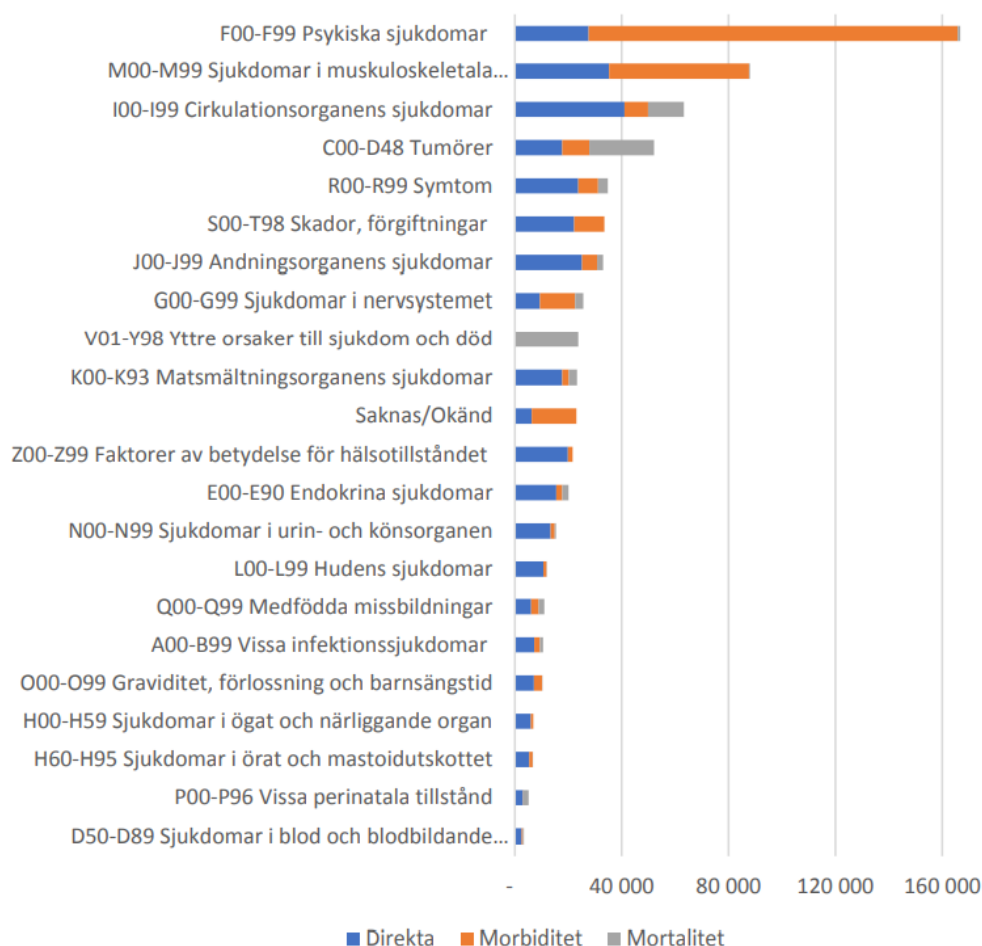
Samhällets kostnader för sjukdomar

Skattning av storleken på de resurser som sjukdomarna tar i anspråk kan utgöra ett mått på den påverkan som sjukdomarna har på samhället. Däremot säger samhällets kostnader inget om behovet är tillgodosett eller vilka resurser som skulle krävas för att minska dessa kostnader. Institutet för Hälso-

²⁰ Vårdgivare Skåne – riktade hälsosamtal

och sjukvårdsekonomi (IHE), genomförde en beräkning av samhällets kostnader för sjukdomar nationellt år 2017²¹.

Figur 6. Direkta och indirekta (sjuklighet och dödlighet) kostnader per sjukdomsgrupp 2017, miljoner kronor (Figur från IHE Rapport 2019:6)



Hälso- och sjukvårdskostnaderna är beräknade för riket men mycket talar för att rangordningen är likartad för de olika regionerna. Rapporten visar att psykisk sjukdom inklusive demens står för högst andel av de direkta och indirekta kostnaderna (24 procent) följt av rörelseorganens sjukdomar (13 procent), cirkulationsorganens sjukdomar (9 procent) och tumörer (8 procent). De kommunala kostnaderna är inte inräknade vilket troligen påverkar utfallet för stroke, psykiska sjukdomar och nervsystemets sjukdomar.

²¹ Samhällets kostnader för sjukdomar år 2017, IHE Rapport 2019:6

Utlåtanden från kunskapsorganisationen

Huvudbudskapen från kunskapsorganisationen i Region Skåne från Behovsrapport 2023 kan sammanfattas enligt följande:

