

Vårdkonsumtion, efterfrågad vård och vårdbehov

Vad kan förväntas i Uppsala län
på kort och lång sikt?



Innehåll

Förord	4
Huvudsakliga iakttagelser	5
Inledning	7
Syfte	7
Avgränsningar.....	7
Rapportens upplägg	8
Analys- och begreppsmodell	8
Befolkningen ökar i antal och andelen äldre ökar	10
Vårdkonsumtionsprognoser	12
Primärvårdsläkarbesök beräknas öka med 5 % till 2031.....	12
Övriga kontakter i primärvård beräknas öka med 14 %.....	13
Primärvårdsläkarbesök beräknas öka andelsmässigt mest i Heby, Älvkarleby och Enköping	14
En förflyttning från slutenvård till dagsjukvård inom den somatiska specialiserade vården	16
Läkarbesök inom somatisk specialiserad vård ökar med 2,4 % på kort sikt.....	18
Prognos av vårdkonsumtion och resursåtgång för specialiserad somatisk slutenvård	19
Varje vårdtillfälle beräknas kräva 19,2 % mer i ekonomiska resurser år 2031 jämfört med år 2023	19
Sammantaget beräknas den ekonomiska resursåtgången för slutenvården minska med 1,2 % till 2031	21
Efterfrågad vård – fiktiv produktionsmodell för somatisk s pecialiserad vård	22
Om all efterfrågad slutenvård hade producerats inom vårdgarantin, blir utfallet 4,1 % högre år 2031.....	22
Specialistläkarbesök 5,8 % högre år 2031 med fiktiv produktionsmodell i förhållande till vårdkonsumtionsprognos	24
Dagsjukvård 2,7 % högre år 2031 med fiktiv produktionsmodell i förhållande till vårdkonsumtionsprognos	26

Såld utomlänsvård.....	29
Antal slutenvårdskontakter beräknas minska med 15 %.....	31
Antal dagvårdskontakter beräknas öka med 20 %	33
Antal läkarbesök inom specialiserad somatisk vård beräknas öka med 25 %	35
Antal läkarbesök inom primärvård beräknas öka med 20 %	37
Antal övriga besök inom primärvård beräknas öka med 38 %	39
Nationell högspecialiserad vård.....	41
Vårdbehovet ökar i Uppsala län.....	42
Vårdbehovet beräknas öka med 19 % till 2030, och med 46 % till 2040	42
Högt blodtryck ökar mest i antal till 2030 och 2040	43
Hög relativ ökning av tillstånd i åldersgruppen 80+.....	44
Ångest ökar mest i åldersgruppen 5–19 år, och astma mest i åldersgruppen 0–4 år	48
Riskfaktorer för framtida ohälsa – hur kan vi påverka utfallet i prognoserna?	49
Mer än hälften av länets vuxna befolkning har övervikt eller fetma	49
Nära 7 av 10 vuxna uppnår rekommenderad nivå av fysisk aktivitet	50
Något fler vuxna kvinnor röker tobak på daglig basis	50
Användningen av nikotin bland unga ökar – särskilt hög användning bland flickor.....	51
Något fler vuxna män är riskkonsumenter av alkohol	52
Ordlista och definitioner	53
Referenser.....	54

Förord

Efterfrågan på, och behovet av hälso- och sjukvård ökar samtidigt som kostnaderna för att producera den ökar mer än vad som kan förklaras av den allmänna kostnadsökningen, det vill säga inflationen. Allt fler får vänta på insatta åtgärder vilket tyvärr gör att tillstånd förvärras och ökar resursåtgången för åtgärderna ännu mer.

På lång sikt ser vi att ekvationen inte går ihop. Behovet av att planera långsiktigt och sätta in åtgärder på rätt nivå och i rätt tid är stort. Vården behöver successivt ställas om för att få ut mer hälsa för pengarna. För att kunna agera behöver vi blicka framåt för att idag kunna fatta strategiska och långsiktigt hållbara beslut, både för vårdens utbud och hur resurserna ska fördelas till en mer Effektiv och nära vård.

Denna rapport är ett led i arbetet att få fram bättre underlag för planering av vårdens resurser och utbud. Den är den andra i sitt slag och utvärdering från föregående års rapport har visat att vårdkonsumtionsprognoserna varit träffsäkra. Rapporten är resultat av fortsatt metodutvecklingsarbete och utgör även ett bidrag till det nationella arbetet med att kunna

göra förutsägelser om framtida vårdbehov. Nytt för i år är att rapporten även omfattar avsnitt om såld utomlänsvård, kommunvisa prognoser av vårdkonsumtion inom primärvården, framskrivningar av vissa hälso- och sjukdomstillstånd och riskfaktorer för framtida ohälsa.

Rapporten och utvecklingsarbetet utgör också ett viktigt bidrag till det som kommer att kallas för Vårdens översiktsplan i Region Uppsala. Den kommer att ligga till grund för planering av vårdens framtida utbud.

Hälsoekonom Evelina Nilsson har varit ansvarig för att sammanställa denna rapport och vi tackar henne och hennes kollegor för det gedigna metodutvecklingsarbete som ligger bakom resultaten.

Mars 2025 – Uppsala

Eva Olin

Ekonomidirektör
Region Uppsala

Mikael Köhler

Hälso- och sjukvårdsdirektör
Region Uppsala

Huvudsakliga iakttagelser

I detta avsnitt presenteras några av de huvudsakliga iakttagelserna från rapporten. Det är bedömningar om vad vi kan förvänta oss framöver rörande behov, efterfrågan och konsumtion av regionens hälso- och sjukvård i det fall att allt fortsätter att förändras i samma takt som förut. Resultaten kan påverkas om stora omvälvande händelser inträffar, exempelvis en pandemi, eller genomgripande förändringar i organisation och/eller arbetssätt.

● **Fram till 2040 ökar andelen äldre i befolkningen samtidigt som andelen barn och unga minskar.**

År 2040 beräknas det bo strax över 460 000 personer i Uppsala län, det är 14 % fler än år 2023. Till år 2030 beräknas folkmängden öka med 6 %. Jämfört med de andra länen i riket så är Uppsala det län som beräknas öka procentuellt mest. Sammantaget förväntas en förändring av befolkningssammansättningen, där andelen äldre beräknas öka och utgöra en större andel av befolkningen. Samtidigt som andelen barn i befolkningen minskar på kort och lång sikt.

● **Fram till 2031 ökar läkarbesök inom primärvården med 5 % och de övriga besöken med 14 %. Den största andelsmässiga ökningen av läkarbesök förväntas i Heby kommun (23 %).**

Inom primärvården beräknas antalet läkarbesök öka med 5 % och övriga besök med 14 % till år 2031. Flest primärvårdsläkarbesök konsumeras i Uppsala kommun men den högsta relativa ökningen förväntas i Heby kommun (23 %).

Ökningen i Heby kommun drivs av att åldersgruppen 80+ ökar med 30 % (motsvarande cirka 300 individer) under prognosperioden, samt påverkas av att konsumtionen per capita av läkarbesök för samma åldersgrupp ökar med 16,3 % under prognosperioden.

I tre av länets kommuner beräknas primärvårdsläkarbesöken minska mellan år 2023 och 2031, dessa är Östhammar (-10 %), Tierp (-11 %) och Håbo (-18 %). Denna minskning förklaras till stor del av en minskning av konsumtion per capita, framför allt i åldersgrupperna 20–64 år och 65–79 år mellan år 2023 och 2031. Eftersom exempelvis åldersgruppen 20–64 år utgör en hög andel av befolkningen så får det en stor påverkan på prognosen när deras konsumtion minskar.

● **Det sker en förflyttning från slutenvård till dagsjukvård, men det krävs lika mycket resurser för slutenvården.**

Det sker en successiv förflyttning av vård från sluten- till dagsjukvård, inom den somatiska specialiserade vården. Vårdkonsumtionsprognoserna visar att antalet vårdtillfällen inom somatisk specialiserad slutenvård förväntas minska med 17 %, och dagsjukvårdsbesök öka med 31 %, mellan år 2023 och 2031.

Trots att färre vårdtillfällen beräknas produceras inom slutenvården, så beräknas den ekonomiska resursåtgången för slutenvården vara densamma år 2031, som idag. Det beror på att den ekonomiska resursåtgången per vårdtillfälle beräknas öka med hela 19 % fram till 2031.

● **Gapet mellan somatisk specialiserad vård som efterfrågas och som produceras ökar.**

I denna rapport används en fiktiv produktionsmodell för att ta hänsyn till uppskjuten vård som efterfrågats, men inte producerats.

I jämförelse med vårdkonsumtionsprognosen blir utfallet år 2031, 4,1 % högre för den somatiska slutenvården, 5,8 % högre för specialiserade läkarbesök och 2,7 % högre för dagsjukvården.

Det betyder att om allt fortsätter på samma sätt som tidigare, dvs att resurser till vården tillförs i samma takt och att inflödet fortsätter i samma takt, så beräknas gapet mellan efterfrågad vård och producerad vård öka till år 2031.

● **Vårdbehovet beräknas öka avsevärt på kort och lång sikt.**

För att spegla vårdbehovets utveckling i Uppsala län har ett antal framskrivningar gjorts för 17 olika hälsotillstånd och sjukdomsgrupper. Sammantaget beräknas antalet tillstånd öka med 19 % mellan år 2024 och 2030, och med 46 % till år 2040. Högt blodtryck är den sjukdomsgrupp som ökar mest i antal till år 2030 och 2040. Följt av astma, diabetes typ 2, depression, ångest och fetma.

Antalet sjukdomstillstånd ökar relativt mest i åldersgruppen 80+, där högt blodtryck är det sjukdomstillstånd som står för den största ökningen. I de yngre åldersgrupperna är det i stället ångest (5–19 år) och astma (0–4) år som beräknas öka mest till år 2030 och 2040.

● **Såld utomlänsvård minskar både som andel av den totala produktionen och i absoluta tal, med undantag för dagsjukvården som ökar.**

Såld utomlänsvård (den vård som Region Uppsala producerar åt invånare bosatta i andra län) utgör en mindre andel av produktionen idag, jämfört med år 2016. Detta gäller för slutenvård, specialistläkarbesök, primärvårdsläkarbesök och övriga besök i primärvård. Det motsatta gäller för den sålda dagsjukvården.

Om utomlänsvården utgör en konstant andel av den totala produktionen till år 2030 innebär det att antalet sålda slutenvårdskontakter beräknas minska med 15 % fram till 2031. Samtidigt som antalet sålda dagvårdskontakter beräknas öka med 20 %. Störst ökning skulle de sålda specialistläkarbesöken stå för, som beräknas öka med 25 % till 2031. Primärvårdsläkarbesök beräknas öka med 20 % och övriga kontakter med 38 % till år 2031.

Inledning

För att hälso- och sjukvården ska vara fortsatt effektiv och av hög kvalitet, samt kunna möta den demografiska utvecklingen, kostnadsökningarna och invånarnas behov på ett bättre sätt, krävs en omställning av hela hälsosystemet. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2017:01) är ett första steg i en stor system- och strukturförändring av den svenska hälso- och sjukvården.

Målbilden för Uppsala läns omställning till en Effektiv och nära vård innebär en vård som bygger på kontinuitet och hög tillgänglighet. Vården är effektiv när den utförs på rätt nivå, med rätt kompetens och med kontinuitet. Utgångspunkten är ett förebyggande och hälsofrämjande arbete i samverkan mellan Region Uppsala, länets kommuner och andra aktörer. Vården bygger på samskapande och tillit där patienter, brukare och anhöriga involveras som jämlika partners.

Utgångspunkten är alltså att åstadkomma både en nära och effektiv verksamhet då vårdbehoven kommer att öka samtidigt som resurserna kommer vara begränsade. För att kunna fatta beslut som omfattar hela hälso- och sjukvårdssystemet i Region Uppsala behövs underlag som visar hur behoven av, efterfrågan på och konsumtion av vård förväntas att utvecklas framöver. Ett första underlag för detta publicerades i januari 2024 – *Behovs och planeringsunderlag – målgruppen äldre (80+)*. Den var inriktad på målgruppen äldre som också andelsmässigt förväntas öka mest, samtidigt som de har en hög vårdkonsumtion.

En första kvalitetsgranskning av prognoserna har gjorts som visade att prognoserna var träffsäkra,

särskilt vad gäller den specialiserade somatiska vården. I denna rapport har prognoserna vidareutvecklats och uppdaterats med den senaste befolkningsprognosen från SCB. Nya områden har också tillkommit så som beräkningar för framtida såld utomlänsvård och kommunvisa prognoser för konsumtion av primärvård. Utöver det tillkommer avsnitt om beräknat framtida vårdbehov och en redogörelse av riskfaktorer för framtida ohälsa i Uppsala län.

Målet är att ta fram ett systemövergripande underlag som kan ge en god överblick över vilken hälso- och sjukvård som bör produceras och framtida vårdbehov. Rapporten och det bakomliggande utvecklingsarbetet utgör också ett viktigt underlag till en översiktsplan för vårdens utbud, som kommer att visa var i länet det kommer finnas behov av verksamheter inom vården på kort och lång sikt. Underlaget ska bidra till mer proaktiva och långsiktigt hållbara beslut.

Syfte

Syftet är att ta fram ett faktabaserat underlag för planering och beslut rörande vårdutbud och riktade vårdinsatser på både kort och lång sikt. Syftet är också att bidra till metodutveckling inom området då utmaningar och möjligheter som finns i Uppsala län återfinns i hela riket.

Avgränsningar

Vårdkonsumtionsprognoserna sträcker sig endast sju år framåt i tiden. Det beror mestadels på att prognoser blir mer och mer osäkra ju längre

bort de sträcker sig. Vi har ännu inte tillräckligt med utvärderingar för att kunna göra prognoser på längre sikt än så. Undantag har gjorts för framskrivningarna av hälso- och sjukvårdstillstånd som inte är några prognoser utan uppskattningar av hur prevalensen utvecklas. De sträcker sig till 2040, 15 år framåt i tiden.

Uppskattning av kostnader och hur dessa beräknas utvecklas i framtiden har endast gjorts för slutenvården. Hur resterande vårdtyper bäst bör skrivas fram har vi inte robusta metoder för ännu.

Den köpta utomlänsvården som produceras åt Uppsala läns invånare är ännu inte inkluderad i prognoserna. Utvecklingsarbete pågår för att kunna ta fram statistik över den köpta utomlänsvården. Framöver planeras att även inkludera folktandvård och psykiatrisk vård.

Rapportens upplägg

I rapportens första avsnitt beskrivs en begreppsmodell som förklarar hur begreppen vårdkonsumtion, vårdbehov och efterfrågad vård förhåller sig till varandra. Därefter presenteras befolkningsprognosen för Uppsala län. Den är en viktig grundkomponent för samtliga prognoser och uppskattningar som finns i denna rapport.

Efter det presenteras vårdkonsumtionsprognoser för primärvård (läkarbesök, och övriga besök) och specialiserad somatisk vård (slutenvård, dagsjukvård och läkarbesök). Detta följs av ett fördjupande avsnitt om hur den ekonomiska

resursåtgången för somatisk slutenvård beräknas utvecklas. I det fördjupande avsnitt tas, utöver förändring i produktionsvolym, även hänsyn till den ekonomiska resursåtgången.

Det följs av ett avsnitt som presenteras den beräknade efterfrågan på somatisk specialiserad vård (slutenvård, dagsjukvård och läkarbesök). Efterfrågan skattas i en så kallad fiktiv produktionsmodell.

Därefter följer ett avsnitt om såld utomlänsvård, dess nuvarande produktion och mycket preliminära beräkningar på hur den kan tänkas utvecklas framöver.

Slutligen presenteras två avsnitt, det första omfattar prognoser över hur vårdbehovet för ett urval av tillstånd förväntas utvecklas fram till år 2040, och det andra över hur ett antal riskfaktorer för framtida ohälsa ser ut i länet.

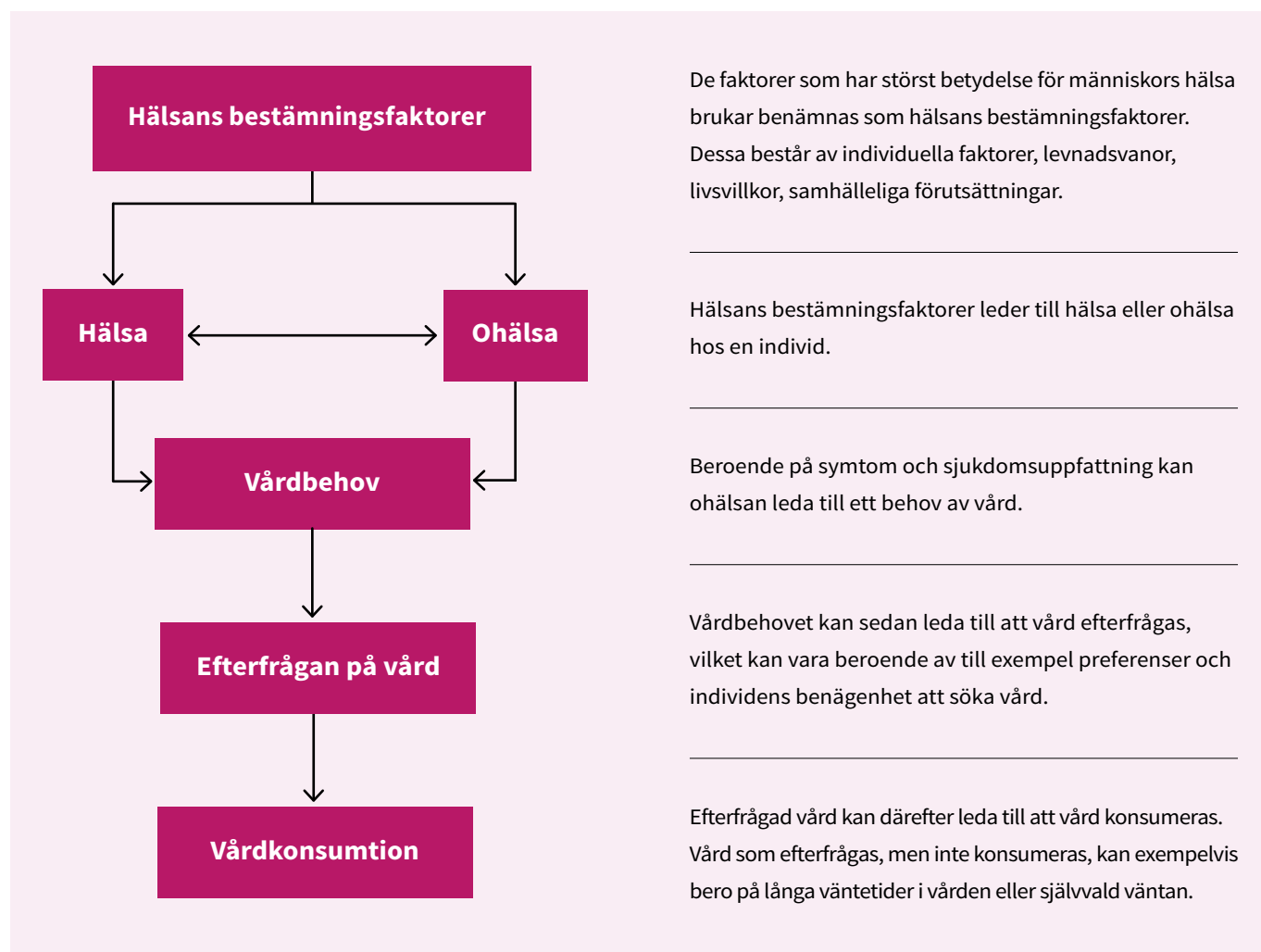
Sist i rapporten återfinns en ordlista med definitioner som används i rapporten samt en referensförteckning. I inledningen till varje avsnitt finns en metodbeskrivning för det avsnittet.

