LÅNGTIDS-
UTREDNINGEN
Hälso- och sjukvården
2040

PERSPEKTIVRAPPORT

Patienten, invånaren och behoven



Region Stockholm

Långtidsutredningen Hälso- och sjukvården 2040
Första delrapporten: Patienten, invånaren och behoven
Birger Forsberg, hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Tjede Funk, hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Projektledare: Yvonne Lettermark, hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Yvonne.Lettermark@sll.se

Innehåll

Förkortningar ... 4

Framtidsbild och sammanfattande analys ... 5

1. Introduktion ... 6

2. Metod ... 8

3. Utveckling och nuläge ... 9
- 3.1 Hälsans bestämningsfaktorer ... 9
- 3.2 Hälsoutveckling ... 12
- 3.3 Vårdbehov och vårdefterfrågan ... 15
- 3.4 Värderingar, attityder och förväntningar ... 18

4. Framtid ... 20
- 4.1 Hälsoutveckling ... 20
- 4.2 Vårdbehov och vårdefterfrågan ... 20

5. Diskussion ... 24

6. Slutsatser ... 27

Bilaga 1: Långtidsutredningen Hälso- och sjukvården 2040 ... 28

Bilaga 2: Inriktning och utmaningar i RUFS 2050 ... 30

Förkortningar

BMI
Body-Mass-Index

CES
Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin,
Stockholms läns sjukvårdsområde, Region Stockholm

DALY
Disability-Adjusted Life Years (funktionsjusterade levnadsår)

HSN
Hälso- och sjukvårdsnämnden

HS 2040
Långtidsutredningen Hälso-och sjukvården 2040

IHME
Institute for Health Metrics and Evaluation

KAM
Komplementär och alternativ medicin

MSB
Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

OECD
Organisation for Economic Co-operation and Development
(Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling)

RUFS
Regional utvecklingsplan för Stockholmsregionen

SCB
Statistiska Centralbyrån

SOU
Statens offentliga utredningar

TRF
Tillväxt-och regionplaneförvaltningen

YLD
Years Lived with Disability
(förlorade friska levnadsår pga. funktionsnedsättning)

Framtidsbild och sammanfattande analys

Denna rapport är en del i en serie av flera rapporter som följer. De kommer tillsammans att utgöra underlag för en samlad slutrapport från utredningen Hälso- och sjukvården 2040.

Befolkningen växer och lever allt längre med bättre hälsa.

Befolkningen i Stockholms län växer och invånarna lever allt längre och med bättre hälsa. Det är den korta sammanfattningen av livets och hälsans utveckling i länet under de senaste decennierna. Objektiva mått visar att invånarnas hälsa förbättras. Samtidigt ökar deras konsumtion av hälso- och sjukvård, både totalt sett och per capita. Vårdkonsumtionen är den högsta i landet, jämfört med andra regioner.

Efterfrågan på hälso- och vårdtjänster kommer att öka.

Trots förbättrad folkhälsa överlag kan alltså en ökad efterfrågan på hälso- och vårdtjänster förväntas de närmaste 10–20 åren. Vårdbehoven kommer att fortsätta skjutas upp i åldrarna. Hjärt-kärlsjukdomar kommer att minska och cancer att öka, liksom fetma, diabetes och troligen psykisk ohälsa. Ojämlikheten i ohälsa är en utmaning. Det krävs därför särskilda insatser riktade till utsatta grupper med hög risk för ohälsosamma levnadsvanor och ohälsa.

Synen på hälsa, ohälsa och vård kommer att förändras.

Attityder och värderingar förändras och synen på hälsa, ohälsa och vård med dem. Samtidigt drivs en del av behovsutvecklingen av ett ökat utbud av nya tjänster och behandlingsmöjligheter som tidigare inte fanns. Därtill skapar den växande upplevelsen av mindre god psykisk hälsa behov som inte fanns i samma omfattning tidigare. Några sjukdomar blir också allt vanligare, de mest framträdande är diabetes och fetma.

Satsningen på prevention bör öka för att möta vårdbehoven.

För att minska ohälsan och möta vårdbehoven bör Region Stockholm öka satsningen på prevention, särskilt till utsatta grupper. Utbudet av vårdtjänster bör också utvecklas så att varje behov tas om hand på ett optimalt sätt på rätt nivå.

1. Introduktion

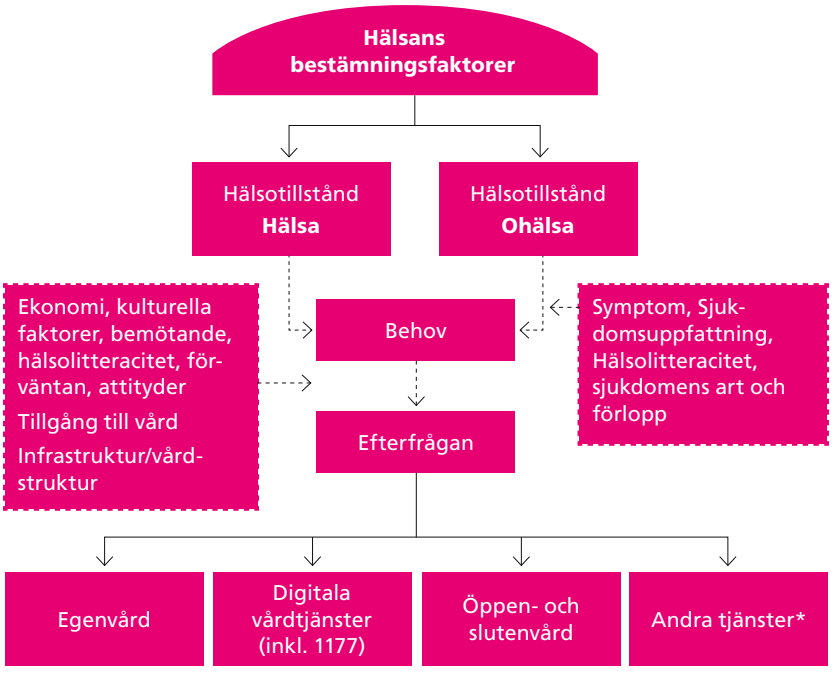
Detta är en av sex delrapporter som tas fram inom ramen för långtidsutredningen Hälso- och sjukvården 2040. Delrapporterna kommer att bilda underlag för en samlad slutrapport som beräknas vara klar 2022.

Arbetet inom utredningen har delats upp i sex olika perspektiv. Denna rapport belyser invånarnas och patienternas behov av hälso- och sjukvård. Dess syfte är att förstå och uppskatta behov och efterfrågan på vård framöver. I rapporten diskuteras hälsa, ohälsa, vårdbehov och förväntad utveckling av efterfrågan på hälso- och sjukvård.

De faktorer som har störst betydelse för människors hälsa brukar benämnas hälsans bestämningsfaktorer. I samspel med arv avgör dessa faktorer individens hälsoutveckling och hälsotillstånd. När hälsan försämras uppstår ohälsa. Beroende på symptom och sjukdomsuppfattning kan ohälsan leda till behov av vård och stöd. All ohälsa leder inte till vårdbehov och alla vårdbehov leder inte till efterfrågan. Det finns många faktorer, såsom ekonomi, attityder och kultur och tillgång till vård, som påverkar efterfrågan.

Figur 1 illustrerar detta flöde – från hälsans bestämningsfaktorer och hälsotillstånd till behov till efterfrågan. I varje led påverkas flödet av ett antal faktorer varav en del kan påverkas av hälso- och sjukvården, men många inte. Rapporten utgår från modellen i figur 1 för att beskriva hur hälsans bestämningsfaktorer, hälsan och behoven förändrats under de senaste decennierna och hur de kan tänkas utvecklas fram till 2040. Den ger ett helhetsperspektiv på utvecklingen och ska bidra till att Region Stockholm har en långsiktig och hållbar planering för invånarnas framtida hälso- och sjukvårdsbehov.

Figur 1. Från hälsans bestämningsfaktorer till vårdefterfrågan



*t.ex. apotek, alternativ medicin



2. Metod

Arbetet med att sammanställa denna delrapport har varit faktadrivet och bakåtblickande, i syfte att skapa en gedigen kunskapsbas inför framtidsdiskussionerna.

Ett brett utredningsmaterial från både statlig och regional nivå har använts som underlag, inklusive Region Stockholms utvecklingsplan RUFS 2050. Inom utredningen har det också gjorts sammanställningar av hälsoutveckling och vårdkonsumtion med hjälp av befintliga nationella och regionala databaser. Relevant vetenskaplig litteratur har också beaktats. Flera workshops med deltagande av tjänstemän, experter och politiker har också gett underlag till arbetet.

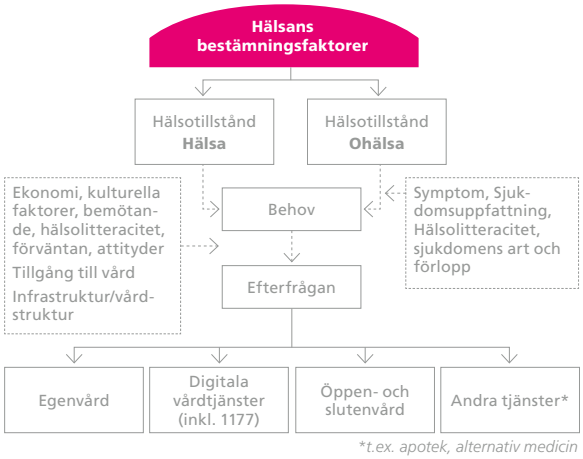
Delrapporten beskriver utvecklingen sedan millennieskiftet, där så varit möjligt, och nuläget. Med hjälp av de gångna årens trender har sedan olika beräkningar gjorts för att uppskatta vårdefterfrågan framöver. Uppkomna scenarier har analyserats och belysts utifrån tänkbara förändringar av hälsans bestämningsfaktorer. Arbetet har syftat till att, utifrån detta, uppskatta den framtida efterfrågan på hälso- och sjukvård och de utmaningar den leder till.

Rapporten går inte in i detalj kring vårdkonsumtion, då produktion och konsumtion av hälso- och sjukvården analyseras i den delrapport som behandlar perspektivet struktur. Rapporten gör inte heller något försök att knyta ihop vårdbehov och efterfrågan med den utveckling som följer av digitalisering och medicinsk-teknisk utveckling eller med styrningsfrågorna. Detta kommer att belysas i andra delrapporter och allt kommer att sammanställas i utredningens slutrapport.



3. Utveckling och nuläge

Följande avsnitt belyser utveckling och nuläge för hälsans bestämningsfaktorer, hälsan, vårdbehoven och vårdefterfrågan.



