

Delrapport 1. Utvecklingsplan för länets hälso- och sjukvård

Befolkningens behov, förväntningar och förutsättningar för hälso- och sjukvård i Gävleborgs län



regiongavleborg.se

Sammanfattning

Hur påverkar länets demografi hälso- och sjukvården? Vilka erfarenheter och förväntningar har befolkningen? Vilka andra krav och förväntningar bör vi förhålla oss till i planeringen av framtidens hälso- och sjukvård i Gävleborgs län?

Frågorna är utgångspunkt för det första steget i att ta fram en utvecklingsplan för framtidens hälso- och sjukvård i Gävleborg. Rapporten pekar ut fem viktiga utmaningar, förutsättningar och översynsområden inför arbetet med utvecklingsplanen. De fem översynsområdena handlar om:

- Målarbetet med God och nära vård
- Digitaliseringen
- Kompetensförsörjningen
- Det förebyggande och främjande hälsoarbetet, samt
- En effektiv och flexibel organisation

Områdena är av strategisk betydelse, där Regionen har rådighet och där en översyn av politiska prioriteringar bedöms angelägna. Bedömningen är ett resultat av denna rapports kartläggning av befolkningens vårdbehov, deras förväntan på vård, samt strukturella förutsättningarna för att bedriva hälso- och sjukvård med tidsperspektivet 2030 och med utblick mot 2040.

Kapitel 2 innehåller således inledningsvis en beskrivning av befolkningen, dagens vårdkonsumtion och skattningar av konsekvenser på vårdkonsumtionen av en demografisk förändring. Befolkningen blir äldre och befolkningen i Gävleborg beräknas minska till cirka 280 700 invånare år 2030. Allt annat lika innebär ökningen av andelen äldre ett ökat vårdbehov trots en minskande befolkning. Enbart Gävle kommun beräknas öka vilket innebär att de skillnader som redan finns mellan kommunerna i länet blir större.

Kapitel 3 innehåller några aspekter på befolkningens förväntningar på vård. Patienter och befolkningen i Gävleborg är relativt nöjda med den vård vi har idag men förbättringsområden handlar främst om information, delaktighet samt stöd och koordinering av vården.

En stor del av befolkningen i Sverige förväntar sig att hälso- och sjukvården fortsätter utvecklas genom fortsatta ambitionshöjningar som att introducera nya behandlingar och ny medicinteknik. Förväntningarna ökar särskilt på en fortsatt och ökad digitalisering av den offentliga sektorn. Majoriteten av invånarna i Gävleborg (75 procent) är positiva till användningen av e-tjänster men en något lägre andel (40 procent) är positivt inställda till vård, konsultation och behandling med hjälp av digital teknik.

Den digitala utvecklingen är också en viktig del i att utveckla framtidens hälso- och sjukvård inte minst kopplat till kompetensförsörjningen och här har Region Gävleborg, liksom andra regioner, en viktig utmaning. Kapitel 4 innehåller flera aspekter på sådana strukturella och organisatoriska förutsättningar på hälso- och sjukvården som kan komma att påverka framtidens hälso- och sjukvård exempelvis nya behandlingsmetoder och ny medicinteknik, samarbetsfrågor samt olika beredskaps- och säkerhetsfrågor.

I kapitlet pekar rapporten på en rad konstaterade problem med dagens hälso- och sjukvård. Patienter som har kroniska eller komplexa behov hamnar ofta i kläm och hälso- och sjukvården är idag bättre på att behandla patientgrupper med en diagnos i taget, enklare åkommor eller patienter med en väl avgränsad vårdprocess. En omställning av hela vårdssystemet behövs och God och nära vård är ett övergripande mål och strategiarbete där arbetet sker på flera fronter. En annan del i omställningen handlar om behovet av att hälso- och sjukvården behöver arbeta mer personcentrerat och förebyggande.

Avslutningsvis och givet ovanstående kommer del två av uppdraget handla om att säkra så att vi har politiska prioriteringar samt att vi gör bra och tillräckliga insatser för att anpassa områdena till framtidens hälso- och sjukvård.

Innehållsförteckning

1. INLEDNING.....	1
1.1 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	1
1.2 METOD OCH GENOMFÖRANDE	1
2. VÅRDBEHOV OCH VÅRDKONSUMTION	3
2.1 BEFOLKNINGEN OCH DEMOGRAFINS PÅVERKAN	4
2.2 SOCIOEKONOMIS PÅVERKAN	7
2.3 LEVNADSVANOR	8
2.4 DAGENS VÅRDKONSUMTION	10
2.5 VANLIGAST FÖREKOMMANDE SJUKDOMAR INOM DEN SPECIALISERADE VÅRDEN.....	13
2.6 FRAMTIDENS VÅRDKONSUMENT.....	15
2.7 SYNEN PÅ HÄLSA OCH SJUKDOM.....	16
2.8 SAMMANFATTNING AV VÅRDBEHOV OCH VÅRDKONSUMTION	17
3. FÖRVÄNTNINGAR PÅ HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	18
3.1 PATIENTSYNPUNKTER.....	18
3.2 FÖRTROENDE FÖR OCH SYN PÅ VÅRDEN	19
3.3 BEFOLKNINGENS FÖRVÄNTAN PÅ VÅRD OCH DIGITAL TEKNIK	21
3.4 SAMMANFATTNING AV BEFOLKNINGENS FÖRVÄNTAN PÅ HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN	22
4. STRUKTURELLA OCH ORGANISATORISKA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	23
4.1 BEHOV AV OMORGANISERING AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSYSTEMET	24
4.2 VÅRD EFTER INDIVID OCH INTE VÅRD EFTER ORGANISATION	25
4.3 GOD OCH NÄRA VÅRD	26
4.4 FASTIGHETER OCH TRANSPORTER	28
4.5 MEDICINTEKNIKUTVECKLING	30
4.6 LÄKEMEDELSUTVECKLINGEN	31
4.7 KOMPETENSFÖRSÖRJNING	32
4.8 BEREDSKAP- OCH SÄKERHETSARBETE.....	34
4.9 VÅRDPLATSER OCH VÅRDKAPACITET	36
4.10 STYRNING OCH ORGANISATION	37
4.11 SAMMANFATTNING AV HUR STRUKTURELLA FÖRUTSÄTTNINGAR PÅVERKAR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	41
5. AVSLUTNING OCH ARBETE FRAMÅT	44
REFERENSER	46
BILAGA 1. PÅGÅENDE NATIONELLA INITIATIV SOM PÅVERKAR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN.....	50

BILAGA 2. PATIENTTRANSPORTTYPER.....	51
BILAGA 3. NÅGRA FÖRSLAG FÖR ATT KUNNA UTNYTTJA DE DIGITALA MÖJLIGHETERNA PÅ ETT BÄTTRE SÄTT SOM DISKUTERADES I SAMBAND MED TRÄFFEN MED PENSIONÄRSRÅDET.....	52
BILAGA 4. ANLEDNINGAR ATT AVSTÅ VÅRD TROTS BEHOV	53
BILAGA 5. SYNPUNKTER FRÅN SAMRÅD	54

1. Inledning

Regionfullmäktige beslutade den 28 november 2023 i budgeten för 2024 att ge regionstyrelsen i uppdrag att ta fram en utvecklingsplan för länets hälso- och sjukvård. Den 10 april 2024 beslutade Regionstyrelsen om dess genomförande¹.

Utgångspunkter för uppdraget är hur demografiska utmaningar som en åldrande befolkning, att andelen multisjuka ökar, och att andelen arbetsföra minskar påverkar hälso- och sjukvården. Andra utgångspunkter handlar om vikten av att anpassa hälso- och sjukvården efter infrastruktur, kunskap, omvärldsutveckling och nationella krav samt att Region Gävleborgs lokaler behöver vara anpassade till framtidens behov. Regionen behöver säkerställa att dessa strukturella förutsättningar möter morgondagens behov och att nödvändig kompetensförsörjning tillgodoses.

1.1 Syfte och frågeställningar

Utvecklingsplanen för hälso- och sjukvården syftar till att säkerställa en långsiktig balans mellan behoven av hälso- och sjukvård i länet och den vård som Region Gävleborg ska erbjuda.

Arbetet består av två delar. Del 1, föreliggande rapport, sammanställer viktiga förutsättningar för vården med utgångspunkt i befolkningen samt andra viktiga förutsättningar för hälso- och sjukvård och dess utveckling. Del 1 redovisas vid regionstyrelsemöte den 9 oktober 2024. I samband med detta beslutar regionstyrelsen om utformningen av del 2. Del 2, planerar för, med utgångspunkt i del 1, den långsiktiga hälso- och sjukvården.

Rapporten utgår från frågeställningar som:

1. Hur påverkar länets demografi hälso- och sjukvården?
2. Vilka är de vanligaste förekommande diagnoserna för länets befolkning?
3. Hur ser befolkningens förväntan på vård, vårdkvalitet, tillgänglighet, patientsäkerhet och likvärdighet ut?
4. Vilka förutsättningar och krav ställer nationella initiativ såsom God och nära vård och Kunskapsstyrning på hälso- och sjukvårdsplanering?
5. Hur påverkar ny lagstiftning och krav förutsättningarna för hälso- och sjukvården?
6. Hur påverkar de infrastrukturella förutsättningarna inom hälso- och sjukvården utvecklingen för regionens hälso- och sjukvård?

Utvecklingsplanen för hälso- och sjukvården har 2030 som primärt tidsperspektiv med utblick mot år 2040.

1.2 Metod och genomförande

Regiondirektör uppdrogs att ta fram en utvecklingsplan. En styrgrupp bildades bestående av hälso- och sjukvårdsdirektör och stabsdirektör. En arbetsgrupp bildades med representanter från primärt

¹ RS 2024/640-2

hälso- och sjukvård men också Forskning och Samhällsmedicin. Arbetsgruppen består av Tommy Stokka, Patrik Lind, Peo Hermansson, Agneta Larsson och Charlotta Östlund. Utredarna Johanna Alfredsson, Susanna Mixter, Fredrik Åberg Jönsson, Rickard Mobäck, och Kristoffer Sehlberg från Samhällsmedicin har ansvarat för att sammanställa olika underlag till en rapport.

Uppdraget har huvudsakligen genomförts utifrån data- och källbearbetning, omvärldsbevakning, samt dialog med tre brukar- och intresseföreningsråd ledda av Region Gävleborg. Vidare har rapporten tagit hjälp av sakterter inom Region Gävleborg och SKR för att kvalitetssäkra innehåll.

2. Vårdbehov och vårdkonsumtion

- Med utsikt till 2030 och 2040 förväntas andelen individer över 80 år öka med 33,4 respektive 40,6 procent. Samtidigt förväntas andelen individer i resterande åldersgrupper (0-19, 20-64, 65-79) minska.
- Förväntad konsekvens är ett ökat vårdbehov, trots en minskande befolkning.
- Antalet vårdkontakter förväntas öka i samtliga vårdformer.
- Då enbart Gävle kommun av länets kommuner beräknas öka befolkningsmässigt, förstärker skillnaderna i länets åldersstruktur och befolkningstäthet ytterligare i framtiden.
- Förekomsten av kroniska sjukdomar och multisjuka patienter förväntas öka, vilket gör att vårdbehovet spås öka.
- Behov av preventivt vårdarbete kommer öka i framtiden.

Portalparagrafen i Hälso- och sjukvårdslagen anger att vård ska ges efter behov och på lika villkor (3 kap 1 § HSL). De med störst behov av hälso- och sjukvård ska få företräde, och tillgång till hälso- och sjukvård ska inte bero på individuella egenskaper som kön, ålder, utbildning eller annat. Hälso- och sjukvårdens etiska plattform (människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen) utvecklar vad som avses med behov och i förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen specificeras att behoven ska kunna minskas eller motverkas genom hälso- och sjukvårdsinsatser.

Det är dock svårt att omsätta behovsprincipen i praktiken och vid planering av framtida vård behöver regionen ta hänsyn till vårdbehov ur flera perspektiv. Socialstyrelsen etablerar prioriteringar för vårdens inriktning, som regionerna arbetar efter när beslut om insatser tas. Vården styrs även av nationella riktlinjer och standardiserade vårdprogram baserade på aktuell kunskap om behandlingseffektivitet (SKR, 2023). Behovsbedömningar på individnivå sker löpande inom vården av professionerna utefter objektiva kriterier såsom hälsotillstånd, symtom eller i enlighet med vårdprogram. Dessa behov är inte nödvändigtvis helt överlappande med den vård som efterfrågas av befolkningen. Dels kan individer ha ett subjektivt vårdbehov som i allra högsta grad upplevs som skriande för den enskilde, men som vårdgivare kan anse vara kostnadsineffektivt att behandla, nedprioriterat eller rent av överflödigt. Dels finns det också ett reellt vårdbehov som inte tillgodoses på grund av att individer inte uppsöker vård. Det kan exempelvis bero på att det inte finns tillgång till vård tillräckligt nära där man bor, att man känner oro inför vårdbesök eller att man inte upplever symtomen som tillräckligt allvarliga. För att få en uppfattning om hur vanligt det är att avstå vård trots behov formulerade Samhällsmedicin extrafrågor i 2024 års Hälso- och sjukvårdsbarometer. Enligt preliminära resultat svarade 31 procent att de avstått att söka vård under senaste året trots att de har ansett sig vara i behov. De vanligaste anledningarna var att de hade negativa erfarenheter från tidigare besök och att väntetiderna var för långa².

Med nuvarande organisering av hälso- och sjukvård görs vertikala prioriteringar inom varje sjukdomsgrupp, inte minst när det kommer till arbetet med riktlinjer. En åldrande befolkning, nya

² Se mer i Bilaga 4.

medicinska möjligheter och en mer ansträngd ekonomi i regionerna gör också att en horisontell prioritering mellan olika patientgrupper blir allt viktigare. Hälso- och sjukvården behöver bli bättre på att fördela resurser mellan patientgrupper och organisatoriska gränser utefter vårdbehov, istället för nuvarande budgetallokering som snarare präglas av gammal hävd. I dagsläget saknas det dessvärre välutvecklade metoder för att kvantifiera vårdbehovet mellan patientgrupper och i relation till kostnaderna för behandling. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys pekar på att området är komplext men behöver utvecklas såväl nationellt såväl som i regionerna. Bland annat behöver kunskapen om behoven och hur väl de tillgodoses förbättras. Även den nationella statistiken och uppföljningen behöver tydligare belysa principen om vård efter behov (Vårdanalys, 2020).

Ett sätt att beskriva vårdbehov är att utgå från vårdkonsumtion. Vårdkonsumtion definieras som den faktiska vård som produceras av vården och erhålls av patienter. Det går att mäta i exempelvis antal vårdkontakter eller antalet genomförda operationer. Eftersom vårdbehov åtminstone i teorin styr vårdkonsumtion borde dessa vara nära sammankopplade, men vårdkonsumtion kan även inkludera vårdkontakter som inte är värdeskapande eller inte matchar patientens behov. Mått på vårdkonsumtion missar dessutom de fall då vårdbehoven inte tillgodoses på grund av utebliven vård. Mer om vårdkonsumtionen i regionen kommer i kapitel 2.4.

Befolkningens förväntan på vård förändras i samband med bland annat den medicinska utvecklingen och samhällsutvecklingen i stort. Det faktiska vårdbehovet kan också öka då patienter som tidigare avlidit utan en ny teknik nu tillfrisknar och istället drabbas av andra åkommor. Dock är befolkningens storlek och ålderssammansättning de enskilt viktigaste faktorerna för ohälsa och vårdbehov på populationsnivå. Äldre konsumerar mer vård än yngre. Genom att analysera demografins utveckling och vårdkonsumtion kan man troligen, allt annat lika, komma ganska nära de faktiska vårdbehoven.

2.1 Befolkningen och demografins påverkan

I Gävleborgs län bor 285 642 invånare³. Länet består av tio kommuner, där Ockelbo är den minst befolkade kommunen med 3 procent av länets invånare medan Gävle är den mest befolkade kommunen med 36 procent av länets invånare. Befolkningstätheten varierar mellan 3,5 invånare per kvadratkilometer i Ljusdal till 64,2 invånare per kvadratkilometer i Gävle. Tabell 1 beskriver befolkningen i Gävleborgs län per kommun.

Tabell 1. Befolkningen i Gävleborgs län.

Kommun	Invånare december 2023	Andel invånare	Landareal km ²	Invånare/km ²	Befolkningsförändring sedan 2003	Försörjningskvot 2023	Befolkning 2030	Befolkning 2040
Bollnäs	26 414	9%	1 814	14,6	+1%	95	25 453 (-3,7%)	24 344 (-7,8%)
Gävle	103 532	36%	1 613	64,2	+13%	77	104 049 (+0,5%)	104 966 (+1,4%)
Hofors	9 374	3%	410	22,9	-9%	93	9 131 (-2,6%)	8 895 (-5,1%)
Hudiksvall	37 645	13%	2 487	15,1	+2%	93	37 157 (-1,3%)	36 498 (-3,0%)
Ljusdal	18 538	6%	5 256	3,5	-6%	98	17 872 (-3,6%)	17 193 (-7,3%)
Nordanstig	9 370	3%	1 370	6,8	-6%	99	9 123	8 846

³ Enligt folkbokföringen 31-12-2023.

							(-2,6%)	(-5,6%)
Ockelbo	5 758	2%	1 065	5,4	-4%	101	5 546 (-3,7%)	5 276 (-8,4%)
Ovanåker	11 525	4%	1 873	6,2	-4%	103	11 246 (-2,4%)	10 779 (-6,5%)
Sandviken	38 628	14%	1 165	33,1	+5%	88	37 344 (-3,3%)	36 034 (-6,7%)
Söderhamn	24 858	9%	1 059	23,5	-8%	99	23 743 (-4,5%)	22 456 (-9,7%)
Gävleborgs län	285 642	100%	18 113	15,8	+3%	88	280 664 (-1,7%)	275 287 (-3,6%)

Källa: SCB 2023 och Kolada 2023.

Befolkningen som helhet har ökat med 3 procent jämfört med för 20 år sedan, men utvecklingen har varierat på kommunal nivå. Det är främst Gävle som har växt medan flera av kommunerna i länet har haft en minskande befolkning. Befolkningen i länet är äldre jämfört med riket i stort och enbart Gävle har en demografisk försörjningskvot⁴ i nivå med riket (77). Övriga nio kommuner har en högre demografisk försörjningskvot än riket. För två kommuner i länet är värdet över 100 vilket innebär att andelen äldre och yngre är högre än andelen i arbetsför ålder.

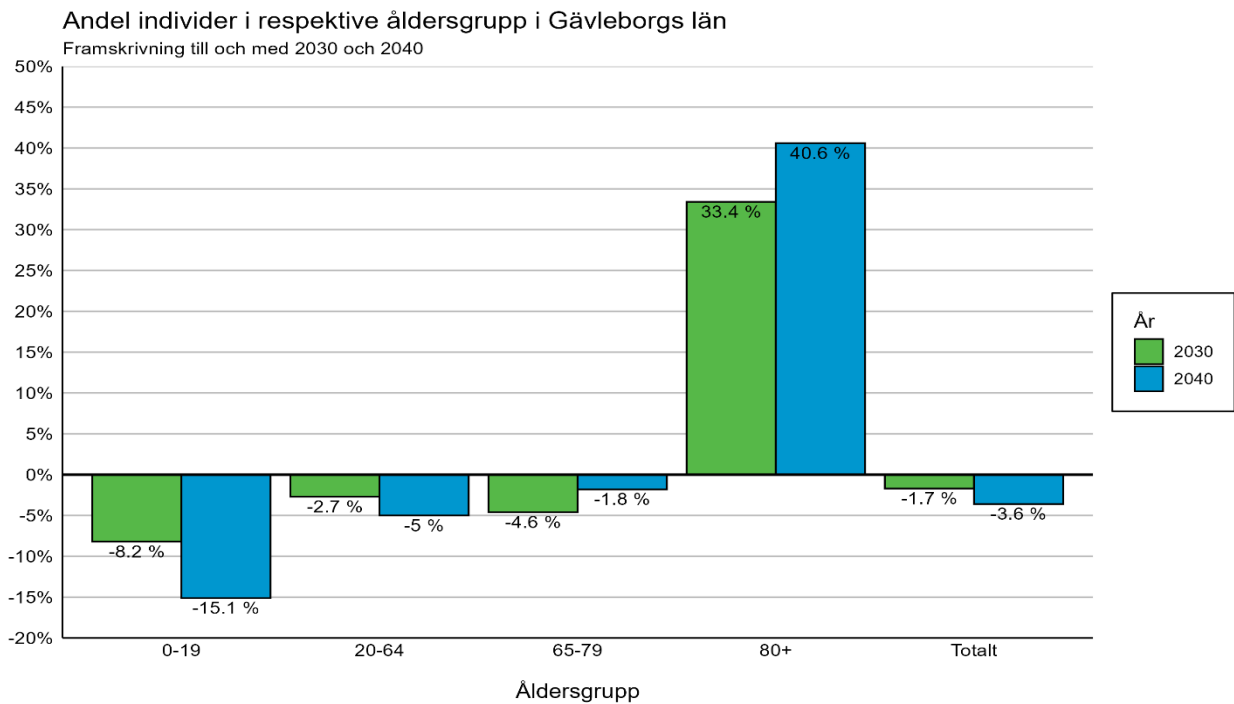
I framtiden ser Gävle ut att kunna fortsätta växa medan resterande kommuner får räkna med en negativ befolkningsutveckling. Länet som helhet förväntas minska i befolkningsmängd med 1,7 procent till 2030 och med 3,6 procent till 2040. Eftersom enbart Gävle kommun beräknas öka kommer de skillnader som redan finns mellan kommunerna i länet vad gäller åldersstruktur och befolkningstäthet förstärkas ytterligare i framtiden.⁵

Befolkningsutvecklingen är nära kopplat till migration. Under de 19 av de senaste 20 åren hade länet negativt inrikes flyttnetto och negativt födelsenetto. Folkmängden ökade i sin helhet på grund av en relativt hög migration, som numera är betydligt lägre och förväntas vara fortsatt lägre kommande decennium. Samtidigt ökar antalet personer över 85 år kraftigt på grund av 1940-talets stora barnkullar och minskande mortalitet. Denna demografiska förändring innebär att allt färre kommer behöva försörja allt fler. För vårdens del innebär det bland annat fler resurskrävande multisjuka äldre patienter samt en mindre skattebas och rekryteringsbas för personal. Det kommer dock även innebära exempelvis mindre förlossningsvård och neonatalvård (se Figur 1 nedan).