Analys- och begreppsmodell

För att tydliggöra de olika begreppen i rapporten, och analysernas steg, används nedan modell. Modellen visar flödet från hälsans bestämningsfaktorer till hälsotillstånd, vårdbehov, efterfrågan på vård och vårdkonsumtion. Se figur nedan.

Figur 1:

Hälsans bestämningsfaktorer till efterfrågan på vård.



Det är viktigt att skilja på vad som avses med vårdkonsumtion, vårdbehov och efterfrågad vård. Vårdkonsumtionsprognoser är endast den bästa förutsägelsen på hur just vårdkonsumtionen kommer att utvecklas. Det är inte nödvändigtvis det önskade läget. Om exempelvis vård-

konsumtionen minskar så kan den efterfrågade vården som borde ha konsumerats öka. Vilket i sin tur kan leda till påverkan på hälsan och vårdbehoven. Det vill säga, uppskjuten vård kan leda till att sjukdomstillstånd och hälsan förvärras vilket ökar behov och efterfrågan på vård.

Befolkningen ökar i antal och andelen äldre ökar

Befolkningssammansättningen i länet kommer att förändras till år 2030 och 2040. I tabellen nedan visas den förväntade befolkningsutvecklingen fram till 2030 och 2040 uppdelat på åldersgrupp.

Tabell 1:

Folkmängd i Uppsala län, år 2023, 2030 och 2040.

Åldersgrupp	Folkmängd			Förändring (%) mot år 2023	
	2023	2030	2040	2030	2040
0–4 år	21 404	20 533	24 130	-4 %	13 %
5–19 år	71 481	71 905	70 039	1 %	-2 %
20–64 år	235 109	250 844	267 887	7 %	14 %
65–79 år	55 955	56 601	64 458	1 %	15 %
80+ år	20 640	29 705	34 035	44 %	65 %
Total	404 589	429 588	460 550	6 %	14 %

Källa: SCB (Folkmängd efter region).

År 2040 beräknas det bo strax över 460 000 personer i Uppsala län, det är 14 % fler än år 2023. Till år 2030 beräknas folkmängden öka med 6 %. Jämfört med de andra länen i riket så är Uppsala det län som beräknas öka procentuellt mest.

Åldersgruppen 0–4 år beräknas minska med 4 % på kort sikt (år 2030), men däremot öka med 13 % på lång sikt (år 2040). Åldersgruppen 5–19 år beräknas öka med 1 % på kort sikt, men minska med 2 % på lång sikt. Åldersgruppen 20–64 år beräknas

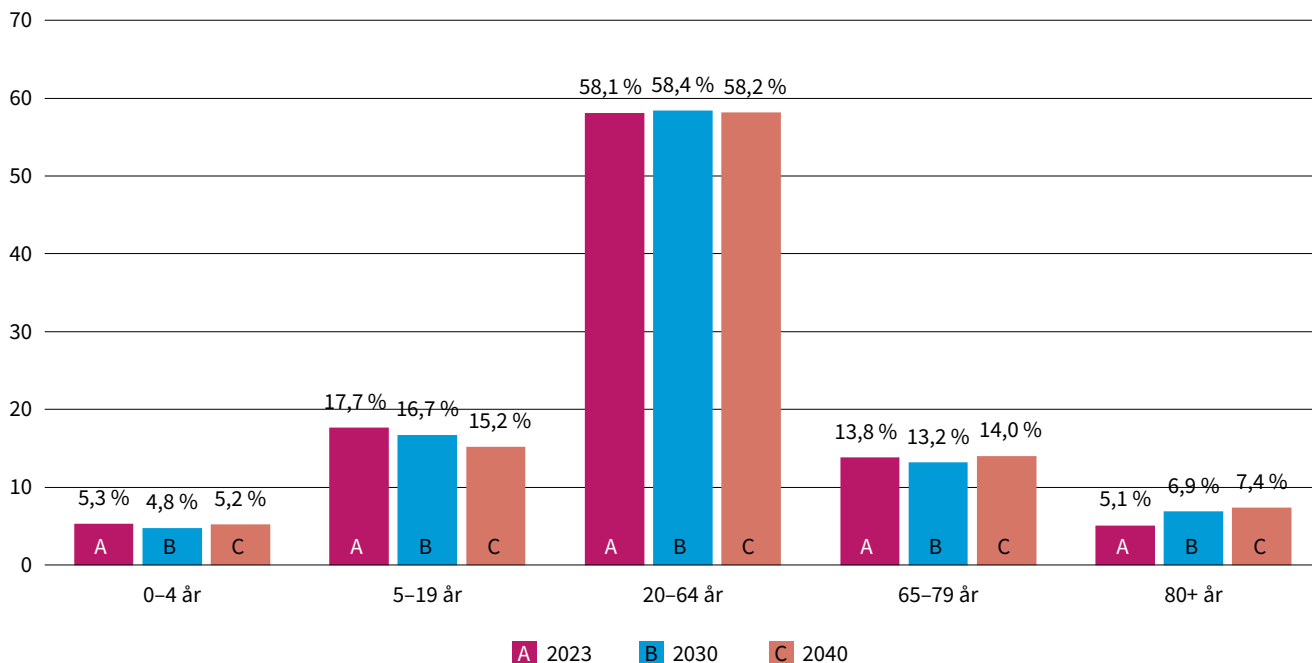
öka med 7 % respektive 14 % på kort- och lång sikt. 65–79 år beräknas öka med 1 % respektive 15 % på kort och lång sikt. Den åldersgrupp som står för den relativt högsta förändringen är 80+ år, åldersgruppen beräknas öka med 44 % på kort sikt och 65 % på lång sikt.

I diagrammet nedan presenteras hur stor andel respektive åldersgrupp utgör av Uppsala läns befolkning år 2023, 2030 och 2040.

Diagram 1:

Procentuell åldersfördelning i befolkningen, Uppsala län, år 2023, 2030, 2040.

Andel av
folkmängd (%)



Källa: SCB (Folkmängd efter region).

Åldersgruppen 0-4 år utgör 5,3 % av befolkningen i länet 2023, de beräknas utgöra en lägre andel på kort sikt och en marginellt lägre andel år 2040. Åldersgruppen 5-19 år utgör 17,7 % av befolkningen år 2023, och beräknas utgöra en lägre andel på både kort (16,7 %) och lång sikt (15,2 %). Åldersgruppen i arbetsför ålder, 20-64 år, är den åldersgrupp som utgör den största delen av befolkningen, 58,1 % år 2023. Åldersgruppen beräknas utgöra en marginellt större andel på kort (58,4 %) och lång sikt (58,2 %).

Åldersgruppen 65-79 år beräknas minska på kort sikt, från att utgöra 13,8 % till 13,2 %, och öka marginellt till 2040 (14,0 %).

Åldersgruppen 80+ beräknas däremot utgöra en större andel på kort sikt (6,9 %) och lång sikt (7,4 %) jämfört med idag. Sammantaget förväntas en förändring av befolkningssammansättningen, där andelen äldre beräknas öka och utgöra en större andel av befolkningen. Samtidigt som andelen barn i befolkningen minskar på kort och lång sikt.

Vårdkonsumtionsprognoser

År 2022 påbörjades ett arbete inom Region Uppsala med att ta fram en ny modell för att skatta framtida vårdkonsumtion. I detta avsnitt presenteras vårdkonsumtionsprognoser till år 2031, samt en kompletterande modell för slutenvården för att skatta beräknad resursåtgång till år 2031.

Grunden i prognosmodellen är en framskrivning av historiska trender i vårdkonsumtion per capita, efter åldersgrupper och kön. Trendframskrivningen multipliceras därefter med befolkningsprognosen för samma åldersgrupp och kön.

Separata beräkningar har gjorts för män och kvinnor i åldersgrupperna 0–4, 5–19, 20–64, 65–79 och 80+. Prognoserna har gjorts för olika organisatoriska nivåer och vårdtyper och avser den vård som befolkningen i Uppsala län konsumerar i länet. I kommunprognoserna beräknas konsumtionen per capita av vård på kommunnivå,

och kan således variera mellan kommuner för samma åldersgrupper och kön.

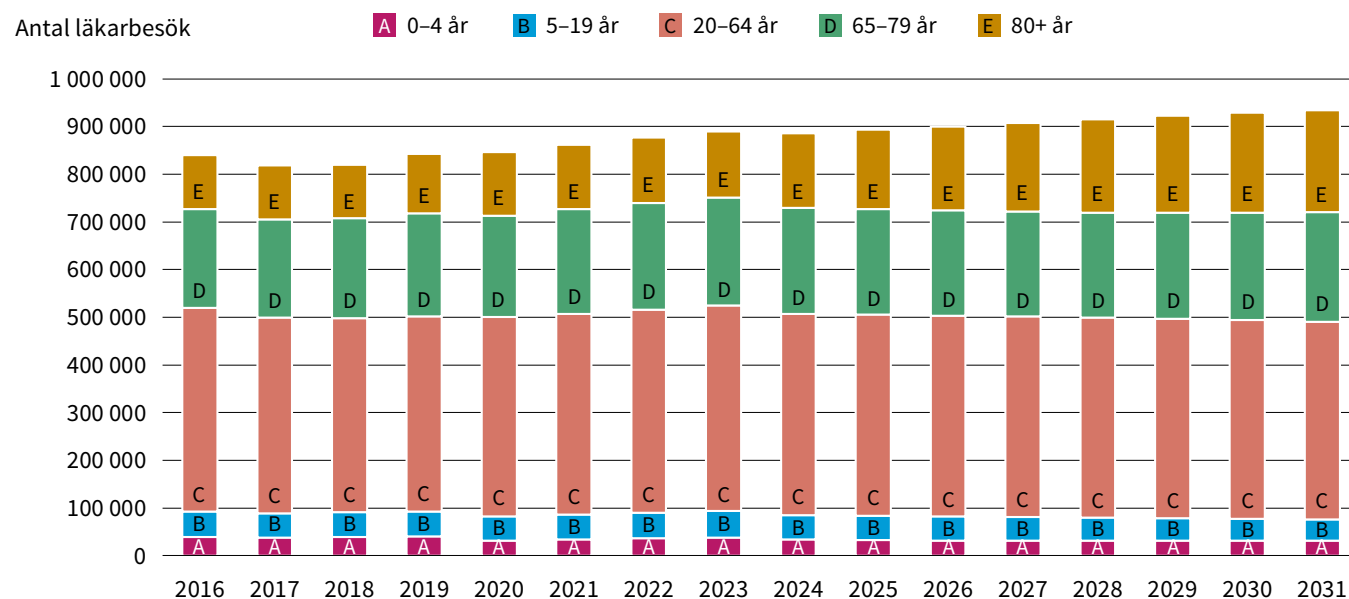
Till följd av begränsad tillgång till data görs vårdkonsumtionsprognoser endast på kort sikt, sju år framåt i tiden till år 2031. Hur vårdkonsumtionen utvecklas på lång sikt (år 2040) har inte utvärderats i dessa modeller och är sannolikt förenad med en högre osäkerhet.

Primärvårdsläkarbesök beräknas öka med 5 % till 2031

I diagrammet nedan visas antalet läkarbesök inom primärvård för befolkningen i Uppsala län. År 2016 till 2023 är faktiska värden, år 2024 till 2031 är prognostiserade värden.

Diagram 2:

Förväntat antal läkarbesök inom primärvården per åldersgrupp, Uppsala län, år 2016-2031.



Källa: Region Uppsala (verksamhetsdata) och SCB (folkmängd per region).

Antalet primärvårdsläkarbesök beräknas öka från 889 000 besök till nära 934 000 besök år 2031, motsvarande en ökning om 5 % eller 45 000 besök. Antalet läkarbesök minskar antalsmässigt mest för åldersgruppen 20–64 år, motsvarande en minskning på -4 %. Åldersgruppen 80+ år ökar mest, både antalsmässigt och andelsmässigt. År 2031 förväntas åldersgruppen 80+ år konsumera 44 800 fler primärvårdsläkarbesök, motsvarande en ökning om 54 %.

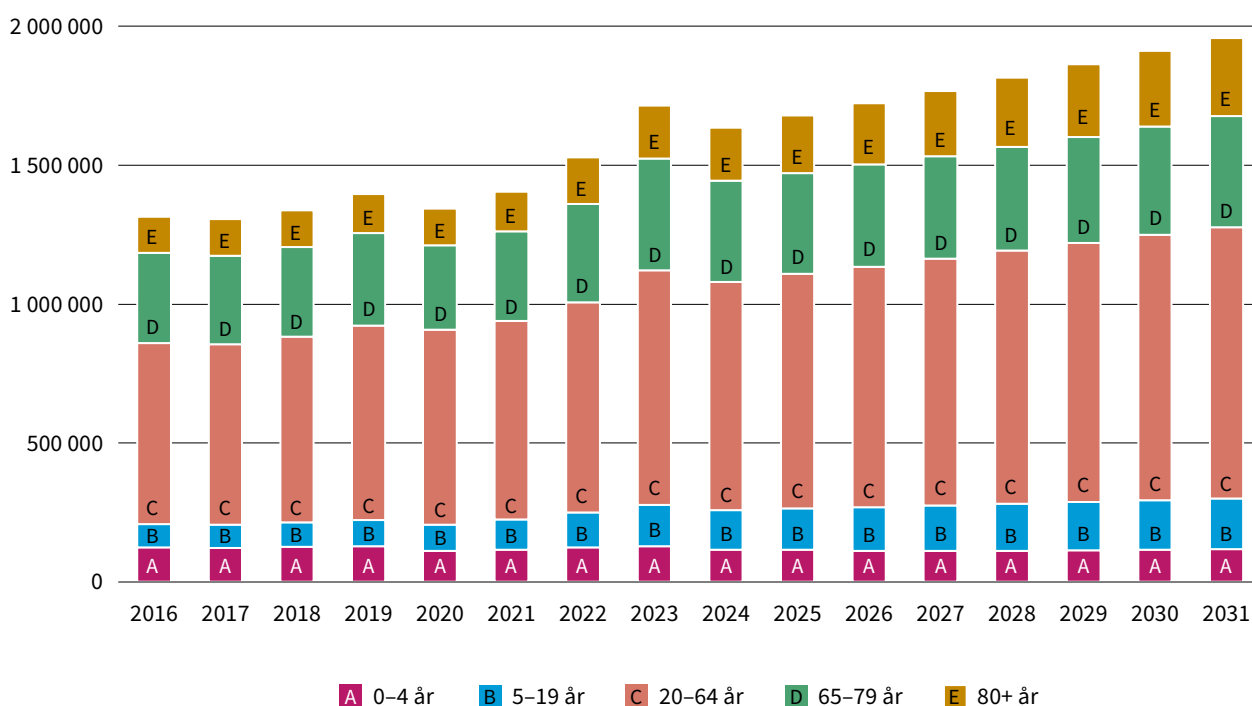
Övriga kontakter i primärvård beräknas öka med 14 %

I diagrammet nedan visas antalet övriga besök i primärvård för befolkningen i Uppsala län. År 2016 till 2023 är faktiska värden, år 2024 till 2031 är prognostiserade värden.

Diagram 3.

Förväntat antal övriga besök inom primärvården per åldersgrupp, Uppsala län, år 2016–2031.

Antal övriga besök



Källa: Region Uppsala (verksamhetsdata) och SCB (folkmängd per region).

Antalet övriga kontakter¹ inom primärvård beräknas öka från 1 715 000 kontakter år 2023 till 1 958 000 besök år 2031, motsvarande en ökning om 14 % eller 243 000 besök. Åldersgruppen 80+ år

ökar andelsmässigt mest, om 47 % motsvarande 89 000 fler besök år 2031 jämfört med år 2023. Åldersgruppen 20–64 år ökar antalsmässigt mest, om 131 000 besök (15 %) mellan år 2023 och 2031.

1. De övriga kontakterna i primärvård omfattar all övrig produktion av fysiska besök, distansbesök, digitala kontakter och vaccinationer som sker med personal som inte är läkare.