3.1 Hälsans bestämningsfaktorer

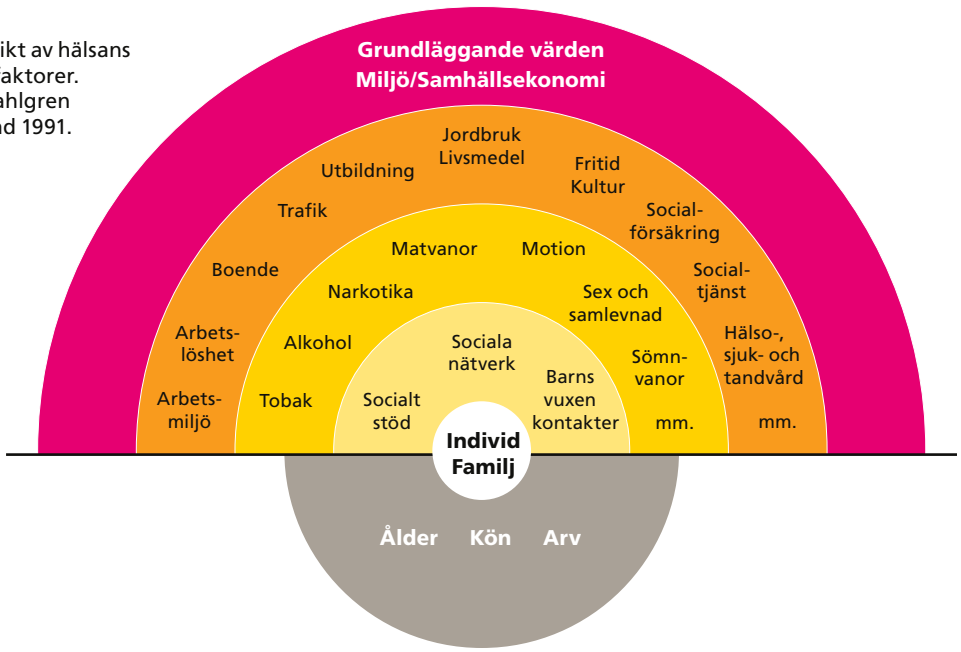
Hälsa kan definieras och upplevas på många sätt. Världshälsoorganisationen WHO definierade redan 1948 hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning. Denna definition upplevdes då som mycket radikal och långtgående, eftersom hälsa framför allt uppfattades som frånvaro av medicinskt definierad sjukdom. Idag kan vi konstatera att WHO:s definition i allt högre grad kommit att sammanfalla med befolkningens upplevelse av hälsa, det vill säga som ett tillstånd som är så mycket mer än bara frånvaro av sjukdom.

Det finns många faktorer som påverkar hälsa, ohälsa och vårdbehov (figur 2). En del faktorer ligger på samhällsnivå och andra på individnivå. Faktorerna samspelar på olika sätt. De som har särskild betydelse för hälsan i Sverige är demografi, utbildning, socioekonomi inklusive inkomstfördelning, levnadsvanor, sysselsättning och arbetsvillkor, klimat och miljö samt globalisering.

Demografi

Befolkningen i Stockholms län ökade med 26,5 % mellan 2000 och 2017, vilket är en påtaglig ökning som motsvarar en årlig befolkningstillväxt på cirka 1,5 %. Alla åldersgrupper ökade i antal (figur 3). Den största ökningen noterades i åldersgruppen 95 år och äldre som mer än fördubblades, om än från en låg nivå.

Figur 2. Översikt av hälsans bestämningsfaktorer. Baserad på Dahlgren och Whitehead 1991.

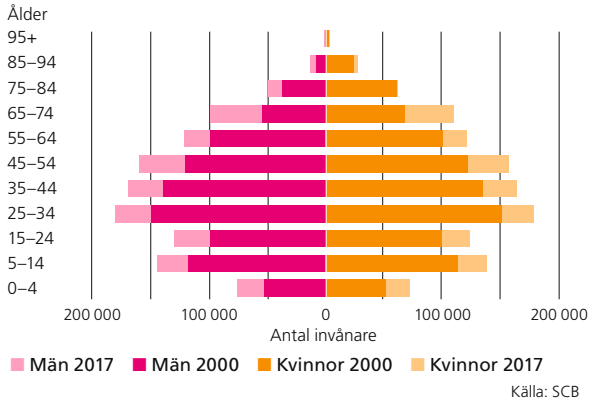


Andel personer i befolkningen såväl mellan 65 och 84 år som bland 85 år och äldre ökade med cirka 60 %.

Ju äldre en person är desto högre är vårdbehoven. Vårdkonsumtionen i befolkningen ökar därför när antalet äldre blir fler. 2018 var 14 % av befolkningen 65–84 år gamla och 2 % 85 år och äldre.

Fördelningen mellan antal kvinnor och män i länet har i stort sett varit densamma sedan millennieskiftet. Runt 50 % av befolkningen är kvinnor.

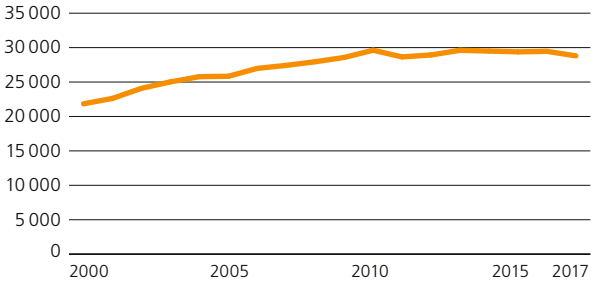
Figur 3. Befolkningspyramid för Stockholms län, 2000 och 2017.



Källa: SCB

Den naturliga befolkningsutvecklingen, det vill säga skillnaden mellan antalet födda och döda, mer än fördubblades i länet under perioden. Antalet födda är av intresse för vården, då det bestämmer behoven av mödra- och barnhälsovård, liksom av förlossningsvård. Utvecklingen av antalet födda under perioden 2000–2017 visas i figur 4.

Figur 4. Antal levande födda i Region Stockholm, 2000–2017.



Källa: SCB

Invandringen till Stockholms län ökade kraftigt mellan 2000 och 2017, såväl från utlandet som från andra delar av Sverige. Andelen som kom från andra regioner i Sverige var 52 % 2018 och andelen från utlandet var 48 %. Det sker även en utflyttning från länet kontinuerligt. Nettoinvandringen har dock varit hög sedan millenniets början.

Nyligen kom en rapport från Folkhälsomyndigheten[1] med nya data som talar för att invandrare från utlandet har bättre hälsa än genomsnittsbefolkningen, men att den försämras något efter några års vistelse i Sverige. I vissa fall blir den till och med något sämre än för genomsnittssvensken.

Utbildning

En hög utbildningsnivå är en av de faktorer som bäst visar ett samband med god hälsa. Andelen högutbildade i regionen, mätt som andelen som har minst 3 års eftergymnasial utbildning i åldern 25–64, ökade från drygt 23 % år 2000 till ca. 34 % år 2015. Enligt RUFS 2050 är andelen unga i Stockholms län som går vidare till högre utbildning relativt hög jämfört med landet i övrigt. Länets befolkning har redan en jämförelsevis hög utbildningsnivå och så tycks det förbli. I RUFS 2050 skrivs att ”Mycket tyder på att den uppåtgående trenden i både kvinnors och mäns utbildningsnivå fortsätter. Det blir därför viktigare att förstärka möjligheten till omskolning och fortbildning, oavsett om det handlar om teoretisk eller yrkesförberedande utbildning.”

Ekonomi och socio-ekonomi

Många variabler som indirekt påverkar hälsan i ett samhälle är beroende av den ekonomiska utvecklingen. Den utvecklingen har överlag varit god i Stockholms län sedan millennieskiftet. Bruttoregionalprodukten, som mäter värdet av alla produkter och tjänster som produceras, växte med 1,6 % i reala termer under perioden 2000–2016.

Medianinkomsten i Stockholms län ökade med 32,4 % från 2000 till 2017, mätt i fasta priser. Det motsvarar en årlig realinkomstökning på knappt 2 %. Inkomsterna ökade överlag mer i de kommuner som år 2000 låg högre i inkomst och mindre för de som låg lägst. Minst ökade inkomsterna i Södertälje, Sigtuna och Järfälla. Inkomstskillnaderna ökade följaktligen mellan olika delar av Stockholms län.

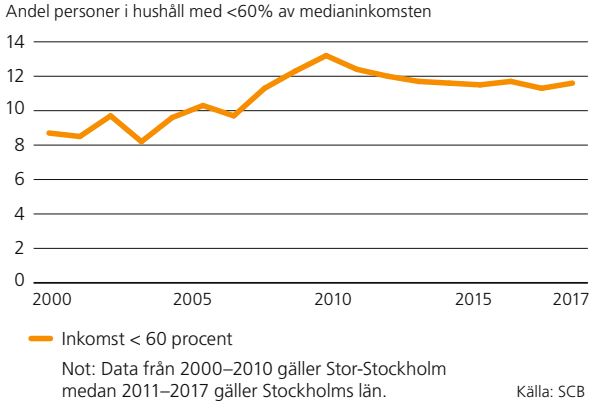
Arbetslösheten, en viktig riskfaktor för ohälsa, låg under perioden kring 6 %. Den har minskat något sedan 2014 och var 2018 drygt 5 %.

Relativ fattigdom i Sverige har definierats som en inkomst lägre än 60 % av medianen, det vill säga den inkomst som ligger i mitten av inkomstfördelningen. SCB beräknar årligen denna andel baserad på deklarerade inkomster. I Stockholms län ökade andelen relativt fattiga från 8,7 % år 2000 till 11,6 % år 2017 (figur 5). Andelen har i stort sett varit oförändrad de senaste 5 åren. 2017 var andelen bland personer födda i Sverige 8,6 % och för utrikes födda 21,8 %, vilket är en påtaglig skillnad. De kommuner som hade störst andel personer i denna kategori 2017 var Södertälje, Botkyrka och Sigtuna.

1 *Hälsa hos personer om är utrikes födda – skillnader i hälsa utifrån födelseland. Stockholm: Folkhälsomyndigheten, 2019*

Ett ytterligare mått på ekonomisk utsatthet som SCB redovisar är andel personer med varaktigt låg ekonomisk standard, mätt som inkomst under 60 % av medianinkomsten. Varaktighet innebär här att man under 3 år har legat under fattigdomsnivån. I Danderyds kommun var denna andel 2017 2,9 %, medan den var 12,8 % i Botkyrka och 14,8 % i Södertälje.

Figur 5. Andel personer i hushåll med låg inkomst i Stockholms län. 2000–2017.



Not: Data från 2000–2010 gäller Stor-Stockholm medan 2011–2017 gäller Stockholms län. Källa: SCB

Sammanfattningsvis kan det konstateras att den ekonomiska utvecklingen i länet varit god sedan år 2000. Realinkomsten har ökat i alla länets kommuner. Samtidigt har de ekonomiska klyftorna ökat mellan olika länsdelar. De lägsta genomsnittliga inkomsterna återfinns i kommuner med stor andel utrikes födda såsom Botkyrka och Södertälje.

Levnadsvanor

Några levnadsvanor som har väl belagda samband med ohälsa är tobaksbruk, alkoholkonsumtion, fysisk aktivitet och kost. Under de senaste 20 åren har rökning och alkoholriskbruk minskat med cirka 11 % respektive 7 %. Detta har tveklöst bidragit till att sjukligheten i hjärt- och kärlsjukdomar minskat.

Vad gäller fysisk aktivitet visar data från folkhälsoenkäterna en viss ökning över tidsperioden. 2014 uppgav cirka 60 % av befolkningen att de motionerar 1 eller 2 timmar i veckan. Samma år sa drygt 40 % att de åt grönsaker eller frukt dagligen, såsom rekommenderas av näringsexperter.

Trots att det skett många positiva förändringar i levnadsvanor finns det mycket kvar att förbättra. Till exempel finns det fortfarande skillnader i ohälsorelaterade levnadsvanor i utsatta kommuner och i befolkningsgrupper med låg inkomst och låg utbildning (tabell 1). Särskilda insatser har gjorts av Region Stockholm för att minska skillnaderna och mycket talar för att sådana insatser framöver fortsatt kommer att vara motiverade.

Levnadsvanor som bidrar till stress måste kontinuerligt bevakas i befolkningen. Så även utvecklingen av sömnvanor som har påvisats vara viktiga för hälsan. Spelberoende och riskfyllt sex är andra faktorer som kan leda till ohälsa och sjukdom.