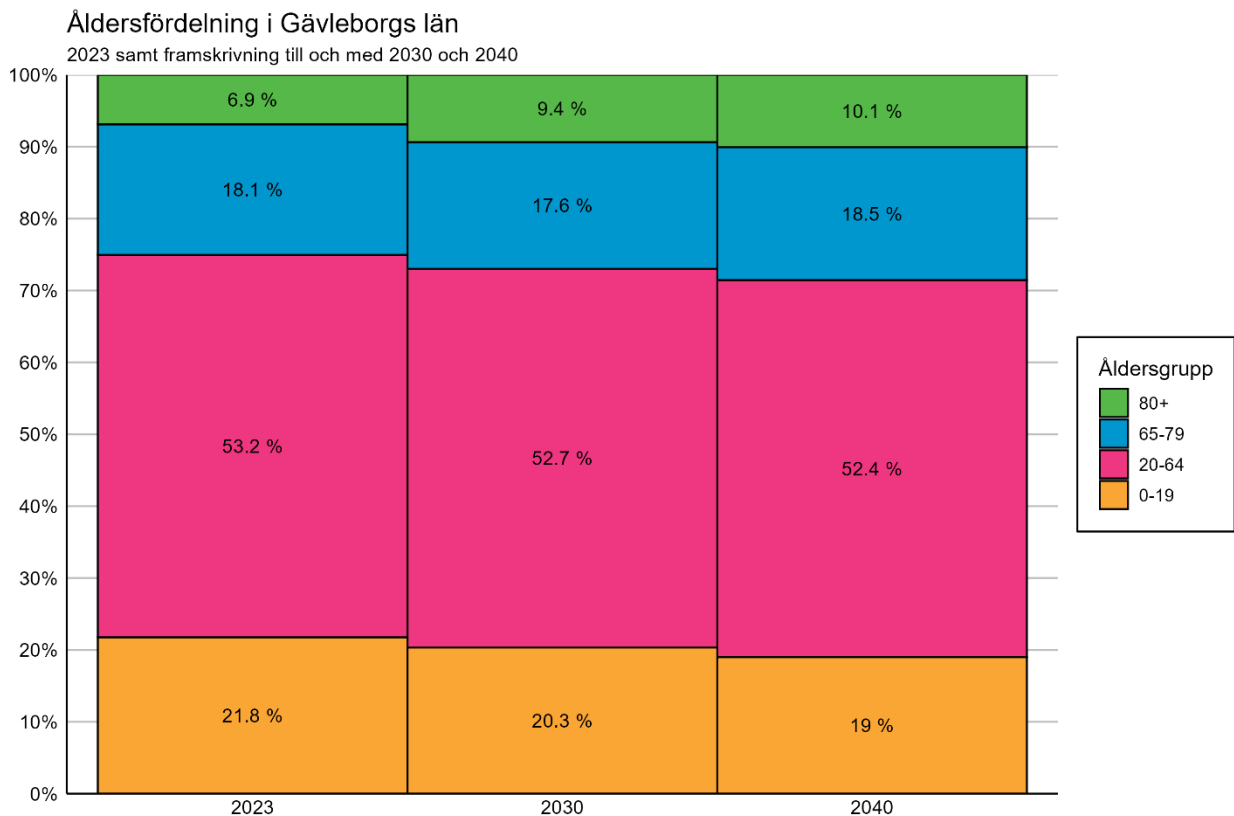
Figur 1 och 2 nedan visar hur befolkningssammansättningen förväntas förändras till och med 2030 och 2040, utifrån SCBs befolkningsframskrivningar.

⁴ Den demografiska försörjningskvoten beskriver fördelningen mellan den arbetsföra befolkningen (20-64 år) och den icke-arbetsföra (0-19 samt över 65 år). En försörjningskvot på 77 innebär att 100 personer i arbetsför ålder behöver försörja sig själva och ytterligare 77 personer i icke arbetsför ålder.

⁵ För ytterligare information se [Befolkningsprognos - Region Gävleborg \(regiongavleborg.se\)](https://regiongavleborg.se) (20240929)



Figur 1: Hur andel individer i åldersgrupperna 0-19, 20-64, 65-79 och 80+ samt hur befolkningen totalt förväntas förändras i Gävleborgs län utifrån SCBs befolkningsframskrivningar.



Figur 2: Åldersfördelningen idag (2023) samt 2030 och 2040 enligt SCBs befolkningsframskrivningar.

Totalt minskar befolkningen i antal till och med 2030 och 2040. Andel individer i åldersgruppen 0-19 kommer minska både till 2030 och 2040. Detsamma gäller andelen individer i arbetsför ålder (20-64 år), som dock inte kommer minska i lika stor utsträckning. Andelen 65-79-åringar förväntas

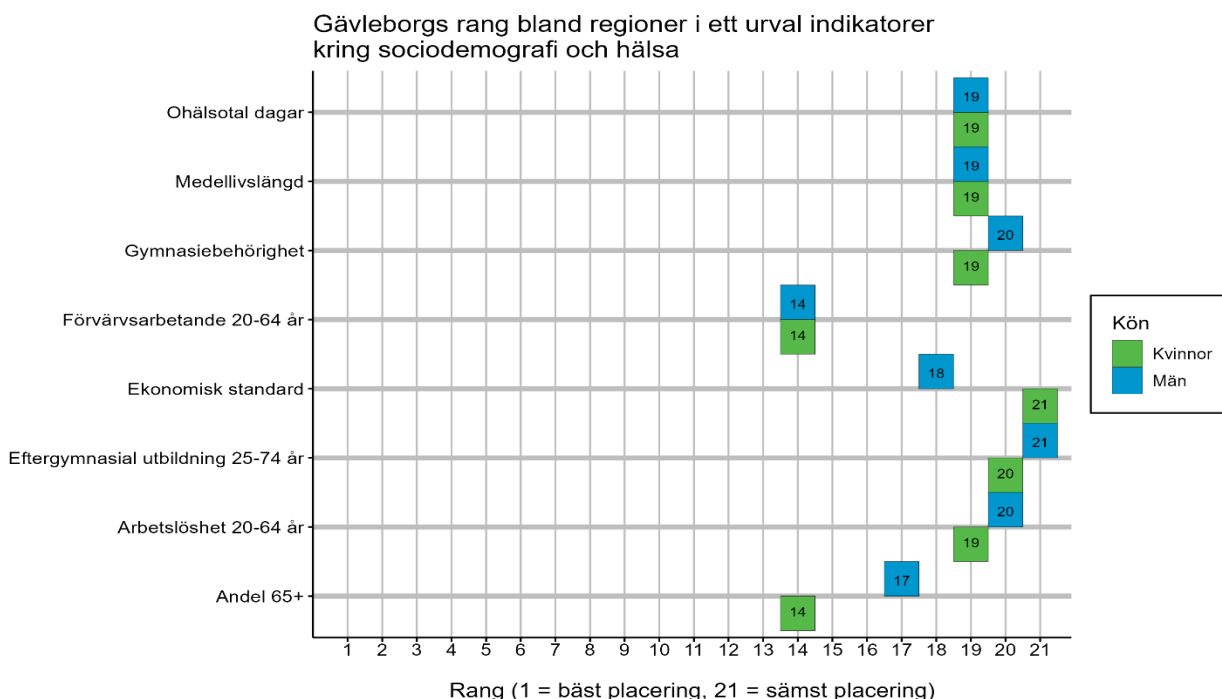
minska kommande fem åren i takt med att de stora barnkullarna på 1940-talet fyller 80 år.

Åldersgruppen 80+ är den enda gruppen som ökar i andel under prognosperioden. Totalt förväntas andelen 80+ öka med 33,4 procent till och med 2030 och 40,6 procent fram till 2040. Dock kommer denna grupp enbart utgöra 10,1 procent av hela Gävleborgs befolkning.

2.2 Socioekonomins påverkan

Det finns en tydlig samvariation mellan levnadsvillkor och hälsa framför allt på befolkningsnivå och det finns systematiska skillnader mellan olika befolkningsgrupper när det gäller såväl levnadsvillkor, hälsa och levnadsvanor⁶. En av flera förklaringar till skillnaden i hälsa är att olika sociala grupper har olika förutsättningar och tillgång till resurser som påverkar hälsan. Omvänt kan även sämre hälsa ha negativ effekt på en individs ekonomi och levnadsvanor. Region Gävleborgs jämlikhetsutredning konstaterar att ojämlikheten också ökar i befolkningen (Region Gävleborg, 2022).

Av figuren nedan framgår att Gävleborg har en rangplacering som motsvarar den lägsta tredjedelen bland regionerna i ett urval⁷ av indikatorer kopplade till sociodemografi och hälsa. Gävleborg har till exempel en hög andel äldre, en låg andel med eftergymnasial utbildning, ett högt ohälsotal och en lägre medellivslängd än andra regioner.



Figur 3: Gävleborgs rang i ett urval av indikatorer kopplat till sociodemografi och hälsa. Rang 1 = bäst placering och Rang 21 = sämst placering.

⁶ Folkhälsomyndigheten pekar exempelvis på att dubbelt så många röker i lägre inkomstklasser jämfört med högre samt i förgymnasial utbildning jämfört med eftergymnasial utbildning. Skillnaden i medellivslängd mellan gruppen med kortast och lägst utbildning är drygt sex år bland män och nästan sju år bland kvinnor (Folkhälsomyndigheten, 2024).

⁷ Datakällor: Andel befolkningen 65 år+ (SCB 2023), andel förvärvsarbetande 20-64 år 2022, arbetslöshet 20-64 år (Folkhälsomyndigheten och SCB 2023), ekonomisk standard (Folkhälsomyndigheten och SCB 2021), valdeltagande (SCB 2022), andel med eftergymnasial utbildning 25-74 år (Folkhälsomyndigheten och SCB 2022), behöriga gymnasiestudier (Folkhälso-myndigheten och SCB 2023), ohälsotal 20-64 år (Kolada och Försäkringskassan 2023), medellivslängd 0 år 2019-2023 (SCB 2024).

Eftersom hälsa och vårdkonsumtion korrelerar starkt med socioekonomiska faktorer kan det användas som indikator för grupperns vårdbehov. I Gävleborg används exempelvis Care Need Index⁸ (CNI) som mått på vårdbehov utifrån socioekonomi och beskriver förväntad risk att utveckla ohälsa baserad på socioekonomiska faktorer. Utöver detta används indexet ACG (Adjusted Clinical Groups) som ett mått på vårdtyngd och samlad sjuklighet. Indexet baseras på hur resurskrävande⁹ diagnoserna är för de listande individerna. ACG ger ett samlat mått på hälsocentralernas resursbehov och sjukdomsburden i befolkningen per hälsocentral. Både CNI och ACG används främst för att justera ersättningar mellan hälsocentraler. Alla hälsocentraler får en ersättning med betalning per listad patient där ersättningen justeras för ålder, vårdtyngd (ACG), socioekonomi (CNI), täckningsgrad och geografi inklusive glesbygd samt till del en målrelaterad ersättning¹.

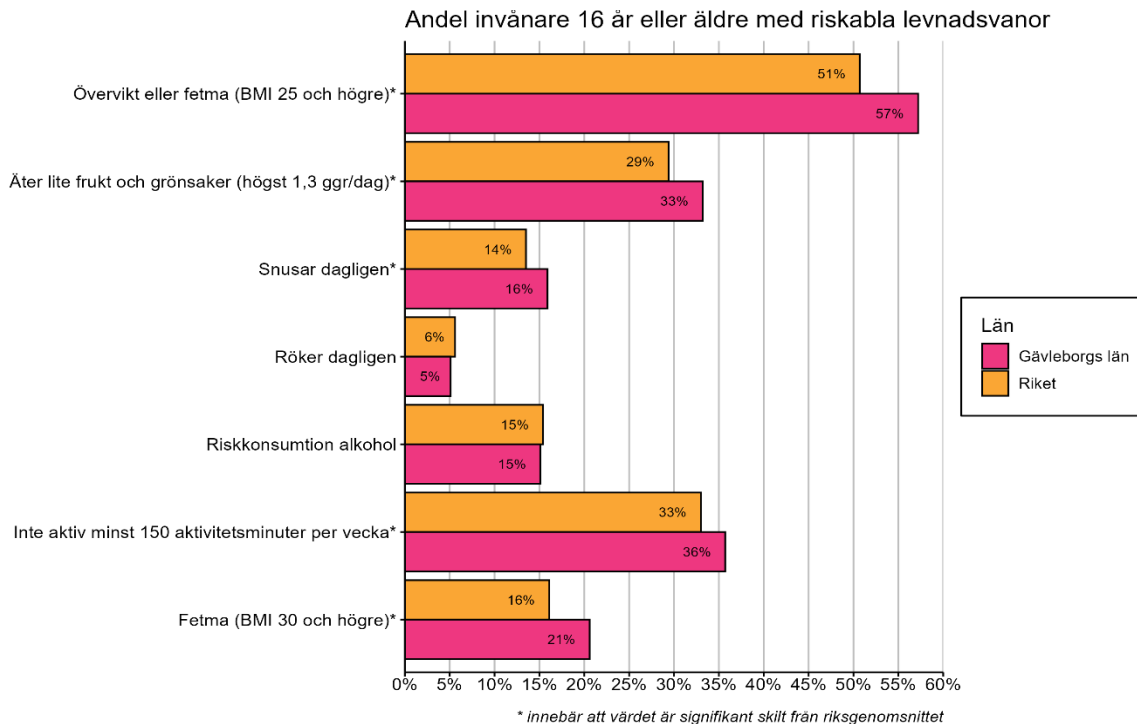
2.3 Levnadsvanor

Befolkningens levnadsvanor har stor betydelse för det framtida hälsoläget, och det finns stora resurser att spara genom att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. Levnadsvanor påverkar risken att insjukna i exempelvis hjärt-kärlsjukdom, cancer, diabetes och kronisk lungsjukdom. Levnadsvanor som framför allt bidrar till sjukdomsburden i Sverige är rökning, ohälsosamma matvanor, alkoholbruk och otillräcklig fysisk aktivitet (Folkhälsomyndigheten, 2024b).

Förekomst och omfattning av olika levnadsvanor kartläggs med hjälp av folkhälsoenkäter i Gävleborg vart fjärde år³. Figuren nedan visar förekomst av riskabla levnadsvanor i den vuxna befolkningen. Gävleborg har högre andel invånare med riskabla levnadsvanor jämfört med riket i samtliga indikatorer, förutom andelen som rökar dagligen och andel med riskkonsumtion av alkohol.

⁸ Care Need Index (CNI) ett socioekonomiskt index som ursprungligen består av sju faktorer men där fyra används i Region Gävleborg: andelen arbetslösa eller i åtgärd 16-64 år, andelen ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre, andelen lågutbildade 25-64 år och andelen utlandsfödda personer (från Östeuropa, Asien, Afrika och Latinamerika). SCB beräknar hälsocentralens socioekonomiska index baserat på de individer som är listade på hälsocentraler. Ett samlat värde per hälsocentral erhålls.

⁹ ACG-viktningen är relativ, vilket innebär att genomsnittlig vårdtyngd i Region Gävleborg vid varje mättillfälle uppgår till 1,00 oavsett hur den faktiska vårdtyngden utvecklas.



Figur 4: Andel invånare 16 år eller äldre med riskabla levnadsvanor i Gävleborgs län och Riket.

Utvecklingen över tid varierar mellan olika levnadsvanor. Andelen som röker dagligen och andel med riskkonsumtion av alkohol har minskat alla år sedan 2004. När det gäller fysisk aktivitet förändrades frågorna 2018 vilket innebär att tidsserien är kort. Resultaten är också något blandade. Den fysiska aktiviteten med minst 150 minuter i veckan har ökat samtidigt som andelen stillasittande mer än 10 timmar per dygn har också ökat. Den allra tydligaste negativa förändringen i länet när det gäller riskabla levnadsvanor är att andelen vuxna med övervikt¹⁰ har ökat från 54 till 57 procent varav andelen med fetma¹¹ har ökat från 14 till 21 procent sedan 2004. Samma ökning syns även i riket.

Hälso- och sjukvårdslagen lyfter fram hälso- och sjukvårdens förebyggande roll, och inom folkhälsopolitiken finns ett särskilt målområde om: *En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård*. Som exempel på centrala insatser nämns levnadsvanediskussion vid vårdbesök, ett högt och jämlikt deltagande på screening för att förebygga allvarliga sjukdomar, samt det allmänna vaccinationsprogrammet för barn. Socialstyrelsen har tagit fram nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor som tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet. Riktlinjerna betonar särskilt vikten av åtgärder för att stödja riskgrupper att förändra ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2018).

¹⁰ BMI över 25.

¹¹ BMI över 30.

2.4 Dagens vårdkonsumtion

Nedan följer en lägesbild av dagens vårdkonsumtion i regionen samt hur vårdkonsumtion kan komma att utvecklas i framtiden till följd av demografiska förändringar. Vårdkonsumtion mäts i antal vårdkontakter, antingen fysiska eller på distans, som patienterna har haft med vården. Alla vårdkontakter är givetvis inte att likställa med varandra eftersom resursåtgång varierar. Merparten av vårdkontakterna ingår i sammanställningen, men enklare kontakter av exempelvis administrativ karaktär och provtagningar har exkluderats¹².

Tabell 2: Vårdkonsumtion per vårdform, 2023.

	Primärvård	Specialiserad öppenvård	Specialiserad slutenvård
Antal vårdkontakter	1 822 146	775 347	38 181
Andel vårdkontakter boende i Gävleborg	97%	97%	96%
Andel fysiska vårdkontakter	53%	79%	100%
Andel i Gävleborg som haft minst en vårdkontakt under året	78%	48%	8%
Varav minst en fysisk kontakt	91%	96%	100%
Antal vårdkontakter per patient/besökare	7,9	5,5	1,6
Andel kvinnliga patienter	58%	54%	53%
Kostnad per patient	1 225 kr ¹³	4 025 kr	59 508 kr

Flest vårdkontakter sker i primärvården, följt av specialiserad öppenvård och specialiserad slutenvård. Nästan samtliga vårdkontakter kommer från individer i Gävleborgs län, och nästan 8 av 10 individer som bor i Gävleborg har varit i kontakt med primärvården under året. 91 procent av dessa har haft ett fysiskt besök i primärvården. Notera att tabellen inte besvarar hur många vårdkontakter en patient har totalt över alla vårdformer, utan endast per vårdform.

Överrepresentationen av kvinnor beror till stor del av könsspecifika anledningar att uppsöka vård, exempelvis förlossningar, som står för en hög andel av totala vårdkontakter, speciellt i den specialiserade slutenvården. Den specialiserade slutenvården har lägst andel vårdkontakter, men det är även där kostnaden per patient är högst. Primärvården har lägst kostnad per patient. Stora ekonomiska vinster finns i att öka insatserna i primärvården för att förebygga behovet av slutenvård.

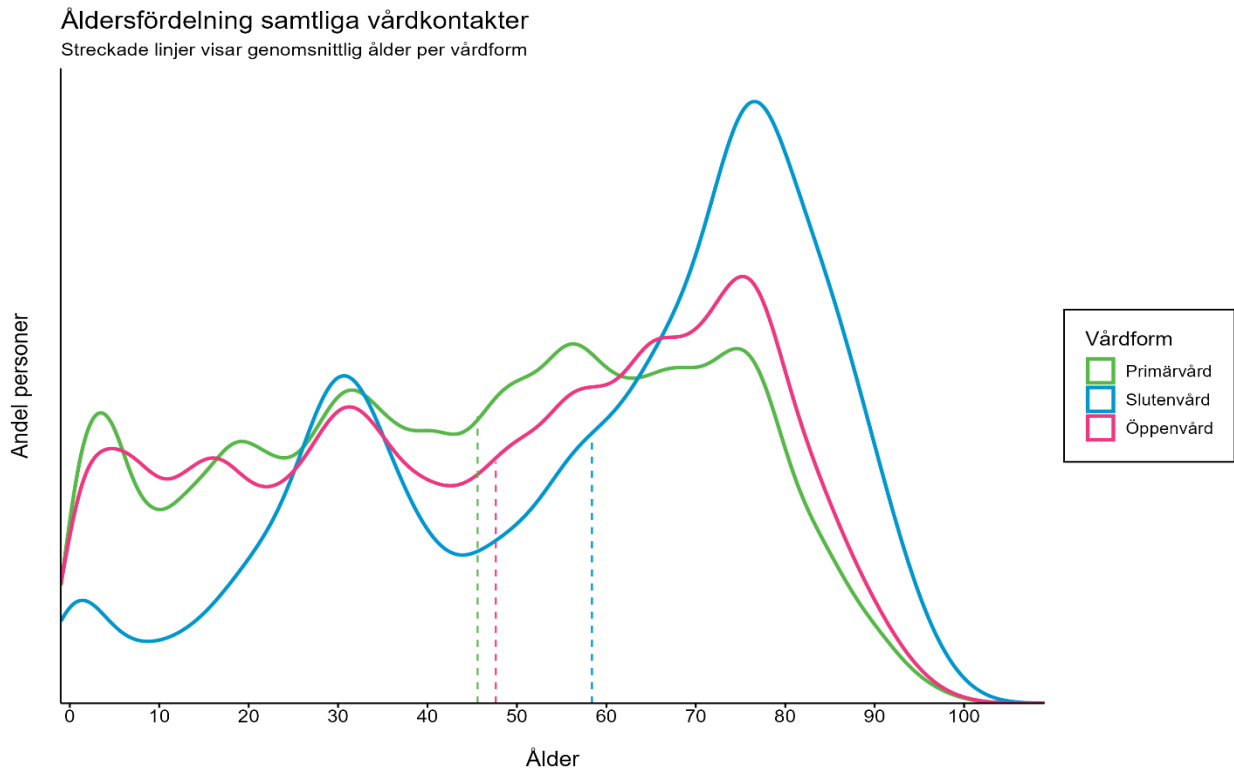
I samtliga vårdformer ökar vårdkonsumtion med åldern och detta är särskilt tydligt i den specialiserade slutenvården. Specialiserad slutenvården har även en relativ topp vid 30-årsåldern, vilket främst beror på vårdkontakter kopplade till graviditet. För primärvård och specialiserad öppenvård syns inte lika tydliga toppar som i slutenvård, utan här är det mer jämnt fördelat över åldersgrupper, med fler marginella toppar vid olika åldrar¹⁴. Avtrappningen i antalet patienter över 80 års ålder beror på att befolkningsunderlaget är betydligt lägre i dessa åldrar. Räknat per capita

¹² Vårdkontakt i denna sammanställning avser skriftliga distanskontakter, telefonkontakter, videokontakt, akuta besök, förstabesök, mottagningsbesök, återbesök, samt operationer. Exempelvis exkluderas provtagning, patientadministration och brevkontakt.