Primärvårdsläkarbesök beräknas öka andelsmässigt mest i Heby, Älvkarleby och Enköping

Hur mycket vårdkonsumtionen av primärvårdsläkarbesök förväntas öka skiljer sig åt mellan länets kommuner. I kommunprognoserna beräknas per capita (per person) konsumtionen

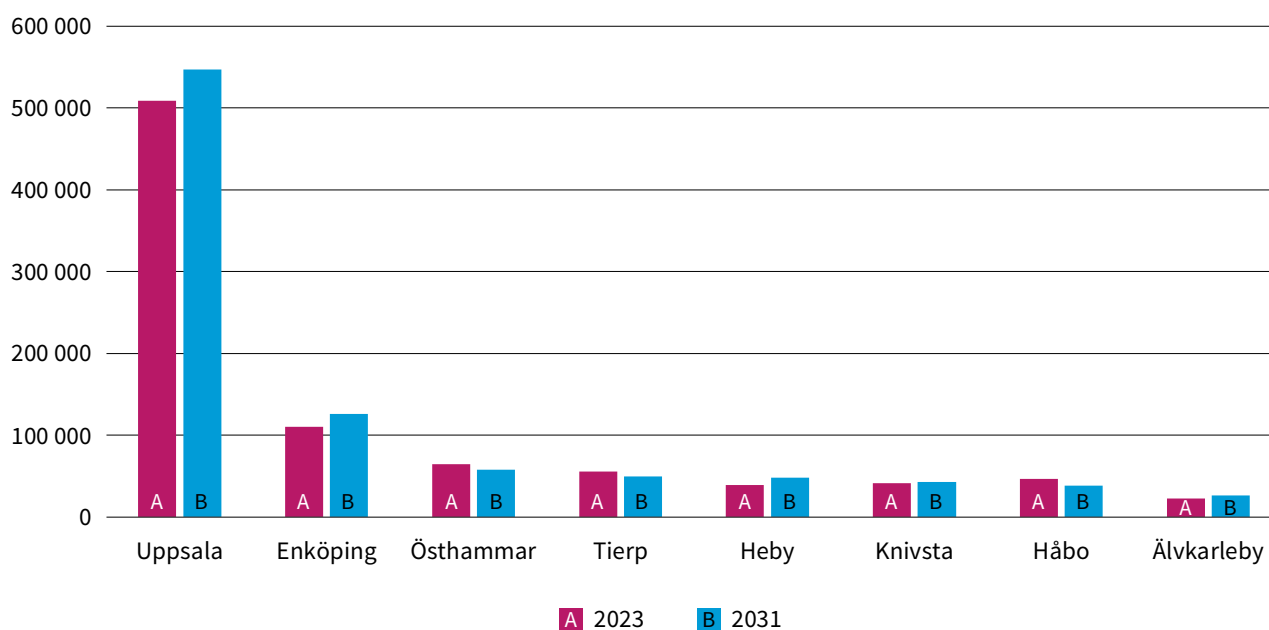
av vård per kommun. Den skiljer sig väsentligt åt för samma åldersgrupper och kön och kan ha en högre osäkerhet i mindre kommuner. I detta fall summeras inte de enskilda kommunprognoserna upp till den övergripande prognosen över primärvårdsläkarbesök i länet.

I diagrammet nedan visas antalet läkarbesök inom primärvård för länets olika kommuner. År 2016 till 2023 är faktiska värden, år 2024 till 2031 är prognostiserade värden.

Diagram 4:

Förväntat antal läkarbesök inom primärvården per kommun, år 2023 och 2031.

Antal läkarbesök



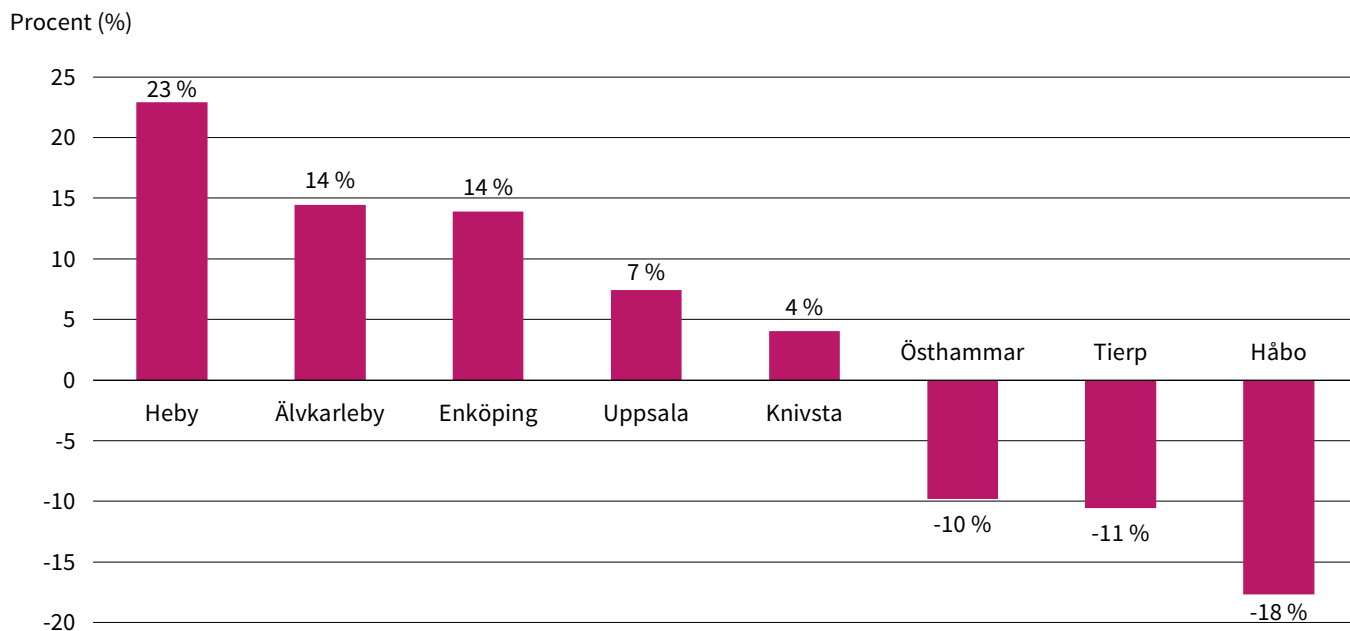
Källa: Region Uppsala (Verksamhetsdata) och SCB (Folkmängd per region).

Flest primärvårdsläkarbesök konsumeras i Uppsala kommun, och minst läkarbesök konsumeras i Älvkarleby kommun. I Uppsala, Enköping, Heby, Knivsta och Älvkarleby kommun förväntas konsumtionen öka mellan 2023 och 2031.

I Östhammar, Tierp och Håbo kommun förväntas antalet primärvårdsläkarbesök i stället minska mellan år 2023 och 2031. Nedan presenteras den andelsmässiga förändringen per kommun i antal läkarbesök mellan år 2023 och 2031.

Diagram 5:

Andelsmässig förändring av antal läkarbesök inom primärvården per kommun, år 2031 jämfört med år 2023.



Källa: Region Uppsala (Verksamhetsdata) och SCB (Folkmängd per region).

Högst andelsmässig ökning av antal primärvårdsläkarbesök förväntas i Heby kommun (+23 %), följt av Älvkarleby kommun (14 %) och Enköpings kommun (14 %). Den höga relativa ökningen i Heby kommun drivs av att åldersgruppen 80+ ökar med 30 % (motsvarande cirka 300 individer) under prognosperioden, samt påverkas av att konsumtionen per capita av läkarbesök för samma åldersgrupp ökar med 16,3 % under prognosperioden.

I Östhammars kommun förväntas konsumtionen minska med -10 %, i Tierps kommun med -11 % och i Håbo kommun med -18 %. I Östhammars kommun minskar konsumtionen i åldersgrupperna

20–64 år och 65–79 år under prognosperioden, detta är en följd av en minskad folkmängd och konsumtion per capita i dessa åldersgrupper. Eftersom åldersgruppen i arbetsför ålder 20–64 år utgör en hög andel av den totala konsumtionen innebär en minskning i deras konsumtion en stor påverkan på den framtida prognosen.

I Tierps kommun minskar konsumtionen något i samtliga åldersgrupper förutom 80+ år under prognosperioden, detta drivet av en minskad konsumtion per capita. Även i Håbo kommun minskar konsumtionen i samtliga åldersgrupper förutom 80+ år under prognosperioden, detta drivs av en minskad konsumtion per capita.

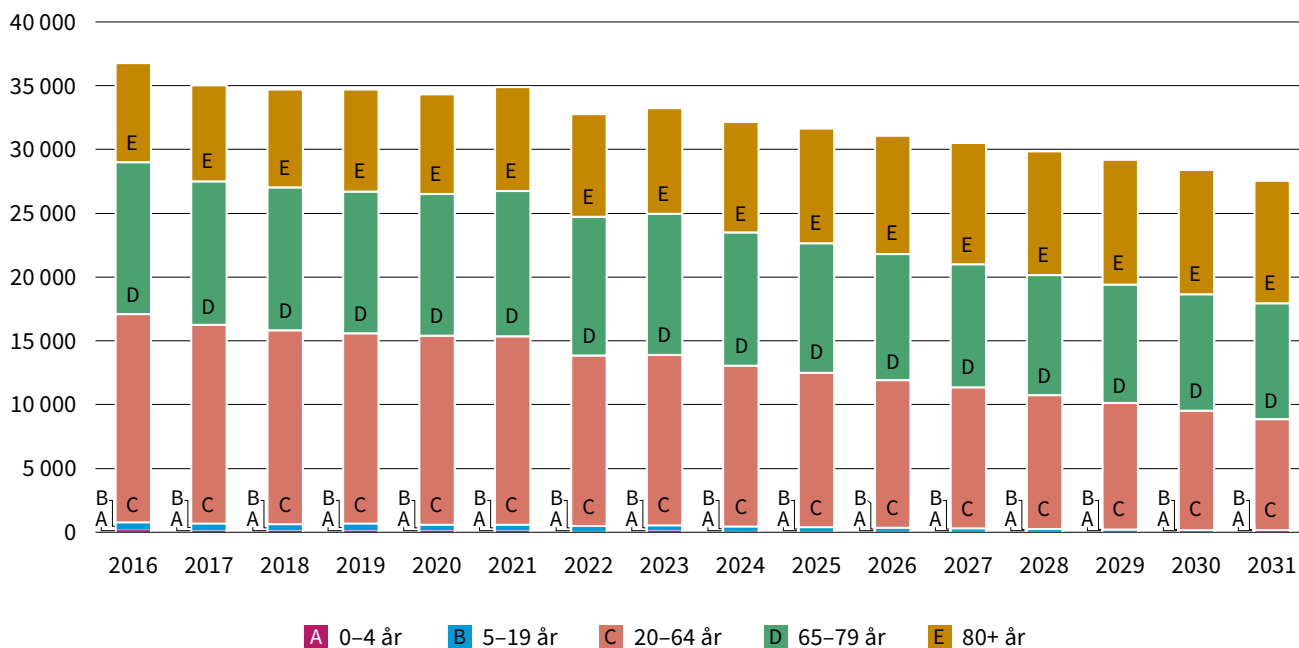
En förflyttning från slutenvård till dagsjukvård inom den somatiska specialiserade vården²

I diagrammet nedan visas antalet slutenvårdstillfällen för befolkningen i Uppsala län. År 2016 till 2023 är faktiska värden, år 2024 till 2031 är prognostiserade värden.

Diagram 6:

Förväntat antal slutenvårdstillfällen per åldersgrupp till år 2031.

Antal vårdtillfällen



Källa: Region Uppsala (Verksamhetsdata) och SCB (Folkmängd per region).

Konsumtionen av slutenvårdstillfällen har minskat över tid (år 2016–2023) och beräknas fortsätta minska mellan år 2024–2031. Mellan år 2023 och 2031 beräknas slutenvården minska med nära 6 300 vårdtillfällen, motsvarande -17 %. Det kan finnas flera orsaker till minskningen, en förmodad förklaring är medicinteknisk utveckling som gör att

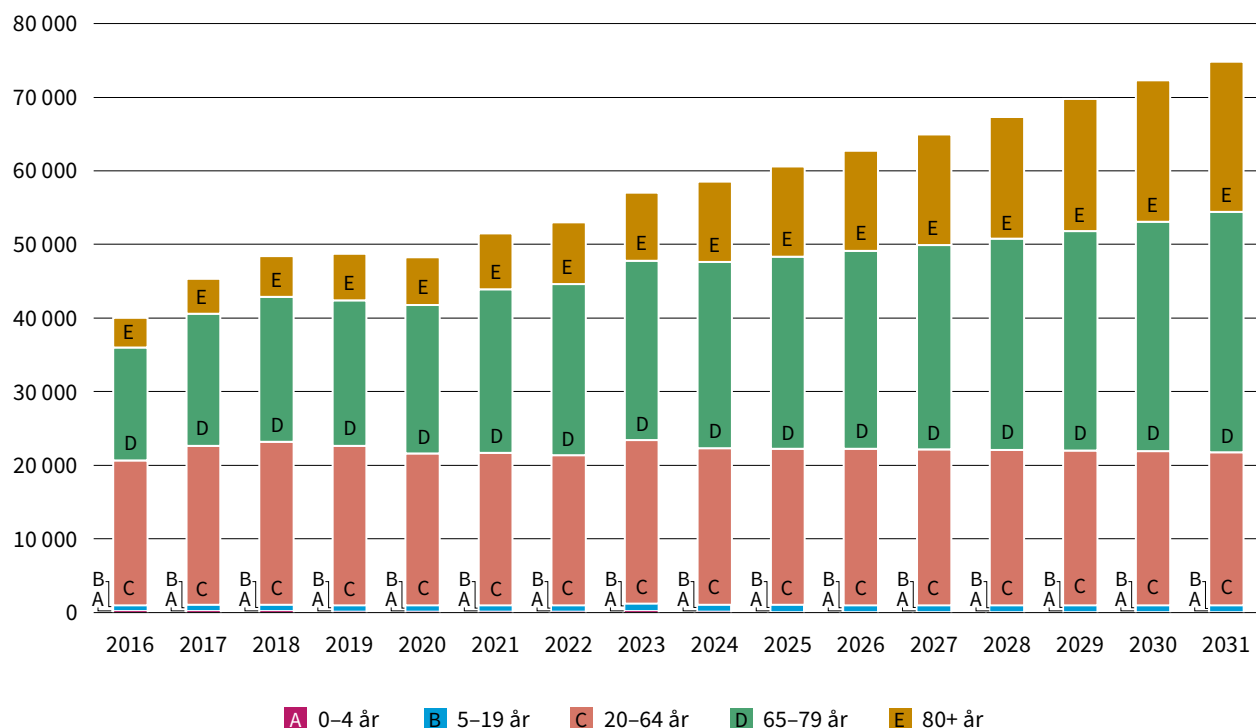
vård som tidigare gjorts inom slutenvården nu kan göras i dagsjukvård, så kallad poliklinisering. I diagrammet nedan visas antalet dagsjukvårdsbesök för befolkningen i Uppsala län. År 2016 till 2023 är faktiska värden, år 2024 till 2031 är prognostiserade värden.

2. Inkluderar slutenvård på primärvårdsnivå. Särredovisas ej då det är en för liten andel (cirka 8 % 2022) för att ha en effekt på prognosen.

Diagram 7:

Förväntat antal dagsjukvårdstillfällen inom specialiserad somatisk sjukvård fram till 2031.

Antal dagsjukvårdstillfällen



Källa: Region Uppsala (Verksamhetsdata) och SCB (Folkmängd per region).

Konsumtionen av dagsjukvård har ökat över tid (år 2016–2023) och beräknas öka med 17 800 vårdkontakter (31,2 %) mellan år 2023 och 2031. Att vård successivt flyttas från slutenvård till dagsjukvård är sannolikt en, av flera, förklaringar till mönstret i diagram 6 och 7 ovan.

Gemensamt för utvecklingen av slutenvård och dagsjukvård är dock att åldersgruppen 80+ år förväntas konsumera både mer slutenvård och dagsjukvård, samt en högre andel av sluten- och dagsjukvård år 2031. Till exempel konsumerar åldersgruppen 80+ år 25 % av slutenvårdstillfällena år 2023, och de beräknas konsumera 35 % av alla slutenvårdstillfällena år 2031.

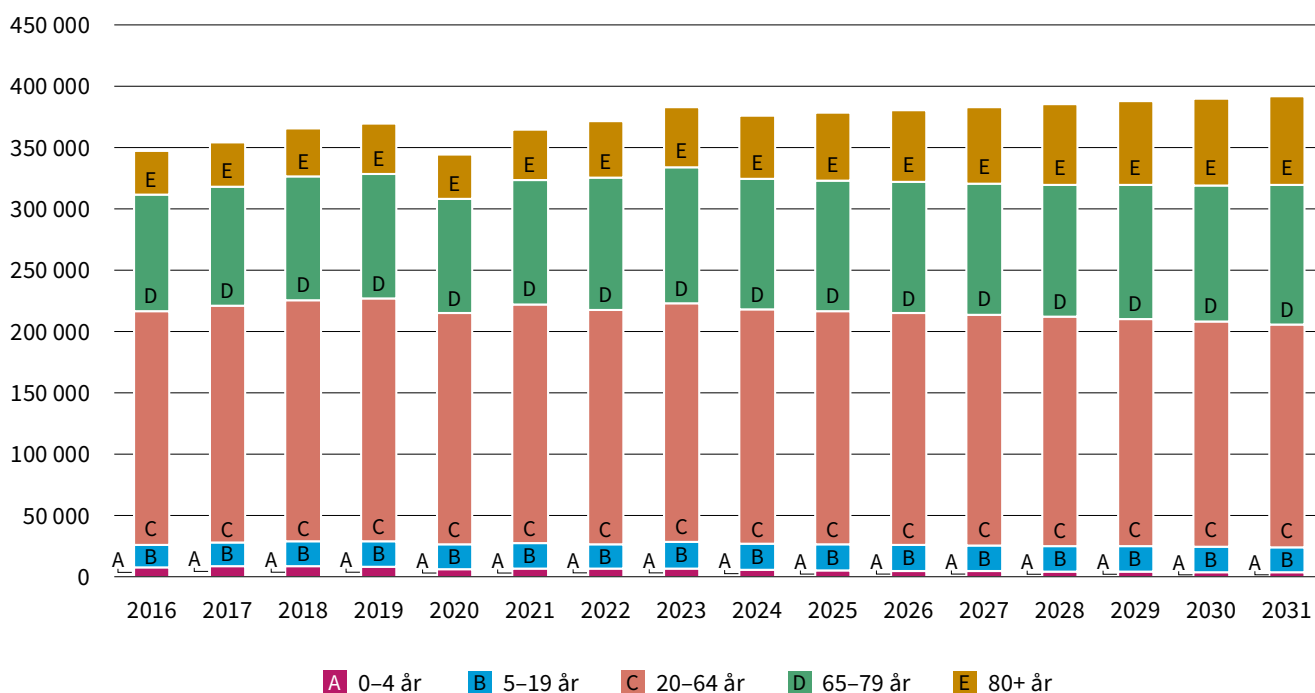
Läkarbesök inom somatisk specialiserad vård ökar med 2,4 % på kort sikt

I diagrammet nedan visas antalet läkarbesök inom den specialiserade somatiska sjukvården för befolkningen i Uppsala län. År 2016 till 2023 är faktiska värden, år 2024 till 2031 är prognostiserade värden.