Klimat och miljö

Klimatutvecklingen i världen har fått växande uppmärksamhet under det senaste decenniet. Årsmedeltemperaturen i Stockholm har i stort sett varit oförändrad under tiden 2000–2018. Flera allvarliga oväder har dock drabbat landet under de senaste decennierna. 2018 inträffade därtill en påtaglig och oväntat svår värmebölja. Stora bränder har också drabbat landet de senaste åren till följd av torka. Den globala uppvärmningen ökar också risken för naturkatastrofer, både utomlands och i Sverige.

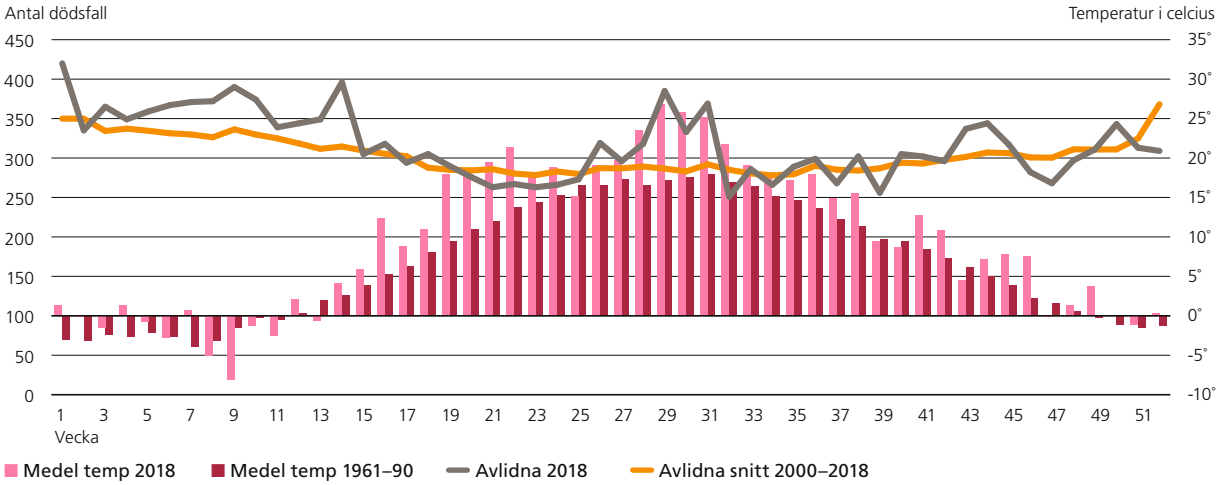
Figur 6 visar att antal avlidna under veckorna 29–31 2018 var högre än genomsnittet motsvarande veckor perioden 2000–2018. Det sammanföll med de veckor när medeltemperaturen per vecka var högre än normalt. Data om vårdkonsumtion visar dock inte på samma tydliga ökning under motsvarande period. Direkta hälsohot till följd av stigande temperatur är ökad förekomst av fästingar och myggor. Fästingar är bärare av allvarliga sjukdomar som borrelia och hjärninflammation. Myggor överför bland annat malaria

Tabell 1. Levnadsvanornas förekomst i befolkningen, totalt och bland hög- respektive lågutbildade, samt deras bidrag till sjukdomsbördan.

Levnadsvanor	Totalt	Högutbildade	Lågutbildade	Bidrag av levnadsvana till sjukdomsbördan (% av total DALYs, 2017)
Dagligrökare	7,1 % (2018)	4 %	10 %	9,5 %
Riskbruk av alkohol	18 % (2018)	17,5 %	18,8 %	5,4 %
Äter grönsaker/ frukt dagligen	40,7 % (2014)	47,4 %	35 %	2,2 %
Motion 1–2 tim/vecka	60,2 % (2014)	65,7 %	55,6 %	1,3 %

Källa: Folkhälsokollen & IHME

Figur 6. Medeltemperatur och antal dödsfall 2018.



Källa: Region Stockholm & Sveriges meteorologiska och hydrologiska institut

och nilfeber, en sjukdom som nyligen etablerat sig i Europa. Myggor som överför malaria finns även i Sverige och sjukdomen var vanlig här på 1800-talet.

Miljörelaterad ohälsa finns inte registrerad separat i tillgängliga register. Forskning har dock påvisat att luftföroreningar leder till betydande sjuklighet och dödlighet i framför allt luftvägssjukdomar. I Stockholms län har luftens kvalitet förbättrats fortlöpande över de senaste 20 åren, men det finns fortfarande innerstadsmiljöer där luftföroreningar är en hälsorisk.

Arbetsrelaterad ohälsa och dödsfall

Arbetsrelaterad ohälsa uppstår när en skada eller sjukdom uppkommer på grund av ett olycksfall eller på annat sätt under arbetet, alternativt på väg till eller från arbetet. Antalet arbetsrelaterade skador i Stockholms län som registrerades 2018 av Arbetsmiljöverket var drygt 34 000. Per 1000 sysselsatta var antalet 6, vilket är jämförbart med landet som helhet. Frekvensen har i stort sett varit densamma från 2014 till 2018.

Inrapporterade arbetsrelaterade sjukdomar var 2 per 1000 invånare i Stockholms län, samma frekvens som för riket som helhet. Antalet sjukdomar av detta slag var 2018 nästan 8 900.

Vad gäller antalet dödsfall i arbetsolyckor var det totala antalet i Stockholms län 62 stycken 2009–2018, med en utveckling från 7 stycken 2009 till 2 stycken 2018.

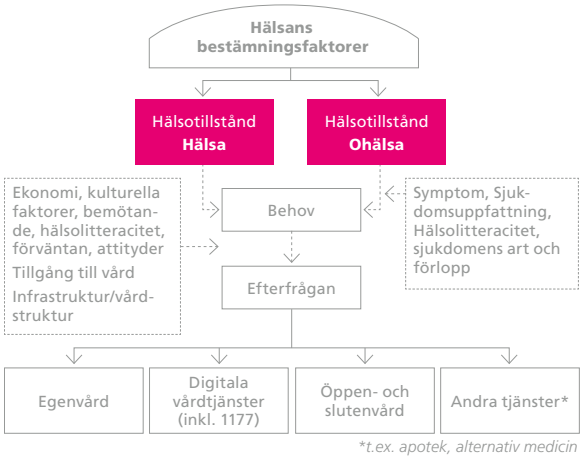
Statistiken talar således inte för någon betydande förändring i antalet arbetsrelaterade olyckor, sjukdomar och dödsfall i länet under perioden.

Globalisering

Med globalisering menas här ökad rörlighet av tjänster, varor och människor över nationsgränserna. Globaliseringen har varit högst påtaglig över de senaste decennierna. Den internationella handeln har ökat och produktion och konsumtion i länet har blivit allt mer beroende av samarbete över gränserna.

Globaliseringen innebär också att länets invånare reser allt mer och allt längre bort. Det har konsekvenser både för sjuklighet och dödlighet, dramatiskt illustrerat av tsunamin i Asien 2004. Detta gör att prevention riktad till resande är viktig. Det kan gälla vaccination och förebyggande av exponering för risker såsom skadligt solande och sexuellt överförda sjukdomar.

Ett annat problem kopplat till resande är risken för att antibiotikaresistenta bakterier följer med resenärerna hem när de återvänder från platser där sådana bakterier är vanliga.



*t.ex. apotek, alternativ medicin

3.2 Hälsoutveckling

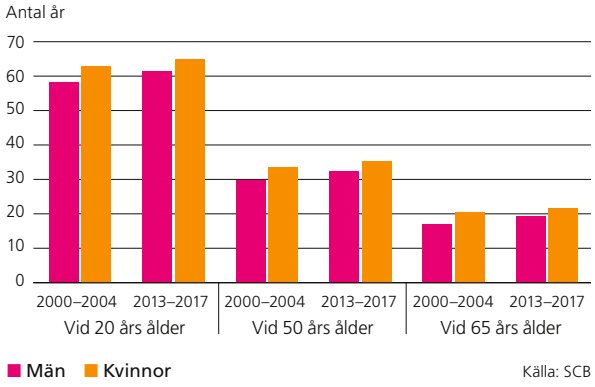
Hälsa och ohälsa kan mätas på olika sätt.
Tre etablerade hälsomått på befolkningsnivå är:

1. Medellivslängd
2. Dödlighet
3. Sjukdomsbörda

Medellivslängd

Invånarna i Stockholms län blir stadigt äldre. Mellan 2000 och 2017 ökade den återstående medellivslängden vid födelsen med drygt 2 år för kvinnor och 3 år för män. 2017 var medellivslängden vid födelse 84 år för kvinnor och 81 år för män. Figur 7 visar att den därtill ökade för båda könen i åldersgrupperna 20, 50 och 65+ (65 år och äldre) under perioden.

Figur 7. Återstående medellivslängd i olika åldersgrupper, Stockholms län, män och kvinnor 2000–2017.



Källa: SCB

Dödlighet och dödsorsaker

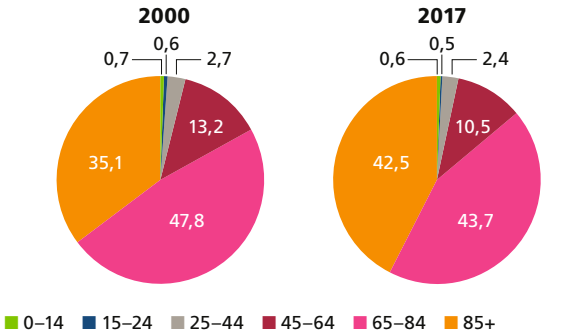
2017 rapporterades 15 869 dödsfall i Stockholms län varav 86 % inträffade bland personer i åldersgruppen 65+. Andelen dödsfall har flyttat upp i åldrarna från 2000 till 2017 (figur 8). Mortaliteten bland barn och ungdomar i åldern 0–14 år utgjorde en mycket liten andel (<1 %) av alla dödsfall.

De flesta dödsfall orsakas av kroniska sjukdomar. 2017 var sjukdomar i cirkulationsorganen, till exempel ischemisk hjärtsjukdom, den vanligaste dödsorsaken i Stockholms län, följt av tumörsjukdomar och sjukdomar i nervsystemet (figur 9).

Sjukdomsbörda

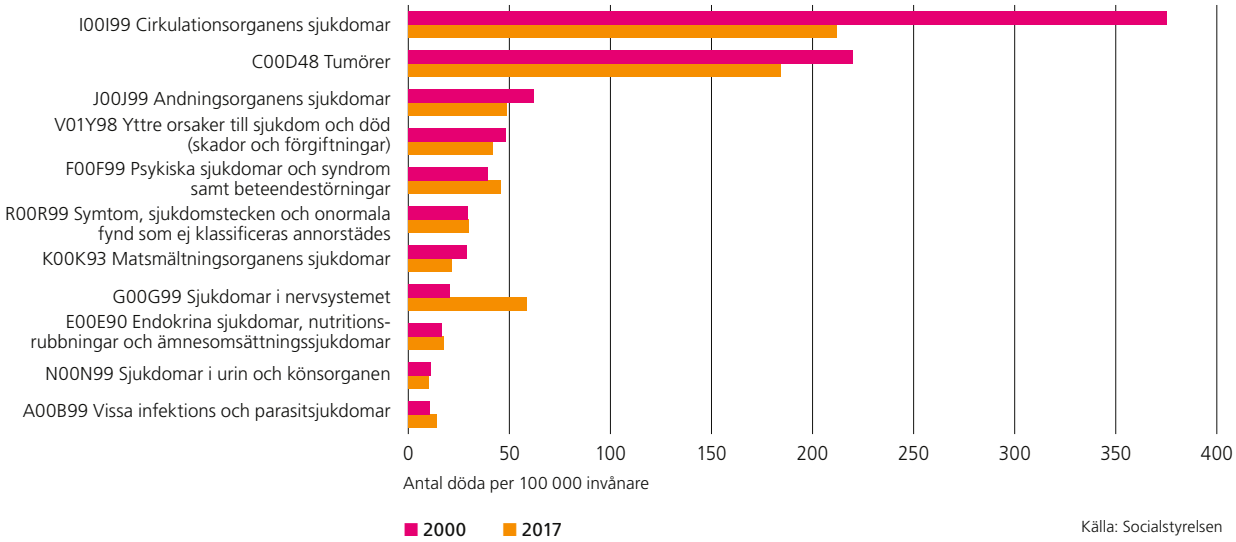
Sjukdomsbörda är ett mått som anger summan av friska levnadsår som förloras på grund av sjukdom/funktionsnedsättning och död i förtid (figur 10). Sjukdomsbördan mäts i DALY, Disability-Adjusted Life Years. En DALY motsvarar ett förlorat år av hälsosamt liv.