¹³ Kostnad per patient finns endast tillgänglig för den regiondrivna primärvården

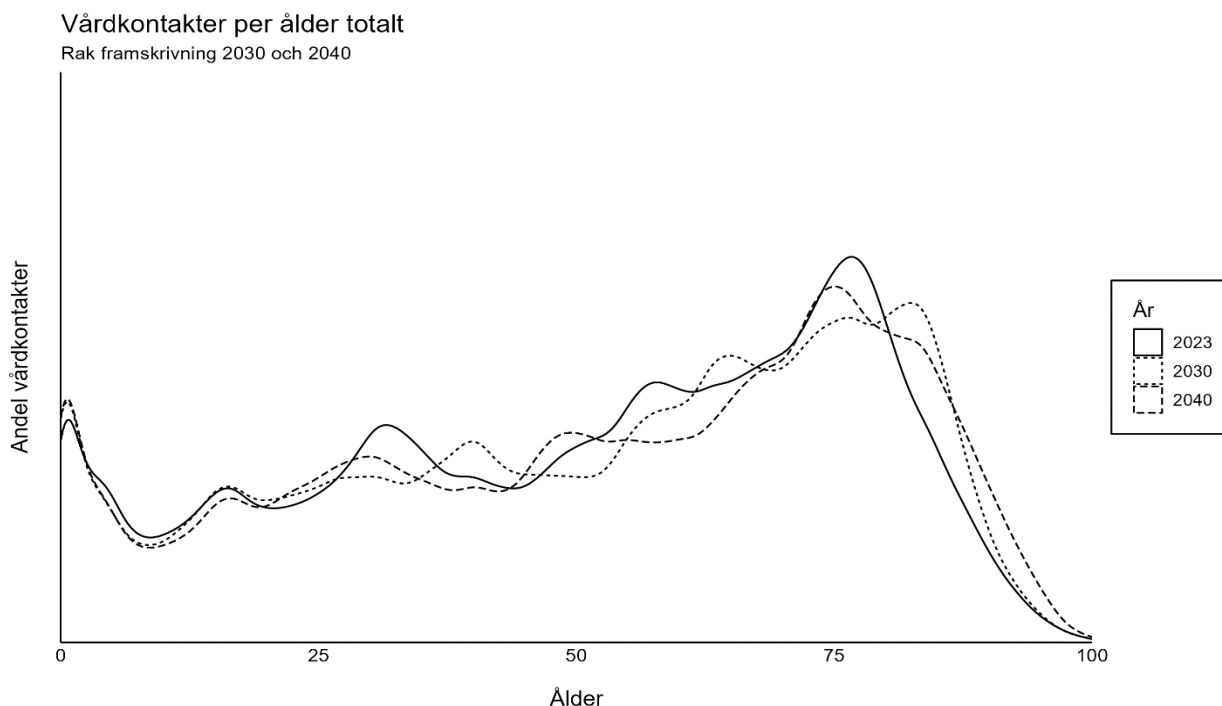
¹⁴ Observera att figuren inte är åldersjusterad.

fortsätter antalet vårdkontakter öka även efter 80-årsåldern. Den genomsnittliga åldern för vårdkontakter är högst i specialiserad slutenvård och lägst i primärvården. Figur 5 nedan visar åldersfördelning och genomsnittsålder för vårdkontakterna 2023, uppdelat per vårdform.



Figur 5: Åldersfördelning för samtliga vårdkontakter i Gävleborgs län 2023. Streckade linjer visar den genomsnittliga åldern för vårdkontakterna per vårdform.

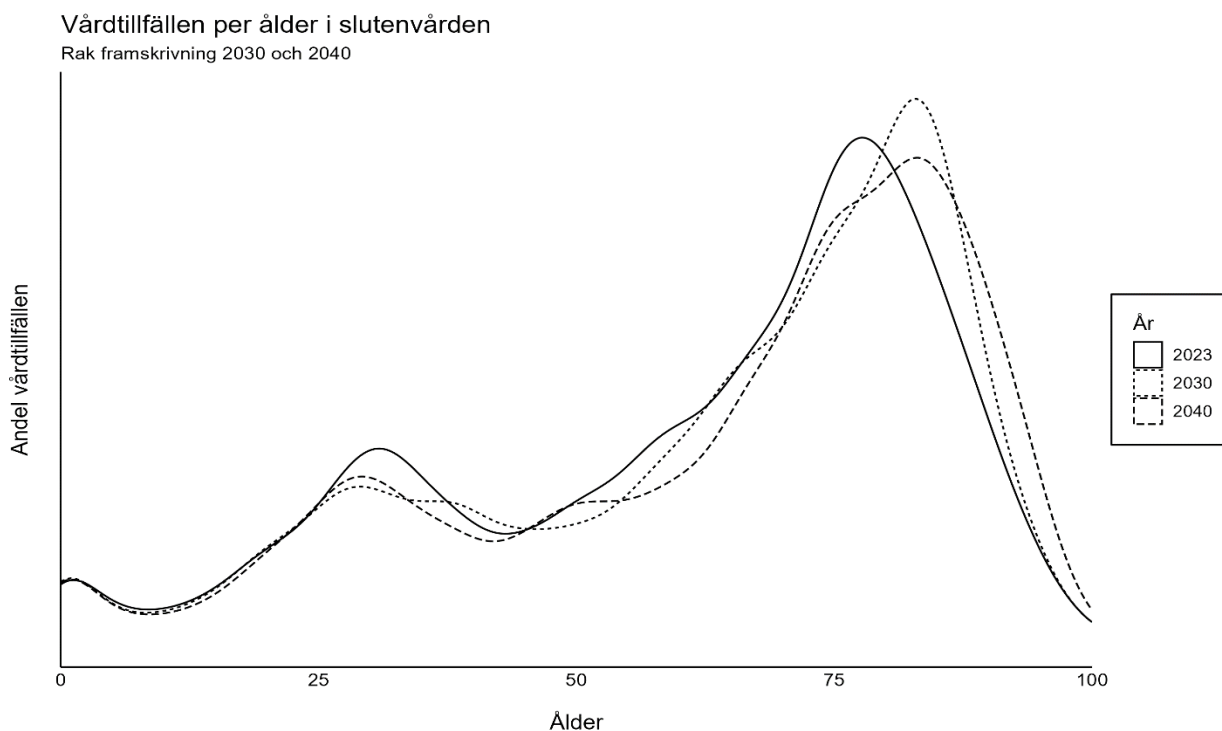
Figur 6 visar hur andel vårdkontakter kan komma att utvecklas till och med 2040 givet enbart de demografiska förändringar som förväntas i länet. Det förutsätter att det genomsnittliga vårdbehovet för varje årsklass hålls konstant över tid.



Källa: SCB och Region Gävleborg (verksamhetsdata)
Bearbetning: Samhällsmedicin, Region Gävleborg

Figur 6: Vårdkontakter per ålder, sammanlagt för samtliga vårdformer år 2023, samt framskrivningar för år 2030 och 2040 baserat på SCBs befolkningsframskrivningar.

Den demografiska utvecklingen förväntas få relativt störst effekt i slutenvården där högst andel äldre vårdas (se figur 5). Figur 7 nedan visar raka framskrivningar på vårdkonsumtionen per ålder för den specialiserade slutenvården, enligt samma antagande som tidigare.



Källa: SCB och Region Gävleborg (verksamhetsdata)
Bearbetning: Samhällsmedicin, Region Gävleborg

Figur 7: Vårdkontakter per ålder i specialiserad slutenvård år 2023, samt framskrivningar för år 2030 och 2040 baserat på SCBs befolkningsframskrivningar.

De största förändringarna fram till år 2030 och 2040 är att den relativa toppen vid 30-årsåldern kommer minska, som ett resultat av att andel individer i den åldersgruppen minskar. Ser man till toppen vid 75 år kommer den dels ske lite senare, dels öka vid 2030 för att sedan minska vid 2040. Samtidigt kommer förändringen vara utdragen, vilket innebär att genomsnittsåldern för vårdbesök kommer att öka gentemot idag.

Befolkningen förväntas minska men andelen äldre förväntas öka. Mest vård konsumeras av äldre och figur 6 och 7 ovan visar att de som vårdas i framtiden kommer vara äldre jämfört med nu. Tabell 3 nedan visar hur antal vårdkontakter förväntas förändras per vårdform då folkmängd och befolkningssammansättning förändras, givet att vårdbehovet är konstant.

Tabell 3: Förväntad förändring av antalet vårdkontakter i länet utifrån befolkningsframskrivningar.

	2030	2040
Specialiserad slutenvård	40 343 (+5,7%)	41 733 (+9,3%)
Specialiserad öppenvård	782 991 (+1,0%)	779 192 (+0,5%)
Primärvård	1 866 603 (+2,4%)	1 876 910 (+3,0%)
Totalt	2 689 937 (+2,1%)	2 697 835 (+2,4%)

Givet samma mönster för vårdkontakter kommer totalt antal vårdkontakter öka med 2,1 procent till år 2030 och med 2,4 procent till 2040. Främst den ökade andelen äldre gör att totala antalet vårdkontakter ökar, trots en minskande befolkning. Den vårdform som kommer uppleva den största procentuella ökningen i vårdkontakter är den specialiserade slutenvården, då den vårdar störst andel äldre.

De äldre har även flest och störst andel av vårddagarna i Region Gävleborg. Fler äldre och fler vårdkontakter kommer således också innebära fler vårddagar och längre vårdtid, allt annat lika. Samtidigt minskar personal- och skattebasen. Syftet med prognoserna är inte att spå exakt hur många vårdkontakter som kommer ske i framtiden. Det är ett sätt att visa att det kommer att vara svårt att möta framtida vårdbehov om hälso- och sjukvården är organiserad på samma sätt som idag (Socialstyrelsen, 2023).

2.5 Vanligast förekommande sjukdomar inom den specialiserade vården

Nedan följer en sammanställning av de vanligaste diagnoserna i den specialiserade slutenvården och öppenvården under 2023. Vi har valt att exkludera primärvård på grund av låg täckningsgrad¹⁵. Tabell 4 visar de fem vanligaste diagnosgrupperna enligt den grövsta indelningen på diagnoser för specialiserad slutenvård, de tre vanligaste diagnoserna inom respektive diagnosgrupp, antal vårdkontakter, antal unika individer samt kostnaden per vårdkontakt. Tabell 5 visar motsvarande för den specialiserade öppenvården.

Tabell 4: Vanligaste diagnoserna i specialiserad slutenvård i Region Gävleborg 2023.

¹⁵ Ungefär 30 procent av primärvårdens patienter får en dokumenterad diagnos medan täckningsgraden är 99,8 procent i den specialiserade slutenvården och 97,3 procent i den specialiserade öppenvården. Patienterna hade i genomsnitt 3,5 diagnoser i specialiserad slutenvård och 1,5 i specialiserad öppenvård. Även rapporterad sökorsak till primärvården är bristfällig.

Diagnosgrupp	Tre vanligaste diagnoserna	Antal vårdkontakter	Antal unika individer	Kostnad per vårdkontakt
05 – Cirkulationsorganens sjukdomar	<ul style="list-style-type: none"> Förmaksflimmer och förmaksfladder Hjärtinsufficiens Smärtor i luftstrupe och bröstorg 	5 457 (14,3%)	3 836 (16,0%)	44 781 kr
08 – Sjukdomar i muskler, skelett och bindväv	<ul style="list-style-type: none"> Fraktur på lårben Knäartros Höftledsartros 	4 282 (11,2%)	3 796 (15,8%)	78 029 kr
06 – Matsmältningsorganens sjukdomar	<ul style="list-style-type: none"> Paralytisk ileus (tarmvred) och tarmpassagehinder utan uppgift om bräck Smärtor från buk och bäcken Akut appendicit (blindtarmsinflammation) 	3 708 (9,7%)	2 931 (12,2%)	53 207 kr
04 – Andningsorganens sjukdomar	<ul style="list-style-type: none"> Pneumoni orsakad av ospecificerad mikroorganism Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) Onormal andning 	3 467 (9,1%)	2 488 (10,3%)	63 182 kr
01 – Sjukdomar i nervsystemet	<ul style="list-style-type: none"> Cerebral infarkt Övergående cerebral ischemi (otillräcklig blodtillförsel till hjärnan) och besläktade syndrom Kramper som ej klassificeras annorstädes 	3 163 (8,3%)	2 551 (10,6%)	47 673 kr

Tabell 5: Vanligaste diagnoserna i specialiserad öppenvård i Region Gävleborg 2023.

Diagnosgrupp ¹⁶	Tre vanligaste diagnoserna	Antal vårdkontakter	Antal unika individer	Kostnad per vårdkontakt
19 – Psykiska sjukdomar, beteendestörningar och alkohol eller drogberoende	<ul style="list-style-type: none"> Hyperaktivitetsstörningar Genomgripande utvecklingsstörningar Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av opioider 	158 066 (20,4%)	18 606 (12,8%)	3 103 kr
08 – Sjukdomar i muskler, skelett och bindväv	<ul style="list-style-type: none"> Andra sjukdomstillstånd i mjukvävnader som ej klassificerats på annan plats Fraktur på underarm Fraktur på underben inklusive fotled 	46 170 (6,0%)	21 149 (14,6%)	5 117 kr
02 – Sjukdomar i öga och närliggande organ	<ul style="list-style-type: none"> Andra sjukliga förändringar i näthinnan Glaukom (grön starr) Förändringar i näthinnan vid sjukdomar som ej klassificeras annorstädes 	37 349 (4,8%)	17 592 (12,1%)	4 295 kr
09 – Sjukdomar i hud och underhud	<ul style="list-style-type: none"> Melanocytnvus (leverfläckar) Andra maligna tumörer i huden Tumör av osäker eller okänd natur med annan och ospecificerad lokalisering 	33 630 (4,3%)	19 622 (13,5%)	3 026 kr
11 – Sjukdomar i njure och urinvägar	<ul style="list-style-type: none"> Dialysvård Kronisk njursvikt Sten i njure och uretär 	31 745 (4,1%)	7 353 (5,1%)	4 973 kr

¹⁶ 28,9 procent av samtliga huvuddiagnoser i specialiserad öppenvård hamnar i kategorier som är generella och som inte går att uttala sig med säkerhet kring innehållet. Här inkluderas ”Andra hälsoproblem och kontakter med hälso- och sjukvården”, ”MDC-övergripande problem i öppenvården”, ”Vårdgivarberoende grupper i öppenvård” och ”Ospecifik eller felaktig information”. Av denna anledning exkluderas dessa diagnosgrupper.

I den specialiserade slutenvården är det flest kontakter med cirkulationsorganens sjukdomar där den vanligaste diagnosen var förmaksfladder och förmaksflimmer. I den specialiserade öppenvården är det flest vårdkontakter kopplade till psykiska sjukdomar, där den vanligaste diagnosen var hyperaktivitetsstörningar. Psykiska sjukdomar har många vårdkontakter totalt, men sett till antalet unika patienter som vårdas är dock flera andra diagnosgrupper minst lika vanliga i öppenvården. I snitt har en patient med psykiska sjukdomar 8,5 vårdkontakter under ett år, medan motsvarande siffra för de fyra andra största sjukdomsgrupperna varierar mellan 1,7 och 4,3.

Statistiken ovan fokuserar enbart på de vanligaste diagnoserna för vårdformerna, för samtliga patienter. Statistiken fokuserar inte på multisjuklighet, det vill säga vilka kombinationer av diagnoser som en individ har samtidigt. Det är denna patient som är vanligast i slutenvården och den som ökar mest i antal. En multisjuk patient har ett vårdbehov som är större än en patient med enbart en sjukdom.

2.6 Framtidens vårdkonsument

En allt äldre befolkning innebär en ökad frekvens av kroniska sjukdomar, som till exempel hypertoni och typ-2 diabetes (Vårdanalys 2024). Mer än varannan person mellan 65 till 74 år lever med minst två kroniska sjukdomar, och motsvarande siffra är drygt 80 procent för de över 85 år (SOU 2018:39). Under 2023 hade 70 procent av de inskrivna i slutenvården i Gävleborg en diagnos som var klassificerad som kronisk sjukdom. De vanligaste kroniska sjukdomsgrupperna var högt blodtryck (32 procent), följt av hjärtsjukdom (26 procent) och metabola sjukdomar (22 procent). Totalt 49 procent av samtliga inskrivna i slutenvården hade en diagnos som var kopplad till antingen högt blodtryck, hjärtsjukdom eller metabola sjukdomar. 70 procent av de med minst en kronisk sjukdom hade alltså en kronisk sjukdom inom dessa tre sjukdomsgrupper. Medelåldern för dessa patienter var ungefär 75 år.

Av vårdkontakter med kronisk sjukdom hade 37 procent endast en kronisk sjukdom och 63 procent hade fler än en kronisk sjukdom. Detta tyder på att det är mer vanligt att ha flera kroniska sjukdomar samtidigt. Även andra studier visar det. Vid exempelvis journalgranskningar kopplade till Min Vård Gävleborg fann man att majoriteten av patienterna hade en kombination av flera diagnoser (Region Gävleborg, 2023). Bland granskade avlidna patienter hade 30 av 38 fler än en bakomliggande diagnos och den vanligaste diagnosen var hypertoni (58 procent). Även Vård- och omsorgsanalys ser samma mönster av samsjuklighet (Vårdanalys, 2014).

Det är därför sannolikt att framtidens hälso- och sjukvård, med allt äldre patienter, behöver beakta flödet, samverkan och effektiviteten mellan olika vårdinstanser och -insatser. Exempelvis hade en typisk patient i slutenvården ofta högt blodtryck, men även ytterligare komplikationer. 2023 hade 89 procent av patienterna med högt blodtryck åtminstone ytterligare en kronisk sjukdom. Vanligast var hjärtsjukdom (45 procent), metabola sjukdomar (40 procent) och lungsjukdom (15 procent). Bland de med hjärtsjukdomar utöver hypertoni hade ungefär hälften antingen förmaksflimmer eller förmaksfladder. Bland metabola sjukdomar var diabetes typ-2 den vanligaste diagnosen. En stor del av patienterna i slutenvården är således samsjukliga. Samtidigt uppskattas att bara ungefär en femtedel av alla med kroniska sjukdomar behandlas i slutenvården under ett enskilt år (Vårdanalys, 2014). Detta tyder på att vård kräver och kommer kräva allt mer insatser utifrån flera olika

kompetenser, verksamheter och inrättningar. Koordineringen dem emellan avgör således framgången för framtidens hälso- och sjukvård.

Det förebyggande arbetet med sjukdomar är viktigt för utformningen och planeringen av framtidens hälso- och sjukvård. Vissa patientgrupper har ändrats i och med att förebyggande behandlingar införts. Till exempel har komplikationsfrekvens och mortalitet hos diabetiker minskat, lungödem till följd av hjärtsvikt har kunnat minimeras, och cancerformer kan i flera fall botas. Vaccinationer har också gjort att vissa sjukdomar mer eller mindre försvunnit eller att komplikationer minimerats, exempelvis barnförlamning, mässling, kikhosta, stelkramp och covid-19. Sannolikt kommer vi på liknande sätt kunna påverka sjukdomsgrupper även i framtiden. Detta gäller inte bara förebyggande insatser. Exempelvis innebär nya kirurgiska tekniker att ingrepp blir mindre invasiva, vilket minskar komplikationer och möjliggör operationer på skörare patienter. Utvecklingen av behandlingsmetoder mot virussjukdomar kan minska risken för pandemier. Fallförebyggande medicinska och tekniska terapier kan leda till färre frakturer och skallskador. Teknologisk utveckling möjliggör hemmamonitorering, vilket förbättrar möjligheterna till förebyggande behandlingar, tidig diagnostik och individuellt anpassad terapi.

Hälso- och sjukvårdssystemet är idag uppbyggt efter patientgrupper med en diagnos i taget, till exempel patienter med enklare åkommor eller patienter med en väl avgränsad vårdprocess som följer tydliga rutiner inom vissa ”stuprör”. Patienter med kroniska eller komplexa behov upplever däremot ofta att vården blir splittrad med olika aktörer, många olika vårdkontakter, otydliga roller och information som faller mellan stolarna. Omställningen till God och Nära vård arbetar för att kunna lösa dessa problem inom hälso- och sjukvården. God och Nära vård behandlas i detalj i kapitel 4.3.

2.7 Synen på hälsa och sjukdom

En central del för att en läkare ska kunna ge behandling är att (rätt) medicinsk diagnos ställs (Werkö 2005). Därför är diagnossättning, vad som kan betraktas som en diagnos som ska behandlas och på vilket sätt den ska behandlas, en fundamental del av den moderna sjukvården. Riktlinjer för vad som ska behandlas har direkta konsekvenser för sjukvårdens resurstilldelning. Vad som ska betraktas som en diagnos är delvis beroende av sociokulturella perspektiv på sjukdom och hälsa – vad som betraktas som en sjukdom idag ansågs inte vara en sjukdom förr, och vice versa. Det finns gråzoner där sjukdomar och symptom överdiagnostiseras, överdefinieras, överbehandlas och övertestas (Lindfors m.fl. 2023). Det innebär att det finns individer som behandlas trots att de inte skulle ha behövt behandlas, när till exempel normala reaktioner på livshändelser medikaliseras, eller när ett screeningtest visar ett falskt positivt resultat.

De senaste åren har olika neuropsykiatriska diagnoser debatterats när det gäller överdiagnostisering. Exempelvis har antalet individer som hämtar ut medicin för ADHD ökat med 600 procent mellan år 2008 och 2021 (Socialstyrelsen 2021b), och andelen barn med en ADHD-diagnos i Sverige överstiger det globala snittet (Jakbo 2024). Kostnaden för ADHD-läkemedel uppgick 2023 till 1,3 miljarder kronor och bedöms fortsätta öka till 1,5 miljarder kronor 2024 (Socialstyrelsen, 2024). En annan psykiatrisk diagnos som ökat i omfattning under de senaste åren är könsdysfori (Socialstyrelsen 2020). Med anledning av ökningen finns det anledning att se över förskrivning av läkemedel, utveckla analyser och prognoser och uppdatera behandlingsinformation (Regeringen 2024), detta för att säkra kostnadseffektiv och rätt diagnossättning. Därtill är många diagnoser

godtyckligt definierade och saknar tydliga gränser (Lindfors m.fl. 2023). Ju mer generösa gränsvärden som accepteras, desto fler individer får en diagnos. Överdiagnostisering kan ge konsekvenser för individen i form av onödig utredning och behandling, men fenomenet tar också resurser från övrig sjukvård. Dessutom pekar detta på att nya diagnoser och sjukdomar kan dyka upp i framtiden, och det är omöjligt att spå vilka dessa kommer vara och dess exakta påverkan på hälso- och sjukvården.

2.8 Sammanfattning av vårdbehov och vårdkonsumtion

Befolkningens vårdbehov påverkas av flera faktorer, däribland ålder, levnadsvanor och faktorer kopplat till levnadsvillkor. Gävleborg har till exempel en hög andel äldre, en låg andel med eftergymnasial utbildning, ett högt ohälsotal och en lägre medellivslängd än många andra regioner. Vårdbehov och risk för ohälsa är således relativt hög i Gävleborgs län. Med utsikt till 2030 och 2040 förväntas andelen individer över 80 år öka med 33,4 respektive 40,6 procent. Samtidigt förväntas andelen individer i resterande åldersgrupper (0-19, 20-64, 65-79) minska. Allt annat lika innebär denna ökning av äldre ett ökat vårdbehov, trots en minskande befolkning. Antalet vårdkontakter förväntas öka i samtliga vårdformer, och den största ökningen i kontakter rent procentuellt förväntas ske i slutenvården, då högst andelen äldre vårdas i den vårdformen.