Diagram 8:

Förväntat antal läkarbesök inom specialiserad somatisk sjukvård, Uppsala län, år 2016–2031.

Antal läkarbesök



Källa: Region Uppsala (Verksamhetsdata) och SCB (Folkmängd per region).

Diagrammet ovan visar att läkarbesöken inom specialiserad somatisk vård förväntas öka marginellt över tid, från 382 780 besök år 2023 till 391 850 besök år 2031. Det motsvarar en ökning om 9 065 eller 2,4 % fler läkarbesök år 2031 jämfört med år 2023.

Prognos av vårdkonsumtion och resursåtgång för specialiserad somatisk slutenvård

Som ett komplement till vårdkonsumtionsprognoserna har en modell tagits fram för att skatta framtida resursåtgång för slutenvården. Kostnadsutvecklingen har beräknats utifrån genomsnittskostnaden per kontakt (KPP), vilken har fastprisjusterats³ och därefter skrivits fram till år 2031. Genom att multiplicera vårdkonsumtionsprognosen för slutenvården, med beräknad kostnadsutveckling i fasta priser, beräknas en förväntad resursåtgång för slutenvården.

Varje vårdtillfälle beräknas kräva 19,2 % mer i ekonomiska resurser år 2031 jämfört med år 2023

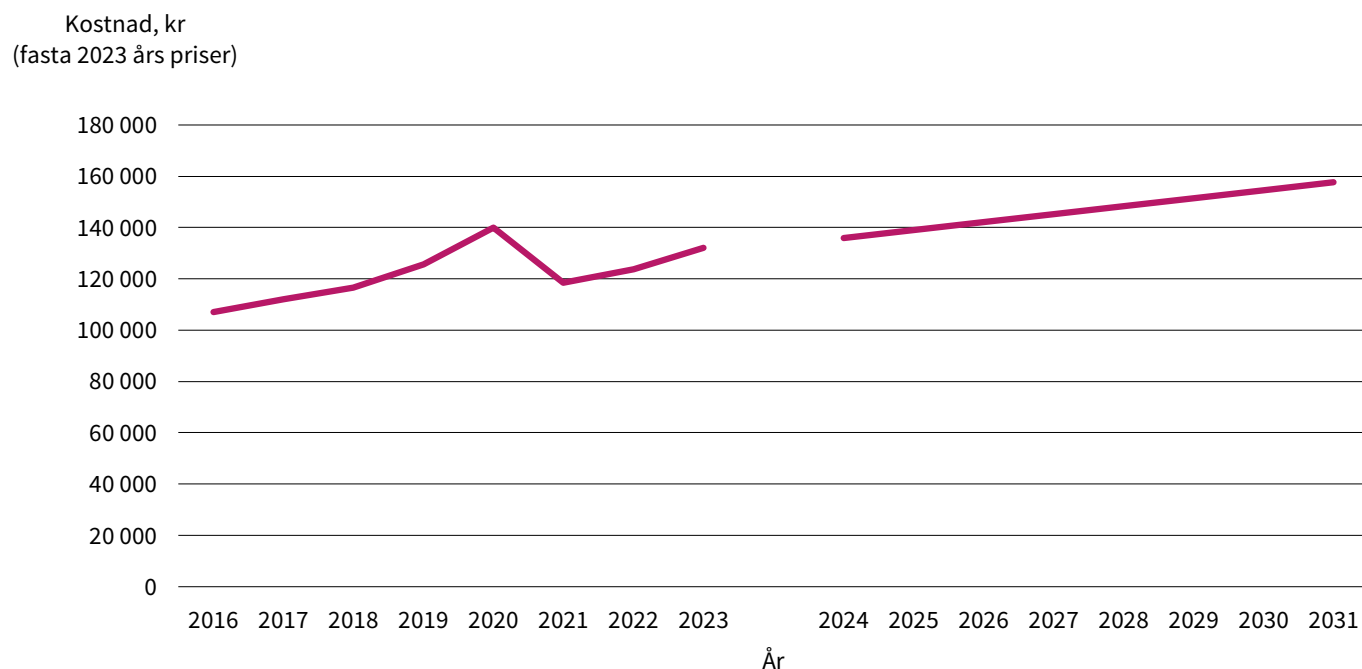
I diagrammet nedan visas den fastprisjusterade genomsnittskostnaden per vårdtillfälle inom den somatiska slutenvården i Uppsala län. År 2016 till 2023 är faktiska värden, år 2024 till 2031 är framskrivna värden.

Kostnaden år 2016 till 2023 är faktiska värden, som fastprisjusterats med prisindex kvalitetsjusterade löner för regioner (LPIK) till 2023 års prisnivå. Den fastprisjusterade kostnaden har sedan skrivits fram linjärt till år 2031, i syfte att skriva fram kostnadsutvecklingen utan inflationens påverkan. En linjär framskrivning innebär ett antagande om att kostnaden per kontakt kommer att öka med ett konstant belopp varje år.

3. Prisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner (LPIK, SKR) har använts som inflationsmått för att justera kostnaderna till fasta priser (2023 års prisnivå).

Diagram 9:

Faktisk och framskriven kostnad per vårdtillfälle i fasta priser, Uppsala län, 2016–2031.



Källa: SKR (KPP-databasen; LPIK). År 2016–2023 är faktiska värden, år 2024–2031 är framskrivna värden.

Kostnaden per vårdtillfälle inom somatisk slutenvård, i 2023 års fasta priser, beräknas öka från 132 133 kronor år 2023, till 157 529 kronor år 2031. Detta motsvarar en ökning om 19,2 %. Varje enskilt vårdtillfälle beräknas alltså, i genomsnitt, kräva 19,2 % mer i ekonomiska resurser. De ekonomiska resurser som krävs för att producera 10 vårdtillfällen idag, kommer endast räcka till att producera 8 vårdtillfällen år 2031.

Genom att värdena har justerats för den allmänna prisökningen så är en möjlig tolkning att den somatiska slutenvården i genomsnitt kommer att behandla patienter med högre vårdtyngd och/eller sjuklighet, och att varje enskilt vårdtillfälle således kommer kräva mer ekonomiska resurser.

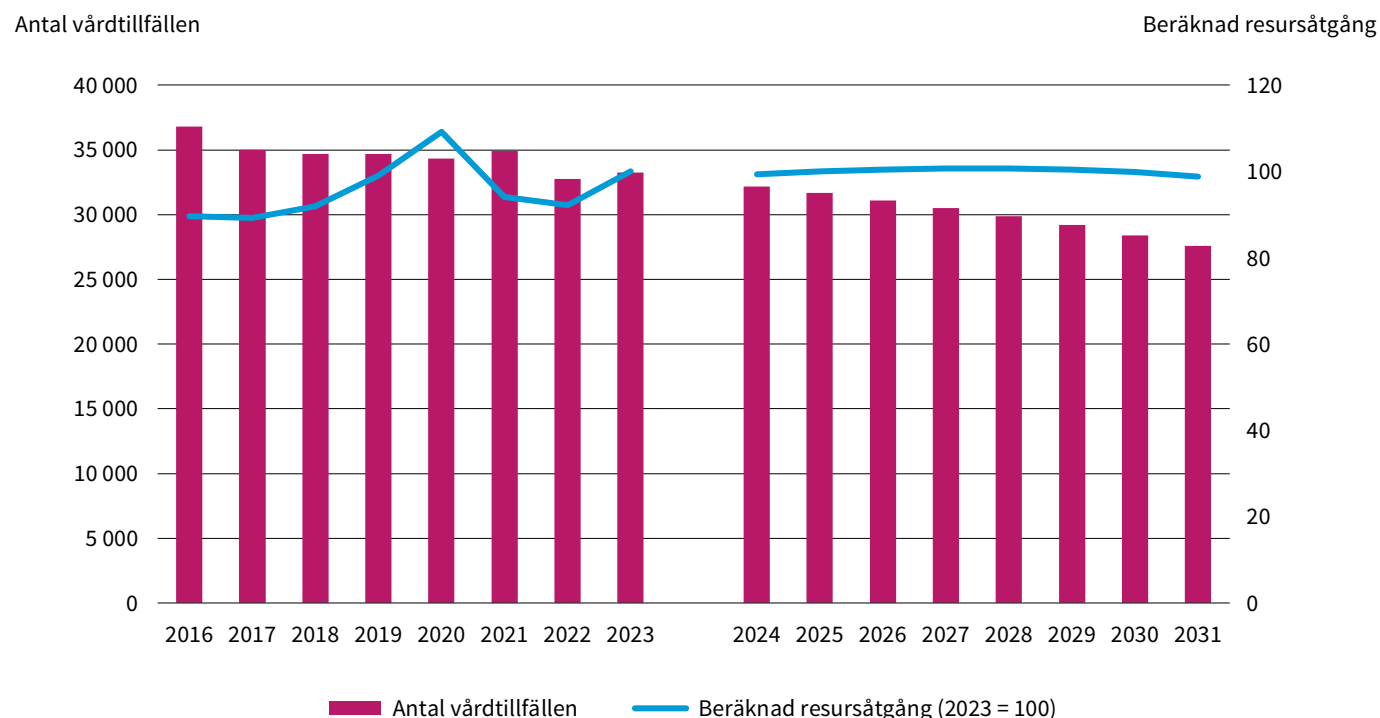
Sammantaget beräknas den ekonomiska resursåtgången för slutenvården minska med 1,2 % till 2031

Diagrammet nedan är ett kombinationsdiagram, som visar det förväntade antalet vårdtillfällen för slutenvården (liljeröda staplar) och den förväntade ekonomiska resursåtgången för slutenvården

(blå linje). Den senare är antalet vårdtillfällen multiplicerat med den fastprisjusterade kostnaden per vårdtillfälle i föregående diagram, som därefter indexerats (år 2023 = 100).

Diagram 10:

Förväntat antal slutenvårdstillfällen och beräknad ekonomisk resursåtgång för slutenvården, Uppsala län, 2016–2031.



Källa: Region Uppsala (Verksamhetsdata), SCB (Folkmängd per region) och SKR (KPP-databasen; LPIK)

Som tidigare konstaterats så beräknas antalet slutenvårdstillfällen minska med 17 % samtidigt som den ekonomiska resursåtgången per vårdtillfälle beräknas öka med 19,2 %. Om dessa två effekter kombineras så blir resultatet den blå

linjen om förväntad resursåtgång, vilket innebär att den ekonomiska resursåtgången beräknas minska med 1,2 % till 2031. Det är av vikt att beakta även beräknad kostnadsutveckling när det kommer till resursfördelning.

Efterfrågad vård – fiktiv produktionsmodell för somatisk specialiserad vård

All vård som efterfrågas konsumeras nödvändigtvis inte. I denna rapport avser efterfrågad vård samtliga vårdkontakter som efterfrågat vård, men som inte konsumerat denna inom vårdgarantin. En fiktiv produktionsmodell har utvecklats för somatisk specialiserad vård, som omfattar konsumerad och efterfrågad vård. Resultatet ska jämföras med vårdkonsumtionsprognoserna i föregående kapitel.

Det som skiljer den fiktiva produktionsmodellen från modellen för vårdkonsumtionsprognoserna, är att inte enbart utförda vårdkontakter omfattas i framskrivningen. Den fiktiva produktionsmodellen tar även hänsyn till uppskjuten vård som har efterfrågats, men inte konsumerats. Denna fiktiva produktion har adderats för år 2021, 2022 och 2023. Modellen är ett försök att estimerar den volym av vård som efterfrågats, och som borde ha utförts för att klara vårdgarantin. Det är utifrån denna volym av vård som den fiktiva konsumtionen per capita beräknas, skrivs fram och multipliceras med befolkningsprognosen fram till år 2031. På samma sätt som i vårdkonsumtionsprognoserna.

För specialiserad somatisk slutenvård och dagsjukvård beräknas den fiktiva konsumtionen utifrån konsumerad vård, samt väntande till operation eller behandling. För de specialiserade somatiska läkarbesöken beräknas den fiktiva konsumtionen utifrån konsumerad vård, samt väntande till operation/behandling, första besök samt återbesök.

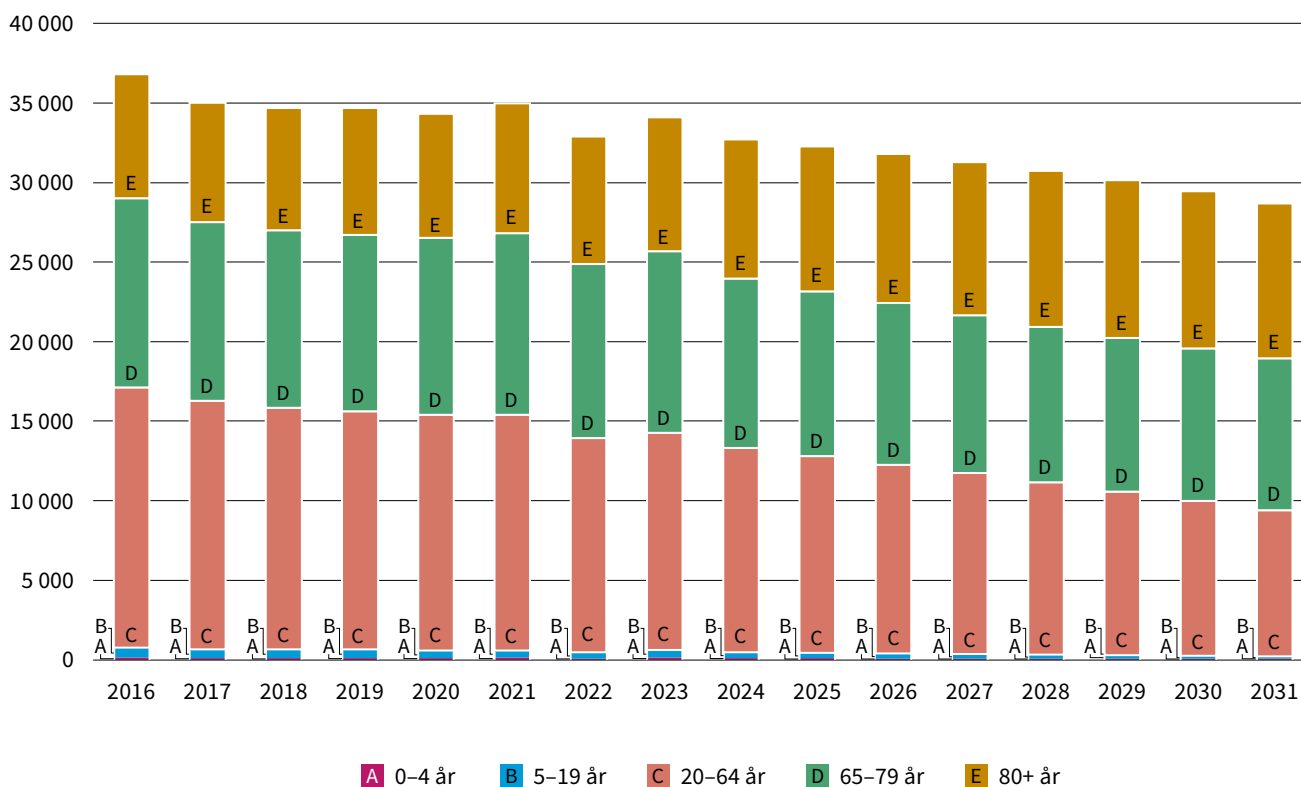
Om all efterfrågad slutenvård hade producerats inom vårdgarantin, blir utfallet 4,1 % högre år 2031

I diagrammet nedan visas den förväntade efterfrågan på specialiserad somatisk slutenvård, omfattande utförda vårdkontakter och väntande till operation/behandling som inte utförts inom vårdgarantin. År 2016 till 2023 är faktiska värden, år 2024 till 2031 är prognostiserade värden.

Diagram 11:

Fiktiv produktionsmodell för specialiserad somatisk slutenvård, inklusive väntande vårdtillfällen (utanför vårdgarantin) till operation/behandling, Uppsala län, år 2016–2031.

Antal vårdtillfällen



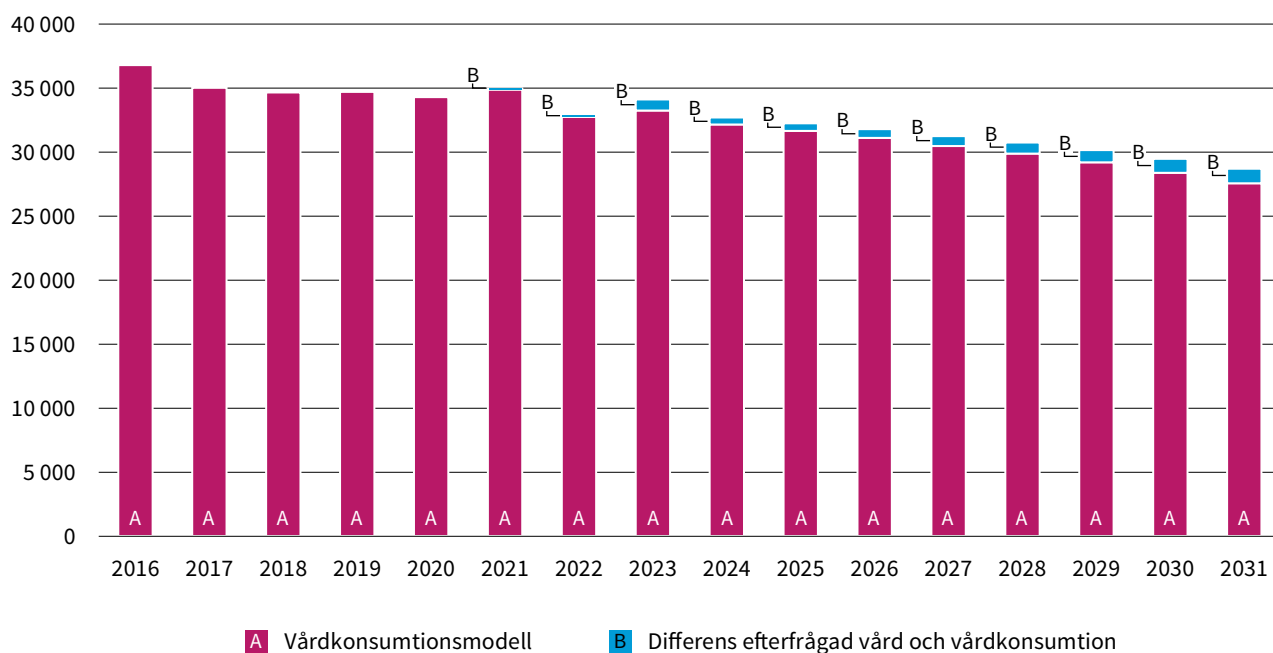
Källa: Region Uppsala (Verksamhetsdata) och SCB (Folkmängd per region).