Figur 8. Andel dödsfall i olika åldersgrupper 2000 och 2017 Stockholms län.



Källa: Socialstyrelsen

Figur 9. Ledande dödsorsaker i Stockholms län, alla åldrar, båda könen 2000 och 2017.



Källa: Socialstyrelsen

Figur 10: Beräkning av sjukdomsbördan i DALYs



DALYs
DALYs står för Disability Adjusted Life Years (funktionsjusterade levnadsår) och är summan av friska levnadsår som förloras på grund av sjukdom/funktionsnedsättning eller död i förtid.

=

YLD
Years Lived with Disability (förlorade friska år på grund av funktionsnedsättning). Funktionsnedsättning uppskattas för alla tillstånd som på något sätt nedsätter förmågan till full hälsa.

+

YLL
Years of Life Lost (Död i förtid)

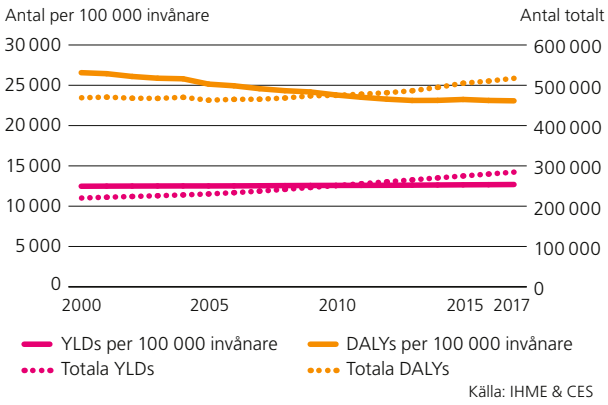
Det totala antalet DALYs och YLDs i Stockholms län ökade från 2000 till 2017 med 10 % respektive 30 %. Det kan delvis förklaras av den ökande befolkningsmängden. DALYs per 100 000 invånare, å andra sidan, minskade sedan 2000. Däremot förblev antalet YLDs per 100 000 invånare stabilt (figur 11). Det betyder att det förloras samma antal friska levnadsår på grund av funktionsnedsättning per invånare som för 17 år sedan. Samtidigt leder den ökande medellivslängden i länet till att färre dör i förtid, vilket medför att DALYs per 100 000 invånare minskar.

Sjukdomsbördan i Stockholms län beror till 86 % på icke-smittsamma sjukdomar, till 9 % på skador och till 5 % på infektioner (figur 12). Fördelningen var densamma år 2000. De ledande orsakerna till sjukdomsbördan i länet, liksom i de flesta europeiska länder, är smärta i ländrygg och nacke och ischemisk hjärtsjukdom. Sjukdomsbördan till följd av mentala sjukdomar är också betydande. Cirka 40% av unga (18–24 år) kvinnor och 30 % av unga män angav psykisk ohälsa år 2018.

Fetma är ett växande hälsoproblem. Fetma definieras som ett BMI på 30 eller över. Andelen i befolkningen med så högt BMI har ökat och 2018 led drygt 1 av 10 invånare i länet av fetma.

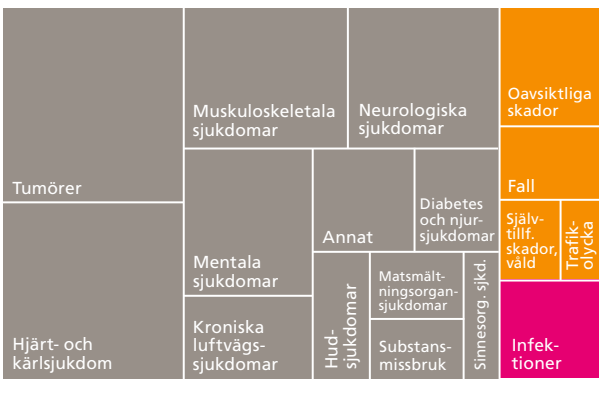
Hälsan i Stockholmsregionen är inte jämnt fördelad. Som beskrivits ovan finns det ett antal variabler som påverkar hälsan, såsom utbildning, socio-ekonomi, sysselsättningsgrad och exponering för riskfaktorer i omgivningen. Dessa faktorer är inte jämnt fördelade i befolkningen. Människor med likartade riskmönster tenderar att bo i samma områden. Därför ses ganska tydliga skillnader när vi mäter hälsa på områdesnivå. Detta illustreras i figur 13. Figuren visar skillnader i återstående medellivslängd vid födseln mellan män och kvinnor i olika geografiska områden längs en tunnelbanelinje i Stockholm. En pojke som föds i Norsborg har i genomsnitt en förväntad återstående livslängd på 79,7 år medan en flicka som föds i Mörby kan i genomsnitt förväntas leva i 83,6 år.

Figur 11. Totala antal DALYs och YLDs och antal per 100 000 invånare 2000–2017.



Källa: IHME & CES

Figur 12: Sjukdomsbörda i DALYs, uttryckt i olika sjukdomsgrupper för Stockholms län, 2017.

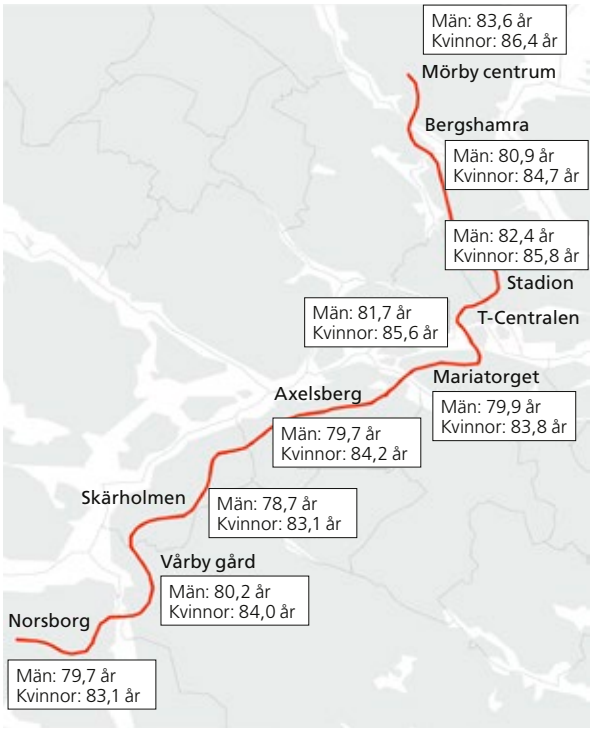


Källa: IHME & CES

Skillnaderna i förväntad medellivslängd mellan olika geografiska områden i Stockholms län har inte minskat de senaste 20 åren. Det bör dock hållas i åtanke att geografiska data baseras på beräkningar av hälsan i den befolkning som bor i området vid mättillfället. Denna befolkning förändras ständigt över tiden genom in- och utflyttningar. Data talar för att en del av de geografiska skillnaderna i regionen beror på att människor som skaffar sig utbildning och högre inkomst flyttar ifrån områden med sämre socio-ekonomi till områden med högre socio-ekonomi.

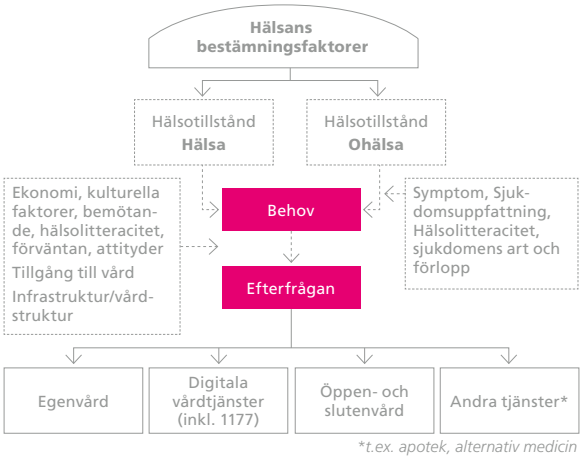
Omvänt kan det vara så att den som drabbas av en längre tids ohälsa och inte kan försörja sig fullt ut tvingas flytta från ett dyrare område till ett billigare. Hälsoindikatorerna i ett geografiskt område kan därför vara lika över tiden, trots att befolkningen i området inte är den samma. Detta illustreras väl i invandrartäta länder som USA, där vissa områden under många år varit första anhalt för nyanlända fattiga immigranter. Dessa områden har konstant dåliga hälsoindikatorer trots att befolkningen bytts ut ett antal gånger. Mer framgångsrika nya immigranter har flyttat därifrån och ersatts av nya, ibland med helt annan geografisk och etnisk bakgrund.

Figur 13. Återstående medellivslängd vid födseln i geografiska områden längs en nord-sydlig tunnelbanelinje i Stockholms län



Siffrorna avser åren 2009–2013 och de kommuner/stadsdelar där stationerna är belägna.

Källa: Tillväxt, miljö och regionplanering och Trafikförvaltningen.



3.3 Vårdbehov och vårdefterfrågan

Ohälsa uppstår när individen är sjuk eller inte upplever sig ha full hälsa. En del ohälsa leder till behov av sjukvård, som i sin tur oftast leder till efterfrågan på sjukvård. Efterfrågan beror primärt på behov av behandling, men kan också bero på behov av stöd, tröst och råd.

Tidigare bestod den huvudsakliga kontakten mellan invånaren och sjukvården av ett läkarbesök. Då kunde tröskeln vara hög för att söka hjälp för sådant som inte betraktades som tillräckligt allvarligt för att motivera läkarkontakt. Det upplevda behovet manifesterade sig då inte alls i efterfrågad sjukvård. Numera finns det många fler möjligheter till kontakt, vilket gör det lättare att söka vård.

Ett växande utbud av hälsofrämjande tjänster och vård leder också till en ökad efterfrågan. Exempelvis tycks komplementär och alternativ medicin, KAM, växa. KAM är inte en del i den skattefinansierade hälso- och sjukvården. Individen finansierar själv sin vård och behandling inom detta område. De legala villkoren för KAM har just utretts i en statlig utredning (SOU 2019:28). I den föreslås en tydligare reglering av KAM.

När invånaren söker vård och blir patient avgörs vårdens inriktning och innehåll till största delen av hälso- och sjukvården. Där bestäms vilka undersökningar som ska göras och vilka behandlingar som skall erbjudas. Vårdens beslut styrs av många faktorer såsom professionell kompetens, medicinsk-teknisk utveckling, utbildning, behandlingstradition och vedertagna riktlinjer. Patienten erbjuds också allt mer att delta i beslutsfattandet om sin egen vård och behandling.

Sjukvården skapar hälsa, men också en del ohälsa. Skador i vården, vårdrelaterade infektioner och biverkningar av behandlingar är exempel på sådan sjukvårdsorsakad ohälsa.

En del behov av hälso- och sjukvårdstjänster skapas inte av ohälsa. Exempel är förebyggande verksamhet, såsom barn- och mödrahälsovård, smittspårning och screening för vissa sjukdomar i befolkningen. Behovet av barn- och mödrahälsovård är direkt relaterat till befolkningsutvecklingen.