I framtiden ser Gävle ut att kunna fortsätta växa medan resterande kommuner får räkna med en negativ befolkningsutveckling. Länet som helhet förväntas minska i befolkningsmängd med 1,7 procent till 2030 och med 3,6 procent till 2040. Eftersom enbart Gävle kommun beräknas öka kommer de skillnader som redan finns mellan kommunerna i länet vad gäller åldersstruktur och befolkningstäthet förstärkas ytterligare i framtiden.

En äldre befolkning innebär en ökad förekomst av kroniska sjukdomar. 2023 hade 70 procent av patienterna i slutenvården minst en kronisk sjukdom, och 70 procent av dessa hade antingen högt blodtryck, hjärtsjukdomar eller metabola sjukdomar, vilka utgör de tre vanligaste sjukdomsgrupperna i slutenvården. Bland patienter med hypertoni hade 9 av 10 patienter ytterligare minst en kronisk sjukdom, oftast hjärtsjukdomar eller metabola sjukdomar. Andelen multisjuka patienter kommer öka i framtiden. Dessa individer har ett större vårdbehov än individer med bara en sjukdom, och hälso- och sjukvården måste bli bättre på att vårda dessa patienter.

För att förebygga det ökade vårdbehovet behöver Regionen arbeta för förbättrade levnadsvillkor, exempelvis genom arbete med regional utveckling. Hälso- och sjukvården behöver också arbeta mer preventivt och förebyggande tillsammans med andra aktörer för att minska det totala vårdbehovet.

3. Förväntningar på hälso- och sjukvård

- 75-88 procent av patienterna i Gävleborg, beroende på vårdform, anser som helhet att deras aktuella behov av vård blivit tillgodosett. Nästan 9 av 10, anger att de har tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver.
- Förbättringsområden från patienterna handlar till stor del om frågor kring information, delaktighet samt stöd och koordinering av vård.
- 62 procent av befolkningen upplever att vården ges på lika villkor och 62 procent har också ett högt förtroende för hälso- och sjukvården.
- Personer med litet förtroende för vård är mer benägna att undvika vård och avstå från behandling
- Majoriteten av befolkningen i Gävleborg är positiva till e-tjänster för vård men har mindre erfarenhet och är något mindre positiva till vård, konsultation och behandling med hjälp av digital teknik.

Befolkningens syn på hälso- och sjukvård är ett viktigt perspektiv i arbetet med att planera och följa regionernas verksamhet¹⁷. I kapitel 3 redovisas resultat från patientundersökningar om erfarenheter av vården, samt befolkningens förtroende och förväntningar på hälso- och sjukvård.

3.1 Patientsynpunkter

Hälso- och sjukvårdslagen anger att vården ska vara patientcentrerad, lättillgänglig, samordnad, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och ge patienten möjlighet att välja behandlingsalternativ (HSL, 2017:30). Valfrihetsreformer, en ökad patientrörlighet och alternativa driftsformer är exempel på faktorer som har bidragit till att patientens rätt blivit allt viktigare. Patientens rättigheter och delaktighet har också stärkts och tydliggjorts juridiskt främst i patientlagen (SFS 2014:821) som ytterligare betonar vikten av att tydliggöra och stärka patientens ställning och främja integritet, självbestämmande och delaktighet i vården.

Nationell patientenkät genomförs löpande och nationellt gemensamt för flera vårdformer och för att fånga patientupplevd kvalitet vid besök. I tabellen nedan redovisas de andelar som svarat positivt på frågan om deras aktuella behov av vård/behandling blivit tillgodosett vid besöket. Andelarna varierar beroende på mätning och vårdform mellan 75-88 procent men är överlag höga på den övergripande delfrågan i enkäten. En jämförelse med riket visar att andelarna i stort är samma.

Tabell 6: Anser du att ditt aktuella behov av vård/behandling har blivit tillgodosett?

	Gävleborg	Riket
Akutmottagningar 2022	78%	78%
Primärvård 2023	75%	76%
Specialiserad slutenvård 2023	88%	88%
Specialiserad öppenvård 2023	86%	86%
Standardiserade vårdförlopp 2023	86%	86%

¹⁷ Bilaga 5 beskriver inkomna och inhämtade synpunkter på framtidens vård från olika samrådsformer, samt vilka avsnitt de haft särskild inverkan på.

Resultatet från patientenkäten presenteras i olika dimensioner av patientupplevd kvalitet. Viktiga förbättringsområden från patienterna handlar till stor del om frågor kring dimensionen information (exempelvis information om eventuella förseningar, om hur sjukdom eller hälsotillstånd kan påverka vardagen, om varningssignaler att vara uppmärksam på och om vart man kan vända sig om man behöver ytterligare hjälp eller har frågor efter besöket). Andra förbättringsområden finns inom dimensioner som stöd och koordinering av vård, exempelvis att behandlaren var insatt i tidigare kontakter med vården och dimensionen delaktighet att patienten kände sig delaktig i samtalet.

En internationell undersökning har jämfört befolkningens uppfattning av hur hälso- och sjukvården fungerar¹⁸. Jämfört med de nio andra deltagande länderna är Sveriges resultat sämre när det gäller frågor om kontinuitet i primärvården, personcentrerad vård och tillgänglighet. Patienterna upplever också i högre utsträckning att hälsobesvär inte har tagits på allvar inom hälso- och sjukvården.

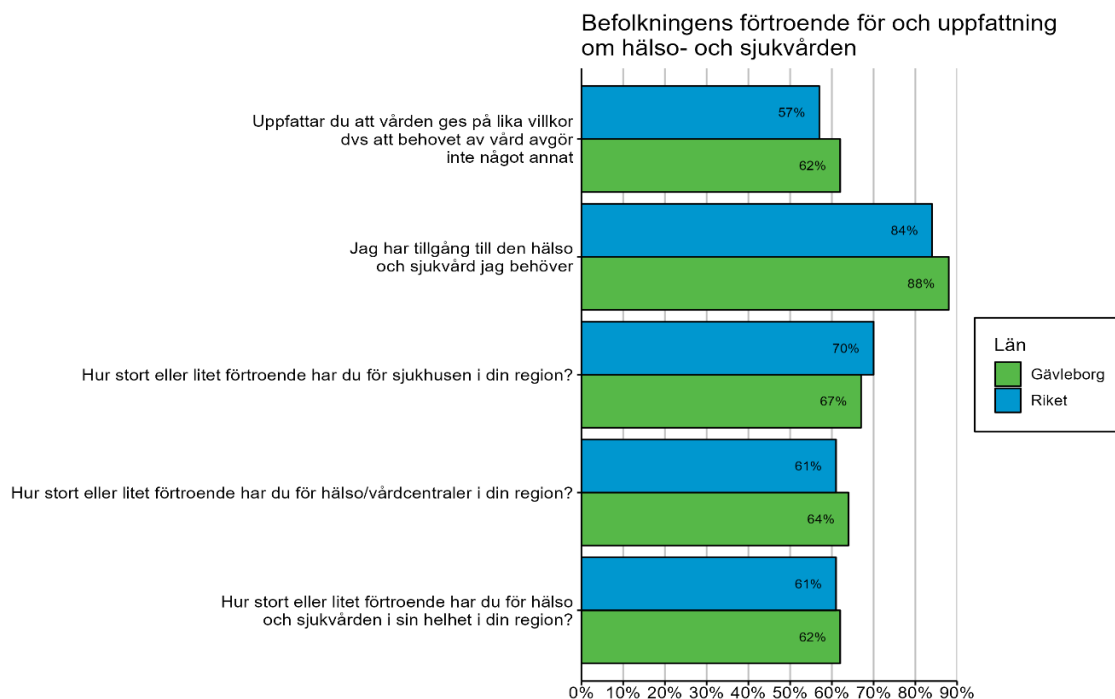
På några områden i undersökningen har Sverige bättre resultat än genomsnittet. Det gäller användningen av digitala verktyg och tjänster, att få avstå vård på grund av kostnaden och att många har hälsofrämjande samtal. Trots en hög användning av digitala verktyg och tjänster är patienterna i Sverige mindre nöjda med distansbesök än patienter i andra länder (Vårdanalys, 2024b).

3.2 Förtroende för och syn på vården

Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården följs löpande. Regionala resultat från Hälso- och sjukvårdsbarometern 2023¹⁹ visar att 62 procent av invånarna uppfattar att vården ges på lika villkor. Det är något högre än i riket (57 procent).

¹⁸ International health policy survey (IHP) har tidigare genomförts 2020. I Sverige besvarades enkäten av 2 300 slumpmässigt utvalda personer över 18 år. Förutom Sverige deltog Australien, Frankrike, Kanada, Nederländerna, Nya Zeeland, Schweiz, Storbritannien, Tyskland och USA i studien. Sveriges resultat har bearbetats av Myndigheten för vård och omsorgsanalys.

¹⁹ Hälso- och sjukvårdsbarometern följer årligen befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården. Undersökningen genomförs med mixad insamlingsmetod och är en kvotundersökning där 1 000 svar från befolkningen ingår varje år i Gävleborg. Undersökningen samordnas av SKR och genomförs i samtliga regioner.



Figur 8: Befolkningen i Gävleborgs läns förtroende och uppfattning om hälso- och sjukvården.

En fråga i Hälso- och sjukvårdsbarometern handlar om befolkningen upplever att de har tillgång till den vård de behöver. Nästan 9 av 10 (88 procent) i Gävleborg angav 2023 att de hade tillgång till den hälso- och sjukvård som de behövde. Motsvarande andel i riksgenomsnittet var 84 procent. Tillgång till vård samvarierar exempelvis med självskattad hälsa och kontakt med hälso- och sjukvården de senaste 6 månaderna. Personer med dålig självskattad hälsa upplever i lägre grad att de har tillgång till den vård de behöver i jämförelse med de som har en bra självskattad hälsa. Patienter och anhöriga har en högre andel som upplever att de har tillgång till den vård de behöver än de som inte varit i kontakt med vården det senaste halvåret.

Förtroendet för hälso- och sjukvården är också en viktig fråga och i undersökningen anger 62 procent att de har ett stort förtroende för hälso- och sjukvården som helhet vilket är i nivå med riket. Andelarna per vårdform varierar något där 67 procent har högt förtroendet för sjukhusen och 64 procent har högt förtroende för hälsocentralerna.

Förtroende för hälso- och sjukvården ökade under pandemin men har sedan återgått till ungefär de nivåer som var före pandemin. Det generella förtroendet för sjukvården är högt jämfört med andra samhällsinstitutioner och befolkningen har ett högt förtroende för myndigheter och andra institutioner samt en stor mellanmänsklig tillit (Vårdanalys 2018).

Vårdanalys pekar på många faktorer som bidrar till att forma förtroendet för hälso- och sjukvården. Det finns vissa skillnader i förtroendet beroende på hälsa, utbildning, ålder och födelseland men sambanden förklarar sammantaget bara en liten del av variationen i förtroendet. Tidigare erfarenheter av vård spelar en avgörande roll men förtroendet påverkas också av faktorer utanför hälso- och sjukvårdssystemet som exempelvis samhällsutvecklingen, individuella attityder och egenskaper samt information från medmänniskor och media.

Av flera skäl är det viktigt att befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården är högt. Förtroendet är, enligt Vårdanalys, inte minst viktigt för den enskilde medborgaren och har betydelse för olika sätt att agera i hälso- och sjukvården. Personer med litet förtroende för vården är till exempel mer benägna att undvika vård och avstå från behandling (Vårdanalys, 2018).

3.3 Befolkningens förväntan på vård och digital teknik

Befolkningens efterfrågan och krav på välfärdstjänster förändras och hälso- och sjukvården behöver vara beredd på att patienter kommer ha andra krav, värderingar och förväntningar på vården i framtiden. Befolkningens förväntningar ökar bland annat i takt med den medicinska och medicintekniska utvecklingen. I en aktuell befolkningsundersökning framgår att en stor del av befolkningen förväntar sig att hälso- och sjukvård fortsätter att utvecklas genom fortsatta ambitionshöjningar som att introducera nya behandlingar och ny medicinsk teknik (Vårdanalys, 2024).

Från medborgare ställs också allt större krav och förväntan på digitalisering av den offentliga sektorn, inte minst baserat på erfarenheter från konsumentmarknaden (SKR, 2018). Den digitala utvecklingen är också en viktig del i att utveckla framtidens hälso- och sjukvård utifrån bland annat resonemang om effektivitet, kostnadseffektivitet och kompetensförsörjning. Samtidigt är det en utveckling som innebär utmaningar kopplade till vanor, personlig integritet och etik etc. I en återkommande undersökning som genomförs av SKR framgår att förväntan ökat över tid. 2020 svarade 83 procent att de är positiva till att kommuner och regioner erbjuder digital service men en betydligt lägre andel, 27 procent, anger att kommuner och regioner lever upp till förväntningarna på digital service (SKR 2020).

Hälso- och sjukvårdsbarometern innehåller frågor om befolkningens inställning till och förtroende för digital teknik (Hälso- och sjukvårdsbarometern 2024). Majoriteten av invånarna i Gävleborg (75 procent) är positiva till användningen av e-tjänster, men en lägre andel (40 procent) är positivt inställda till vård, konsultation och behandling med hjälp av digital teknik. Hälften (50 procent) är positivt inställda till möjligheten att kunna vårdas hemma med stöd av digital teknik. I dessa frågor är Gävleborgs andelar något lägre än andelarna i riket. Dock kan det vara svårt att ta ställning till frågorna om man inte använt digital teknik.

I preliminära resultat från Hälso- och sjukvårdsbarometern 2024 framgår att den vanligaste erfarenheten av digitala tjänster de senaste 12 månaderna är att söka information om sjukdom eller behandling (67 procent) samt läsa sin journal (58 procent). Kring 40 procent har bokat, avbokat eller ombokat tid för vårdbesök, kommunicerat med vårdpersonal eller förnyat recept. Andra digitala kontakter som är mindre vanliga i befolkningen enligt undersökningen är videomöte med vårdpersonal (8 procent), att ha skickat mätvärden till vården (4 procent), och att ha deltagit i internetbaserad behandling (4 procent).

Utvecklingen av digitaliseringen går väldigt snabbt. Vårdanalys (2018) pekar på hur det kan vara extra viktigt att beakta förtroendeperspektivet vid olika utvecklingsarbeten som exempelvis när det gäller digital vård.

Patienter och anhöriga (information från lokala möten med PRO, pensionärsråd, funktionsråd, barn- och ungdomsråd) är positiva till att få möjligheter att själva boka tider till vården, ha digitala

kontakter där anhöriga kan medverka och att chatta för att ställa frågor som ofta uppstår före eller efter vårdkontakter. Vid möte med lokala PRO har man också uttryckt det positivt att få möjlighet att boka tid hos annan än listad hälsocentral om listad hälsocentral inte har lediga tider. De anger också att de är mycket positiva till att slippa fler vårdkontakter än de nödvändiga och att inte behöva resa fram och tillbaka till vård i onödan, exempelvis för att få remiss till specialistvård eller liknande. Några förslag för att kunna utnyttja de digitala möjligheterna på ett bättre sätt diskuterades i samband med träffen med pensionärsrådet och återfinns i bilaga 3.

3.4 Sammanfattning av befolkningens förväntan på hälso- och sjukvården

När patienter tillfrågas om erfarenheter av vård är en stor andel nöjda med sina besök. 75-88 procent av patienterna i Gävleborg, beroende på vårdform, anser som helhet att deras aktuella behov av vård blivit tillgodosett. Förbättringsområden från patienterna handlar till stor del om frågor kring information, delaktighet samt stöd och koordinering av vård. I en internationell mätning framgår att frågor om kontinuitet och personcentrerad vård är svaga områden för Sveriges del.

En hög andel i befolkningen i Gävleborg, nästan 9 av 10, anger att de har tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver. Detta är något över riksgenomsnittet. 62 procent av befolkningen upplever att vården ges på lika villkor och 62 procent har också ett högt förtroende för hälso- och sjukvården. Av flera skäl är det viktigt att befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården är högt.

Förtroendet påverkas av flera saker men är inte minst viktigt för den enskilde medborgaren och har betydelse för olika sätt att agera i hälso- och sjukvården. Personer med litet förtroende för vården är till exempel mer benägna att undvika vård och avstå från behandling.

En stor del av befolkningen förväntar sig att hälso- och sjukvård fortsätter att utvecklas genom fortsatta ambitionshöjningar som att introducera nya behandlingar och ny medicinsk teknik. Den digitala utvecklingen är en viktig strategi kopplat till exempelvis kompetensförsörjning och befolkningen ställer också allt större krav och förväntan på digitalisering av den offentliga sektorn. Majoriteten av befolkningen i Gävleborg är positiva till e-tjänster för vård men har mindre erfarenhet och är något mindre positiva till vård, konsultation och behandling med hjälp av digital teknik. Utvecklingen av digitaliseringen går fort inom hälso- och sjukvårdsområdet och det kan vara extra viktigt att bevaka förtroendet för den digitala vården.

4. Strukturella och organisatoriska förutsättningar för hälso- och sjukvård

- För att vårdkedjan ska bli mer sammanhållen och få ökad kontinuitet, att patientens ställning och valmöjligheter stärks och att rätten till fast vård- och läkarkontakt ska bli tydligare, behöver hälso- och sjukvården bli mer personcentrerad.
- Lokaler och fastigheter behöver vara anpassade för patientdelaktighet, vårdprevention och för att etablera flexibla arbetssätt.
- Digitala verktyg ger möjlighet till egenmonitorering, tillgänglighet, effektivare sortering till rätt vårdinstans och informationsutbyte.
- En av Region Gävleborgs största utmaningar är långsiktig kompetensförsörjning, vilket kräver en långsiktig strategi där man har de kommande generationernas förväntningar på arbete, arbetsplats och rörlighet på arbetsmarknaden i åtanke.
- Beredskaps- och säkerhetsläget ställer allt högre krav på arbetet inom Regionen.
- Vård sker idag uppdelat på olika nivåer, i samverkan och uppdelat mellan olika aktörer, och det är därför viktigt att samordning och samverkan sker internt samt mellan sjukvårdshuvudmän.
- ”Bästa Effektiva Omhändertagande Nivå” (BEON-principen) för att ge effektiv vård utan onödiga vårdkontakter bör utvecklas.
- Ett stärkt skydd för patientens rätt att välja vård kan komma att ställa ökade krav på samordning inom regionen, då patienten förväntar sig eftervård och uppföljning efter att ha fått vård annorstädes.
- De privata alternativen inom hälso- och sjukvården har ökat och kommer troligtvis fortsätta att öka, framförallt i samband med att allt fler väljer privata sjukvårdsförsäkringar. Det kan få konsekvenser för skatteintäkter och vården.

Kapitel 2 och 3 beskriver befolkningens sammansättning, vårdbehov, de vanligaste sjukdomarna och befolkningens förväntningar på hälso- och sjukvård. Kapitel 4 redogör för viktiga strukturella och organisatoriska faktorer som påverkar och utgör förutsättningar för framtidens hälso- och sjukvård. Först redogörs för ett antal förutsättningar så som nationella initiativ, utredningar och pågående utvecklingsprojekt som antas ha påverkan på framtidens hälso- och sjukvård (avsnitt 4.1). Därefter beskrivs centrala förutsättningar för att vården ska bli mer personcentrerad i avsnitt 4.2 (Vård efter individ och inte efter organisation) samt i avsnitt 4.3 (God och Nära Vård).

Därefter följer avsnitt som avhandlar strukturella förutsättningar så som fastigheter och transporter (avsnitt 4.4) samt hur medicinteknikutvecklingen och läkemedel möter morgondagens behov (avsnitt 4.5 och 4.6). I avsnitt 4.7 beskrivs utmaningarna med kompetensförsörjning och i avsnitt 4.8 beskrivs viktiga omvärldsfaktorer i form av beredskaps- och säkerhetsarbete. I avsnitt 4.9 behandlas vårdplatser och vårdkapaciteten och i avsnitt 4.10 beskrivs slutligen styrnings- och organiseringsfrågor.

4.1 Behov av omorganisering av hälso- och sjukvårdssystemet

De senaste 10 åren har en rad statliga utredningar och betänkanden med implikation på hälso- och sjukvård varit föremål för remittering till regionerna. Några sådana viktiga utredningar med bäring på framtidens hälso- och sjukvård, handlar främst om Effektiv vård (SOU 2016:2), God och nära vård (SOU 2020:19), Hälso- och sjukvårdens beredskap (SOU 2022:6) och Börja med barnen (SOU 2021:34). En summering av några grundläggande och återkommande perspektiv från dessa är att:

- Vård behöver bli mer personcentrerad
- Vård ska vara god och nära med ett utökat primärvårdsuppdrag
- Vård ska vara preventiv och hälsofrämjande
- Tillgängligheten till vård och patientens ställning och valmöjligheter ska stärkas – inte bara i den egna regionen utan rätt till vård i hela landet
- Regionernas ansvar för barnens och ungdomarnas hälsa samt behandling av beroendesjukdomar skall öka
- Rätten att få fast vårdkontakt och fast läkarkontakt ska förtydligas
- Kontinuitet i vården ska finnas
- Samverkan ska ske – med andra huvudmän och aktörer – och oftast bär regionerna ansvaret för att få samverkan att fungera
- Bygga en stabil struktur för regionerna i civil beredskap i flera aspekter
- Fokus på psykisk ohälsa

Några har lett till propositioner och beslut men ett antal väntar fortfarande på politiska beslut. För regionernas del handlar det om att implementera besluten i vården.

Inom området för God och Nära Vård pekas det på behovet av att hälso- och sjukvårdssystemet, samt hela välfärdssystemet, behöver ställas om och anpassas efter patientens individuella behov och förutsättningar istället för att vara anpassat efter verksamheter eller organisationer (SOU 2016:2; SOU 2018:39). Utifrån tidigare statliga utredningar och en nationellt beslutad målbild med sikte på 2027 (proposition 2019/20:164) pågår ett omställningsarbete av hälso- och sjukvårdssystemet i hela landet. Arbetet bedrivs på nationell nivå genom riksdag och regering, myndighetsuppdrag och statsbidrag, samt stöd från SKR, på sjukvårdsregional nivå genom samverkan mellan regioner och ute i regioner samt kommuner. Omställningsarbetet sker även i samverkan med andra aktörer, så som privata vårdgivare och utförare av välfärdstjänster, civilsamhället genom föreningslivet, patient- och närståendeföreningar och fackförbund.