Efterfrågad somatisk slutenvård beräknas minska från 34 118 vårdtillfällen år 2023 till 28 701 vårdtillfällen år 2031. I tidigare avsnitt (se diagram 6) beräknades vårdkonsumtionen för slutenvården till 27 565 vårdtillfällen år 2031, det motsvarar en differens om 1 136 fler vårdtillfällen mellan den fiktiva produktionsmodellen och vårdkonsumtionsmodellen år 2031. Diagrammet nedan visar denna differens, eller gap, mellan de två modellerna.

Diagram 12:

Jämförelse i utfall mellan fiktiv produktionsmodell och vårdkonsumtionsmodell för specialiserad somatisk slutenvård, Uppsala län, år 2016–2031.

Antal slutenvårdstillfällen



Källa: Region Uppsala (Verksamhetsdata) och SCB (Folkmängd per region).

I diagrammet ovan motsvarar de liljeröda staplarna vårdkonsumtionen enligt diagram 6. De blå delarna av staplarna motsvarar den uppskjutna vården historiskt (år 2021–2023) och differensen mellan de två modellerna för år 2024–2031.

I den fiktiva produktionsmodellen, där hänsyn tagits till de vårdtillfällen som skjutits upp och ej utförts inom vårdgarantin, blir utfallet att ytterligare 1 236 slutenvårdstillfällen konsumeras år 2031, jämfört med vårdkonsumtionsmodellen. Totalt 28 700 vårdtillfällen, i jämförelse med 27 565 enligt den ursprungliga prognosen. Detta innebär en ökning om 4,1 % år 2031 i konsumtion, givet att all efterfrågad vård hade konsumerats inom vårdgarantin och även kommer kunna konsumeras inom vårdgarantins gränser till år 2031.

Om det önskvärda utfallet är att samtlig efterfrågad vård konsumeras inom vårdgarantin,

så innebär detta i ekonomisk resursåtgång i stället en ökad resursåtgång för slutenvården om 3,2 % år 2031 jämfört med år 2023.

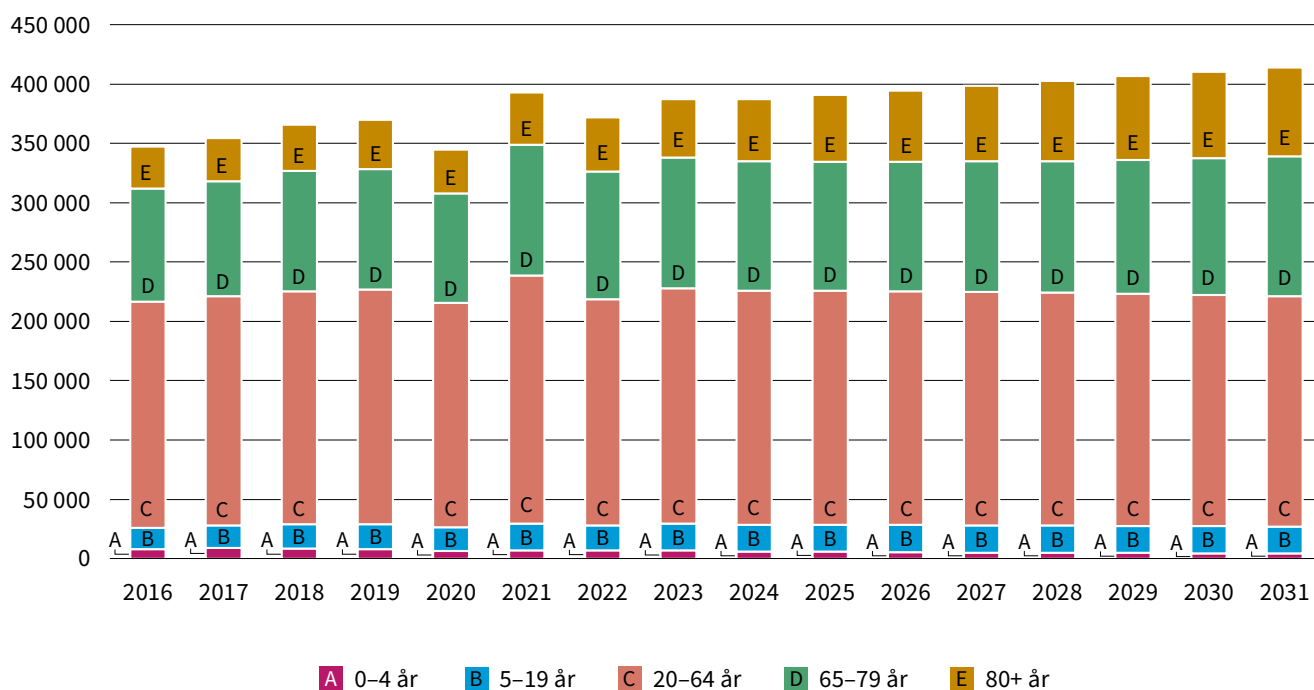
Specialistläkarbesök 5,8 % högre år 2031 med fiktiv produktionsmodell i förhållande till vård- konsumtionsprognos

I diagrammet nedan visas den förväntade efterfrågan på specialiserade läkarbesök, omfattande utförda läkarbesök och väntande till operation/behandling, första besök och återbesök som inte utförts inom vårdgarantin. År 2016 till 2023 är faktiska värden, år 2024 till 2031 är prognostiserade värden.

Diagram 13:

Fiktiv produktionsmodell för specialiserade läkarbesök, inklusive väntande vårdtillfällen (utanför vårdgarantin) till operation/behandling, första besök och återbesök, Region Uppsala.

Antal läkarbesök



Källa: Region Uppsala (Verksamhetsdata) och SCB (Folkmängd per region).

Efterfrågade specialiserade läkarbesök beräknas öka från 387 000 besök år 2023 till 414 000 besök år 2031. Det motsvarar en ökning på 7 % mellan år 2023 och 2031.

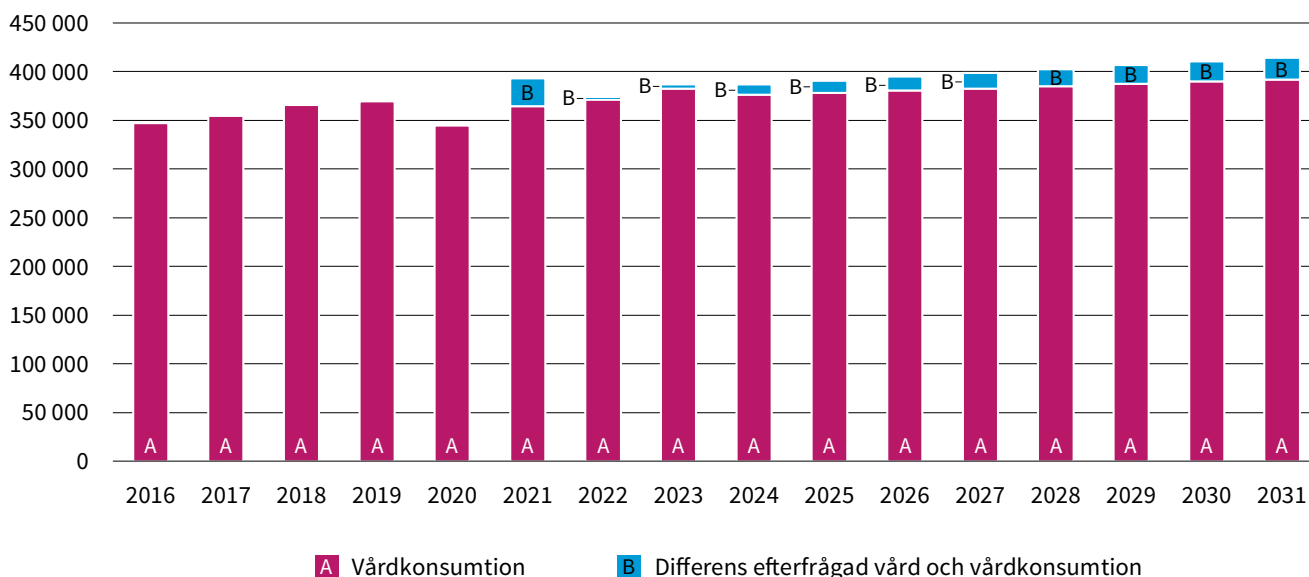
I tidigare avsnitt (se diagram 8) visades vårdkonsumtionsprognosen för specialiserade

läkarbesök, vårdkonsumtionen beräknas till 391 850 besök år 2031, det motsvarar en differens om 22 120 fler läkarbesök mellan den fiktiva produktionsmodellen och vårdkonsumtionsmodellen. Diagrammet nedan visar denna differens, eller gap, mellan de två modellerna.

Diagram 14:

Jämförelse i utfall mellan fiktiv produktionsmodell och vårdkonsumtionsmodell för specialiserade läkarbesök, Uppsala län, år 2016–2031.

Antal läkarbesök



Källa: Region Uppsala (Verksamhetsdata) och SCB (Folkmängd per region).

I diagrammet ovan motsvarar de liljeröda staplarna vårdkonsumtionsprognosen i diagram 6. De blå delarna av staplarna motsvarar den uppskjutna vården historiskt (år 2021–2023) och differensen mellan de två modellerna för år 2023–2031.

I den fiktiva produktionsmodellen, där hänsyn tagits till de vårdtillfällen som skjutits upp och ej utförts inom vårdgarantin, blir utfallet att ytterligare 22 120 läkarbesök efterfrågas 2031 jämfört med vårdkonsumtionsmodellen. Totalt 414 000 läkarbesök, i jämförelse med 392 000 enligt vårdkonsumtionsprognosen. Detta innebär en ökning om 5,8 % år 2031 i konsumtion, givet att all efterfrågad vård även skulle konsumeras inom vårdgarantins gränser år 2031.

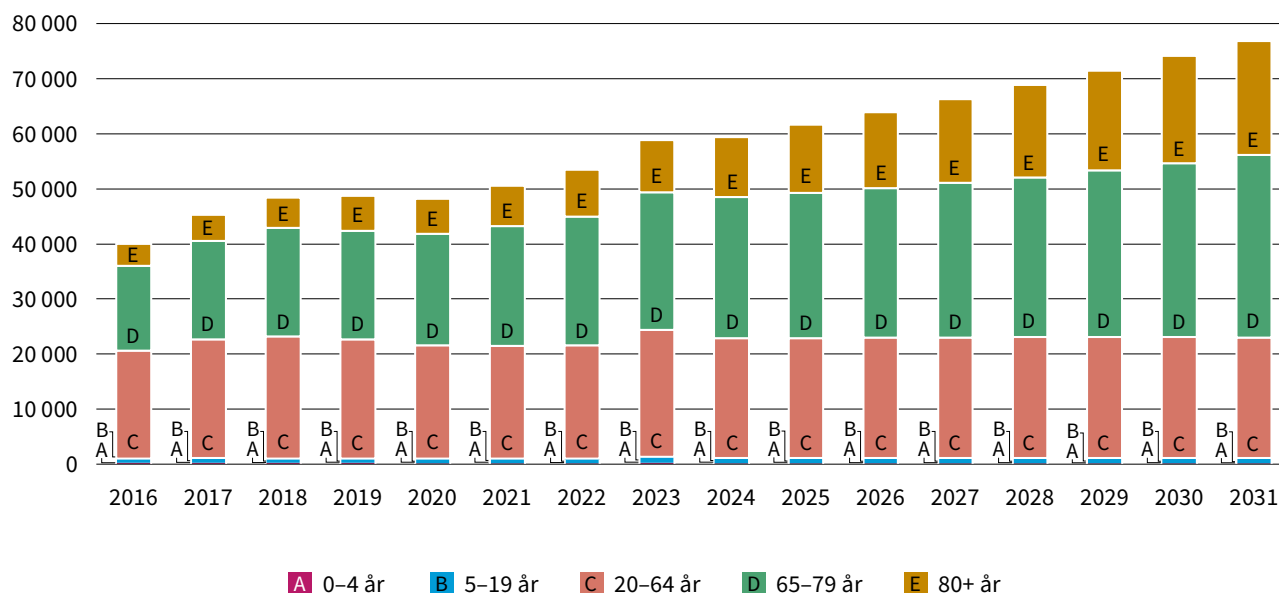
Dagsjukvård 2,7 % högre år 2031 med fiktiv produktionsmodell i förhållande till vård- konsumtionsprognos

I diagrammet nedan visas den förväntade efterfrågan på specialiserad dagsjukvård, omfattande utförda vårdkontakter och väntande till operation/behandling som inte utförts inom vårdgarantin. År 2016 till 2023 är faktiska värden, år 2024 till 2031 är prognostiserade värden.

Diagram 15:

Fiktiv produktionsmodell för dagsjukvård, inklusive väntande vårdtillfällen (utanför vårdgarantin) till operation/behandling, första besök och återbesök, Region Uppsala.

Antal dagvårdstillfällen



Källa: Region Uppsala (Verksamhetsdata) och SCB (Folkmängd per region).

Efterfrågan på dagsjukvård beräknas öka från 58 900 besök år 2023 till 76 860 besök år 2031. Det motsvarar en ökning på 31% mellan år 2023 och 2031.

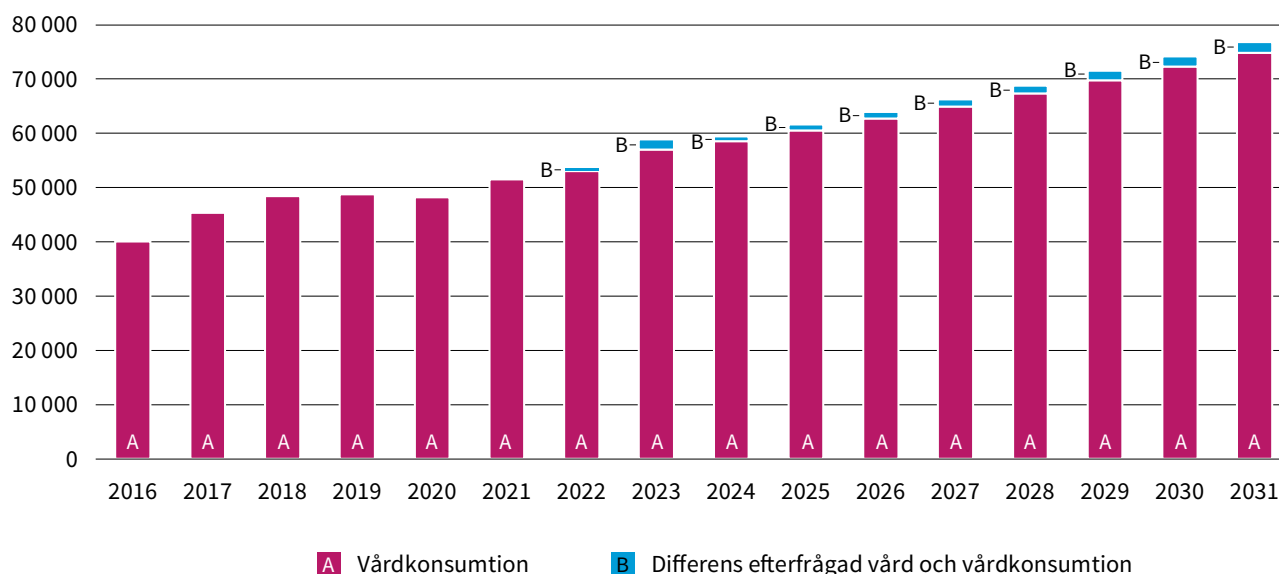
I tidigare avsnitt (se diagram 7) visades vårdkonsumtionsprognosen för dagsjukvård,

vårdkonsumtionen beräknas till 74 805 besök år 2031, det motsvarar en differens om 2 055 fler läkarbesök mellan den fiktiva produktionsmodellen och vårdkonsumtionsmodellen. Diagrammet nedan visar denna differens, eller gap, mellan de två modellerna.

Diagram 16:

Jämförelse i utfall mellan fiktiv produktionsmodell och vårdkonsumtionsmodell för dagsjukvård, Uppsala län, år 2016–2031.

Antal dagvårdstillfällen



Källa: Region Uppsala (Verksamhetsdata) och SCB (Folkmängd per region).

I diagrammet ovan motsvarar de liljeröda staplarna diagram 7. De blå delarna av staplarna motsvarar den uppskjutna vården historiskt (år 2021–2023) och differensen mellan de två modellerna för år 2023–2031.

I den fiktiva produktionsmodellen, där hänsyn tagits till de vårdtillfällen som skjutits upp och

ej utförts inom vårdgarantin, blir utfallet att ytterligare 2 055 dagsjukvårdsbesök efterfrågas 2031 jämfört med vårdkonsumtionsmodellen. Totalt 76 860 dagsjukvårdsbesök i jämförelse med 75 805 enligt vårdkonsumtionsprognosen. Detta innebär en ökning om 2,7 % år 2031 i konsumtion, givet att all efterfrågad vård även skulle konsumeras inom vårdgarantins gränser år 2031.