- Minskande vårdbehov är sällsynt oavsett område.
- Allt fler patienter med kroniska sjukdomar får effektiva behandlingar.
- Antalet personer som är 80 år och äldre i Skåne beräknas öka med 34 000 personer fram till år 2031 vilket innebär att åldersrelaterade sjukdomar kommer att öka.
- Inom många områden ökar behoven av hälso- och sjukvårdsinsatser i takt med att nya behandlingar och läkemedel introduceras.
- Ökat behov av screening och diagnosticering, både på grund av nya tekniska möjligheter samt en ökad efterfrågan på etablerade teknologier.
- Det finns behov av mer hälsofrämjande och förbyggande insatser, inte minst i tidig ålder.
- Hälso- och sjukvården är ojämlik, både ur ett geografiskt perspektiv och mellan grupper av patienter. Kunskapen om omotiverade skillnader i hälso- och sjukvården behöver stärkas.
- Organisationsgränser i hälso- och sjukvården ska inte utgöra ett hinder eller fördröja befolkningens tillgång till sammanhållen och god hälso- och sjukvård.
- I det regionala arbetet med läkemedelssäkerhet ses fortsatt en brist gällande överblick av patientens olika läkemedel.
- De flesta områden åberopar mer resurser (personella och materiella), vilket ställer krav på prioritering mellan områden och inom områden – horisontella och vertikala prioriteringar.
- Rekryteringsläget och framtida kompetensförsörjningen är en generell utmaning.
- Digitaliseringen för med sig nya möjligheter, förväntningar och en ökad efterfrågan på digitala tjänster. Digitaliseringen för även med sig förbättrings- och effektiviseringspotential.

- System för att kunna hantera stora datamängder, inklusive artificiell intelligens, behöver utvecklas i närtid.
- Som beredskap för framtida epidemier behövs flexibla lösningar av kohortvård av patienter utvecklas. Samverkan mellan regional och kommunal vård behöver utvecklas, även samverkan inom regionens olika vårdnivåer och enheter behöver förbättras för att erbjuda en mer sömlös vård. Primärvården är fortsatt en avgörande vårdnivå för att klara av att möta både nuvarande och det framtida vårdbehovet.

Slutsatser om befolkningens hälso- och sjukvårdsbehov

Befolkningens behov av hälso- och sjukvård, generellt och inom specifika områden, påverkas av många faktorer; exempelvis hälsa i befolkningen, demografi, geografi och även socioekonomiska förhållanden. Goda levnadsvanor påverkar individens aktuella hälsostatus positivt och bygger upp ett framtida hälsokapital som minskar risk för ohälsa och som gör personer mer motståndskraftiga vid ohälsa. Ovanstående beskrivna individuella och strukturella förutsättningar påverkar behovet av hälso- och sjukvård och kopplingen mellan befolkningens hälsa, behov och åtgärder i hälso- och sjukvården är komplex och svåröverblickbar.

I takt med att nya behandlingsmetoder, läkemedel och andra behandlingar tillgängliggörs utökas gränsen för vad hälso- och sjukvården kan och bör göra. Även nya uppdrag som utökar hälso- och sjukvårdens ansvarsområden kan medföra högre förväntningar på utbud och tillgängliga insatser.

Många vårdbehov i befolkningen resulterar i verksamhetsbehov, medan verksamhetsbehov ibland utgör indikationer på befolkningsbehov. I Behovsrapport 2023 inkom Region Skånes kunskapsorganisation med rekommendationer och förslag på åtgärder.²² Dessa underlag från kunskapsorganisationen är aktuella även för Behovsrapport 2024. Kunskapsorganisationen anser att behoven av hälso- och sjukvård inte är tillgodosedda och att behoven beräknas öka i flertalet vårdområden.

Sammanfattningsvis förväntas befolkningen öka mest i grupperna 16–19 år och över 80 år. Det beräknas innebära ökade behov av hälso- och sjukvård då många, särskilt i den äldre befolkningsgruppen drabbas av åldersrelaterad

²² Behovsrapport för planering av hälso- och sjukvård 2023

sjukdom. Prognoser pekar också på att fler personer kommer att drabbas av sjukdom inom vissa sjukdomsgrupper.

Om inte trenden med ökat stillasittande, obesitas, ensamhet och psykisk ohälsa bryts beräknas det få stora konsekvenser avseende att större andel i befolkningen utvecklar sjukdom och därmed kommer behovet av hälso- och sjukvård öka.

Då det också har visat sig att fler vuxna än förväntat har, en tidigare inte känd, riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom och diabetes kommer behovet av hälso- och sjukvård öka än mer om dessa inte upptäcks i tid för att kunna förhindra sjukdom genom hälsofrämjande insatser.

En krympande andel av befolkningen i arbetsför ålder beräknas också öka risken för svårigheter med kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården.

Många av de prognostiserade trenderna är kopplade till riskfaktorer som är möjliga att påverka genom hälsofrämjande insatser. En av de viktigaste åtgärderna för att möta befolkningens behov, givet tillgänglig prognos och analys, bedöms därför vara att genom hälsofrämjande insatser förhindra eller skjuta upp sjukdomsdebut. Vidare kan hälsofrämjande insatser, vara en möjlighet för den som är sjuk att i större utsträckning förhindra försämring och bli mer självständig och därmed ha minskat behov av hälso- och sjukvårdens insatser.

Inriktningen för slutsatsen i Behovsrapport 2024 går således i linje med beslutad färdplan och målbild för Framtidens hälsosystem.²³ Det handlar bland annat om att bidra till jämlik hälsa och flytta fokus till att se invånare som aktiva medskapare. Arbete med prevention bidrar till ett stärkt samhälle genom att förhindra att sjukdom uppstår hos en frisk individ eller undvika att ett sjukdomstillstånd förvärras. Aktiva och medvetna satsningar på prevention ger stora vinster för både individen, vårdsystemet och samhället i stort samt bidrar till en god och jämlik hälsa i befolkningen

²³ Beslut Regionfullmäktige Målbild och färdplan för framtidens hälsosystem
Info Framtidens hälsosystem