Ett annat viktigt nationellt gemensamt arbete handlar om att ta fram personcentrerade och sammanhålla vårdförlopp för ett antal nationella programområden, något som SKR har arbetat med sedan 2019. Syftet är att skapa en jämlik vård med hög kvalitet i hela landet. Det Nationella systemet för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården har uppdraget att ta fram och fastställa dessa vårdförlopp. De omfattar hela vårdkedjan – från tidig upptäckt, utredning, behandling och uppföljning till rehabilitering och ett eventuellt återinsjuknande. Nationell kunskapsstyrning innebär att kunskapsunderlag tas fram gemensamt av regionerna och att respektive region arbetar för att kunskapen införs och används. Regionerna ska också följa upp och analysera behandlingsresultat samt stödja verksamhetsutveckling och ledarskap i hälso- och sjukvården. Arbetet bygger på samspel där patientmedverkan och erfarenhetsutbyte är viktiga delar.

4.1.1 Aktuella utredningar som påverkar hälso- och sjukvården

En rad olika utredningar som på olika sätt kommer påverka vården och vårdens åtaganden är också påbörjade²⁰. Några exempel på dessa är samsjuklighetsutredningen (SOU 2023:5), som föreslår en genomgripande reform av samhällets insatser till personer med samsjuklighet. Reformen innebär ökad samordning, behovsanpassning och personcentrering. Bland annat ska behandling för skadligt bruk och beroende ges samordnat med behandling för andra psykiska tillstånd. För regionen innebär det bland annat behov av anpassning av lokaler inom psykiatri. En annan utredning av betydelse handlar om stärkt vårdgaranti, där en särskild utredare ska analysera och föreslå en ny och stärkt vårdgaranti samt lämna förslag som ökar kontinuitet inom den specialiserade vården (Regeringen 2024b). Den nya vårdgarantin bör tydliggöra såväl patientens möjligheter att få vård hos en annan vårdgivare i de fall vårdgarantins tidsgränser inte kommer kunna uppfyllas som regionens ansvar att tillgodose detta. En översyn av det kommunalekonomiska utjämningsystemet är också nyligen utförd, där kommittén har lämnat flera förslag på förändringar som syftar till mer likvärdiga ekonomiska förutsättningar för kommunerna och regionerna (SOU 2024:50).

Förutom redan påbörjade processer och utredningar finns en rad påbörjade och kommande direktiv, även om det är oklart vad dessa leder till och hur de kan komma att påverka hälso- och sjukvården i framtiden. Några exempel på dessa är direktiv 2023:98 om stärkt medicinsk kunskap i kommunal hälso- och sjukvård samt direktiv 2023:73 som handlar om ett kommande stegvis helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården.

I texten ovan nämns inte kommande statsbidrag som kan komma att påverka hälso- och sjukvården. Det nämner inte heller att den officiella uppföljningen av tillgänglighet har en sviktande kvalitet då den exempelvis inte tar hänsyn till tillgänglighet via Min Vård Gävleborg. Men vad texten däremot tyder på är att Region Gävleborg i delar eller i sin helhet kan komma att påverkas av en rad statliga initiativ. Det kan handla om ökade kostnader, förändrade gränssnitt till andra aktörer, och att ansvaret för styrningen kan ändras. Det kan också handla om effektivare arbetssätt, en mer patientorienterad organisering och en bättre vårdkvalitet. Sammantaget kräver ovanstående regionresurser och ansvar, vilket i sin tur kräver att formell och reell kompetens finns i form av nya medarbetare. Därför behöver planering av hälso- och sjukvård i Region Gävleborg prioritera och hitta strategier för att pragmatiskt och ekonomiskt hantera verkställighet av kommande nationella politiska beslut.

4.2 Vård efter individ och inte vård efter organisation

Hälso- och sjukvårdssystemets övergripande mål är att möta varje invånares behov av vård. Värdet av det som produceras i en hälso- och sjukvårdsorganisation upplevs först när patientens behov blivit tillgodosett. Detta sker när individen blivit frisk, botad, fått hjälp eller känner trygghet. Det upplevda värdet och kvaliteten på tjänsten beror till stor del på hur det upplevs av patienten. Detta skiljer sig dock från patient till patient.

När vården ges inom vissa stuprör blir resultatet sämre vård och ökat antal komplikationer som eventuellt hade kunnat undvikas (Socialstyrelsen, 2021; SOU 2023:5). När insatsen istället är personcentrerad och personen själv är delaktig i att ta beslut kring behandling, ökar chansen att

²⁰ En lista över viktiga utredningar och direktiv återfinns i bilaga 1

utfallet skapar värde för personen. Patienter som är involverade i sin egen vård följer exempelvis i större utsträckning behandlingsråd (Socialstyrelsen, 2024b), och SKR har uttryckt en framtidsvision att patientens samtliga vårdinsatser ska kunna synas på 1177.se. Detta skulle även kunna rendera resursbesparingar för Regionen.

Personcentrerad vård behöver ta hänsyn till patienternas personlighet eftersom det påverkar patientens förmågor, behov och förutsättningar. Tabell 7 beskriver fyra personlighetstyper som SKR använder när de karaktäriserar individer i befolkningen (SKR u.å). Dessa personlighetstyper är generella grupper som har olika karaktäristika och föredrar olika kontaktvägar och kontaktsätt med hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvården behöver således bemöta olika patienter på olika sätt för att kunna ge så högt värde som möjligt till varje individ. Exempelvis går det i många fall bra att till stor del lägga över ansvaret för vård på patienten med egenvård och digitala lösningar, medan det i andra fall behövs mycket mer mänsklig och sammanhållen kontakt. Detta beror på vilken personlighetstyp individen tillhör.

Tabell 7: Beteenden och behov hos personal i kontakt med vården beroende på personlighetstyp.

Personlighetstyp	Andel av befolkningen	Karaktäristika	Kontakt med vården
Självständig och engagerad	50%	Egenansvar, pålästa, självständiga, resursrika	Vill ta stort eget ansvar. Digitala lösningar som chatt, digital vård och teknik är önskvärda
Orolig och engagerad	Knappt 25%	Trygghetssökande, många vårdkontakter	Oron kan medföra många snabba kontakter men också att gruppen dröjer med att söka vård.
Traditionell och obrydd	Knappt 25%	Tillitsfulla, trygga och lugna. Lyssnar och accepterar	Lämnar gärna över beslut. Söker inte vård om det inte är något som verkligen avviker
Sårbar och orolig	Cirka 6%	Oroliga, flera åkommor	Mångsökare. Vanligt söka hjälp för en åkomma men kan finas fler grundorsaker. Behöver en fast vårdkontakt och helhetssyn.

Källa: SKR

Den traditionella innebörden av jämlik vård är att vi gör lika för alla, oavsett person. Men för ett jämlikt resultat av en behandling eller insats, behövs olika förhållningssätt beroende på individens behov. Vård behöver kompensera och segmentera då individer har olika förutsättningar. Det kräver anpassade insatser, att vård och omsorg sker i överenskommelse mellan individen och vårdpersonalen, samt att ge variationer av lösningar beroende på individuella behov. Framtidens hälso- och sjukvårdsorganisation behöver sammanfattningsvis styras, vägledas och genomsyras av en kultur där individens behov har företräde framför organisationens.

4.3 God och Nära Vård

Som beskrivits i både avsnitt 4.1. samt 4.2, är en central ambition att hälso- och sjukvården behöver bli mer personcentrerad. Idag är hälso- och sjukvårdssystemet uppbyggt efter vissa patientgrupper, till exempelvis grupper med enklare åkommor eller patienter med en väl avgränsad vårdprocess med tydliga rutiner inom vissa ”spår”. Men patienter med kroniska eller komplexa behov upplever ofta att vården blir splittrad mellan olika aktörer, många olika vårdkontakter, otydliga roller och information som faller mellan stolarna med sämre vård som resultat. Kroniker, äldre personer med komplexa behov av insatser från många olika aktörer, personer med psykisk ohälsa, missbruk och beroende är

exempel på grupper vars sammansatta behov inte möts på ett bra sätt i dagens hälso- och sjukvårdssystem.

Arbetet med omställning till God och nära vård som pågår i regioner och kommuner i hela landet handlar om att ställa om hälso- och sjukvården så att den utgår mer från människors behov. Det handlar om fyra förflyttningar som ska göra välfärdssystemet mer:

- Personcentrerat (istället för att utgå från organisationer och verksamheter)
- Inkluderande genom att personer deltar mer aktivt i beslut om den egna insatsen/behandlingen (istället för att vara passiva mottagare av insatser)
- Samordnat (istället för att leverera insatser isolerade från varandra)
- Proaktivt (istället för reaktivt)

Utifrån den nationella målbilden har ett regionalt och lokalt arbete gjorts i alla Sveriges län, för att ta fram länsvisa målbilder för att få en förankring hos alla huvudmän. Arbetet med God och nära vård utgår från studier av invånare som har komplexa och sammansatta vårdbehov²¹ (Hälsolabb, 2021).

Fyra teman återkommer kring vad som är viktigt och värdeskapande för dessa patientgrupper i kontakten med kommunal och regional hälsovård, sjukvård samt socialtjänst. Dessa teman utgör målbilder i arbetet med God och nära vård.

I Gävleborg har regionen och länets kommuner via Länsledning Välfärd tillsammans tagit fram och fattat beslut om en gemensam målbild som breddar perspektivet på välfärden och också berör de kommunala verksamheter som arbetar med omsorg, stöd, skola, elevhälsa och förebyggande arbete.

God och nära vård innebär för mig som invånare att:

- Jag får rätt hjälp och stöd i rätt tid
- Jag får stöd i att främja min hälsa
- Min egen kraft tas till vara
- Sammanhållet och enkelt för mig

Dessa meningar, formulerade som förväntningar, behov och önskemål ur ett invånarperspektiv, utgör målbilden för God och nära vård i Gävleborg. Den gemensamma målbilden är beslutad i berörda politiska nämnder hos alla 11 huvudmän i länet (i regionen och i länets tio kommuner), och målbilden är satt till 2030.

För att åstadkomma förbättringar och bättre möta befolkningens behov behövs en rad förändringar av hur hälso- och sjukvården som helhet fungerar idag. Omställningen till God och nära vård adresserar dessa förändringsbehov och pekar på åtgärder som kan vidtas. Några av åtgärderna som behövs är:

- Nya arbetssätt för att möta vårdbehoven hos befolkningen
- Mer digitalt, mer mobilt, mer teamarbete, mer samverkan över huvudmannagränser

²¹ Studierna har genomförts av Hälsolabb som är en samverkan mellan Experio Lab vid Region Värmland, Sveriges kommuner och Regioner (SKR), Centrum för Tjänsteforskning (CTF) vid Karlstad Universitet samt design vid Linköpings Universitet. Insamling har skett med hjälp av intervjuer, workshops, observationer och enkäter i nio kommuner, regioner och samordningsförbud

- Samordnad vård utifrån personligt behov
- Anpassade och flexibla insatser som passar de vi är till för
- Personcentrerad vård

Pågående åtgärder inom Region Gävleborg för att nå målbilden för God och nära vård 2030 beskrivs i tabellen nedan.²²

Tabell 8: Konkreta pågående åtgärder inom Region Gävleborg för att nå målbilden för God och Nära Vård 2030.

Konkreta pågående åtgärder	Möter mål
Utvecklandet av plattformen Min Vård Gävleborg	Jag får rätt hjälp och stöd i rätt tid
Mobila team i samverkan med länets kommuner	Jag får rätt hjälp och stöd i rätt tid Sammanhållet och enkelt för mig
Bedömningsbil i samverkan mellan alla vårdnivåer och kommun	Jag får rätt hjälp och stöd i rätt tid Sammanhållet och enkelt för mig
Digitala arbetssätt, digitala vårdmöten och digital vård	Jag får rätt hjälp och stöd i rätt tid Sammanhållet och enkelt för mig
Digitala hälsorum på landsbygden	Jag får rätt hjälp och stöd i rätt tid
Utvecklad samverkan med kommunerna	Sammanhållet och enkelt för mig
Utveckla det hälsofrämjande och förebyggande arbetet	Jag får stöd i att främja min hälsa Min egen kraft tas till vara
Ökad kunskap och verktyg för att arbeta mer personcentrerat	Min egen kraft tas till vara Sammanhållet och enkelt för mig
Dokumenterad överenskommelse i nya journalsystemet Cosmic	Jag får stöd i att främja min hälsa Min egen kraft tas till vara Sammanhållet och enkelt för mig
Samordnad individuell plan	Jag får stöd i att främja min hälsa Min egen kraft tas till vara Sammanhållet och enkelt för mig
Fast vårdkontakt vid behov	Sammanhållet och enkelt för mig
En hälsovalshandbok som stödjer omställningen till God och nära vård	
Utbildning i förändringsledning till chefer för att kunna leda omställningen på sin enhet	

Ovanstående åtgärder inom hälso- och sjukvården är viktiga för att förändra hälso- och sjukvården i Gävleborg från ett traditionellt arbetssätt som utgår från en statisk organisation, till att bli en sjukvård som utgår från individer med en flexibel organisation. Förhoppningen i ett systemperspektiv är att bli bättre på att mäta kvalitet och effektivitet utifrån invånarnas samlade behov, snarare än att mäta kvalitet utifrån enskilda insatser.

4.4 Fastigheter och Transporter

Fastigheter och transporter är en typ av förutsättningar som ska möjliggöra och underlätta för hälso- och sjukvårdens uppdrag.

4.4.1 Fastigheter

Framtidens fastighetsbestånd har en avgörande betydelse för framtidens hälso- och sjukvård. SKR pekar ut två huvudspår som påverkar fastighetsbeståndet fram till år 2035 (SKL 2016). Det ena handlar om vårdprevention och det andra om att vård flyttar ut från sjukhusen. SKR menar att vård på distans blir vanligare då digitala verktyg ger möjlighet till egenmonitorering, tillgänglighet och informationsutbyte. Lokalerna behöver därför anpassas för patientdelaktighet och vårdprevention. Andelen med kroniska, påverkbara sjukdomstillstånd kan med andra ord minska samtidigt som andelen som kan vårdas i dagvård/dagkirurgi samt i hemmet öka. Beskrivningen kan sägas

²² Målbild för God och nära vård framtagen i länsledning

överensstämman med intentionerna med God och nära vård (se avsnitt 4.1-4.3) i den bemärkelsen att fastighetsbeståndet ska underlätta för en samordnad och personcentrerad vård som ges på rätt vårdnivå nära patienten (Region Gävleborg 2021). Hur lokaler ska planeras är därför tätt sammankopplat med den demografiska utvecklingen, vårdbehov och vårdkonsumtion, men också med den digitala och tekniska utvecklingen, en hållbar arbetsmiljö och vårdutvecklingen.

Planeringen av om- och tillbyggnad av Gävle och Hudiksvalls Sjukhus, Framtidsbygget, har tillvaratagit ovanstående. En bärande princip för Framtidsbygget är nämligen att lokalerna anpassas för den tekniska och digitala utvecklingen (bl.a. Landstinget Gävleborg, 2015). Vidare försöker Framtidsbygget standardisera processer för att öka patientsäkerhet (god och säker vård), beakta akuta och prioriterade flöden (optimerad logistik), samt bidra till en attraktiv arbetsplats. En ambition inom Framtidsbygget är att utveckla flexibilitet, funktionsbaserade arbetssätt och standardiserade processer (Region Gävleborg 2021).

Sedan beslutet om Framtidsbygget 2014 har Sirona (2018), Region Gävleborg (2021) och PWC (2023) granskat arbetet. Sammanfattningsvis lyfts effektivt vårdplatsutnyttjande och att behovet av vårdplatser är liknande år 2030 som år 2016 (Sirona 2018); att samordning och integrering mellan Framtidsbygget och ett antal processer och utvecklingsarbeten behöver stärkas (Region Gävleborg 2021), och behovet av en uppdaterad kalkyl och lokalförsörjningsstrategi då de senaste gäller till 2021 (PWC 2024).

Region Gävleborgs fastighetsutvecklings-, lokalförsörjnings- och verksamhetsfunktionsplaner ger dock vid handen en rad principer, relevanta för framtidens fastighetsbestånd (Region Gävleborg 2021). Nedan listas de utifrån tre kategorier:

Tabell 9: Principer för lokalanvändning.

Arbetsformer och lokalen	Patienten och lokalen	Medarbetaren och lokalen
- ny teknik ger nya möjligheter	-prioritering av vårdinsatser till de med störst behov	-stabil och varaktig bemanning som trivs och kan påverka vårdens kvalitet
-behov av en patientmottagning	-möjlighet till patientdelaktighet och utveckling av den egna vården	-behov och närhet till vårdnära administration, forskning och undervisning
-hög virtuell närvaro av alla professioner	-individuellt teknisktöd vid behov	-underlätta samverkan
-råd och vård i hemmet	-fler akuta sjuka	-samlökalisering
-ett personcentrerat arbetssätt	-patienter med mer komplexa behov	- närhet till specialiserad vård styr lokaliseringsbehov och placering
-minimera smittspridning		
-intensivare vårdåtgärder och behandling		
-ökad poliklinisering ⁹		
-snabbare behandling ger kortare vårdtid		

4.4.2 Transporter

Patienttransporter spelar en viktig roll för den framtida hälso- och sjukvården. Det handlar om att trygga snabb och rätt vård för patienterna. Exempelvis är då vägtransporter att föredra då omlastning går smidigt och för att patientvård är möjlig under transporten. En vägambulans kan dessutom i princip alltid stanna för att göra åtgärder som kräver auskultation och precision som till exempel intubation och dränageläggning. Men det handlar också om att regioner hjälper varandra vid tillfälliga överbelastningar och att vården blir alltmer specialiserad. Vissa typer av transporter kommer därmed troligen att öka, och då bland annat till våra universitetssjukhus.

En utmaning i akuta sammanhang med instabila patienter är att det vanligen krävs att läkare och anestesipersonal medföljer transporten. Dock finns det inte alltid personal tillgänglig, och i dessa

lägen larmas helikopter eftersom IVA/anestesipersonal och läkare bemannar de tillgängliga helikoptrarna i vårt område. Det är en väsentligt dyrare och mer riskabel transport och tidsvinsten med helikopter är begränsad om man räknar in utlarmningstid och omlastningstid.

Med tanke på ett eventuellt ökat transportbehov samtidigt som de ”vanliga” akutambulanserna är relativt hårt belastade, bör andra transportmöjligheter övervägas vid planerade eller halvakuta patienttransporter i framtiden.²³ Vidare bör det följas upp hur sjuktransporter kan komma att påverkas av utvecklingen av God och nära vård.

4.5 Medicinteknikutveckling

Utvecklingen av den medicinska vetenskapen har de senaste decennierna varit enorm. Tidigare obotliga, ibland dödliga eller invalidiserande sjukdomar kan idag behandlas till symptomfrihet och även ofta bot. Nya undersökningsmetoder och behandlingsmetoder har tillkommit med genterapier, biologiska läkemedel, precisionsmedicin, effektiva cancerläkemedel med mera. Inte minst inom cancerområdet har väldigt mycket positivt hänt. Utvecklingen ställer samtidigt stora krav på nya arbetssätt och breddad kompetens inom hälso- och sjukvården. Verksamheterna måste kunna ta emot, förvalta och applicera den nya teknologi som kommer, vilket kräver gedigna system, tydlig struktur och hållbar kompetensförsörjning. Parallellt måste externa faktorer beaktas, då framsteg i medicinsk utveckling är direkt kopplat till politik, demografi, det ekonomiska läget och klimatförändringar.

Säkerhetsläget i omvärlden kommer också ställa krav på robusthet gällande produktion och leverans av läkemedel, varför verksamheten förväntas öka i omfattning i Region Gävleborg. Utbudet av medicinteknisk utrustning kommer att öka och även här kommer det ställas krav på processer för ordnat införande för att kunna värdera nytta mot kostnader. Mycket av den medicintekniska utrustningen, både den som sjukvården tillhandahåller och det som medborgarna köper själva, kommer att producera en mängd hälsodata som behöver beaktas inom sjukvården.

Ett exempel på nya metoder som innebär utmaningar är precisionsmedicin, vilket betyder anpassad behandling och diagnostik efter varje individs unika genetiska och biologiska profil. Genom att förstå patientens specifika behov kan vården optimeras och därmed öka chanserna för framgångsrik behandling. Några av utmaningarna inom området precisionsmedicin inom medicinteknikområdet i Region Gävleborg beskrivs nedan. (Edsjö m.fl. 2023 samt sakkunnig inom medicinteknikområdet i Region Gävleborg)

1. *Ojämlig vård:* Den snabba utvecklingen av dyra behandlingar har skapat en ojämlig vård. Det är viktigt att regeringen tar ansvar för att säkerställa likvärdig tillgång till precisionsmedicin över hela landet.

²³ Vilka transportformer Region Gävleborg idag har tillgång till, se bilaga 2

2. *Decentraliserat sjukvårdssystem:* Sverige har ett av de mest decentraliserade sjukvårdssystemen i världen. Detta gör omställningen till precisionsmedicin svårare än i jämförbara länder. Tydliga satsningar och resurser behövs för att möjliggöra implementering.

3. *Nationell strategi:* För att säkerställa jämlik tillgång behövs en övergripande nationell strategi för precisionsmedicin. Denna strategi bör involvera centrala aktörer, inklusive staten, sjukvårdsregioner, universitet och patientrepresentanter. Fokus bör ligga på prevention, screening, patientengagemang och nya finansieringsmodeller.

Dessa principiella utmaningar är inte unika för precisionsmedicin utan kan överföras på flertalet medicinområden. I tabell 10 nedanför beskrivs de medicintekniska områden som sakkunnig inom medicinteknik i Region Gävleborg pekat ut som viktiga inför framtiden.

Tabell 10: Medicintekniska områden som pekats ut som viktiga inför framtiden.