Såld utomlänsvård

Såld utomlänsvård är den vård som Region Uppsala producerar för invånare som inte är bosatta i Uppsala län. Region Uppsala har ett avtalat uppdrag inom Sjukvårdsregion Mellansverige, att utföra högspecialiserad sjukvård till patienter från övriga regioner. Akademiska sjukhuset bedriver dessutom nationell högspecialiserad vård (NHV) inom flera områden. För närvarande har Akademiska sjukhuset tilldelats 17 olika tillstånd för NHV. NHV är offentligt finansierad vård som rör sällan förekommande och komplexa medicinska tillstånd och behandlingar.

Omfattning och ersättning för den sålda utomlänsvården regleras och påverkas i olika avtal och kan inte prognostiseras på samma sätt som C-länsvården. I avsnittet nedan följer en redogörelse för de volymer av utomlänsvård som produceras i Uppsala län, samt en uppskattning av framtida volymer. Dessa volymer omfattar samtlig såld utomlänsvård.

Utomlänsvården utgjorde år 2023, 21,4 % av all slutenvårdsproduktion i Uppsala län. Den utgjorde

också 10,2 % av dagvårdsproduktionen och 9,7 % av alla specialistläkarbesök. Vidare utgjorde utomlänsvården 1,7 % av läkarbesök och övriga besök i primärvård. Både utförare i egen och privat regi⁴ omfattas. Efterfrågan på såld utomlänsvård är högre än produktionen, september år 2024 uppgick antalet väntande remisser till 24 585.

De framtida volymerna har beräknats utifrån hur stor andel den sålda utomlänsvården i genomsnitt⁵, har utgjorts av den totala produktionen. Det betyder att prognoserna för C-länsvården utgör basen för hur den sålda utomlänsvården utvecklas. Indelningen följer samma logik som i vårdkonsumtionsprognoserna, det vill säga slutenvård, dagsjukvård och läkarbesök till specialiserad vård. Då detta är en ny metod som ännu inte har kunnat utvärderas, bör resultaten tolkas med försiktighet.

I diagrammet nedan presenteras hur stor andel den sålda utomlänsvården, i genomsnitt, utgör av den totala produktionen.

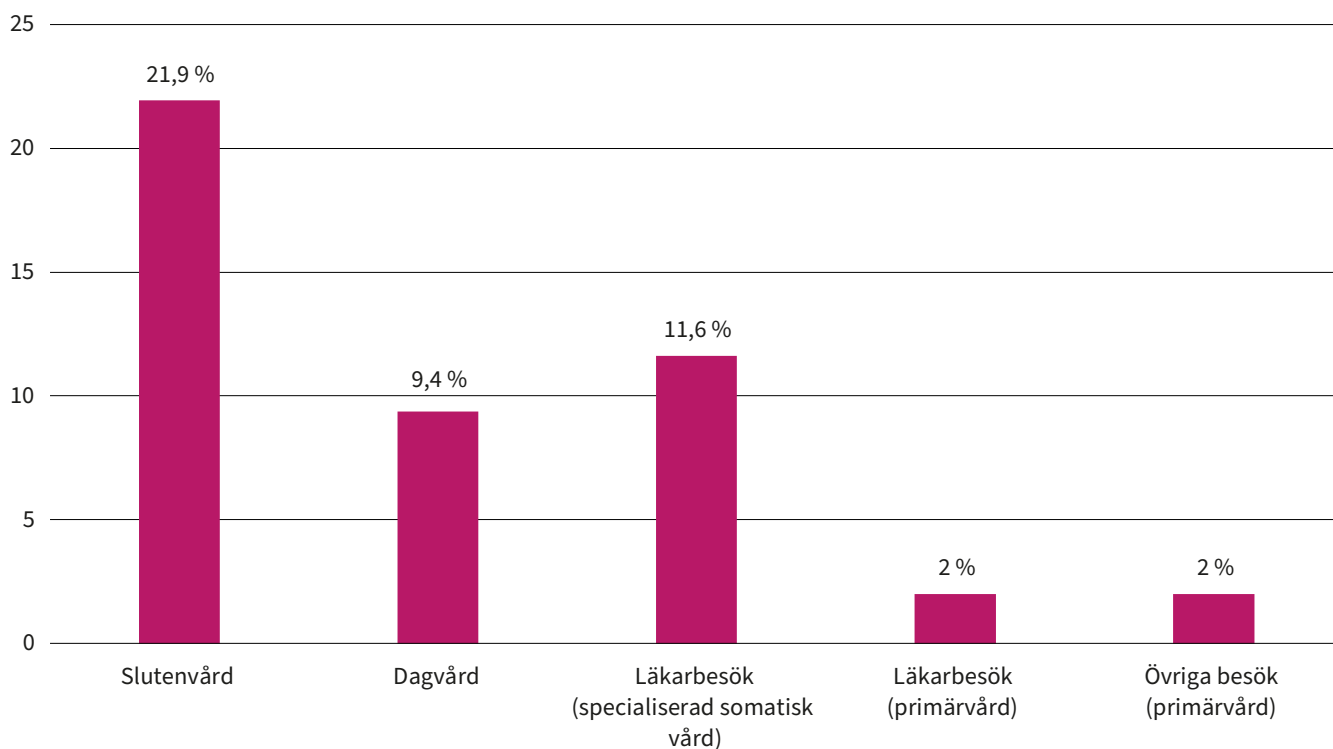
4. Endast vårdgivare som registrerar sina kontakter i systemet Cosmic omfattas.

5. Under år 2016–2023.

Diagram 17:

Utomlänsvårdens andel av total produktion av vårdtillfällen/kontakter per vårdtyp, genomsnitt för år 2016–2023.

Procent (%)



Källa: Region Uppsala (Verksamhetsdata).

Av den totala produktionen i länet utgör utomlänsvård i genomsnitt 21,9 % av slutenvårdsproduktionen, 9,4 % av den dagvårdsproduktionen, och 11,6 % av läkarbesök inom

specialiserad somatisk vård. Av den totala primärvårdsproduktionen utgör 2 % av alla läkarbesök och 2 % av alla övriga besök utomlänsvård.

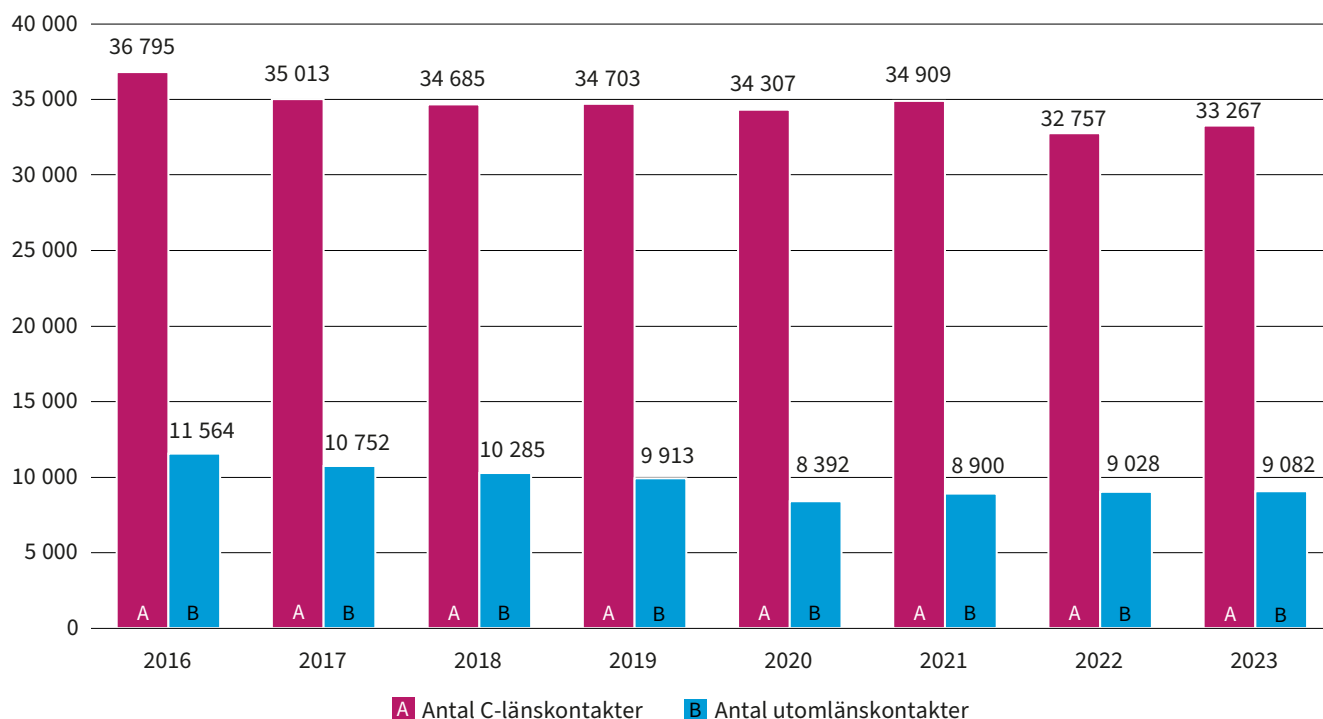
Antal slutenvårdskontakter beräknas minska med 15 %

Nedan visas antalet producerade slutenvårdstillfällen i Uppsala län, uppdelat på C-länskontakter och utomlänskontakter.

Diagram 18:

Antal slutenvårdstillfällen inom specialiserad somatisk vård uppdelat på C-länskontakter och utomlänskontakter, Uppsala län, år 2016–2023.

Antal vårdtillfällen



Källa: Region Uppsala (Verksamhetsdata).

Antalet slutenvårdstillfällen för utomlänskontakter har minskat under år 2016 till 2023, från 11 564 vårdtillfällen år 2016 till 9 082 vårdtillfällen år 2023. Andelen utomlänsvård, av den totala produktionen slutenvård, har också minskat från att utgöra 23,9 % till 21,4 %. I genomsnitt

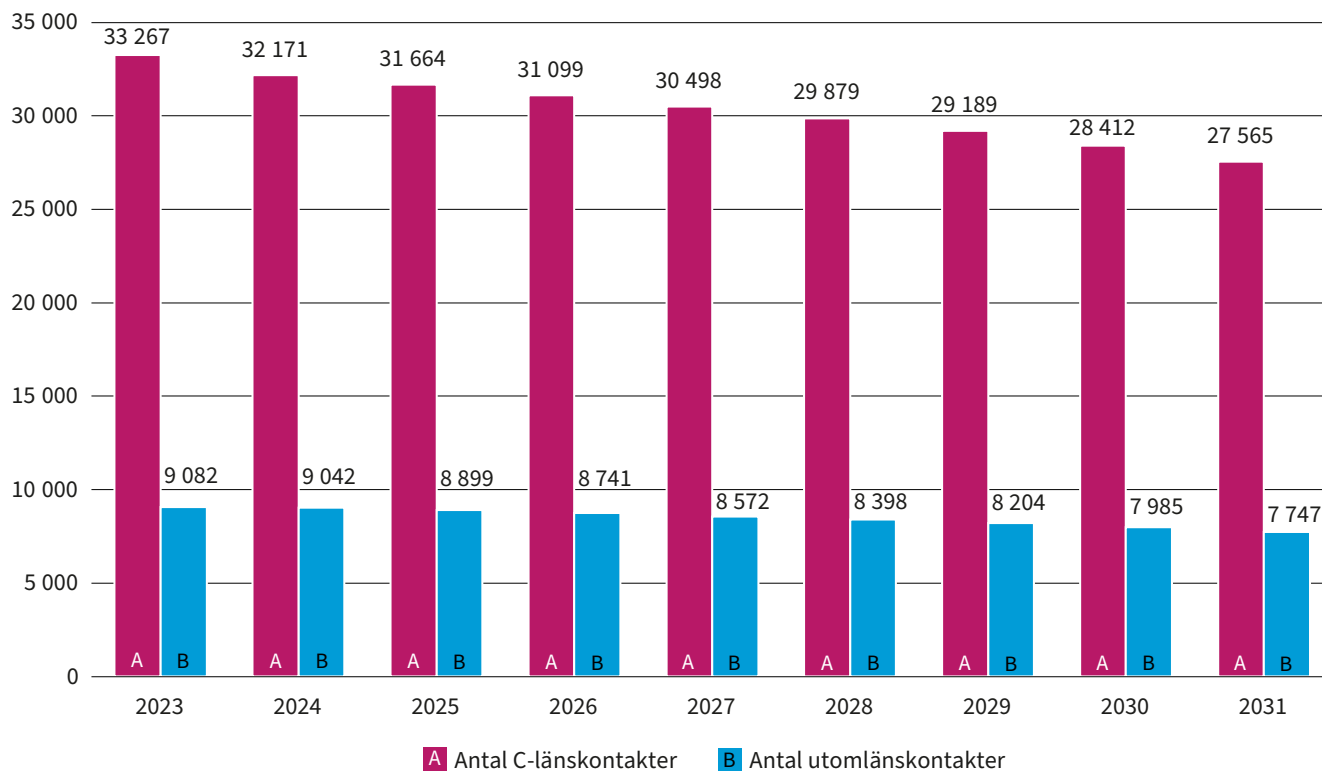
har utomlänsvården utgjort 21,9 % av den totala produktionen av slutenvård. Om utomlänsvården skulle utgöra 21,9 % av beräknad slutenvårdsproduktion under kommande år skulle den totala slutenvårdsproduktionen se ut enligt följande:

Diagram 19:

Beräknad produktion av slutenvård inom specialiserad somatisk vård uppdelat på C-länskontakter och utomlänskontakter, Uppsala län.

År 2023 är faktiskt utfall, och år 2024–2031 är beräknade värden.

Antal vårdtillfällen



Källa: Region Uppsala (Verksamhetsdata).

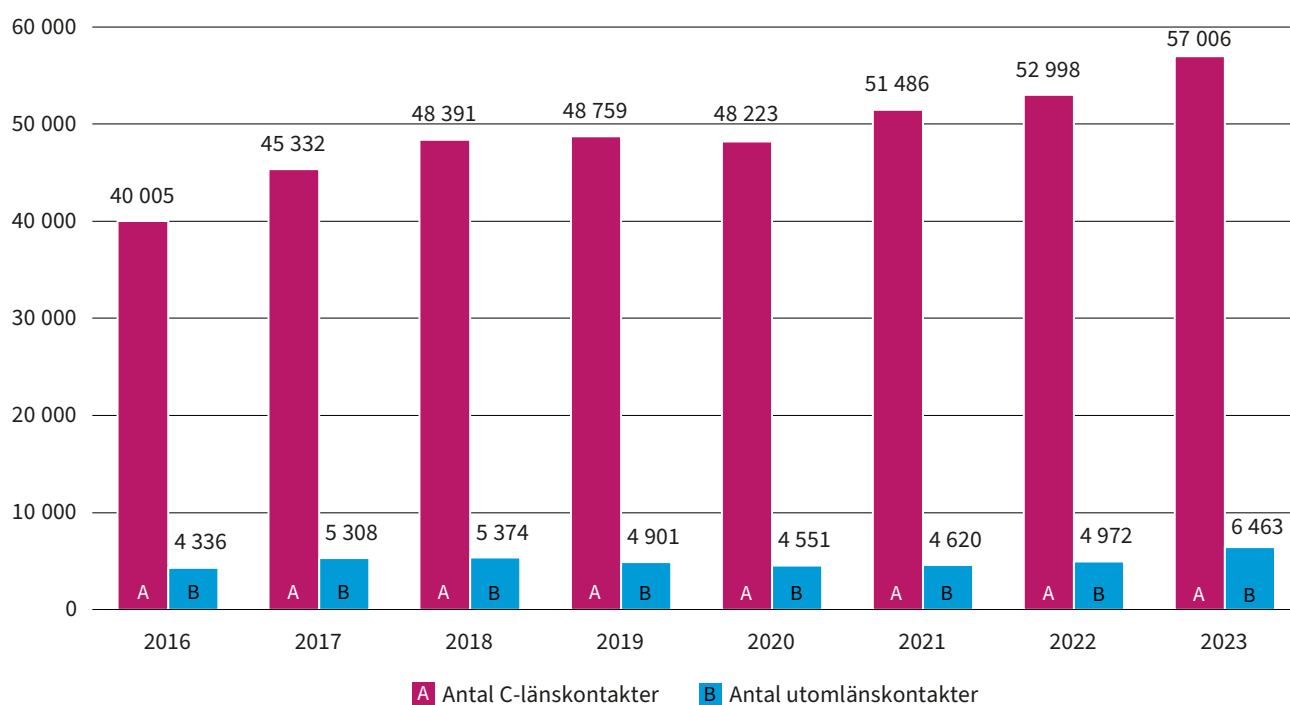
Antalet slutenvårdstillfällen för utomlänskontakter beräknas minska med 15 % mellan år 2023 och 2031. År 2023 producerades 9 082 slutenvårdskontakter för individer bosatta utanför Uppsala län, år 2031 beräknas 7 747 vårdtillfällen produceras för samma grupp.

Antal dagvårdskontakter beräknas öka med 20 %

Diagram 20:

Antal dagsjukvårdskontakter inom specialiserad somatisk vård uppdelat på C-länskontakter och utomlänskontakter, Uppsala län, år 2016–2023.

Antal dagvårdskontakter



Källa: Region Uppsala (Verksamhetsdata).

Antalet dagvårdskontakter för sålda utomlänskontakter har ökat under år 2016 till 2023, från 4 336 kontakter år 2016 till 6 463 kontakter år 2023. Andelen såld utomlänsvård, av den totala produktionen dagsjukvård, har också ökat från att utgöra 9,8 % till 10,2 % år 2023.