En nyligen publicerad OECD rapport visar att Sverige 2015 hade …

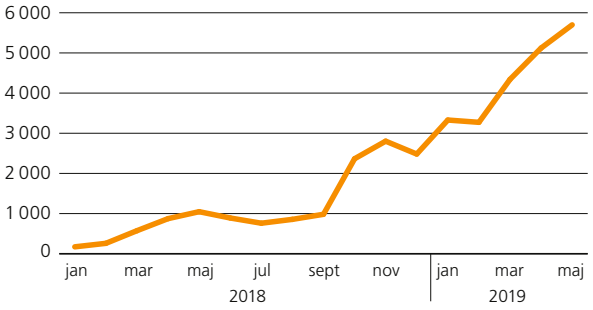
- det lägsta antalet disponibla vårdplatser av alla EU-länder. 2,4 platser per 1000 invånare jämfört med OECD-genomsnittet på 4,7/1000
- ett högre antal läkare per invånare än genomsnittet (4,2 vs. 3,4 per 1000 invånare)
- ett förhållandevis kort vistelse på sjukhus (i genomsnitt 5,9 dagar jämfört med OECDs på 7,8 dagar)

Därtill visar OECD-statistik att Sverige tillsammans med Mexico 2017 hade det lägsta antalet patienter per arbetsdag för läkare (2,8) bland OECD-länderna.

Efterfrågan på vård och sjukvårdsrådgivning möts med olika typer av tjänster. Bland dessa kan nämnas rådgivning via 1177 Vårdguiden, digital rådgivning, besök till olika vårdgivare och vårdprofessioner och slutenvård. Konsumtionen av dessa tjänster registreras av hälso- och sjukvården och kan följas över tiden. Här redovisar vi en del statistik från regionens databaser. Drygt två tredjedelar av befolkningen (69,1 %) var i kontakt med primärvården 2017. Antalet besök i primärvården var genomsnittligt 5,6 per person. Besök i primärvården gjordes hos många olika yrkeskategorier. Läkarbesöken stod för något mindre än hälften.

2015 introducerades en ny form av vårdtjänst i Sverige, digitalt vårdmöte. Detta ger invånaren möjlighet att prata direkt med vårdpersonal, oftast läkare, genom uppkoppling mot nätet. Antalet digitala vårdmöten har utvecklats kraftigt (figur 14) och erbjuds nu av många vårdgivare, inklusive Region Stockholms egenägda.

Figur 14. Antal digitala vårdmöten, Stockholms län, 2018–2019.



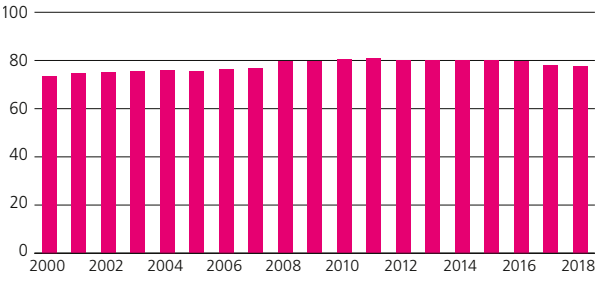
Källa: Region Stockholm

Mellan 2000 och 2018 var andelen av befolkningen som behövde slutenvård inom geriatrik och psykiatri låg, ca. 1 %. För annan typ av somatisk vård var andelen 7 %. En ganska liten andel av befolkningen konsumerar således slutenvård.

Totalt sett var 77,7 % av befolkningen i kontakt med vården som besökare eller inneliggande under perioden (figur 15). Samtidigt stod en liten del för en stor del av vårdkostnaderna. Mest framträdande bland dessa var för tidigt födda och andra nyfödda med svåra sjukdomar samt äldre. Olika uppskattningar har gjorts av vårdens fördelning i befolkningen. En som gjordes med hjälp av data ur Region Stockholms VAL-databas* 2009 visade att 10 % av befolkningen konsumerade 80 % av vårdkostnaderna och 1 % så mycket som en tredjedel. De äldre står för en betydande del, särskilt i livets slutskede, men även multisjuka i alla åldrar är resurskrävande. Det har uppskattats att de multisjuka utgör 2–3 % av befolkningen, men att de står för 50 % av vårdkostnaderna.

Figur 15. Andel av befolkningen som någon gång under året vårdats i öppen eller sluten vård, Region Stockholm, 2000–2018.

Andel i procent



Källa: Region Stockholm

* VAL-databasen är en vårddatabas som baserar på ett tiotal olika databaser med vårdstatistik. VAL-databasen är till för uppföljning och analys av Region Stockholms sjukvårdskonsumtion och produktion."



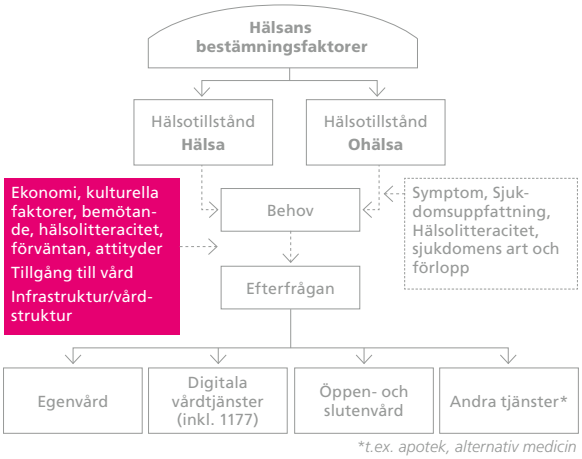
Den första kontaktvägen med vården för invånarna är ofta 1177 Vårdguiden. Tjänsten består dels av en webbsajt med vägledning för att hitta rätt i vården och råd om hälsa och sjukdomar, dels av en telefonsupport för sjukvårdsrådgivning dygnet runt. Antalet kontakter med 1177 Vårdguiden i Stockholms län ökade från 3,4 miljoner i januari 2013 till 12,7 miljoner i januari 2019. Det har således skett en kraftig ökning av användningen av tjänsten.

En dag i den digitala vården i Stockholm

- 29 500 invånare loggar in på e-tjänsterna på 1177.se
- 12 800 inloggningar i journalen
- 1200 tider bokas, avbokas eller ombokas
- 1000 recept förnyas digitalt
- 3500 samtal till 1177 Vårdguiden på telefon
- 1,4 miljoner sidvisningar på 1177.se

Invånarnas frekventa användning av 1177 Vårdguiden visar på ett stort behov av råd om hälsa och vård samt hjälp med hänvisning till lämpligaste vårdform. Detta är en indikation på att behovet växer.

År 2017 gjordes det flest antal besök per 1 000 invånare hos läkare och andra vårdprofessioner i Stockholms län jämfört med övriga regioner i Sverige. Inom slutenvården låg Stockholms län på andra plats i landet vad gäller vårddagar och slutenvårdstillfällen per invånare.



3.4 Värderingar, attityder och förväntningar

Människors värderingar och attityder spelar stor roll för hur de upplever sin hälsa, sina behov av vård och deras förväntningar på vården. Befolkningens inställning till hälsa står för mycket mer än bara en önskan om frånvaro av sjukdom. I takt med att denna inställning utvecklats har också kraven på vård, stöd och omsorg förändrats. Det gäller både för tydliga medicinska tillstånd och för tillstånd som förr inte ansågs vara angelägenheter för sjukvården.

Till komplexiteten i relationen mellan invånaren och vården har också tillkommit att många har ett kritiskt förhållningssätt till myndigheter och auktoriteter. Den stora internationella undersökningen World Value Survey visar att svenskarna är de i världen som drivs mest av värden som inte är religiösa utan baseras på vad som kan betraktas som rationellt tänkande. Svenskarna är också bland dem som är mest angelägna att uttrycka sina individuella behov – i korthet ett folk med stor självrespekt som kräver att i största möjliga mån få delta i olika beslutsprocesser som berör dem.

Hur kommer detta att utvecklas i framtiden? Idag talas det mycket om nya generationer X, Y och Z som bär med sig olika livsstilar, beteenden och attityder. Tabell 2 sammanfattar några egenskaper som karakteriserar

Tabell 2. Sammanställning av olika generationer och deras egenskaper. Olika generationer överlappar i attityd och avgränsningen mellan dem är flytande.

	Babyboom generation	Generation X	Generation Y	Generation Z
Född	1943–1949	1965–1979	1980–1994	1995–2010
Ålder 2018	69–75 år	39–53 år	24–38 år	8–23 år
Ålder 2040	91–97 år	61–75 år	46–60 år	30–45 år
Befolkningsmängden (2018) (% av befolkning)	144 705 (6 %)	487 704 (21 %)	540 146 (23 %)	426 372 (18 %)
Befolkningsmängden (2040) (% av befolkning)	185 894 (6 %)	603 233 (20 %)	616 327 (21 %)	532 927 (18 %)
Andel öppenvårdsbesök (2018)	5 %	14,7 %	16,7 %	9,6 %
Tekniken	Första TV generation, tog till sig tekniken	TV, datorer, förändring från analog till digital	Växte upp i övergångsfasen: internet, mobiltelefoner, laptops, dataspel	Har aldrig upplevt tiden utan internet
Egenskaper	Vill ha stabilitet. Minst trolig att byta vårdgivaren. Öppet för digitala tjänster (främst telefonsamtal)	Intresserade av att bli engagerade. Aktiva att söka information om egen hälsa. Mer gemensamt med Generation Y än babyboomer generation.	Relationen med vårdgivaren är viktig. Stort intresse för digitala vårdtjänster.	Högre krav på samhällstjänster. Vill ha olika alternativ. Störst intresse för digitala vårdtjänster (främst videosamtal)

olika generationer. Hur dessa kommer att förändras över livet är svårbestämt. De gångna decenniernas utveckling mot en medborgare som möter vården med egen kunskap och kompetens kommer dock med stor sannolikhet att fortsätta. Det har förutspåtts att Generation Z, som är födda 1995–2010, i framtiden ”inte kommer att gilla att bli tillsagda vad de ska göra”. Samtidigt har det lyfts fram att högre ålder har ett samband med mer engagemang för och ansvar i det kollektiva och det lokala. Yngre anses vara mer globala i sitt engagemang och ha mer av en kundrelation till samhällets service.

Denna rapport siktar på 2040. Majoriteten av dem som behöver mer omfattande sjukvård är då 80 år och äldre, det vill säga födda 1940–1960. Deras värderingar kommer därför att vara av stor vikt för hälso- och sjukvården 2040.

Generation Z är den generation som bedöms ha varit digitalt uppkopplad sedan barndomen. Denna generation är föremål för stort intresse och för sjukvården kommer den att vara viktig som föräldrar från 2025 och framåt. De äldsta i gruppen kommer att vara 45 år gamla år 2040. Deras krav och värderingar som brukare av bland annat mödra- och barnhälsovård kan förväntas påverka hälso- och sjukvården de närmast decennierna. Inte minst kan de öka kraven på snabb digital och transparent kommunikation.

En viktig utveckling i samhället har varit den ökade orienteringen mot rättigheter, jämlikhet och jämställdhet. Invånarnas krav på att vården ska vara uppmärksam på särskilda behov utifrån deras bakgrund och egenskaper och behandla alla lika har vuxit och kommer sannolikt att bli än viktigare framöver.

Ett antal policys har också tagits fram i regionen för att säkra vård på lika villkor för olika minoriteter. Samtidigt talar man i RUFS 2050 om att framtiden kommer att leda till en allt mer individualiserad livsstil och social fragmentisering. Det bör ställas mot att hälso- och sjukvården idag är ett gemensamt åtagande i Sverige. Den helt dominerande delen finansieras av offentliga medel, ett faktum som inte ändras på kort eller medellång sikt. Det är i spänningen mellan förändrade värderingar och förväntningar och offentligt ansvar för helheten som vårdbehoven skall mötas. De yngre generationernas krav på hög tillgänglighet och snabb handläggning kan förväntas kvarstå och utvecklas ytterligare.