Områden	Nytta, användningsmöjligheter och konsekvenser
Digitalisering och AI	
Personlig medicin	Användning av AI och maskininlärning för att analysera stora mängder patientdata
Diagnostik och övervakning	Förbättring av precision och hastighet i diagnostiska processer
Virtuell vård	Möjligt att diagnostisera och behandla på distans
Avancerade biomaterial	
Biokompatibla implantat	Nya biomaterial som är bättre integrerade med kroppen kan förbättra livslängden och funktionaliteten
Regenerativ medicin	Mer biomaterial och stamcellsteknik för att skapa vävnader och organ för transplantation
Robotik och automatisering	
Kirurgiska robotar	Avancerade robotiska system kan stödja minimalt invasiva kirurgiska ingrepp med hög precision
Autonoma system	Automatiserade medicinska system, till exempel blodprovstagning sparar resurser
Bärbar teknologi och implantat	
Smarta implantat	Implantat som övervakar kroppsfunktioner och kommunicerar till vårdgivare i realtid
Utökad bärbar teknologi	Teknologin blir mer avancerad vilket möjliggör kontinuerlig monitorering
3-D printing	
Skräddarsydda organ och proteser	Tekniken möjliggör en större anpassning till varje individ
Organtillverkning	Levande celler skrivs ut för att skapa funktionella vävnader och organ vilket innebär revolutionerande framsteg inom transplantation
Datahantering och cybersäkerhet	
Säkerhet för patientdata	En ökad mängd patientdata innebär att säker hantering av data blir central
Interoperabilitet	System och enheter kommer att behöva integreras sömlöst för att dela och analysera data effektivt
Etiska och regulatoriska utmaningar	
Regulatorisk anpassning	Eftersom tekniken utvecklas snabbt, kommer regleringsramverk behöva uppdateras
Etiska överväganden	Användningen av AI och bioteknik kommer att väcka etiska frågor kring integritet, autonomi och rättvisa

4.6 Läkemedelsutvecklingen

Baserat på historiska siffror prognostiserar Socialstyrelsen att kostnaden för läkemedel inom läkemedelsförmånen kommer att fortsätta öka. Kostnaderna förväntas öka från 31,8 miljarder kronor

2022 till 37,8 miljarder kronor 2025 (Socialstyrelsen 2023). Ett antal terapiområden har stor påverkan på kostnadsutvecklingen, till exempel onkologiläkemedel, biologiska läkemedel, demensläkemedel och diabetesläkemedel. Att kostnaderna ökar beror till största del på en åldrande befolkning och att fler kan leva med kroniska sjukdomar längre.

Förutom läkemedelsbehoven i sig finns samhällseliga osäkerhetsfaktorer kopplade till läkemedelskostnaderna, så som det säkerhetspolitiska läget, inflationsutvecklingen och den bristsituation som finns för vissa läkemedel.

Den senaste versionen av den nationella läkemedelsstrategin anger vikten av en sammanhållen och strukturerad plan för läkemedel (Socialdepartementet 2024). Globala händelser som till exempel Covid-19 pandemin och Rysslands invasion av Ukraina har satt ljus på svagheter i inköp, distributionskedjor och lagerhållning, och att ”just in time”-leveranser inte alltid fungerar inom hälso- och sjukvården.

4.7 Kompetensförsörjning

Kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvård påverkas av flera faktorer som inverkar på behovet av personal, kompetens, vilka arbetssätt som används, medicin- och teknikutveckling och hur hälso- och sjukvården är organiserad, men även skilda geografiska förutsättningar.

Kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården består av tre kritiska delar; 1) tillräckligt många behöver utbildas 2) utbildning och erfarenhet bland befintlig personal och i rekryteringsbasen måste vara tillräckligt god och 3) hälso- och sjukvården måste vara en tillräckligt attraktiv arbetsplats för att behålla kompetent personal. Region Gävleborg har liksom andra regioner problemet att rekryteringsbasen för vårdpersonal inte kommer vara tillräckligt stor det kommande decenniet för att möta framtida vårdbehov och pensionsavgångar. Även om fler utbildningsplatser skulle underlätta kompetensförsörjning är arbetskraften helt enkelt inte tillräckligt stor för att täcka behovet i välfärdssektorn överlag. SKR skattar att 50 procent av ökningen av sysselsatta behöver välja jobb i vård- och omsorg i kommuner eller hälso- och sjukvård i regioner till följd av den demografiska utvecklingen (SKR, 2022). Till detta förväntas framtiden ställa krav på nya kompetenser, inte minst inom digital teknik (Socialstyrelsen, 2024c). Det finns idag de som väljer att inte arbeta i sitt yrke eller inte arbeta heltid, vilket bland annat kan bero på brister i arbetsmiljön. För att täcka personalbrister är det viktigt att inte bara attrahera ny personal, utan även utveckla och behålla befintlig hälso- och sjukvårdspersonal (Nationella kompetensrådet, 2024).

Sveriges kommuner och regioner (SKR) bedömer att det behöver anställas 410 000 medarbetare i hela välfärdssektorn under perioden 2021-2031. Prognosen baseras på bedömningar om nuvarande personalläge, hur demografin utvecklas och pensionsavgångar fram till år 2031. Regionernas (inklusive privata utförare) del av dessa är 104 000 personer. Antalet anställda i hälso- och sjukvården förväntas behöva öka med 85 400, varav 22 500 anses vara på grund av ökat vårdbehov till följd av förändrad demografi och 62 900 personer på grund av pensioneringar. (SKR, 2022)

4.7.1 Gävleborgsspecifik nulägesbild och prognoser för kompetensförsörjning

Arbetsförmedlingens yrkesbarometer ger en nulägesbedömning av möjligheter till jobb med en fem års prognos på hur efterfrågan av arbetskraft inom yrket förväntas förändras. Tillsammans med SCB:s regionala långtidsprognoser till 2030 över yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården och Region Gävleborgs enkätsvar på Socialstyrelsens rekryteringsenkät, kan en bild ges av personalsituationen nu och framåt för Region Gävleborg och Gävleborgs län (se tabell 11).

Tabell 11: Bedömningsmall för rekryteringssituation i Gävleborgs län baserat på flera källor.

Yrke	Arbetsförmedlingens yrkesprognos i dagsläget	Arbetsförmedlingens yrkesprognos om fem år	SCBs trender och prognoser (2030)	Region Gävleborgs enkätsvar Socialstyrelsens rekryteringsenkät
Arbsterapeut	Stora möjligheter till arbete	Större möjligheter till arbete	Underlag saknas	Brist
Biomedicinsk analytiker	Stora möjligheter till arbete	Lika stora möjligheter till arbete	Underlag saknas	Brist
Distriktssköterska	Ingen bedömning finns	Ingen bedömning finns	Brist	Brist
Fysioterapeut	Stora möjligheter till arbete	Lika stora möjligheter till arbete	Brist	Brist
Läkare (utan specialistkompetens)	Medelstora möjligheter till arbete	Större möjligheter till arbete	Överskott	Balans
Läkare (med specialistkompetens)	Störa möjligheter till arbete	Större möjligheter till arbete	Saknas	Brist
Sjuksköterskor	Stora möjligheter till arbete	Lika stora möjligheter till arbete	Överskott	Brist
Specialistsjuksköterskor	Medelstora-stora möjligheter till arbete ²⁴	Lika stora – större möjligheter till arbete	Brist	Brist ²⁵
Undersköterskor	Stora möjligheter till arbete	Större möjligheter till arbete	Brist ²⁶	Yrke saknas i enkät
Vårdbiträden	Små möjligheter till arbete	Större möjligheter till arbete	Brist	Yrke saknas i enkät

Personalprognoserna över yrken relaterade till hälso- och sjukvården i Gävleborg bekräftar den generella bilden av utmaningarna med kompetensförsörjning utifrån tillgång på arbetskraft. Det stora flertalet yrkesgrupper är förknippade med stora möjligheter till arbete och som bristyrken, att efterfrågan förväntas öka på flera yrkesgrupper på några års sikt och vid 2030 bedöms det vara generellt bristsituation för hälso- och sjukvårdens yrkesgrupper. Undantag i dagsläget är att vårdbiträden bedöms som små möjligheter till arbete i dagsläget, men att yrket bedöms mer som brist i framtiden.

4.7.2 Pågående arbete som påverkar långsiktig kompetensförsörjning

Samtidigt pågår arbete inom Region Gävleborg för att trygga långsiktig kompetensförsörjning. Under namnet Semaforen tydliggörs vilka kompetenser som arbetsgivare i länet behöver, men också vad som är länets bristyrken. Samverkan sker med utbildningsanordnare, branschorganisationer, arbetsgivare och fackliga organisationer. Vidare samverkar Region Gävleborg med lärosäten,

²⁴ Bedömning saknas för ambulans, anestesi, barn, intensivvård, medicinskt ansvariga, onkologi och ögonsjuksköterskor. Bedömningen baseras på geriatrik, operation, psykiatri och röntgensjuksköterskor.

²⁵ Region Gävleborg bedömer brist i samtliga specialister förutom barn, onkologi och för vård av äldre.

²⁶ Baseras på gymnasial vård och omsorgsutbildning

gällande hälso- och sjukvårdsutbildningar. Det handlar dels om verksamhetsförlagd utbildning och dels att tillgodose behov av specialist- samt forskarutbildad hälso- och sjukvårdspersonal.

Region Gävleborg ger också möjlighet att läsa vidare via utbildningstjänster och utbildningsbidrag. Regionen bidrar då till att vidareutbilda medarbetare för bristyrken, prioriterade legitimationsyrken och specialiseringar så som sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, logoped, audionom, dietist och biomedicinsk analytiker. Vidare utbildar Region Gävleborg egna AT-läkare för erhållande av legitimation som läkare samt BT- och ST-läkare för att erhålla specialistexamen. Ett ytterligare exempel är att Forsa folkhögskola bedriver utbildningen *Svenska för utländsk vårdpersonal*. Den är riktad till legitimationspersonal, anställda inom Region Gävleborg som behöver utveckla sin svenska.

Region Gävleborg inledde under 2023 ett arbete för att minska hyrpersonalen. Insatsen har hittills resulterat i att andelen inhyrda sjuksköterskor minskat med 31 procent under första kvartalet 2024. Arbetet fortskrider löpande och målet är att inhyrd personal endast ska uppgå till maximalt två procent av totala personalkostnader i slutet av 2025. Arbetet är således motiverat ur en ekonomi i balans men kan även anses vara trygghetsfrämjande och bidra till stärkt arbetsmiljö (Region Gävleborg, 2023). Utöver det har samtliga regioner tecknat ett nationellt hyrbemanningsavtal (VGR, 2022). Avtalet inför enhetliga regler och prissättning som gäller över hela Sverige. Ett centralt mål med avtalet är en långsiktigt stabil bemanningssituation där Regionerna blir mindre beroende av inhyrd personal.

Utmaningen är att behovet av att rekrytera vissa personalgrupper ökar framgent och Region Gävleborgs arbete för att rekrytera och bibehålla medarbetare, sker i konkurrens med andra.

4.8 Beredskap- och säkerhetsarbete

Flera viktiga brister i Sveriges beredskap framkom vid utbrottet av covid (ex Coronakommisionen och SOU 2022:6). Det säkerhetspolitiska läget i Sverige är det allvarligaste sedan andra världskrigets slut. Inte minst efter Rysslands oprovocerade attack mot Ukraina. Samtidigt har Sveriges civila försvar monterats ner de senaste decennierna. Långsiktig planering måste nu säkerställas, parallellt med prioriteringar för att snabbt bygga förmåga och stärka samhällets motståndskraft vid höjd beredskap och ytterst krig. Hälso- och sjukvården kommer i det sammanhanget utgöra en avgörande del i Sveriges motståndskraft.

Regionerna jobbar nu med att minska sårbarheter i sina verksamheter och förmågan att hantera krissituationer i fred. Regionerna uppnår därigenom en grundläggande förmåga till civilt försvar. En god beredskapsutveckling bygger på ett nära samarbete mellan regionerna, kommunerna, länsstyrelserna, MSB och andra berörda myndigheter. I tabell 12 nedan ges exempel på händelser och dess påverkan på regionernas krisberedskap och civila försvar:

Tabell 12: Händelser och dess påverkan och konsekvenser för regionen

Typ av händelse	Påverkan och långsiktiga konsekvenser för regionen
Naturkatastrofer som översvämningar, skogsbränder, jordbävningar och stormar	Planera för evakuering, sjukvård, resursfördelning och samverkan vid sådana händelser
Pandemier, smittspridning och antibiotikaresistens	Robusta planer för smittspridning och sjukdomsutbrott. Detta inkluderar att säkerställa tillgång till sjukvårdspersonal, skyddsutrustning och sjukhuskapacitet

Terrorhot och terrorattacker	Samverkan och samordning av insatser med polis, räddningstjänst och andra myndigheter
Kemiska, biologiska och radiologiska händelser	Beredskapsplaner för att hantera farliga ämnen, utsläpp eller strålning. Detta inkluderar att skydda allmänheten, hantera skadade och samordna insatser
Sårbarheter i samhällsviktig infrastruktur	Identifiera och hantera sårbarheter i exempelvis sjukvårdsinrättningar, elnät, vattenförsörjning och kommunikationssystem
Natomedlemskap	Säkerställa tillgång till läkemedel och sjukvårdsprodukter genom nationella och regionala lager. Planering och övning för scenarion. Planera för och se över organisation, teknik och digitala lösningar för vård av utländsk personal, och skyndsam och säker informationsutbyte
IT-säkerhet och digital sårbarhet	Utveckla robusthet med medvetenheten och kunskapen för IT-infrastruktur och beredskap för att hantera generella IT-problem, attacker och andra destabiliserande påverkansoperationer från såväl enskilda som stater.
Välfärdsbrott	Identifiera riskindikatorer i verksamheter och utbetalningssystem, stärkt kontrollsystem så att skattemedel endast hamlar i legala upparbetade strukturer
Hot och våld i samhället	Förebygga hot och våld mot personal genom att se över planering, ledarskap, lokalernas utformning, öppethållande och inredning, samt arbeta förebyggande för att minska social oro genom tillitsskapande åtgärder och aktiviteter, utbildning i bemötande och kommunikation.
Klimatförändringar	Beredskap för att hantera sjukdomar som vi tidigare inte haft i Sverige. Ökad medvetenhet för hälsoeffekterna vid värmeböljor som kan vara både direkta, i form av ökad dödlighet och sjuklighet i hjärtkärlsjukdomar, samt indirekta genom försämrad närmiljö, som bakterier i bad eller dricksvatten, och infektionssjukdomar. Ökad förekomst av smittsamma sjukdomar kan medföra ett ökat behov av exempelvis antibiotika och antiparasitära medel.

Tabellen tydliggör att de allvarliga händelser som påverkar vår beredskap och krishantering handlar om vardagsfrågor. Det är också något som Socialstyrelsen är tydlig med – att vårdkapacitet i vardagen är grunden för vårdens och omsorgens förmåga i kris och krig (Socialstyrelsen 2022). Samtidigt behöver den långsiktiga planeringen av hälso- och sjukvård beakta att allt fler statliga utredningar troligen kommer. Idag pågår dock i Region Gävleborg flera stora arbeten kring vår civila beredskapsförmåga, exempelvis kring försörjningsberedskap såväl av materiel och läkemedel som logistik och lagerhållning. Likaså pågår en analys av strukturella beroenden, förmågor och gap vad gäller hälso- och sjukvårdens civila beredskap i olika aspekter. Vidare är utbildningar och övningar en mycket viktig del i vår beredskap liksom en levande diskussion och dialog kring prioriteringar och prioriteringsprinciper. Intern och extern kommunikationen är en annan del i regionens beredskap.

För regionens del är det avgörande att fortsätta dessa arbeten framöver. Strukturer och planering som utvärderas, omvärderas och omprioriteras är avgörande. Den behöver också ta tillvara händelser som visar hur sårbart det digitala samhället är när det räcker med att en central aktör får problem i sin IT-miljö men som snabbt blir till ett globalt problem. Därför är informationssäkerhet och redundans i våra IT-system centralt i långsiktig planering, då de vitala systemen för att sköta den basala hälso- och sjukvården får stora problem vid små störningar.

Vidare behöver planen beakta att den upplevda otryggheten i samhället ökar. Över en fjärdedel av alla Gävleborgare uppger redan att de undviker att gå ut ensamma och bland kvinnor är andelen som undviker att gå ut ensamma 43 procent. Det är nästan tio procentenheter högre jämfört med för tio år sedan (Folkhälsomyndigheten 2023). Ungefär en fjärdedel av personalen inom hälso- och sjukvården

uppgger att de utsatts för våld och mest utsatta är personal inom akutsjukvården, följt av psykiatri, primärvården och hemsjukvården (Vårdfokus 2020). Vidare är kvinnor överrepresenterade då fler kvinnor än män arbetar inom vård- och omsorgssektorn (Arbetsmiljöverket 2024). Sammantaget påverkar det tryggheten i samhället och inom hälso- och sjukvården i stort, något som långsiktig planering behöver beakta.

Vidare kan klimatförändringarna innebära att fler behöver vård för åkommor som inte varit vanliga i Sverige tidigare. Klimatförändringarna kan även bli en utmaning i omsorgen för äldre, speciellt vid framtida värmeböljor.

Sammantaget kräver beredskapsfrågorna långsiktig och strategisk samverkan, omvärldsbevakning och en beredskap för idag okända utmaningar.

4.9 Vårdplatser och vårdkapacitet

Vårdens utveckling har minskat behovet av vårdplatser, och behovet bedöms troligen fortsätta minska i framtiden (SKR, 2022b). Bakom minskningen av vårdplatser ligger dels positiva framsteg inom medicin, arbetssätt och vårdformer, där exempelvis mer vård sker utanför sjukhusen, men även besparingar och personalbrist har påverkat antalet vårdplatser. Minskningen av antalet vårdplatser har varit större än önskat, och idag råder brist på disponibla vårdplatser i en majoritet av Sveriges regioner, Gävleborg inkluderat (Socialstyrelsen, 2024d). Den enskilt viktigaste anledningen till att många budgeterade vårdplatser idag är stängda är brist på personal med rätt kompetens (SKR, 2022b).

Socialstyrelsen har fastställt riktvärden för vårdplatser i den somatiska vården och intensivvård på kort sikt (1 år) och medellång sikt (5 år) för varje region (Socialstyrelsen, 2023b). Riktvärden beräknas utifrån varje regions slutenvårdsproduktion i dagsläget, kombinerat med behovet av ytterligare vårdplatser för att stärka patientsäkerhet och tillgänglighet. Riktvärden för antal vårdplatser ska ses som ett strategiskt planeringsverktyg för regionerna i arbetet att jämna ut inflödet och utflödet av patienter och minska överbeläggningar och utlokaliseringar.

Idag har Region Gävleborg 435 disponibla vårdplatser i somatisk vård och 13,5 disponibla vårdplatser i intensivvård. Riktvärden på kort sikt är 452 (+17 st) disponibla vårdplatser i somatisk vård och 14,1 (+0,6 st) disponibla vårdplatser i intensivvård. På medellång sikt är motsvarande riktvärden 407 (-28st) disponibla vårdplatser i somatisk vård och 14,1 (+0,6 st) disponibla vårdplatser i intensivvård. Reduceringen av disponibla vårdplatser i somatisk vård på medellång sikt speglas i den potential att nyttja sjukhusens vårdplatser mer effektivt, där många regioner kommit långt i samarbetet med kommuner, vilket möjliggör skifte av vård och snabbare utskrivningar.

Antal vårdplatser på ett sjukhus är visserligen en central del i tillgängligheten till hälso- och sjukvården, men är endast en del av den totala vårdkapaciteten. Enligt ett nytt regeringsuppdrag är det viktigt att fokusera på den totala vårdkapaciteten, som beaktar hela vårdkedjan och inte enbart antal vårdplatser (Regeringskansliet, 2024). Att enbart fokusera på antal vårdplatser är problematiskt, då färre vårdplatser inte behöver vara ett problem, givet att vårdplatserna rationaliserats bort genom mer effektiva vårdinstanser.

Förhoppningen med den förändrade fokuseringen på vårdkapacitet är att man genom ett systemperspektiv ska kunna hitta lösningar som kan minska behovet av sjukhusvård och således problematiken som uppstår på grund av vårdplatsbrist. Exempel på lösningar som kan öka den totala vårdkapaciteten och minska behovet av sjukhusvård är utveckling av God och Nära Vård, utbyggnad av primärvården och att flytta vårdplatser från sjukhuset till hemmet.

4.10 Styrning och organisation

Vård sker idag uppdelat på olika nivåer, i samverkan och uppdelat mellan olika aktörer. Bassjukvård är den vård som normalt bedrivs i alla regioner, på sjukhus eller i primärvård. Högspecialiserad vård är reglerad via särskilt avtal sjukvårdsregionalt och avser den vård som normalt inte ges på länssjukhus eller länsdelssjukhus utan via specialistvårdsremiss till (oftast) universitetssjukhus. I vår sjukvårdsregion i Örebro respektive Uppsala. Nationell högspecialiserad vård är ytterligare en vårdnivå som är nationellt reglerad och Socialstyrelsen utlyser vilka som får bedriva den högintensiva, kompetenskrävande vården. Behov av samordning, samverkan och styrning av och mellan sjukvårdshuvudmän är därför en viktig förutsättning för vården. Utmaningar och olika hänsynstaganden som en ändamålsenlig hälso- och sjukvårdsorganisation behöver ta, beskrivs nedan.

4.10.1 Nivåstyrd vård

En alltmer aktuell diskussion är den påtagliga resurs, vårdplats- och kompetensförsörjningsbristen vid universitetssjukhusen. Bristen uppkommer då universitetssjukhusen även utför majoriteten av den egna regionens bassjukvård men samtidigt tar emot remisser för högspecialiserad vård från de mindre regionerna. Därför höjs röster för att de mindre regionerna, som Region Gävleborg, behöver hjälpa universitetsregionerna med bassjukvård – till exempel rutinmässiga ortopedi- och canceroperationer.

Historiskt har regionerna i stort kunnat räkna med att planera hälso- och sjukvård för den egna befolkningen men samtliga regioner behöver framöver i sin fortsatta planering ta höjd för hur högspecialiserad vård tillgängliggörs och upprätthålls. Ytterligare en aspekt är hur stor patienternas valfrihet ska vara. Det kan innebära att regioner behöver informera och lotsa patienter vidare till andra regioner när den egna tillgängligheten brister. Vidare har *Tillgänglighetsutredningen* beskrivit behovet av att patienter själva ska kunna söka lättillgänglig information om till exempel var köerna är kortast för att öka tillgängligheten (SOU 2021:44).

EU är ytterligare en nivå som påverkar framtidens hälso- och sjukvård. En patient som är försäkrad för vårdförmåner i Sverige har nämligen rätt att få planerad vård i ett annat EU/EES-land eller Schweiz. Det finns flera alternativ för att söka planerad vård utomlands men oftast betalar patienten inte mer för den vården än om man skulle ha vårdats i Sverige efter ansökan hos Försäkringskassan.

När patienten kommer hem igen ska hen erbjudas samma medicinska uppföljning i Sverige som om vården hade givits här. Än så länge är detta förhållande inte så allmänt känt men med ökade vårdköer och ett ökat informationskrav på regionerna kommer detta sannolikt att öka. Regionerna kommer också behöva ta ett större ansvar att vara företrädare för patienten i ansökningsförfarandet till Försäkringskassan.

Sammantaget påverkar dessa faktorer den långsiktiga planeringen av hälso- och sjukvården.

4.10.2 Samordning mellan regioner och kommuner

Primärvård bedrivs i Sverige av två huvudmän – regioner och kommuner. Kommunerna finansierar 37 procent av primärvården, regionerna 63 procent, varav knappt hälften drivs av privata vårdgivare. Rehabilitering, äldres sjukdomar och psykisk ohälsa är exempel på behov där många olika insatser behövs, och där flera huvudmän står för insatserna. I internationella jämförelser framkommer att delar av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet inte motsvarar befolkningens förväntningar, även om de medicinska resultaten är mycket goda (Vårdanalys 2024b). Framförallt är det befolkningens förväntningar på tillgänglighet och kontinuitet som infrias i lägre utsträckning än i andra länder.