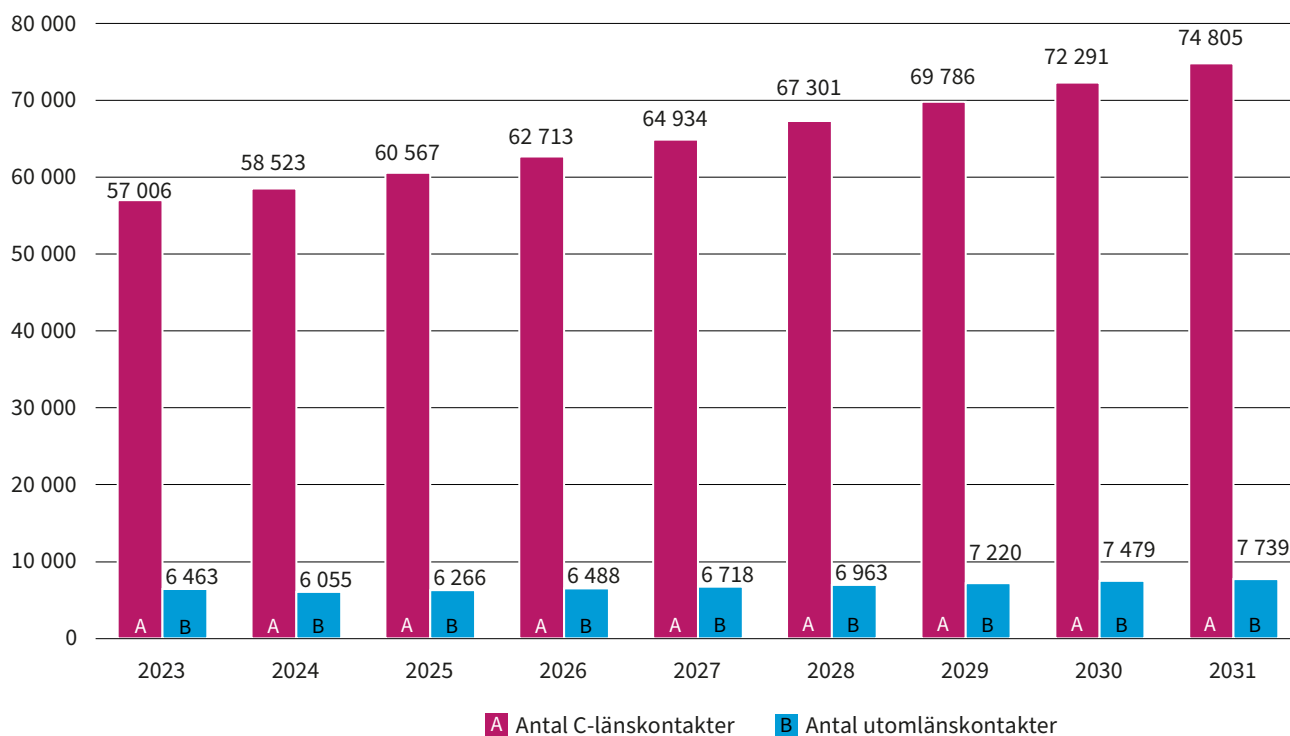
I genomsnitt har utomlänsvården utgjort 9,4 % av den totala produktionen av dagvård. Om utomlänsvården skulle utgöra 9,4 % av beräknad dagvårdsproduktion under kommande år skulle den totala dagvårdsproduktionen se ut enligt följande:

Diagram 21:

Beräknad produktion av dagsjukvård inom specialiserad somatisk vård uppdelat på C-länskontakter och utomlänskontakter, Uppsala län.

År 2023 är faktiskt utfall, och år 2024–2031 är beräknade värden.

Antal dagvårdskontakter



Källa: Region Uppsala (Verksamhetsdata).

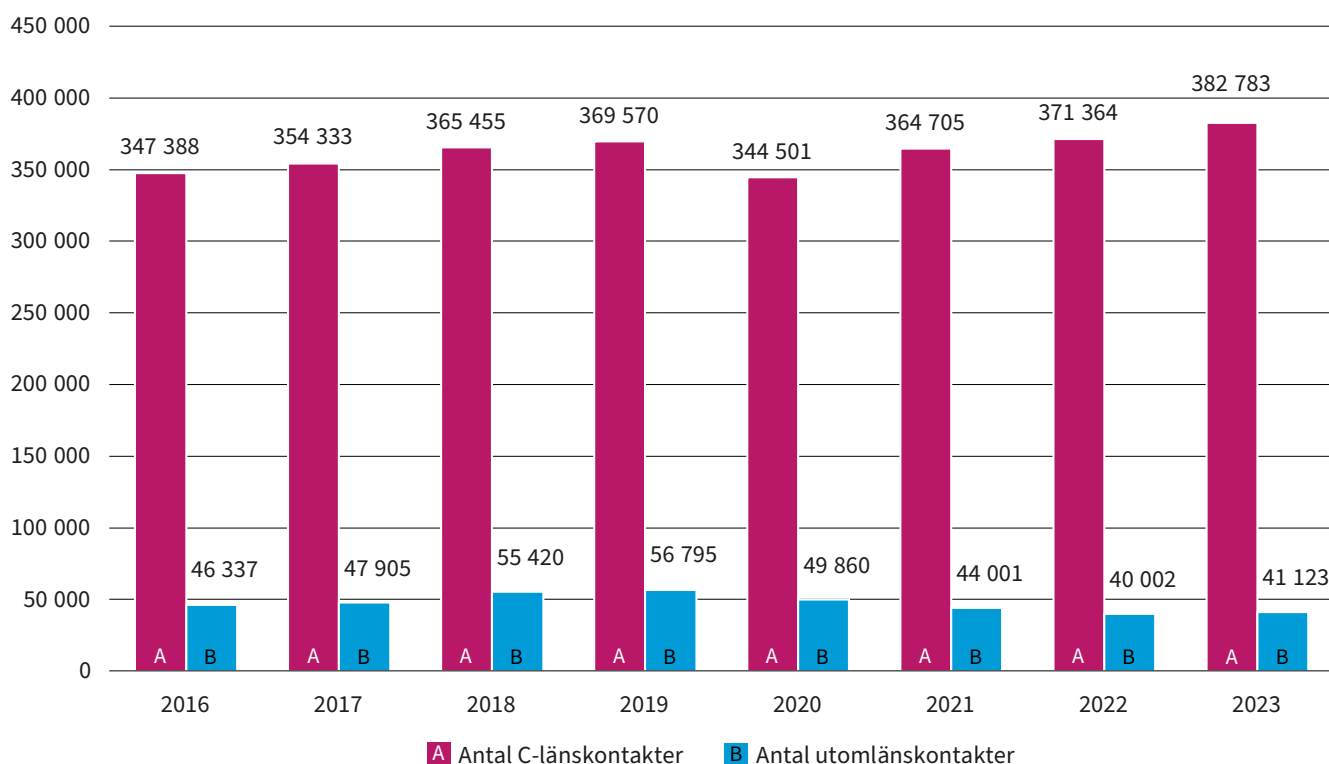
Antalet dagvårdstillfällen för utomlänskontakter beräknas öka med 20 % mellan år 2023 och 2031. År 2023 producerades 6 463 dagvårdskontakter för individer bosatta utanför Uppsala län, år 2031 beräknas 7 739 dagvårdskontakter produceras för samma grupp.

Antal läkarbesök inom specialiserad somatisk vård beräknas öka med 25 %

Diagram 22:

Antal läkarbesök inom specialiserad somatisk vård uppdelat på C-länskontakter och utomlänskontakter, Uppsala län, år 2016–2023.

Antal läkarbesök



Källa: Region Uppsala (Verksamhetsdata).

Antalet läkarbesök inom specialiserad somatisk vård för utomlänskontakter har minskat i antal under år 2016 till 2023, från 46 337 kontakter år 2016 till 41 123 kontakter år 2023. Andelen utomlänsvård, av den totala produktionen specialistläkarbesök, har också minskat från att utgöra 11,8 % till 9,7 % år 2023.

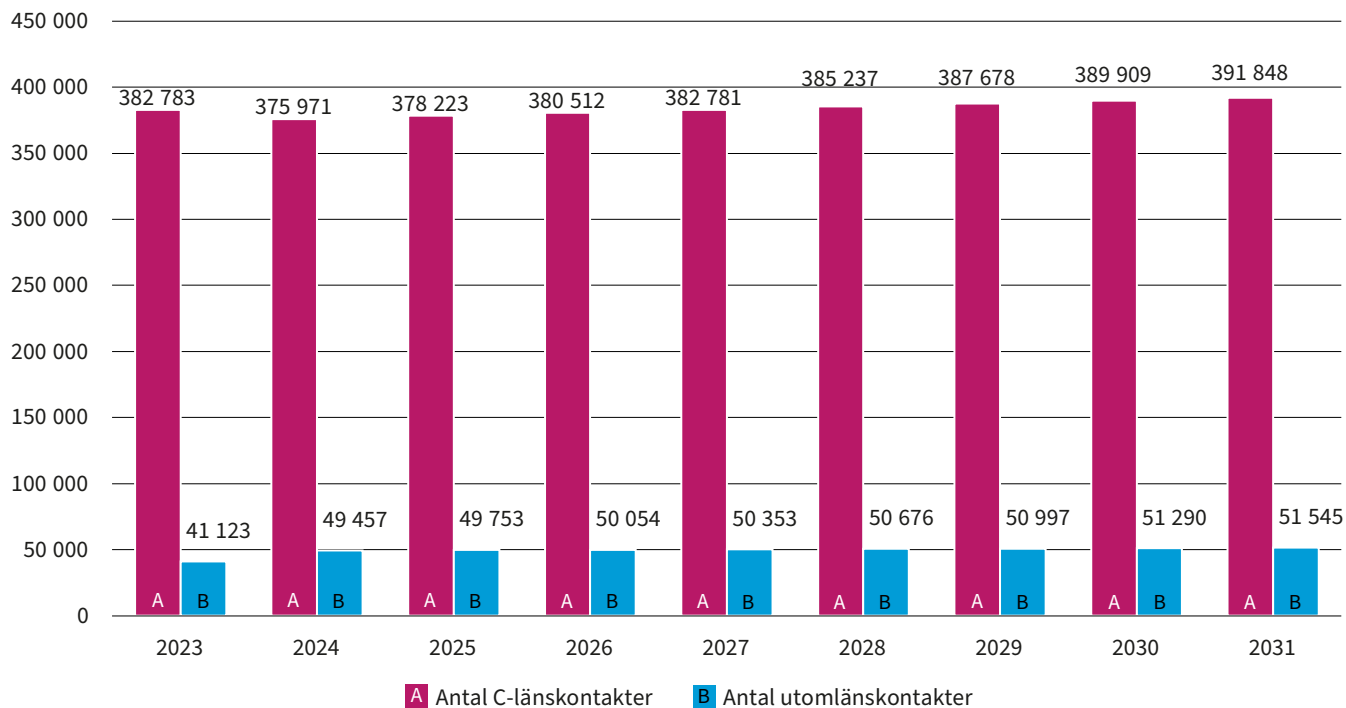
I genomsnitt har utomlänsvården utgjort 11,6 % av den totala produktionen av specialistläkarbesök. Om utomlänsvården skulle utgöra 11,6 % av beräknad produktion av specialistläkarbesök under kommande år skulle den totala produktionen se ut enligt följande:

Diagram 23:

Beräknad produktion av läkarbesök inom specialiserad somatisk vård uppdelat på C-länskontakter och utomlänskontakter, Uppsala län.

År 2023 är faktiskt utfall, och år 2024–2031 är beräknade värden.

Antal läkarbesök



Källa: Region Uppsala (Verksamhetsdata).

Antalet läkarbesök inom specialiserad somatisk vård för utomlänskontakter beräknas öka med 25 % mellan år 2023 och 2031. År 2023 producerades 41 123 läkarbesök för individer bosatta utanför Uppsala län, år 2031 beräknas 51 545 läkarbesök produceras för samma grupp.

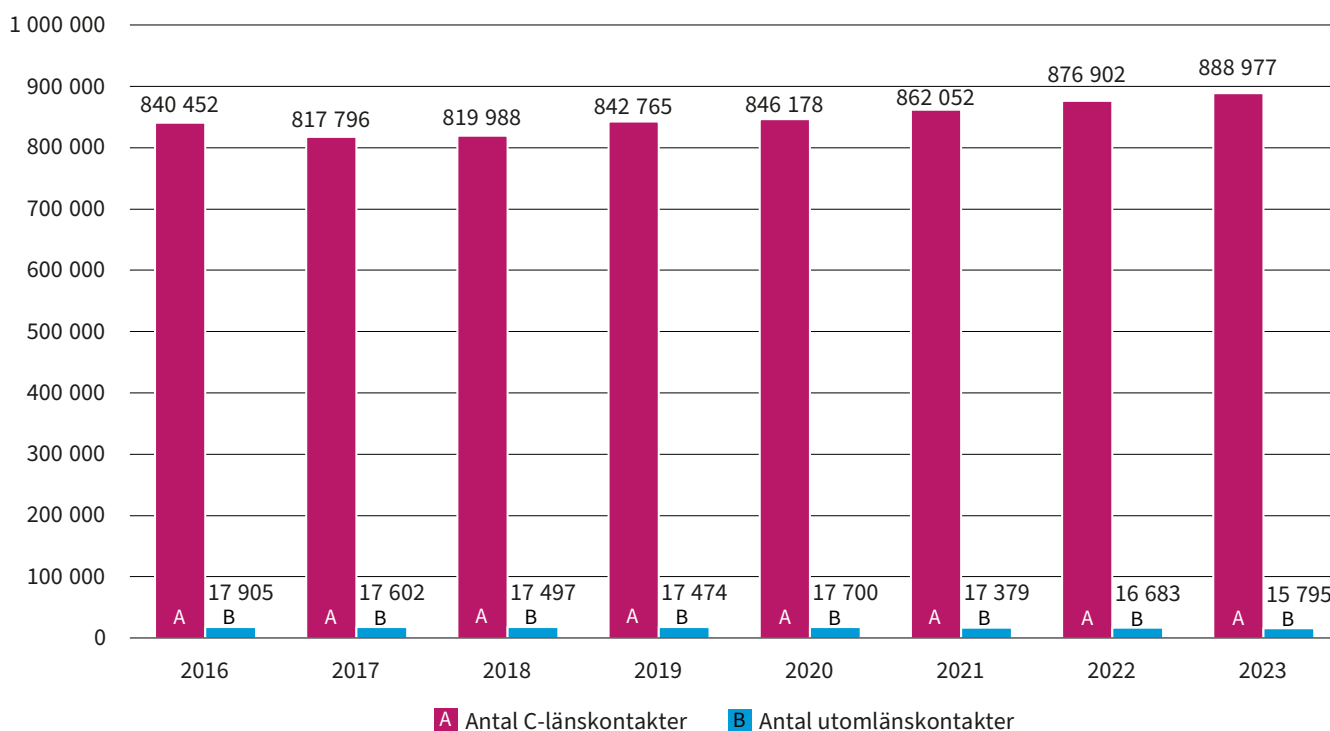
Antal läkarbesök inom primärvård beräknas öka med 20 %

Antalet läkarbesök inom primärvård för utomlänskontakter har minskat i antal under år 2016 till 2023, från 17 905 kontakter år 2016 till 15 795 kontakter år 2023. Andelen såld utomlänsvård, av den totala produktionen av primärvårdsläkarbesök, har också minskat från att utgöra 2,2 % till 1,7 % år 2023.

Diagram 24:

Antal läkarbesök inom primärvård uppdelat på C-länskontakter och utomlänskontakter, Uppsala län, år 2016–2023.

Antal läkarbesök



Källa: Region Uppsala (Verksamhetsdata).

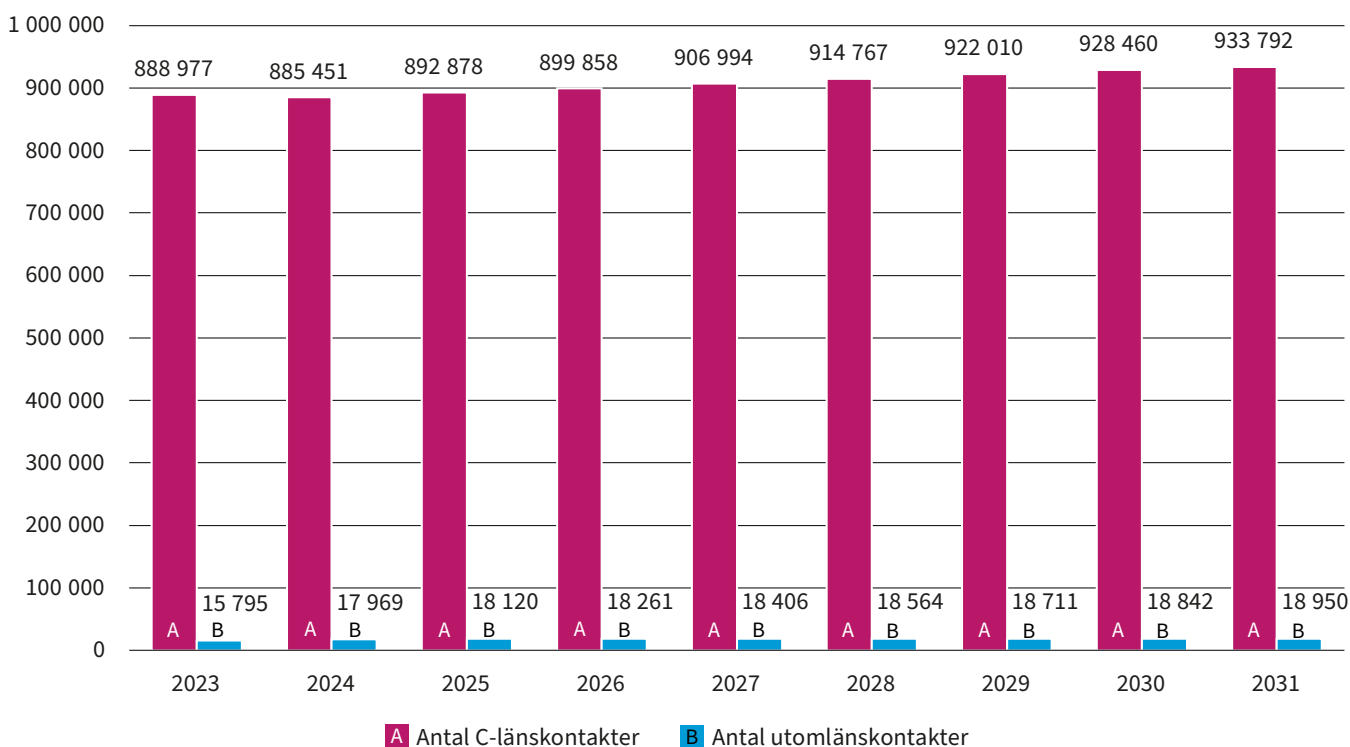
I genomsnitt har utomlännsproduktionen utgjort 2,0 % av den totala produktionen av primärvårdsläkarbesök.