Tjänsteutbudet påverkas av invånarnas och patienternas attityder och vanor i samhället. Därtill tillkommer ständigt nya typer av produkter. Tekniska hjälpmedel samt internet och sociala medier ger medborgarna bättre förutsättningar att anamma hälsofrämjande beteenden samt att förstå behandlingar och råd. Detta bör underlätta för vården, samtidigt som tillgången till snabba kontaktvägar kan leda till större efterfrågan och ökade förväntningar på hälso- och sjukvården.

En särskild problematik är att uppfattningar och värderingar sprids snabbt och ibland anammas utan något vederhäftigt kunskapsunderlag. Ett exempel är att motstånd mot vaccination av barn blivit vanligare i vissa grupper. Det skapar problem då täckningsgraden av vaccinationen kan sjunka och då riskerar fler att få den sjukdom som det vaccineras mot.

Hälso- och sjukvården måste vara beredd på att patienterna framöver kommer ha andra krav, värderingar och förväntningar än idag. Bemötandet blir centralt för invånarnas och patienternas bedömning av vården. Det är viktigt att förtroendet för hälso-och sjukvården hålls högt. Idag uppger cirka 60 % av patienterna i Stockholms län att de har gott förtroende för vården, en andel som ligger i paritet med riket som helhet. Utan högt förtroende för vården kommer säkerligen nya aktörer att uppstå på vårdmarknaden som alternativ till den offentligt finansierade vården. De attityd-förskjutningar i befolkningen som beskrivits kan komma att medverka till det. Samtidigt kan det vara värt att ha i åtanke att den mest omfattande studien av svenskarnas värderingar m.m., den så kallade Sverige-studien som sträcker från 2012 till 2018, sammanfattar att ”svenskarnas värderingar i grunden är stabila”.

4. Framtid

Frågan om hur vårdbehoven kommer att utvecklas mot 2040 är öppen. Det är kring fasta stabila trender som det finns störst möjlighet att göra prognoser.

Ett sätt att försöka besvara frågan om framtiden är att se på hur utvecklingen varit under de senaste 20 åren, vilket har beskrivits i föregående avsnitt. Med utgångspunkt i den kan olika framtidsscenarier skapas baserade på:

1. antagandet att utvecklingen kommer att fortsätta såsom den varit
2. att vissa faktorer som påverkar vårdbehoven kommer att förändras i varierande omfattning jämfört med hur de förhållit sig under de senaste 20 åren och/eller
3. att händelser eller faktorer kommer att inträffa som leder till påtagliga och i viss mån dramatiska förändringar av vårdbehoven.

Att förutsäga händelser av det sistnämnda slaget är inte omöjligt men svårt och medför, oavsett vilken modell som används, stor osäkerhet. Det är kring de fasta, stabila trenderna som det finns störst möjlighet att göra tillförlitliga prognoser. I det följande har vi i första hand utgått från alternativ 1 och 2 ovan för att komma fram till en sannolik utveckling av vårdbehov och efterfrågan.

4.1 Hälsoutveckling

Utvecklingen av ett antal bestämningsfaktorer som är viktiga för hälsan har överlag varit positiv de gångna decennierna. Den ekonomiska utvecklingen har varit god och så även utvecklingen av realinkomsten. Arbetslösheten, en viktig orsak till ohälsa, har varit tämligen konstant och låg under perioden. Utbildningsnivån i befolkningen har höjts. Inget talar för att dessa trender kommer att brytas nämnvärt de närmaste åren. Det finns därför skäl att anta att hälsoutvecklingen fortsatt kommer att vara positiv i länet. Detta stöds av den regionala utvecklingsplanen RUFS 2050 i vilken medellivslängden för nyfödda 2050 beräknas öka till 88 år för kvinnor och drygt 85 år för män.

Samtidigt med denna goda hälsoutveckling är det oroande att klyftorna mellan en mindre, utsatt grupp i samhället och övriga tycks öka. Det finns till och med en svag antydan till att medellivslängden bland lågutbildade nu stagnerar i Sverige. De som av olika skäl släpar efter i utvecklingen tycks få allt svårare i förhållande till övriga befolkningen. Särskilda insatser kan komma att behövas framöver för att stödja dem och motverka denna utveckling.

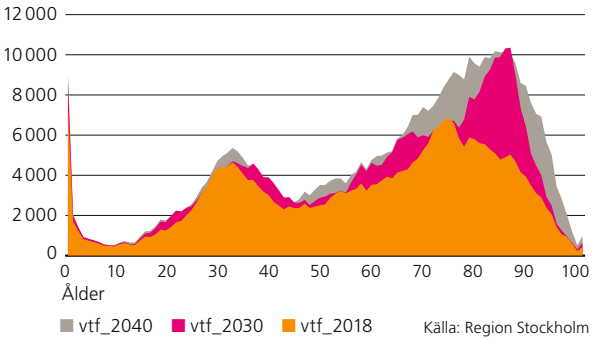
4.2 Vårdbehov och vårdefterfrågan

Den enskilt viktigaste bestämningsfaktorn för ohälsa och vårdbehov är befolkningens storlek och dess ålderssammansättning. 2040 kommer Stockholms län ha cirka 2,96 miljoner invånare, drygt 600 000 fler än idag. Befolkningen kommer att öka i alla åldrar, men särskilt i åldersgrupperna över 77 år. Andelen av befolkningen som är 85 år eller äldre kommer att öka från knappt 2 % till mer än 3 %, samtidigt som andelen barn under 5 år minskar från 8 % till 7 %. Andelen kvinnor kommer att minska från 50 % till 49 %.

Sjukdomsmönster och sjukvårdskonsumtion skiljer sig något mellan könen. Kvinnor söker oftare vård. De får också i högre utsträckning än män vård inom primärvården, medan män oftare än kvinnor vårdas inom specialistvården. En del riskfaktorer för ohälsa skiljer sig också mellan könen. Våld i nära relationer drabbar oftare kvinnor. Traditionellt dricker män mer alkohol än kvinnor. Rökning har också varit mycket vanligare bland män än kvinnor, men där har en utjämning skett. Både alkohol och rökning har långsiktiga negativa och allvarliga effekter på hälsan.

De demografiska förändringarna leder till att antalet äldre kommer att öka i länet. Vårdkonsumtionen ökar med åldern och de äldre konsumerar proportionellt betydligt mer vård än de yngre. I figur 16 visas den förväntade utvecklingen av slutenvårdskonsumtionen fram till 2040. Av figuren framgår att toppen för vårdkonsumtionen skjuts successivt uppåt i åldrarna. Det ställer ökade krav både på vården och på samarbetet mellan länets hälso- och sjukvård och kommunernas åldringsvård och hemtjänst.

Figur 16. Antal slutenvårdstillfällen efter ålder i Region Stockholm 2018, 2030 och 2040.

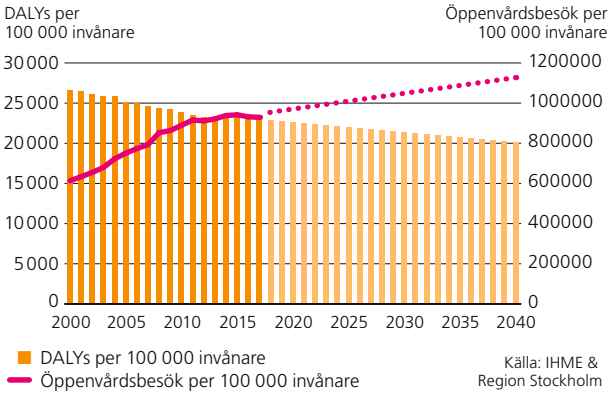


För att förstå framtidens behov av hälso- och sjukvård måste behoven uttryckas i förväntad konsumtion av hälso- och sjukvård. Utgångspunkten för uppskattningen måste vara sådana tjänster som idag erbjuds, eftersom vi ännu inte känner de tjänster som kan komma att uppstå i framtiden. Deras karaktär och omfattning är i dagsläget okända och därmed också deras påverkan på befintligt tjänsteutbud.

Ett ökat tjänsteutbud leder till ökad efterfrågan, men kan också medföra förskjutning mellan olika vårdformer så att vården som helhet levereras kostnadseffektivare för såväl patient som vårdgivare.

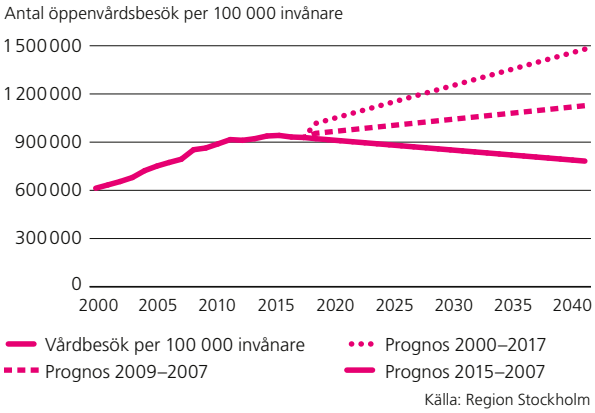
Denna rapport påvisar med befintliga mått hur efterfrågan på vård har ökat sedan millennieskiftet, trots den överlag förbättrade folkhälsan. Håller trenden i sig kommer efterfrågan att öka ytterligare i framtiden, framför allt på grund av en växande befolkning i länet. Det finns därtill en tendens till att vårdefterfrågan och objektiva hälsomått skiljer sig åt allt mer. Figur 17 anger sjukdomsbördan och antalet vårdbesök per 100 000 invånare och visar ett växande gap mellan behov, mätt som sjukdomsbörda, och vårdefterfrågan. Orsakerna till detta gap kan vara många, såsom att upplevda behov inte motsvarar måttet på sjukdomsbörda eller att tjänster efterfrågas som har begränsad koppling till ett medicinskt vårdbehov.

Figur 17. Antal DALYs och öppenvårdsbesök per 100 000 invånare, prognos till 2040.



För att illustrera några av de absoluta vårdbehoven visas i figur 18 tre olika prognoser för de samlade besöken i öppenvården. Sammanställningen innefattar besök i alla vårdgrenar, det vill säga primärvård, somatisk specialistvård, geriatrik och psykiatri. De tre prognoserna utgår från tre olika baslinjer. Den punkterade linjen utgår från utvecklingen över hela perioden 2000–2017, den streckade från perioden 2009 (när vårdvalen infördes) till 2017, och den tredje från perioden 2015–2017. Den sistnämnda representerar utvecklingen efter att digitala vårdmöten infördes.

Figur 18. Tre alternativa prognoser för totala antalet besök i öppenvård i Region Stockholm till 2040. Prognoserna är baserade på tre olika perioder för tiden 2000–2017.



Generellt gäller att ju längre tidsperiod som används som bas, desto större är säkerheten i prognosen. Samtidigt kan förändringar som ligger nära i tiden få stor betydelse framöver, om de representerar ett trendbrott. Om observationsperioden då görs lång, kan den nya trenden överskuggas av den gamla. För att fånga komplexiteten och osäkerheten i prognosarbetet är det därför rationellt att visa flera olika scenarier baserat på olika antaganden om trender. Samtidigt vill vi framhålla att prognoser för öppenvårdsbesök i regionen/landstinget har visat sig vara svåra att göra med god precision, bland annat på grund av att definitioner och rapporteringsgrad kan förändras över tiden.