Som beskrivits i tidigare avsnitt är omställningen till en mer personcentrerad vård motiverad av att de samlade resurserna behöver användas bättre, där patienter får träffa rätt instans och rätt yrkeskategori från början, istället för att bollas runt. Ofta är denna instans primärvården, där tillgängligheten är viktig för patienten. Tillgängligheten i primärvården avgör i praktiken vilken vårdnivå som blir den första för patienten (SOU 2019:29). Om tillgängligheten till primärvården ökar och patienten möts av rätt kompetens för sina behov, ökar sannolikheten att patienterna i första hand söker sig dit (SOU 2019:29). Samtidigt är det inte alltid primärvården som är rätt första instans för patienten om man utgår från BEON principen; *”Bästa Effektiva Omhändertagandenivå”*, vilket innebär att den yrkeskategori som är bäst lämpad att ta hand om ett visst tillstånd gör detta (SKR 2019).

Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – dvs. bland annat sådan hälso- och sjukvård som ges i särskilda boendeformer eller som efter avtal med regionen ges i patienternas egna hem – är huvudsakligen vård som ges *på primärvårdsnivå*. Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård inkluderas därför i begreppet primärvård. Primärvård är således ett ansvar för både regioner och kommuner (SOU 2019:29).

Reglerna i Hälso- och sjukvårdslagen anger ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och ger samtidigt utrymme för lokala anpassningar. Exakt vilka insatser som kan ges i hemmet framgår inte av lag utan i det avtal som har ingåtts mellan huvudmännen. Den begränsning som tydligt framgår i lagen är att läkarinsatser inte omfattas av kommunens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård. I övrigt framgår inte någon tydlig begränsning av uppdragets omfattning. Det har ansetts lämpligt att regionen fortsatt ansvarar för avancerad sjukvård i hemmet.

Det kan dock vara svårt att dra en exakt gräns för kommunens ansvar då gränsen mellan primärvård och annan specialiserad vård förändras i takt med bland annat den medicinska utvecklingen som möjliggör för allt fler patienter med sammansatta vårdbehov att få vård i hemmet. Enligt regeringens bedömning har den kommunala hälso- och sjukvården, som ofta står för vård till multisjuka och äldre patienter, en nyckelroll i utvecklingen till en mer nära vård. Samverkan mellan regioner och kommuner, och ett ökat fokus på den kommunala hälso- och sjukvården, är därför centralt för att uppnå en god och nära vård (SOU 2019:29).

Bättre samordning mellan kommunala och regionens insatser för vård, omsorg och stöd blir allt viktigare. Som grund för samverkan i Gävleborgs län finns ett antal avtal på olika områden, som reglerar samverkan och tydliggör ansvars- och rollfördelning, kostnader, med mera. Specifika förbättringsområden som identifierats i Gävleborg för att utveckla samverkan mellan region och

kommuner förutom är bland annat att utöka arbetet kring fel i läkemedelshanteringar, att bygga en struktur för patientsäkerhetsdialoger vid särskilda boende och att arbeta för att dokumentera rätt och tillgängliggöra dokumentation mellan huvudmännen (Se [Överenskommelser - Region Gävleborg \(regiongavleborg.se\)](https://regiongavleborg.se)).

4.10.3 Sjukvårdsregion Mellansverige och storregioner

Styrning och organisering av hälso- och sjukvård är osäkerhetsfaktorer som i grunden kan påverka en utvecklingsplan för framtidens hälso- och sjukvård. Exempelvis skulle bildandet av storregioner eller ändringar av huvudmannaskap påverka den långsiktiga planeringen. Idag finns ett kommittédirektiv (Dir. 2023:73) som ska föreslå ett stegvis och långsiktigt införande av ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården (Regeringen 2023). Resultatet redovisas sommaren 2025. Samtidigt har organiseringen av den regionala offentliga sektorn diskuterats i ca 40 större utredningar sedan andra världskriget (Lind 2010). Därtill har SKR nyligen uttalat att regionerna bör bibehålla huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården (Läkartidningen 2023, SKR 2024b). Denna kartläggning utgår därför från att styrning och organisering av hälso- och sjukvård även fortsatt sker av och mellan regioner, trots osäkerheten i sakfrågan.

Idag sker styrning mellan regioner via sex sjukvårdsregioner. Region Gävleborg ingår i Sjukvårdsregion Mellansverige. Den är i sin tur reglerad genom avtal mellan 7 regioner²⁷. Målet med Sjukvårdsregion Mellansverige är att uppnå jämlik sjukvård av hög kvalitet, som leder till effektiviseringar och prioriteringar. Varje regions resurser ska därför användas effektivt för att stärka hela sjukvårdsregionen. Regeringen har med anledning av detta inrättat en effektivitetsdelegation från 1 juli 2024 som i sex år framöver stödjer regionerna, både ekonomiskt och kunskapsmässigt. Syftet med delegationen är att underlätta strukturåtgärder och gemensamma aktiviteter som kan effektivisera hälso- och sjukvård. Sjukvårdsregionen har i sin tur gjort ett utkast för prioriteringar för år 2025-2028 som ännu inte är definitivt beslutade (Sjukvårdsregion Mellansverige 2024). Prioriteringarna beskrivs i tabell 13 nedan.

Tabell 13: Prioriteringar inom fyra fokusområden som sjukhusregionen gjort.

Fokusområde	Verksamhet och utveckling	Kunskapsstyrning	Utbildning och kompetensförsörjning	Digitalisering och e-hälsa
Reglerar samverkan med och inom	<ul style="list-style-type: none"> - produktion, - forskning, - krisberedskap, - välfärdsbrottslighet - upphandling, - god och nära vård, - prislistor, - organdonationer - nivåstrukturer 	<ul style="list-style-type: none"> - den nationella kunskapsstyrningens utvecklingsplan, - beredning av nationella beslutsärenden, - samordning av vårdskapet och arbetssätt, - erfarenhetsutbyte 	<ul style="list-style-type: none"> - lärosäten för att säkerställa hög kvalitet och patientsäkerhet 	<ul style="list-style-type: none"> - vårdgivare, - främja utvecklingen av gemensamma nationella IT-lösningar, - skydd mot IT-relaterade hot
Prioriteringar 2025-2028	<ul style="list-style-type: none"> - produktionssamverkan av länssjukvård och högspecialiserad vård, - följa och påverka det nationella arbetet med nivåstrukturer - se över arbetssätt för att säkra verksamhet vid båda universitetssjukhusen - tillgängliggöra forskningsresultat 	<ul style="list-style-type: none"> - implementering och tillämpning av bästa tillgängliga kunskap i varje patientmöte - uppföljning 	<ul style="list-style-type: none"> - stärka samverkan med lärosäten, nationella organ samt forskning, med avseende på teknisk utveckling. - samverka i arbetet med att bli oberoende av hyrbemannning och med att omhänderta adekvat 	<ul style="list-style-type: none"> - utveckla en enhetlig och säker digital miljö, baserat på standarder - förbättra användningen av digitala resurser, öka

²⁷ Avtal om samverkan i sjukvårdsregion Mellansverige

<ul style="list-style-type: none"> - kalibrera nivåstrukturer med produktionsplanering - öka samverkan kring krisberedskap och med myndigheter - informationsdelning och erfarenhetsutbyte för att inom regionerna förebygga, upptäcka och agera när det gäller välfärdsbrott - effektiv förvaltning av resurser - genom erfarenhetsutbyte utveckla samverkan kring ledarskap och uppföljning av omställningen till nära vård, - öka antalet donationer 	kompetens hos medarbetare som är utbildade i andra länder.	vårdkvaliteten och säkerställa skyddsvärd information
---	--	---

Prioriteringarna i sjukvårdsregionen visar på samverkansplaner i syfte att effektivisera, tillgängliggöra och i vissa perspektiv allokera resurser mellan regionerna. Ytterligare samverkan kan övervägas för exempelvis sjuktransporter för planerade eller halvakuta behandlingar, så att de kan starta i en region, passera annan region samt både lämna och hämta patienter i förutbestämda rutten. Idag saknas detta.

4.10.4 Hälsodata

Ett område som tydliggör behovet av samverkan mellan berörda parter är hälsodata. Den 3 maj 2022 presenterade Europeiska kommissionen sitt förslag till en förordning om det europeiska hälsodataområdet inom ramen för den europeiska datastrategin. Syftet är *”att ge enskilda inom EU ökad kontroll över sina hälsodata och att underlätta delning och tillgång till olika typer av hälsodata. Detta gäller både inom vården (primäranvändning) och för forskning, innovation och beslutsfattande (sekundäranvändning)...* Det gemensamma regelverket kommer också att säkerställa högt integritetsskydd för enskilda individer inom det europeiska hälsodataområdet.” (Europeiska Rådet 2024)

Vilken konsekvens ett införande kommer att få för regionerna behöver utredas vidare. Sverige har en etablerad infrastruktur för nationell delning av stora datamängder, men frågan är om förslaget ändå kommer att kräva stora resurser hos de enskilda regionerna och därmed driva kostnaderna.

4.10.5 Privata aktörer

Utvecklingen av privata sjukförsäkringar och privat hälso- och sjukvård i Sverige har varit föremål för diskussion och flera utredningar. I Sverige har till exempel privata sjukförsäkringar ökat i popularitet alltmer.

I betänkandet “Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll” (SOU-2021:80) föreslås åtgärder för att säkerställa att patienter med privat sjukvårdsförsäkring inte får snabbare tillgång till vård eller bättre vård än patienter utan försäkring. Det handlar om att skapa tydligare regelverk för försäkringsfinansierad vård och stärka förtroendet för hälso- och sjukvården. Regionerna har krav på privata vårdgivare, och staten bör ta ett ökat ansvar genom bättre tillsyn och tillgång till data om effekterna av sjukvårdsförsäkringarna.

En rapport från Vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys 2020b) beskriver möjliga risker och nyttor med privata sjukvårdsförsäkringar. Det är viktigt att balansera fördelarna med att ge patienter

valmöjligheter och snabbare vård med risken att det kan påverka den offentligt finansierade vården negativt.

Privata sjukvårdsförsäkringar kan påverka den offentliga vården på flera sätt:

- **Konkurrens om resurser.** När människor väljer privata försäkringar kan det minska efterfrågan på den offentliga vården, vilket leder till minskade intäkter för offentliga sjukhus och kliniker. Om privata vårdgivare lockar bort patienter från den offentliga vården kan det påverka tillgängligheten och kvaliteten på offentliga vårdtjänster. Konkurrensen om medarbetare från den offentligt finansierade vården kan även bli ett problem. Komplikationer av given icke-prioriterad privat vård hänvisas vanligen till akuta insatser i offentligt finansierad vård vilket ger undanträngningseffekter.
- **Skillnader i vårdkvalitet.** Privata sjukvårdsförsäkringar ger ofta snabbare tillgång till vård, vilket kan skapa en klyfta mellan dem som har råd med privata försäkringar och dem som inte har det.
- **Finansiering och subventioner.** Privata sjukvårdsförsäkringar finansieras av individer eller arbetsgivare. Om fler människor väljer privata alternativ minskar skatteintäkterna som finansierar den offentliga vården. Subventioner för privata försäkringar kan också påverka den offentliga sektorns ekonomi.

En annan aspekt av privatdriven men offentligt finansierad vård är regionernas ersättningsmodeller. En viktig del av styrning inom hälso- och sjukvården är den finansiella styrningen, som till stor del styr resursallokeringen och därmed i förlängningen har betydelse för jämlikhet i vårdutbud (SKR 2023b). Olika typer av ersättningsformer har olika fördelar och nackdelar. Som exempel kan anges att ersättning av prestationer främjar en ökad produktion, att fasta ersättningar skapar möjlighet för utveckling och innovation men inte alltid får avsedd effekt, och att värdebaserade ersättningar kan ge goda effekter men är komplicerade att utforma (SKR 2023b).

Region Gävleborg behöver därför beakta att den privata, genom försäkringar, finansierade vården kan komma att öka ytterligare. Särskilt gäller det människor i arbetsför ålder där flera arbetsgivare väljer att teckna försäkringar för sina anställda, men även att fler privatpersoner väljer att teckna egna försäkringar. Även om och hur hyrpersonalbolag inom hälso- och sjukvård anpassar sig till åtgärder för att minska hyrberoendet behöver Region Gävleborg beakta.

4.11 Sammanfattning av hur strukturella förutsättningar påverkar hälso- och sjukvård

Nationella utredningar pekar på att hälso- och sjukvård behöver utvecklas för att arbeta mer personcentrerat, för att vårdkedjan ska bli mer sammanhållen och få ökad kontinuitet, att patientens ställning och valmöjligheter ska stärkas och att rätten till fast vård- och läkarkontakt ska bli tydligare. Hälso- och sjukvårdssystemet, och hela välfärdssystemet, behöver ställa om till ett system anpassat efter människor, och inte efter verksamheter eller organisationer. Att vårdkedjan också behöver bli mer sammanhållen och att vården behöver utgå från människors behov är också något som poängteras i mål och strategiarbetet med God och Nära Vård.

För Region Gävleborg kan det på sikt innebära ökade kostnader, förändrade gränssnitt till andra aktörer, och att ansvaret för styrning kan ändras. Det handlar om ändrade, effektivare arbetssätt, en mer patientorienterad organisering och en bättre vårdkvalitet.

Vidare behöver lokaler och fastigheter på sikt anpassas för patientdelaktighet, vårdprevention och för att etablera flexibla arbetssätt. Alltefter en större andel av befolkningen blir äldre kommer fler att leva med kroniska sjukdomstillstånd, där andelen som kan vårdas i dagvård och i hemmet kommer att öka. Digitala verktyg ger möjlighet till egenmonitorering, tillgänglighet, effektivare sortering till rätt vårdinstans och informationsutbyte.

Den medicintekniska utvecklingen ställer stora krav på nya arbetssätt och breddad kompetens inom hälso- och sjukvård. Verksamheterna måste kunna ta emot, förvalta och applicera den nya teknologi som kommer, vilket kräver gedigna system, tydlig struktur och hållbar kompetensförsörjning. Externa faktorer måste beaktas och nya möjligheter inom det medicintekniska området ger upphov till etiska dilemman. Det är till exempel rimligt att förvänta sig en allt större möjlighet att designa läkemedel för specifika sjukdomar/personer vilket kommer att medföra stora kostnader kortsiktigt men eventuellt lägre kostnader långsiktigt. I förlängningen kan detta innebära en prioritering mellan olika grupper baserat på exempelvis förväntad individuell nytta med behandling. Det är viktigt att ställningstaganden grundas på en individuell bedömning om patientens situation och önskemål, och att vården arbetar utifrån fastslagna etiska principer.

Region Gävleborg har liksom andra regioner en utmaning i kompetensförsörjning på sikt. Dels visar alla prognoser att rekryteringsbasen inte kommer att vara tillräckligt stor för att möta det framtida vårdbehovet, och dels finns det brister i arbetsmiljön som gör att många väljer att säga upp sig eller att arbeta deltid. Regionen behöver fortsätta sitt arbete att tillsammans med arbetsgivare, utbildningsanordnare, branschorganisationer och fackliga organisationer tydliggöra vilka kompetenser som behövs och lägga upp en långsiktig strategi där man har de kommande generationernas förväntningar på arbete, arbetsplats och rörlighet på arbetsmarknaden i åtanke.

Läget både internationellt och nationellt gällande hot mot säkerhet, ställer stora krav på regionernas arbete. Rysslands invasion av Ukraina, en ökande otrygghet i samhället i stort, IT-brottslighet och klimatförändringarna ställer krav på kompetens, planering och beredskap. Regionerna jobbar redan nu med att minska sårbarheter i sina verksamheter och förmågan att hantera krissituationer i fred. Regionen jobbar också med att möta kraven som ställs i och med Sveriges inträde i NATO. Inte minst Covid 19- pandemin lärde oss att det är av yttersta vikt att planering och strukturer behöver vara flexibla. Större beredskapslager för läkemedel och materiel är exempel på en sådan anpassning.

Vård sker idag uppdelat på olika nivåer, i samverkan och uppdelat mellan olika aktörer, och det är därför viktigt att samordning och samverkan sker internt samt mellan dessa sjukvårdshuvudmän. Detta blir framförallt viktigt när man beaktar det som nämns i avsnittet om den generella inriktningen för pågående och kommande nationella initiativ. Det finns idag en tydlig målbild om att vården ska bli mer personcentrerad och att stuprören ska bli färre till förmån för mer sammanhållna vårdkedjor. Redan idag utgår arbetet med Min Vård Gävleborg från principen ”Bästa Effektiva Omhändertagande Nivå” (BEON-principen) för att ge effektiv vård utan onödiga vårdkontakter, där målet är att patienten direkt ska få träffa den yrkeskategori som är rätt för patientens behov. Ofta är då primärvården rätt första instans, men inte alltid.

På grund av resursbristen på universitetssjukhusen kan de mindre sjukhusen (till exempel Region Gävleborg) ta över mer av bassjukvården. Samordning mellan regioners bassjukvård kan förändra basutbudet i regionerna. Ett stärkt skydd för patientens rätt att välja vård kan komma att ställa ökade krav på samordning inom regionen, då patienten förväntar sig eftervård och uppföljning efter att ha fått vård annorstädes. En annan aspekt som rör struktur och organisering är förslaget som den Europeiska kommissionen presenterade 2022 och som rör delning av och tillgång till hälsodata.

De privata alternativen inom hälso- och sjukvården har ökat och kommer troligtvis fortsätta att öka, framförallt i samband med att allt fler väljer privata sjukvårdsförsäkringar. Detta kan få konsekvens av minskade skatteintäkter till den offentliga vården och en ökad ojämlikhet mellan privata och offentliga alternativ, vilket regionen behöver beakta. Även om och hur hyrpersonalbolag inom hälso- och sjukvård anpassar sig till åtgärder för att minska hyrberoendet behöver Region Gävleborg beakta.

5. Avslutning och arbete framåt

Regionstyrelsen beslutade i april 2024 att en utvecklingsplan för framtidens hälso- och sjukvård ska tas fram. Utvecklingsplanen ska säkerställa att Regionen på längre sikt kan möta morgondagens vårdbehov. Föreliggande rapport, som presenteras oktober 2024, är en första del i detta uppdrag. Rapporten beskriver viktiga förutsättningar för vård som utgår från befolkningen samt andra viktiga strukturella förutsättningar med sikte mot år 2030 och 2040.

Som avslutning i denna delrapport pekas ett antal översynsområden ut. Nästa fas, del 2, av utvecklingsplanen handlar om att se över dessa områden utifrån frågeställningar som:

- Gör vi bra och tillräckliga insatser för att anpassa området till framtidens hälso- och sjukvård?
- Finns politiska prioriteringar?
- Behöver något förstärkas inom respektive område?
- Finns förslag på prioriterade insatser?

5.1 Översynsområden inför del 2 i utvecklingsplanen

Fem översynsområden föreslås vara utgångspunkt för det vidare arbetet med utvecklingsplanen. Områdena är av strategisk betydelse, där Regionen har rådighet och där en översyn av politiska prioriteringar bedöms angelägen:

- **God och nära vård**
Arbetet med God och nära vård utgör en målbild men innehåller också konkreta strategier inom ett flertal områden av betydelse för framtidens hälso- och sjukvård. Flera av strategierna har en tydlig koppling till styrning och arbetssätt. Ett översynsområde handlar om helhetsbilden av God och nära vård och politiska prioriteringar i omställningsarbetet framför allt vad gäller styrning och arbetssätt.
- **Det förebyggande och främjande hälsoarbetet**
Det finns en tydlig koppling mellan befolkningens behov av hälso- och sjukvård och levnadsvillkoren i länet. Flera politikområden är avgörande och det finns ett stort behov av samverkan med andra aktörer inom Gävleborg för att bidra till regional utveckling och förbättra levnadsvillkor och folkhälsa i befolkningen. De olika förutsättningarna i hela länet måste beaktas. Här finns exempelvis redan RUS och Program för god och jämlik hälsa. Hälso- och sjukvården behöver också arbeta mer preventivt och förebyggande kopplat till levnadsvanor som kost, fysisk aktivitet, alkohol och tobak då det har stora betydelse för det framtida hälsoläget. Förutom minskad sjuklighet för individerna finns också stora resurser att spara för hela hälso- och sjukvården.
- **Kompetensförsörjning**
Yrkesprognoser tyder på brister inom de flesta hälso- och sjukvårdsyrken i framtiden. Lägg därtill en minskande befolkning där färre ska försörja fler så blir utmaningen med kompetensförsörjningen än mer framträdande. Framtidens kompetensförsörjning är en absolut nödvändig fråga att lösa inför planeringen och dimensioneringen av framtidens hälso-

och sjukvård. Insatser genomförs för närvarande på både nationell och regional nivå för att uppnå en hållbar kompetensförsörjning.

- **Digitalisering**

Digitalisering är en viktig strategi bland annat utifrån kompetensförsörjning, av effektivitetsskäl men även kopplat till befolkningens förväntningar och behov. Det är ett område i snabb utveckling inte minst när det gäller Min vård Gävleborg. Det är även viktigt att beakta befolkningsperspektivet och förtroendeskapande information om vad digital vård innebär i praktiken då kartläggningen visar att en stor andel i befolkningen ännu inte har erfarenheter av digital vård. Nätverksträffarna inom ramen för del 1 har också visat att området är en särskilt angelägen framtidsfråga.

- **Effektiv och flexibel styrning och organisation**

För att hälso- och sjukvården ska kunna tillgodose framtidens vårdbehov utifrån givna resurser, krävs en effektiv och samtidigt flexibel styrning och organisation. En alltmer komplex hälso- och sjukvårdsorganisation, där vården bedrivs på olika nivåer, av flera huvudmän och av både offentliga och privata aktörer, kräver en utökad samordning och samverkan inom huvudmannens egna verksamhet men också mellan sjukvårdshuvudmän. Det kräver också att huvudmannen styr på basis av fakta och kunskap, med hjälp av regelbunden uppföljning och behovsanalyser, samt en balans mellan ekonomi och patienters behov. Sammantaget är en effektiv och flexibel styrning och organisation särskilt viktigt att beakta när det gäller målen kring en mer personcentrerad vård, sammanhållna vårdkedjor, ökad frihet för patienten att söka vård utanför regionen, samt vertikala och horisontella prioriteringar.

Den långsiktiga ambitionen med utvecklingsplanen för hälso- och sjukvård handlar om att säkerställa att Region Gävleborg kan möta morgondagens vårdbehov. En förhoppning är att delrapporten bidragit till detta.