Antalet besök i öppenvården påverkas både av behoven per individ och antalet individer i befolkningen. I tabell 3 visas en prognos för totala antalet öppenvårdsbesök fram till 2040. Utgångspunkten är besöksfrekvensen 2018. Då demografiska prognosdata får betraktas som tämligen säkra är konsumtionen av vårdbesök per individ det som kan påverka prognosen mest.

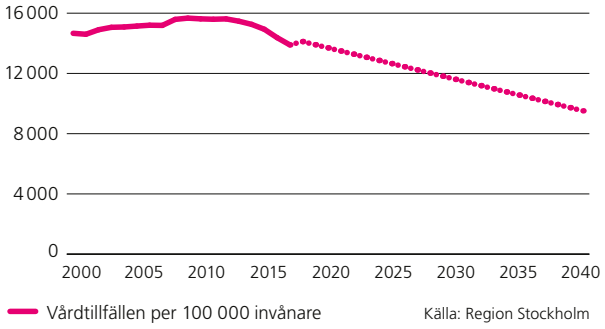
Tabell 3. Antalet öppenvårdsbesök 2018 och prognos 2020, 2030 och 2040, Region Stockholm.

	2018	2020	2030	2040
Antal öppenvårdsbesök	21 625 007	22 464 887	26 820 431	30 429 553
%-förändring i förhållande till 2018		3,9 %	24 %	40,7 %

Prognoser kan vara mer eller mindre känsliga för oväntade och snabba förändringar. I Region Stockholms fall är vårdvolymen och befolkningen så stor att det krävs dramatiska och stora förändringar för att prognoserna skall slå helt fel. Den långsiktiga trenden, som bygger på befolkningens kontinuerliga behov, är så pass stark att den dominerar över tillfälliga variationer. Störst osäkerhet skapas av risken för pandemier. En stor global epidemi av en ny sorts influensa kan skapa stora behov av sjukvård över något år. Risken för en sådan dramatisk pandemi bedöms dock vara relativt låg, med tanke på den beredskap som byggts upp i världen efter SARS-epidemien och fågel- och svininfluensan under millenniets första decennium.

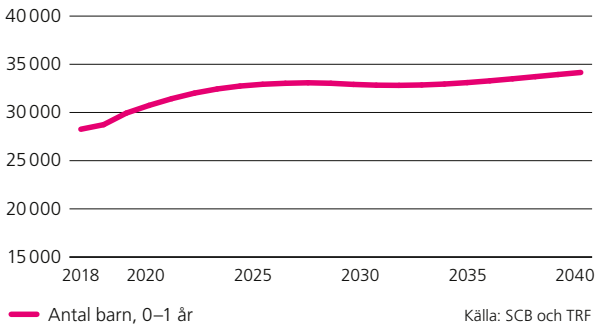
Slutenvården har visat tecken på att minska per invånare under den gångna 20-årsperioden (figur 19). Slutenvårdstillfällena har minskat något under de senaste åren och vårdtiderna har blivit kortare. Hur utvecklingen kommer att bli framöver beror på behov, strukturella beslut om vårdutbudet, den medicinsk-tekniska utvecklingen och hur pass väl den kommunala hemtjänsten kan ge äldre invånare stöd i hemmet. En prognos för slutenvården är därför behäftad med betydande osäkerhet. Trenden för åren 2000–2040 såsom illustreras i figur 19 visar att slutenvårdstillfällena per 100 000 invånare kommer att minska något. Samtidigt kommer behoven av vårdplatser totalt sett att öka eftersom befolkningen växer. Detta illustreras i tabell 4 där slutenvårdskonsumtionen 2018 tagits som utgångspunkt för uppskattningar av antalet slutenvårdstillfällen 2020, 2030 och 2040. Prognosen tar bara hänsyn till förändringar i befolkningsstrukturen. Under den förutsättningen ser vi att det kommer att ske en påtaglig ökning av antalet vårdtillfällen.

Figur 19. Antal slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, Stockholms län, prognos till 2040.



De förväntade behoven av barn-och mödrahälsovård illustreras i figur 20 som visar de demografiska prognoserna för antalet barn mellan 0 och 1 år. Dessa kommer att öka till strax över 34 000 år 2040.

Figur 20. Antalet barn i åldern 0–1 år i Stockholms län, prognos till 2040.



Tabell 4. Antal slutenvårdstillfällen i Stockholms län, 2018, 2020, 2030 och 2040.

	2018	2020	2030	2040
Antal slutenvårdstillfällen	316 700	330 172	401 154	463 453
%-förändring i förhållande till 2018		4,3 %	26,7 %	46,3 %



Utvecklingen av digitala vårdtjänster har gått snabbt under de senaste åren. Idag finns det en mängd leverantörer av vårdtjänster genom olika digitala verktyg. Eftersom digitalisering blir allt vanligare och invånarna i allt högre grad kräver digitala lösningar kan det antas att efterfrågan på digitala vårdtjänster fortsatt kommer att öka. Digitala verktyg kommer inte bara att påverka utbudet och vårdefterfrågan utan också behandlingsmöjligheter och preventiva insatser. I vilken utsträckning det kommer att förändra invånarens hälsotillstånd och behov eller patientens kontakt med hälso-och sjukvården är svårt att förutsäga.

Vad gäller det specifika sjukdomspanoramat kan man förvänta sig att den tidigare beskrivna utvecklingen kommer att fortsätta. Hjärt-kärlsjukdomar kommer fortsatt att minska, bland annat till följd av minskad rökning. Cancer kommer att öka till följd av fler äldre i befolkningen. Skador relaterade till fritidsaktiviteter kan förväntas öka. Levnadsvanorna kommer fortsatt att vara väsentliga för ohälsoutvecklingen, även om både rökning och alkoholkonsumtion minskar. Matvanor och fysisk aktivitet kommer att vara i fokus när fetma och övervikt förväntas öka framöver, liksom diabetes. Den psykiska ohälsan kommer troligen också att öka.

Förändrade levnadsvanor kan skapa nya växande behov i framtiden. Vid exempelvis tävlingsidrott är skaderisken betydande. Det finns ingen tillförlitlig statistik över idrottsskador, men de har uppskattats till cirka 100 000 fall per år. (Denna uppgift inkluderar inte förslitningsskador). Skaderisken vid utövning av idrott och en del andra fritidsaktiviteter är välkänd av utövarna. Sådana skador kan förväntas öka i takt med ökad köpkraft, mer fritid och förändrade sätt att se på fritidens innehåll. Nya oväntade skaderisker kan också uppstå, såsom skett med introduktionen av elsparkcyklar i stadstrafiken.

Klimatförändringar kommer med stor sannolikhet att leda till förhöjd medeltemperatur. Detta kan leda till viss, men begränsad, ökning av dödligheten bland äldre.

Det ökade resandet till följd av globalisering ökar risken för sjukdomar och skador. Vårdbehoven till följd därav är dock små i förhållande till helheten i regionen. I nuläget finns det inte anledning att förvänta sig någon markant ökning av dessa vårdbehov.

Risken för skador till följd av krig och terrorhandlingar är mycket svårbedömd. Den kan minska eller öka jämfört de gångna 20 åren då den ändå haft viss, men begränsad, betydelse för vården i regionen. Beredskapen för större katastrofer till följd av dramatiska väderhändelser i Sverige eller utomlands där svenskar vistas måste troligen hållas hög, åtminstone över första halvan av den studerade tidsperioden och kanske längre.

5. Diskussion

Denna rapport visar att hälsan med stor sannolikhet kommer att fortsatt förbättras de kommande åren. Trenderna för ett antal viktiga bestämningsfaktorer för hälsan är positiva, om än något osäkra. Befolkningen lever längre och lägger överlag friska år till livet. Samtidigt kan skillnaderna i ohälsa komma att kvarstå om inte insatser görs för att motverka dem.

Sjukdomspanoramat kommer sannolikt att följa samma mönster som förelegat de senaste decennierna: hjärt-kärlsjukdomar minskar, cancer ökar, liksom diabetes, fetma och psykisk ohälsa.

Trots förbättrad folkhälsa överlag kan en ökad efterfrågan på hälso- och vårdtjänster förväntas. Det ligger i linje med den utveckling som setts i länet hittills under 2000-talet. Hur efterfrågan kanaliseras är avhängigt tjänsteutbudet. Denna rapport utgår från de två tyngsta vårdtjänsterna i dagens hälso- och sjukvård – vårdbesök och slutenvårdstillfällen. Prognosen talar för att vårdbesöken kommer att öka. Samma gäller för slutenvårdstillfällena, även om större osäkerhet råder kring dessa. Deras utveckling är i högre grad än öppenvårdens, avhängiga medicinsk-teknisk utveckling, sjukvårdens tjänstedesign och vårdens struktur.

Roger Molin, mångårig utredare inom svensk hälso- och sjukvård, utvecklade, vid ett möte inom ramen för långtidsutredningen, hur den ökade efterfrågan på vård framöver kan mötas trots begränsade resurser. Han ansåg att maskiner bör göra så mycket som möjligt av jobbet i vården och att människorna bör ersättas, när så är möjligt, med teknik. Han menade också att den ökade mätning av hälsoparametrar som den tekniska utvecklingen möjliggör, kan komma att leda till att antalet diagnostiserade fall av kroniska sjukdomar ökar. Därtill kommer det ökade antalet äldre att leda till ökad belastning på vården. För att motverka detta, ansåg Molin att individinriktad prevention och stöd till goda levnadsvanor måste ges högre prioritet.

De totala vårdbehoven (N) i en befolkning är ett resultat av antalet personer i befolkningen (X) och vårdbehoven per person (Y), vilket ger N=X*Y. Som vi sett kommer X, befolkningen i Stockholms län, att öka. Vägen framåt för att då påverka vårdbehoven är att minska Y, vårdbehoven per person. För hälso- och sjukvården är det därför av stor betydelse att det fortsatt satsas på prevention och hälsofrämjande. Sådana satsningar är nyckeln till att skapa verkliga förändringar av sjukdomsbördan och vårdbehoven.

Samhället kan på olika sätt påverka befolkningens och individens hälsa och förebygga vårdbehov genom att stärka hälsofrämjande faktorer och skydda mot risker för sjukdom och skador. Exempel på samhällsinsatser som betytt mycket är arbetet med att minska skadorna i trafiken, skatt på tobak och en alkoholpolitik som bidragit till minskad alkoholkonsumtion.

Förebyggande insatser bedöms generellt som kostnadseffektiva, inte minst av det skäl att de sparar liv över många år. De kan till och med leda till att en sjukdom helt elimineras i befolkningen, såsom skedde med smittkoppor.

För att motverka och minska arbetsrelaterad sjukskrivning är det angeläget att arbetsgivarna arbetar för att skapa så god fysisk och psykisk arbetsmiljö som möjligt. Inte minst viktigt är att den enskilde medarbetaren uppmärksammas så att tidiga signaler på svikt och vantrivsel fångas upp. Det torde gälla idag och framöver, inte minst för Region Stockholm som är en av länets största arbetsgivare.

I RUFS 2050 sätts målet upp att nå en jämlik och förbättrad folkhälsa och bidra till att sluta hälsogapet. Vägen framåt sammanfattas i punkterna

- främja och förebygga med sikte på att utjämna skillnader i hälsa
- integrera folkhälsa i styrning och ledningssystem
- utveckla samverkan och delaktighet
- säkerställa en jämlik, god och tillgänglig hälso- och sjukvård
- stärka folkhälsoperspektivet i samhällsplanering och gestaltning av den byggda miljön.

Region Stockholm har under 2000-talet kontinuerligt gjort betydande hälsofrämjande satsningar. Baserat på vunna erfarenheter kan detta arbete fortsätta, förbättras och expandera.