Referenser

- Arbetsmiljöverket (2024). *Hot och Våld – Arbetsmiljöverket*. [Hot och våld - Arbetsmiljöverket \(av.se\)](#) Hämtad 2024-09-04
- Edsjö m.fl. (2023). Precisionsmedicin kräver samverkan och långsiktighet - Nationell satsning på infrastruktur och finansiering behövs. *Läkartidningen*. 2023;120:22139
- Europeiska Rådet (2024). [Det europeiska hälsodataområdet: rådet och parlamentet överens - Consilium \(europa.eu\)](#)
- Folkhälsomyndigheten (2023). *Nationella Folkhälsoenkäten*. Resultaten presenteras som medelvärden för treårsperioder. Det senaste resultatet är ett medelvärde för perioden 2019-2022.
- Folkhälsomyndigheten (2024). *Folkhälsan i Sverige 2024: ökar eller minskar ojämlikheten? Analys av ett urval av hälsotillstånd och förutsättningar för hälsa*
- Folkhälsomyndigheten (2024b). *Faktablad om folkhälsopolitikens målområden. Målområde 6: levnadsvanor*. Hämtat 2024-06-24 : <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/5f7dcf50bd56418a9a118a5af308909b/folkhalsopolitikens-maomraden-malomrade-6-levnadsvanor.pdf>
- Hälsolabb (2021). *Värde för vem? Ett tjänstelogiskt perspektiv på invånarens värdeskapande i hälso- sjukvård och socialtjänst*. [Varde-for-vem.pdf \(experiolab.se\)](#)
- Hälso- och sjukvårdsbarometern (2024). *Befolkningens syn på hälso- och sjukvården*. [Hälso- och sjukvårdsbarometern 2023 | SKR](#)
- IVO (2023). *Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen*. IVO 2023-02.
- Jakbo (2024). Diagnoseexplosion kan leda till att fler får skriva ut ADHD-läkemedel. *Läkartidningen* 2024-05-24
- Landstinget Gävleborg (2015). *Fastighetsutvecklingsplan Gävle sjukhus*
- Landstinget Gävleborg (2015). *Fastighetsutvecklingsplan Hudiksvalls sjukhus*
- Lind (2010). *Regionbildning. En institutionell studie av Region Skåne, Västra Götalandsregionen, och "Region Svealand"*. Uppsala: Kulturgeografiska institutionen, Uppsala universitet, 2010., s. 157
- Lindfors m.fl. (2023). Överdiagnostik – vad är det? Introduktion till begreppet. *Läkartidningen*. 2023
- Läkartidningen (2023). SKR tycker till om statlig vård. *Läkartidningen* 2023-04-24
- Proposition 2019/20:164. Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.
- PWC (2024). *Framtidsbygget 2023 - kartläggande granskning Region Gävleborg*
- Regeringen (2023). [Ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården - Regeringen.se](#) (2024-09-04)
- Regeringen (2024). [Läkemedelsverket får uppdrag att öka kunskapen om adhd och läkemedel - Regeringen.se](#) (2024-08-23)
-

Regeringen (2024). [En ny och stärkt vårdgaranti - Regeringen.se](#) (2024-08-23)

Regeringskansliet (2024). *Socialstyrelsen får nya uppdrag att följa upp hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och kapacitet* [pressmeddelande], 24 maj. [Socialstyrelsen får nya uppdrag att följa upp hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och kapacitet - Regeringen.se](#)

Region Gävleborg (2022). *Jämlikt Gävleborg. Rapport från Jämlikhetsutredningen*

Region Gävleborg (2023). *Budget 2024 och ekonomisk plan 2025–2026 SD, M, KD, SVG*. RS 2023/1208-13

Region Gävleborg (2023). *Utvärdering av medicinsk vårdkvalité i tjänsten Min Vård Gävleborg*. HSN 2023/1851

Region Gävleborg (2024) [Överenskommelser - Region Gävleborg \(regiongavleborg.se\)](#) (2024-09-06)

SFS 2014:821. *Patientlag*

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*

Sirona (2017). *Vårdplatsanalys Framtidsbygget*

Sirona (2018). *Vårdplatsanalys Framtidsbygget Del 2*

Sirona (2018). *Vårdanalys Framtidsbygget Del 3*

Sjukvårdsregion Mellansverige (2024). *Verksamhetsplan 2025–2028*. Samverkansnämnden

SKR (u.å.). *Beteenden och behov hos personer i kontakt med vården. Diskussionsunderlag för utveckling och innovation*. [Beteenden-och-behov-hos-personer-kontakt-med-varden.pdf \(skr.se\)](#)

SKL (2016). *Hälso- och sjukvården år 2035*. Stockholm 2016

SKL (2018). *Flippen i primärvården – ett nationellt innovationsprojekt med och för Sveriges primärvård slutrapport*. Stockholm 2018

SKR (2018). *Invånarnas inställning till digital service i välfärden*. Stockholm 2018

SKR (2019). *Att följa omställningen till Nära Vård – En översikt av mått och indikatorer*. Stockholm 2019

SKR (2020). *Invånarnas inställning till digital service i välfärden*. Stockholm 2020

SKR (2022). *Välfärdens kompetensförsörjning. Personalprognos 2021–2031 och hur välfärden kan möta kompetensutmaningen*

SKR (2022b). *Fakta om vårdplatser*. [Fakta om vårdplatser \(skr.se\)](#)

SKR (2023). *Så styrs sjukvården i Sverige*. [Ansvarsfördelning, sjukvård | SKR](#)

SKR (2023b). *Ersättningsmodeller för Nära Vård. Ett kunskaps- och dialogunderlag med fokus på regionens primärvård*.

SKR (2024). *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2023. Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården*

SKR (2024b). [Vi behöver förstå problemen innan vi löser dem | SKR](#) Publicerat 1 februari 2024

Socialdepartementet (2024). *Nationell läkemedelsstrategi 2024-2026*

Socialstyrelsen (2018). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning*

Socialstyrelsen (2020). *Utvecklingen av diagnosen könsdysfori. Förekomst, samtidiga psykiatriska diagnoser och dödlighet i suicid*

Socialstyrelsen (2021). *Återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre. 2021-2-7195.*

Socialstyrelsen (2021b). *Fortsatt ökad förskrivning av adhd-läkemedel efter att fler diagnostiserats. [Fortsatt ökad förskrivning av adhd-läkemedel efter att fler diagnostiserats - Socialstyrelsen](#)* publicerat 2021-06-02

Socialstyrelsen (2022). *Vårdens prioriteringar i krig och fredstida katastrofer. Kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens beredskap.*

Socialstyrelsen (2023). *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2023. 2023-2-8352.*

Socialstyrelsen (2023b). *Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser. Delredovisning av uppdraget att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering. 2023-5-8573*

Socialstyrelsen (2024). *Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2024-2027.*

Socialstyrelsen (2024b). *Patientens delaktighet. Hämtat 2024-09-04. [Patientens delaktighet - Patientsäkerhet \(socialstyrelsen.se\)](#)*

Socialstyrelsen (2024c). *Nationell översikt över tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 1 av 3. 2024-3-8943.*

Socialstyrelsen (2024d). *Plats för vård. Förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården. 2024-5-9098.*

SOU 2009:11. *En nationell cancerstrategi för framtiden. Statens Offentliga Utredningar 2009:11. Stockholm 2009*

SOU 2016:2. *Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Statens Offentliga Utredningar 2016:2. Stockholm 2016*

SOU 2019:29. *God och nära vård. Vård i samverkan. Delbetänkande av Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. Statens Offentliga Utredningar 2019:29. Stockholm 2019*

SOU 2017:47. *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa. Statens Offentliga Utredningar. Stockholm 2017*

SOU 2018:39. *God och nära vård. En primärvårdsreform. Statens Offentliga Utredningar. Stockholm 2018*

- SOU 2021:44 *Tillgänglighetsdirektivet. Betänkande av Utredningen om genomförandet av tillgänglighetsdirektivet*. Statens Offentliga Utredningar 2021:44. Stockholm 2021
- SOU 2021:80. *Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll. Betänkande av Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar*. Statens Offentliga Utredningar 2021:80. Stockholm 2021
- SOU 2023:5. *Samsjuklighetsutredningen. Från delar till helhet - Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja*. Statens Offentliga Utredningar 2023:5. Stockholm 2023
- SOU 2023:29. *Varje rörelse räknas – hur skapar vi ett samhälle som främjar fysisk aktivitet? Slutbetänkande av Kommittén för främjande av ökad fysisk aktivitet*. Statens Offentliga Utredningar 2023:29. Stockholm 2023
- SOU 2024:50. *Nätt och jämt. Likvärdighet och effektivitet i kommunsektorn – del 1 och del 2*. Statens Offentliga Utredningar 2024:50
- VGR (2022). *Hyrpersonal inom hälso- och sjukvård för Sveriges regioner*. RS 202203983
- Vårdanalys (2014). *VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*. Rapport 2014:2
- Vårdanalys (2018). *Förnuft och känsla. Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården*. Rapport 2018:4
- Vårdanalys (2020). *Styra mot horisonten. Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar*. Rapport 2020:7
- Vårdanalys (2020b). *Privata sjukvårdsförsäkringar. Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare*. Rapport 2020:3
- Vårdanalys (2024). *Redo för framtiden? Analys av hur det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen kan utvecklas till år 2040*. Rapport 2024:1
- Vårdanalys (2024b). *Vården ur befolkningens perspektiv. International Health policy survey (IHP) 2023*. PM 2024:3
- Vårdfokus (2022). [Hot och våld mot vårdpersonal ökar | Vårdfokus \(vardfokus.se\)](https://vardfokus.se)
- Werkö, L. (2005). Att inte må bra – är det sjukdom? Sjukvården vacklar vid den diffusa gränsen mellan hälsa och sjukdom. *Läkartidningen*, nr 35, Volym 102, 2005
-

Bilaga 1. Pågående nationella initiativ som påverkar hälso- och sjukvården

Tabell 14: Pågående nationella initiativ som påverkar hälso- och sjukvården.

Sakfråga	Innehåll	Ex på eventuell påverkan
SOU 2024:9 "Utveckla samarbete för verksamhetsförlagd utbildning – långsiktiga åtgärder för sjuksköterskeprogrammen".	Utökad samverkan mellan regioner och lärosäten - Prognosen är att volymen kommer öka med 35 %	Kapacitet och organisation för att hantera ökad mängd studenter
SOU 2023:62 och SOU 2022:54 "Narkotikautredningen" –	Föreslår förskrivning av läkemedel utanför hälso- och sjukvården som verkar som opioidantagonister (läkemedel vid överdos).	Utbildningsinsatser och stärkning av strukturer för samordnande insatser till barn och unga.
SOU 2023:5 "Samsjuklighetsutredningen"	All behandling av skadlig bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård. Behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiska tillstånd.	Kompetens kan behöva flyttas från kommunerna till regionen. Har vi lokal/arbetsplatser? Behov av anpassade lokaler för patientgrupper.
Direktiv 2023:2	Regeringen beslutar uppdra åt en utredare att se över vissa frågor inom det suicidpreventiva området.	Eventuellt ny utformning av nationellt ansvar för breda händelseanalyser efter suicid
Direktiv 2023:98. Den medicinska kompetensen i kommunal hälso- och sjukvård bör stärkas.	En särskild utredare ska lämna förslag som stärker kommunernas möjligheter att säkra tillgången till läkare i kommunal hälso- och sjukvård.	Kan inverka på tillgång till specialistläkare inom allmänmedicin inom Hälso- och sjukvården
Direktiv 2023:73	Regeringen uppdrar åt en parlamentariskt sammansatt kommitté att ta fram beslutsunderlag som gör det möjligt att stegvis och långsiktigt införa ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården.	Kan inverka helt eller delvis på styrningen av hälso-och sjukvården
Direktiv 2023:106	Nationell strategi för pandemihantering, se över vissa organisatoriska frågor som rör smittskyddsläkare samt lämna förslag på utformning av ett nationellt samordningsansvar för vårdhygienfrågor.	Kan inverka på utformningen av beredskapen
lagen "Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (SVOD)	Lagens primära syfte är att öka, förbättra och förenkla kommunikationen mellan vårdgivare och omsorgsgivare. SVOD gör det möjligt att läsa dokumentation från andra vård- och omsorgsgivare, förutsatt samtycke	Tillgängliggör utlämnade av journal. Det minskar dubbelddokumentation då aktuell och relevant personal involveras i dokumentationen.
Nationellt system för kunskapsstöd	Nationella kunskapsstyrning innebär att kunskapsunderlag tas fram gemensamt av regionerna och att respektive region arbetar för att kunskapen införs och används.	Uppföljning och analys av behandlingsresultat samt stödja verksamhetsutveckling och ledarskap i hälso- och sjukvården. Kräver samspel där patientmedverkan och erfarenhetsutbyte är viktiga delar.
Regeringen, 2024: Stärkt vårdgaranti och ökad kontinuiteten inom den specialiserade vården	Ny utredning som ska tydliggöra såväl patientens möjligheter att få vård hos en annan vårdgivare i de fall vårdgarantins tidsgränser inte kommer kunna uppfyllas som regionens ansvar att tillgodose detta.	I praktiken kan det medföra ökad rörlighet för patienter inom Sverige som också förväntas ställa ökat krav på tillgänglig patientdokumentation och samordning, exempelvis för eftervård i hemregionen.
Översyn av det kommunalekonomiska utjämningsystemet	Civilministern har tagit emot ett förslag från Utjämningskommittén som handlar om att skapa mer likvärdiga ekonomiska förutsättningar för kommuner och regioner	Kan inverka på finansieringen av Region Gävleborg

Bilaga 2. Patienttransporttyper

Tabell 15: Patienttransporttyper.

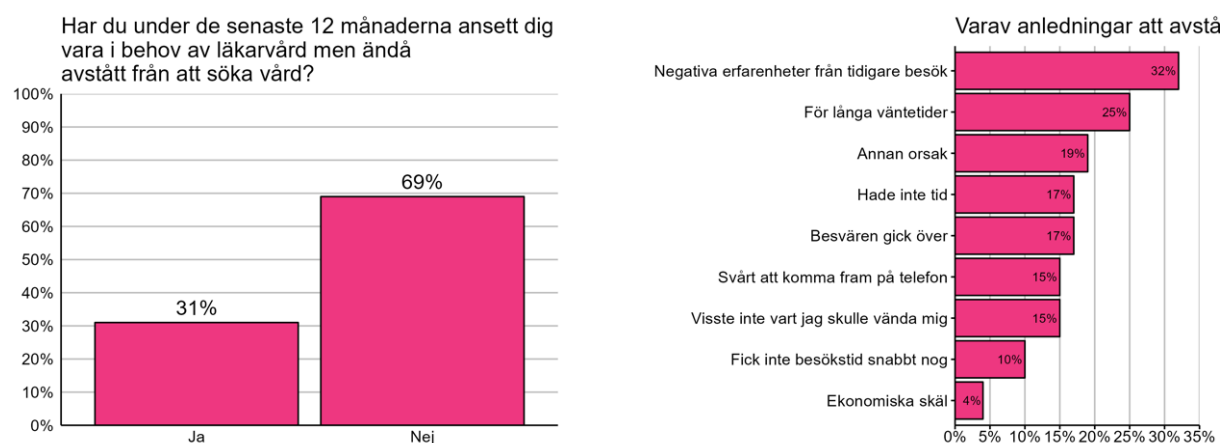
Typ av transport	Typ av uppdrag och bemanning	Status i nuläget
Akutambulans	Sedvanliga ambulansuppdrag Bemanning minst en specialistutbildad sjuksköterska + ambulanssjukvårdare	Finns cirka 35 – 40 stycken i regionen
Transportambulans	Ambulans med 1 bår och minimal utrustning. Transporterar läkarbedömda patienter mellan vårdinrättningar	Finns ingen i regionen
Flerbårsambulans	Ambulanser med sittande och liggande patienter i kombination. Går en fast rutt mellan sjukhus.	Regionen har två stycken med plats för fyra patienter i vardera.
Jumbolans	Buss med halva bussen omgjord till liggande platser/rullstolsplatser. Bemanning med en sjuksköterska och en chaufför (ambulanssjukvårdare)	Finns ingen i regionen
IVA-ambulans	Ambulanser med intensivvårdsutrustning (respirator med mera) och särskilt anpassad för intensivvård	Finns ingen i regionen
Helikopter	Bemannas vanligen med IVA/anestesipersonal + läkare förutom pilot. Tar en patient, all vård (utom övervakning) behöver oftast göras på marken	Ingen finns i regionen dock finns avtal med UAS, Dalarna, Östersund om att kunna använda deras helikoptrar vid akut behov.
Sjuktransporter	Fordon med bår, tar en patient. Eventuellt bemannad med ambulanssjukvårdare utöver chaufför, minimal sjukvårdsutrustning	Finns ett flertal i regionen
Färdtjänst	Bemannas med en chaufför. Ofta flera patienter i samma fordon. Patienten förväntas själv ta sig till och från fordon. Ingen medicinsk utrustning eller assistans	Finns i regionen

Bilaga 3. Några förslag för att kunna utnyttja de digitala möjligheterna på ett bättre sätt som diskuterades i samband med träffen med pensionärsrådet

- Utnyttja och utveckla möjligheten att sortera patienter till rätt vårdnivå/kompetens vid första kontakt istället för att alltid använda en sjuksköterska som telefonväxel. Detta kan göras genom att i högre utsträckning använda triagemotorns (MVG) utfall.
- Ge patienten (eventuellt med hjälp av anhörig/hemtjänst eller annan assistans) möjlighet att boka tid i tidböcker istället för systemet med papperskallelser. I en framtid kommer pappersbrev att delas ut mer sällan, och därmed blir det osäkert om patienten får kallelser i rimlig tid för att omboka.
- Använda öppna chattar i anslutning till utskrivningar, planerade inskrivningar, före och efter fysiska besök eller andra vårdkontakter
- Utnyttja hemmonitorering optimalt kombinerat till exempel med öppna chattar
- Utnyttja möjligheter med upprepade digitala formulär för att tidigt upptäcka förändringar där patienten blir alltmer delaktig i sin vård
- Utnyttja möjligheter att enkelt och snabbt konsultera kollegor digitalt (MVG) istället för att störa i viktiga arbetsuppgifter. Konsultfunktionen med prioritering för brådskandegrad ger också svarande en möjlighet att sätta sig in i ärendet innan man svarar. Dialog kan sedan både i enkla fall vara kort i chatt eller mer djupgående diskussion med exempelvis videosamtal.
- Utveckla möjligheter att planera/samordna undersökningar inför patientens besök. Då kan patienten komma till sina sjukvårdsbesök med färdiga svar på undersökningar.

Bilaga 4. Anledningar att avstå vård trots behov

För att få en uppfattning om hur vanligt det är att avstå vård trots behov, formulerade Samhällsmedicin några extrafrågor i 2024 års Hälso- och sjukvårdsbarometer (n=771). Liknande frågor har tidigare använts i andra studier. Resultaten nedan är endast preliminära resultat som redovisas utifrån svaren som har inkommit till och med juni 2024. Insamlingen pågår under hela 2024.



Figur 9: Svar från hälso- och sjukvårdsbarometern gällande om man avstått att söka vård, samt de vanligaste anledningarna till att göra så.

31 procent av befolkningen i Gävleborg anger att de har behov av vård men ändå avstått från att söka vård. Av de 31 procent som anger detta är de vanligaste angivna anledningarna att de har negativa erfarenheter från tidigare besök och därefter att väntetiderna var för långa eller annan orsak. Samtidigt som siffrorna är preliminära och ska tolkas med försiktighet, så konstaterar resultatet att det finns grupper som avstår vård, trots att de upplever att de har behov.

Bilaga 5. Synpunkter från samråd

Funktionsrättsråd – 20240526. Kommentarer under rådsmötet handlade om att vård behöver anpassas efter patienten och att i framtiden är inte relevant kompetens och vård begränsad till regionen. För att vara en relevant vårdgivare behöver därför vård anpassas till patienten oavsett vårdbehovskomplexiteten och därmed anpassa vård, stöd, och bemötande utifrån den kunskaps- och tekniknivå, situation och behov som den enskilde patienten har. Synpunkterna har haft särskild relevans för utformningen av kapitel 3.3, 4.2, 4.10.

Pensionärsråd – 20240619. Kommentarer under rådsmötet handlade om vikten av kontinuitet och personalens kunskap och kompetens. Det handlade om bästa möjliga vård, oavsett var den finns, och bilden av att patienten blir mer multisjuk. Det utmanar digitala hjälpmedels träffsäkerhet, samtidigt som allt mer digitala vårdssystem är framtiden. Utmaningen är också beredskap för vad vi idag inte känner till samt att tillgodose kompetensförsörjning. Synpunkterna har haft särskild relevans för utformningen av kapitel 3.3, 4.2, 4.7, 4.8, och 4.10.

Inskickad synpunkt 20240829: Hur ser vården ut om 10 år?. Synpunkterna kommer från SPF Gävleborg och baserar sig i huvudsak på Gunnar Akner, professor i geriatrik och allmänmedicin i Kalmar och Stockholm (Läkartidningen. 2017). som nämner att patienter blir allt äldre med multisjuklighet, multibehandling och multirisker, vilket driver individualisering. Följsamhet underlättas av personanpassade arbetssätt, slopade organisatoriska gränser mellan region och kommun, sjukhusvård och primärvård samt en övergripande hälsovårdsorganisation HVO som särskilt riktar in sig på äldres hälsa. Särskild vikt läggs vid rätt kompetens i vårdmötet. Politiken har en tydlig ekonomifördelningsroll och uppföljningsroll. Synpunkterna har haft särskild relevans för kapitel 2.4, 4.2, 4.3, och 4.10.

Inskickad synpunkt 20240829: Framtidens sjukvård. Synpunkterna handlar om att SKPF pensionärer Gävleborg ställer sig bakom SPF Gävleborgs synpunkter *Hur ser vården ut om 10 år?* De gör också tilläggen att det finns behov av översyn av vårdtransporter, att närhet till vård och hälsocentraler är viktigt, att digitaliseringsutvecklingen kan behöva kompensatoriska åtgärder, att journalsystem synkroniseras för att öka patientsäkerhet, samverkan mellan region och kommun för att säkra den framtida diabetesvården samt att personalpolitik värdesätter samtliga yrkeskategorier för god vård. Synpunkterna har haft särskild relevans för kapitel 3.3, 4.3, 4.4, 4.7 och 4.10.

Barn- och ungdomsråd 20240924: Kommentarer under rådsmötet handlade om möjligheten att utveckla gruppmötesfunktioner för patienter i syfte att underlätta navigering inom sjukvårdssystemet vid vissa diagnoser eller vårdbehov. Rådet efterfrågade även utveckling av rörligt bildmaterial vid vissa typer av vårdbehov och rehabilitering för att underlätta följsamhet, att i större utsträckning använda digitala metoder för att möta målgruppen barn och unga men även gruppen anhöriga, förenkla möjlighet att byta vårdkontakt samt att vården behöver vara särskilt noggrann med att få även barn och ungdomar att förstå vårbudskap. Synpunkterna har haft särskild relevans för kapitel 3.3, 4.2, och 4.3.