Bevakningen av folkhälsans utveckling är angelägen framöver, dels för att upptäcka nya ohälsotrender tidigt, dels för att värdera effekterna av samhällsutvecklingen och i vissa fall även gjorda investeringar i prevention. Inom Region Stockholm har det drivits ett kontinuerligt epidemiologiskt arbete där sjukdomsbördans utveckling följts och folkhälsan dokumenterats i folkhälsorapporter vart fjärde år. Fortsatta insatser av detta slag kommer att medverka till att stödja positiva insatser för invånarnas hälsa.

Inom vården bör det vara angeläget med insatser som syftar till att minimera de behov som beror på vården själv. Patientsäkerhetsfrågor bör ges hög prioriterat i både primärvården och övrig specialistvård.

Vilken osäkerhet råder då kring denna framtidsbild? Den största utmaningen för samhällsutvecklingen är enligt Myndigheten för samhällsberedskap (MSB) social oro, hot och våld, utanförskap och segregation, ensamkommande barn och brottslighet. Alla dessa företeelser har kopplingar till individernas hälsa. De är inte nya och deras inverkan på hälsan har redan återspeglats i vårdbehov de senaste 20 åren, inte minst för psykisk ohälsa.

Till osäkerheten skall också läggas risken för än mer dramatiska händelser såsom krig eller extrem väderlek som leder till akut brist på vatten och kanske mat. Hälso- och sjukvården följer här den beredskap som byggs i samhället av myndigheter såsom MSB och försvarsmakten.



6. Slutsatser

Rapportens huvudslutsatser om framtiden kan sammanfattas i följande punkter:

1. HÄLSAN FÖRBÄTTRAS: trender för ett antal viktiga bestämningsfaktorer för hälsan är överlag positiva, om än något osäkra.

2. TROTS FÖRBÄTTRAD FOLKHÄLSA kan en ökad efterfrågan på hälso- och vårdtjänster förväntas, framför allt på grund av befolkningsökningen.

3. MÄNNISKOR BLIR ALLT ÄLDRE och vårdbehoven fortsätter skjutas uppåt i åldrarna

4. SJUKDOMSPANORAMAT kommer att följa samma mönster som det haft senaste decennierna: hjärt-kärlsjukdomar kommer att minska och cancer, fetma och diabetes att öka.

5. DEN PSYKISKA OHÄLSAN har ökat under senare år. Den är avhängig av många faktorer, och kommer troligen fortsatt att vara betydande framöver.

6. LEVNADSVANORNA kommer att vara väsentliga för ohälsoutvecklingen. Matvanor och fysisk aktivitet behöver vara i fokus eftersom fetma och diabetes ökar.

7. OJÄMLIKHETEN I OHÄLSA kommer att bestå om inte särskilda riktade insatser sätts in för att förbättra hälsan i riskgrupper.

8. KLIMATUTVECKLINGEN kan kräva särskild beredskap i hälso- och sjukvården, liksom risken för nya globala epidemier.

9. MÄNNISKORS VÄRDERINGAR och attityder samt förtroende för vården har växande betydelse för deras beteende och relation till hälso- och sjukvården. Invånarna och patienterna kommer sannolikt att bli än kunnigare och önska större inflytande över den egna vården framöver.

10. MEDICINSK OCH TEKNISK UTVECKLING och vårdens organisation kommer att påverka både vårdbehov och utbud på sådant sätt att det idag kan vara svårt att förutse hur vårdbehoven uttrycks och möts så långt fram som 2040.

Vårdbehoven påverkas till stora delar av faktorer som ligger utanför hälso- och sjukvården och även Region Stockholms mandat. Samtidigt finns det insatser som Region Stockholm kan göra för att påverka dem.

Dels kan ökade satsningar på prevention av ohälsa göras. Även små minskningar av sjukligheten får betydande positiva effekter på vårdkonsumtionen och därmed hälso- och sjukvårdens kostnader. Dels kan Region Stockholm påverka tjänsteutbudets karaktär, en faktor av stor betydelse för vilka former efterfrågan på vård tar sig. I det fortsatta arbetet inom långtidsutredningen kommer fördjupningar att göras för att förbättra beslutsunderlagen för insatser inom prevention, tjänstedesign och vårdstruktur.

Bilaga 1: Långtidsutredningen Hälso- och sjukvården 2040

Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) beslutade den 22 maj 2018 om direktiv för en utredning om hälso- och sjukvårdens utveckling fram till 2040, i dialog med företrädare för profession, patienter och andra intressenter. Utredningsdirektivet förtydligades av HSN 27 augusti 2019.

När den nya majoriteten i oktober 2018 presenterade sin politiska plattform fanns följande skrivning med: *”Region Stockholm ska ha en långsiktig och hållbar planering för länets framtida behov av hälso- och sjukvård. Den demografiska och hälsorelaterade utvecklingen och medicinska framsteg innebär förändrade behov som påverkar vårdens organisation och resursfördelning. Därför ska en bred parlamentarisk utredning genomföras under mandatperioden med sikte på vården 2040.”*

Långtidsutredningen har ett särskilt uppdrag att rapportera till en politisk referensgrupp. Varje parti i regionfullmäktige har erbjudits att delta med två ledamöter som sedan utsetts av HSN.

I samband med antagandet av Regional utvecklingsplan för Stockholmsregionen, RUFS 2050, betonades följande i tjänsteutlåtandet[2]: *För att arbeta i enlighet med RUFS 2050 behöver varje aktör, inklusive landstingets olika verksamheter, konkretisera vad inriktningen i regionplanen och de kompletterande dokumenten innebär för den egna verksamheten.*

Långtidsutredningens fokus är att ur ett framtidsperspektiv, en nulägesbeskrivning och en plattform av fakta identifiera behov och utmaningar samt visa på hur dessa kan mötas. Baserat på utredningen kan beslut sedan fattas om att strategier och förslag till konkreta reformer. Underlag som tas fram inom ramen för utredningen kan löpande läggas till grund för konkreta beslut i verksamhetens olika delar där det bedöms relevant.

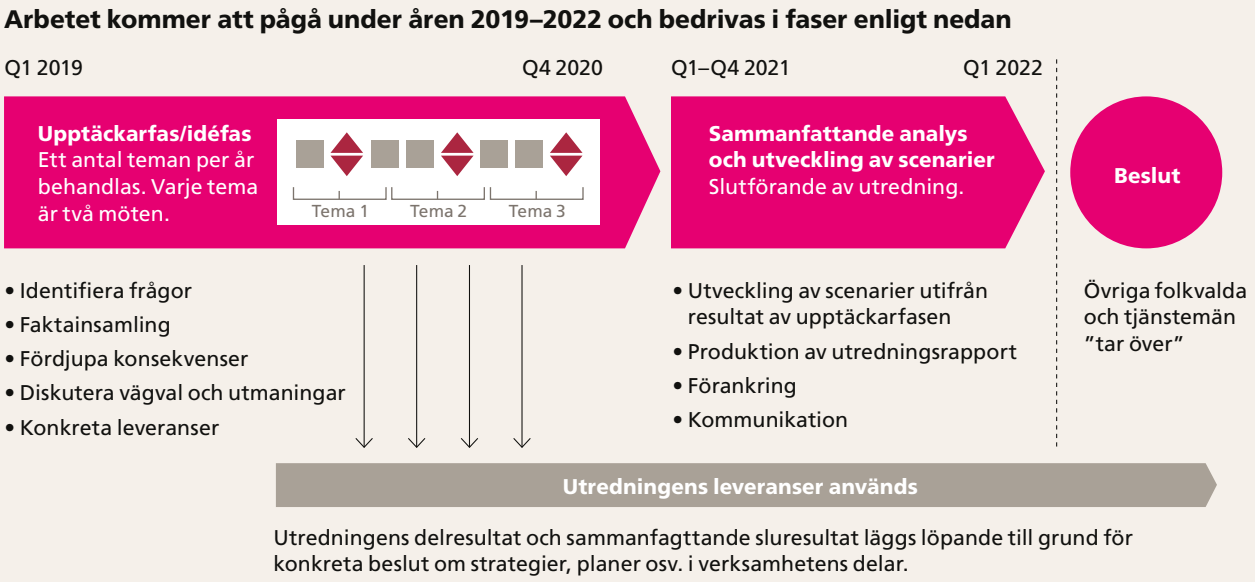
Utredningens metodik och arbetssätt har processats i den parlamentariska referensgruppen. Figur 20 ger en konceptuell bild över utredningens steg och huvudfrågor.

Figur 21. Utredningens steg och huvudfrågor



[2] LS 2015–0084, LS 2017-1512, LS 2017-1513, LS 2017-1514, LS 2018-0279, s 11

Figur 22. Utredningens arbetsprocess



Sex olika perspektiv som alla består av ett antal analysområden kommer att belysas under utredningens inledande fas åren 2019–2020. Perspektiven är utformade utifrån vad som kan sägas vara grundläggande för ett hälso-och sjukvårdssystem, nämligen:

- Patienternas och invånarnas behov
- Strukturen för att tillfredsställa dessa behov
- Finansieringen av hälso-och sjukvårdssystemet
- Styrning och uppföljning av detsamma
- Kompetensförsörjning och kvalitetssäkring
- Verksamhetsutveckling och digitalisering

Bilaga 2: Inriktning och utmaningar i RUFS 2050

I samband med att landstingsfullmäktige beslutade att anta Regional utvecklingsplan för Stockholmsregionen, RUFS 2050, betonades det i tjänsteutlåtandet[3] att varje aktör inklusive landstingets olika verksamheter *behöver konkretisera vad inriktningen i regionplanen och de kompletterande dokumenten innebär för den egna verksamheten.* Arbetet inom långtidsutredningen är del av HSN:s arbete med denna konkretisering.

I arbetet med RUFS 2050 urskildes ett antal trender som bedömdes vara särskilt relevanta för Stockholmsregionen. Härvid nämndes ”globalisering mot en alltmer sammanvävd värld” och ”demografisk omstrukturering mot en äldre och en mer urbaniserad befolkning”. Andra trender utgjordes av ”kunskapsmässig och teknisk utveckling mot smarta städer”, ”värderingar och livsstil mot en mer individualiserad livsstil och ”ökad social fragmentering”. Slutligen nämns ”klimat och miljö mot en global omställning med början på den lokala nivån”.

I RUFS 2050 bryts dessa trender ned och sex övergripande utmaningar för regionen identifieras. Med utgångspunkt i dessa utmaningar formuleras såväl vision som mål, delmål och regionala prioriteringar för Stockholmsregionen.

De övergripande utmaningarna har bäring på hälso-och sjukvården. En utgångspunkt för långtidsutredningen blir därför att, med RUFS 2050 som grund, belysa vad nedanstående utmaningar betyder för hälso- och sjukvården.

- Att möjliggöra befolkningstillväxt och samtidigt förbättra regionens miljö och invånarnas hälsa
- Att åtgärda kapacitetsbrister samtidigt som behoven fortsätter att växa
- Att vara en internationellt ledande storstadsregion i en växande global konkurrens
- Att minska klimatpåverkan och samtidigt möjliggöra ökad tillgänglighet
- Att ha en fortsatt öppen region och samtidigt stärka inkluderingen
- Att öka tryggheten i regionen samtidigt som världen upplevs som osäker.

3 LS 2015-0084, LS 2017-1512, LS 2017-1513, LS 2017-1514, LS 2018-0279, s 11

Region Stockholm ska ha en långsiktig och hållbar planering för invånarnas framtida behov av hälso- och sjukvård. Utredningen Hälso- och sjukvården 2040 genomförs för att analysera och beskriva utmaningar och möjliga lösningar. Detta är en av flera delrapporter som tillsammans bildar underlag för en samlad slutrapport från utredningen.

Region Stockholm