Om utomlänsvården skulle utgöra 2,0 % av beräknad produktion av primärvårdsläkarbesök under kommande år skulle den totala produktionen se ut enligt följande:

Diagram 25:

Beräknad produktion av läkarbesök inom primärvård uppdelat på C-länskontakter och utomlänskontakter, Uppsala län. År 2023 är faktiskt utfall, och år 2024–2031 är beräknade värden.

Antal läkarbesök



Källa: Region Uppsala (Verksamhetsdata).

Antalet läkarbesök inom primärvård för utomlänskontakter beräknas öka med 20 % mellan år 2023 och 2031. År 2023 producerades 15 795 läkarbesök för individer bosatta utanför Uppsala län, år 2031 beräknas 18 950 läkarbesök produceras för samma grupp.

Antal övriga besök inom primärvård beräknas öka med 38 %

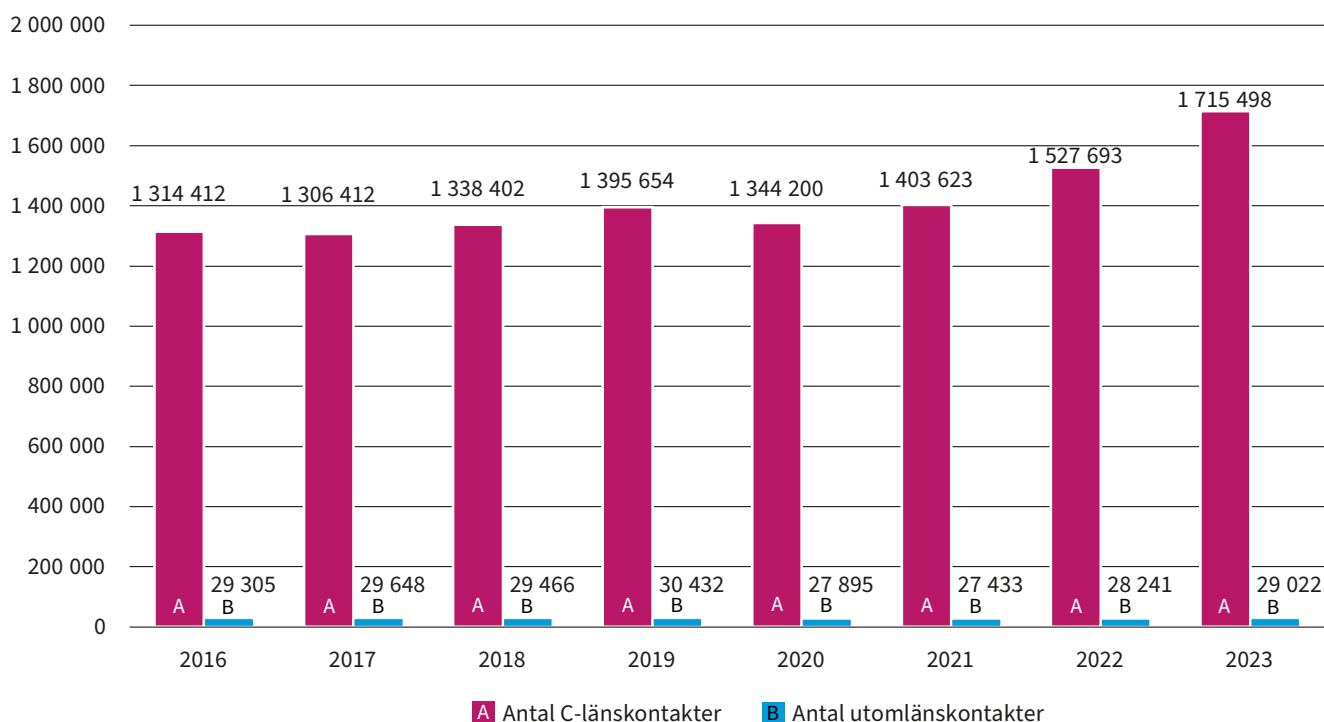
Antalet övriga besök inom primärvård för utomlänskontakter har minskat marginellt i antal under år 2016 till 2023, från 29 305 kontakter år 2016 till 29 022

kontakter år 2023. Andelen utomlänsvård, av den totala produktionen av övriga besök i primärvård, har också minskat från att utgöra 2,2 % till 1,7 % år 2023.

Diagram 26:

Antal övriga besök inom primärvård uppdelat på C-länskontakter och utomlänskontakter, Uppsala län, år 2016–2023.

Antal övriga besök



Källa: Region Uppsala (Verksamhetsdata).

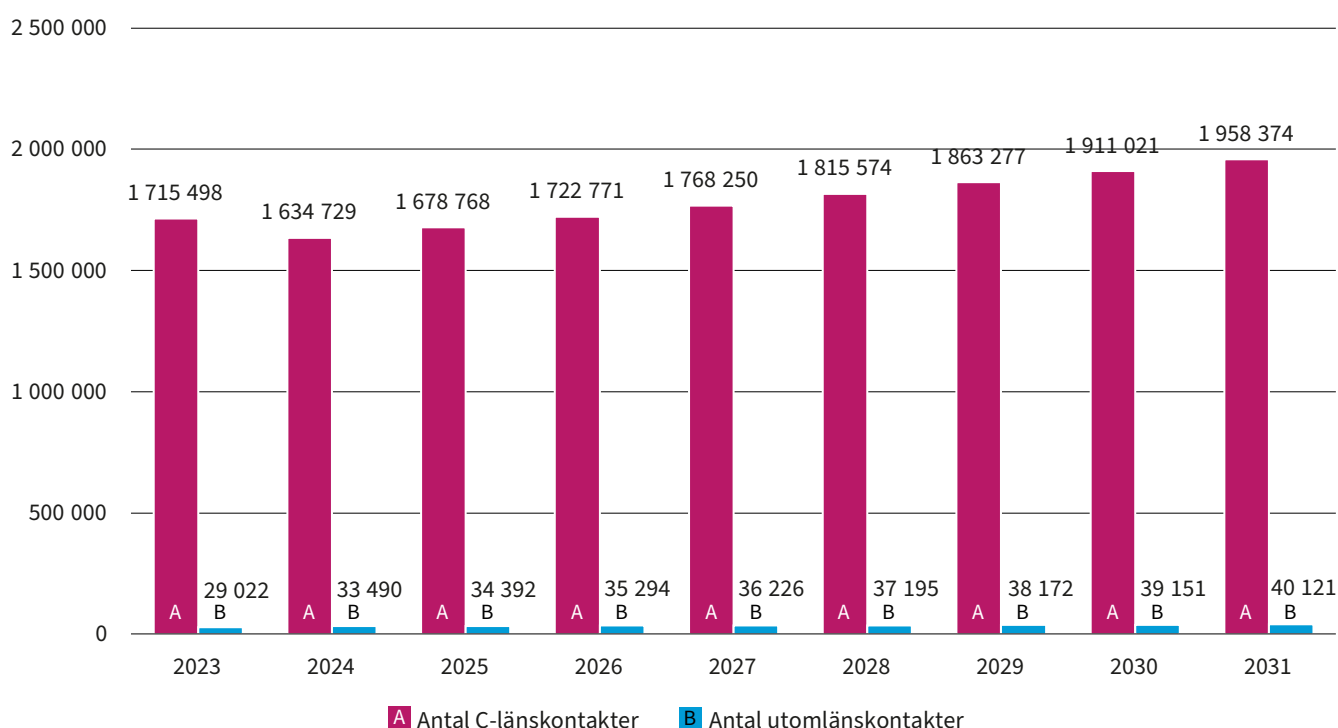
I genomsnitt har utomlansproduktionen utgjort 2,0 % av den totala produktionen av övriga besök i primärvård. Om utomlansvården skulle utgöra

2,0 % av beräknad produktion av övriga besök i primärvård under kommande år skulle den totala produktionen se ut enligt följande:

Diagram 27:

Beräknad produktion av övriga besök inom primärvård uppdelat på C-länskontakter och utomlänskontakter, Uppsala län. År 2023 är faktiskt utfall, och år 2024–2031 är beräknade värden.

Antal övriga besök



Källa: Region Uppsala (Verksamhetsdata).

Antalet övriga besök inom primärvård för utomlänskontakter beräknas öka med 38 % mellan år 2023 och 2031. År 2023 producerades

29 022 övriga besök för individer bosatta utanför Uppsala län, år 2031 beräknas 40 121 läkarbesök produceras för samma grupp.

Nationell högspecialiserad vård

En del av utomlänsvården är den så kallade nationella högspecialiserade vården (NHV). Ett första försök är gjort att ta fram volymen av nationell högspecialiserad vård som görs i Region Uppsala.

Tabellen nedan visar antal utförda fakturerade vårdkontakter som rör nationell högspecialiserad vård. År 2024 innehåller fakturerade vårdkontakter till och med september månad.

Tabell 2:

Antal producerade vårdkontakter inom nationell högspecialiserad vård år 2022 till september 2024.

	2022	2023	2024
	Antal kontakter	Antal kontakter	Antal kontakter
Total	1 549	3 654	5 974
C-län	646	1 450	2 457
Slutenvård	61	162	154
Öppenvård	585	1 288	2 393
Riks- och region	903	2 204	3 517
Slutenvård	251	578	526
Öppenvård	652	1 626	2 991

Källa: Region Uppsala (Verksamhetsdata)

År 2023 utgjorde den sålda NHV-vården 1,7 % av den totala slutenvårdsproduktionen i Uppsala län. Den sålda NHV-vården har nästintill fyrdubblats mellan åren 2022 och september 2024.

Vårdbehovet ökar i Uppsala län

Vårdbehov är ett komplext område att kvantifiera och det råder brist på modeller för att kvantifiera framtida vårdbehov på en aggregerad nivå. I detta avsnitt presenteras ett försök till att beräkna hur vårdbehovet förändras till år 2030 och 2040. Vårdbehovet i denna analys beror på två faktorer, dels hur förekomst av diagnostiserad sjukdom och hälsotillstånd utvecklas, dels den demografiska utvecklingen. Det betyder att om det finns en under- eller överdiagnostisering i befolkningen så får det genomslag på uppskattningen framåt. Metoden är således under utveckling och resultatet bör därför tolkas med försiktighet.

Verksamhetsdata⁶ (Region Uppsala) för år 2017–2024 har använts för att beräkna förekomsten (prevalens) per sjukdoms- och hälsotillstånd i befolkningen. Separata beräkningar har gjorts för åldersgrupperna 0–4 år; 5–19 år; 20–64 år; 65–79 år och 80+ år. Samtliga värden som understiger 5 individer har undertryckts.

Beräkningen omfattar 17 olika tillstånd: astma, bensår, cancer, demens, depression, diabetes typ 1, diabetes typ 2, fallskada, fetma, förmaksflimmer, hjärtinfarkt, hjärtsvikt, hypertoni, KOL, stroke/TIA, trycksår och ångest. Sjukdomsklassifikationssystemet ICD-10 har använts för att gruppera⁷ diagnoskoder till de olika sjukdomsgrupperna.

Antagandet är att dessa stora tillstånd tillsammans indikerar det större och mer komplexa, vårdbehovet. Därmed är även förhoppningen att

denna grupp av tillstånd ska kunna visa storleken på hur framtidens vårdbehov i Uppsala län kommer att utvecklas.

Flertalet av de utvalda sjukdomstillstånden som omfattas, är så kallade kroniska sjukdomstillstånd. Kostnader för kroniska sjukdomar utgör en stor andel av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården. Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018:3) står personer med kronisk sjukdom för 80–85 % av hälso- och sjukvårdskostnaderna.

Utvecklingen av prevalensen (år 2017–2024) har skrivits fram till år 2030 och 2040. I samtliga fall har linjära trendframskrivningar tillämpats, men för vissa kombinationer⁸ av åldersgrupp och tillstånd har raka framskrivningar av prevalensen i stället gjorts. Därefter har prevalensen multiplicerats med SCB:s befolkningsprognos.

Vårdbehovet beräknas öka med 19 % till 2030, och med 46 % till 2040

I diagrammet nedan visas den totala procentuella förändringen av de 17 olika tillstånden tillsammans, mellan år 2024 och 2030/2040. Det indikerar hur mycket vårdbehovet beräknas öka på kort och lång sikt, med hänsyn till förändrad förekomst i befolkningen samt demografisk förändring.

6. Omfattande vårdgivare i egen och privat regi.

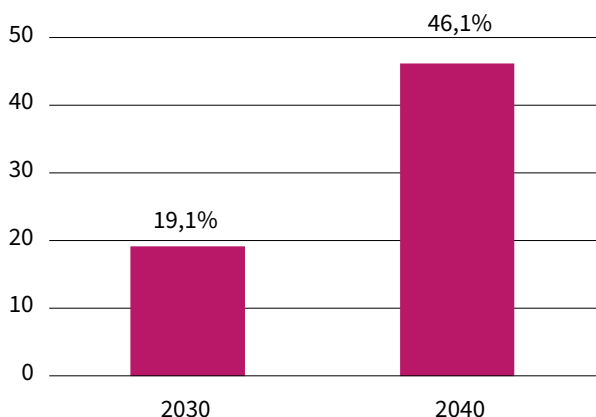
7. Enligt SKR:s Diagnoslistor

8. AMI, 80+ och 65–79 år, 2030–2040; Hypertoni, 80+ och 65–79 år, 2020–2040; AMI, 20–64 år, 2028–2040; Ångest, 20–64, 2030–2040.

Diagram 28:

Beräknad andelsmässig förändring av sjukdomstillstånd i Uppsala län.

Procent (%)



Källa: Verksamhetsdata; SCB (Folkmängd efter region).

Förändringen i antalet hälso- och sjukdomstillstånd beräknas till 19,1 % mellan år 2024 och 2030, samt till 46,1 % mellan år 2024 och 2040. Det innebär att vårdbehovet beräknas öka med 19 % till 2030 och med 46 % till 2040.

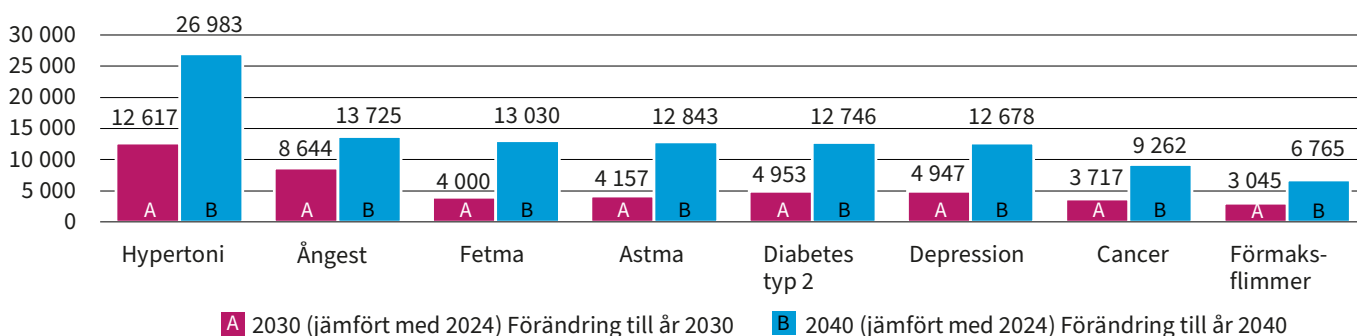
Högt blodtryck ökar mest i antal till 2030 och 2040

I diagrammet nedan visas de 17 tillstånden och den beräknade förändringen i antal sjukdomstillstånd till år 2030 och 2040, jämfört med år 2024.

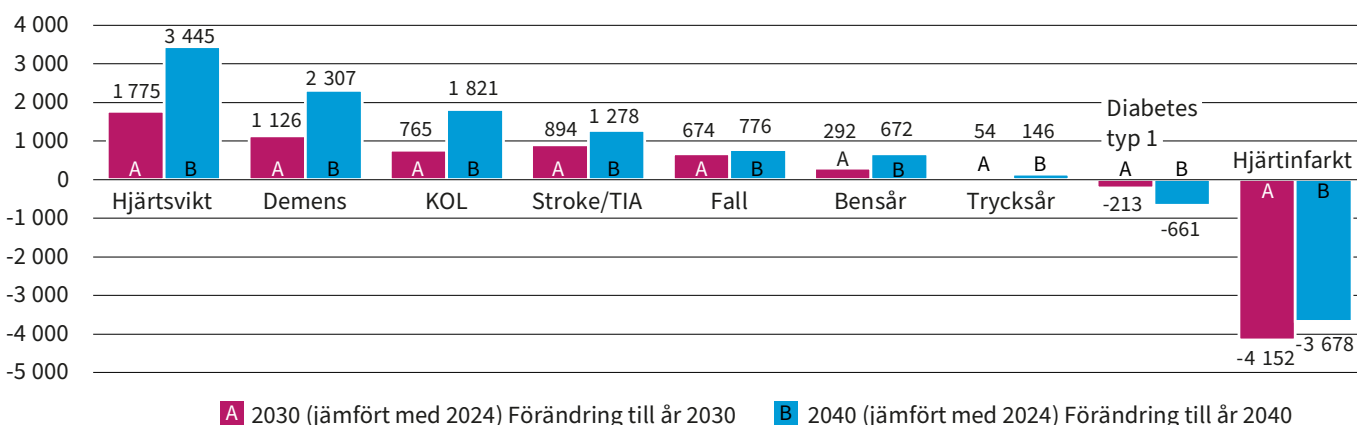
Diagram 29:

Beräknad förändring per sjukdomstillstånd, år 2030 och 2040 jämfört med år 2024, Uppsala län.

Antal sjukdomstillstånd



Antal sjukdomstillstånd



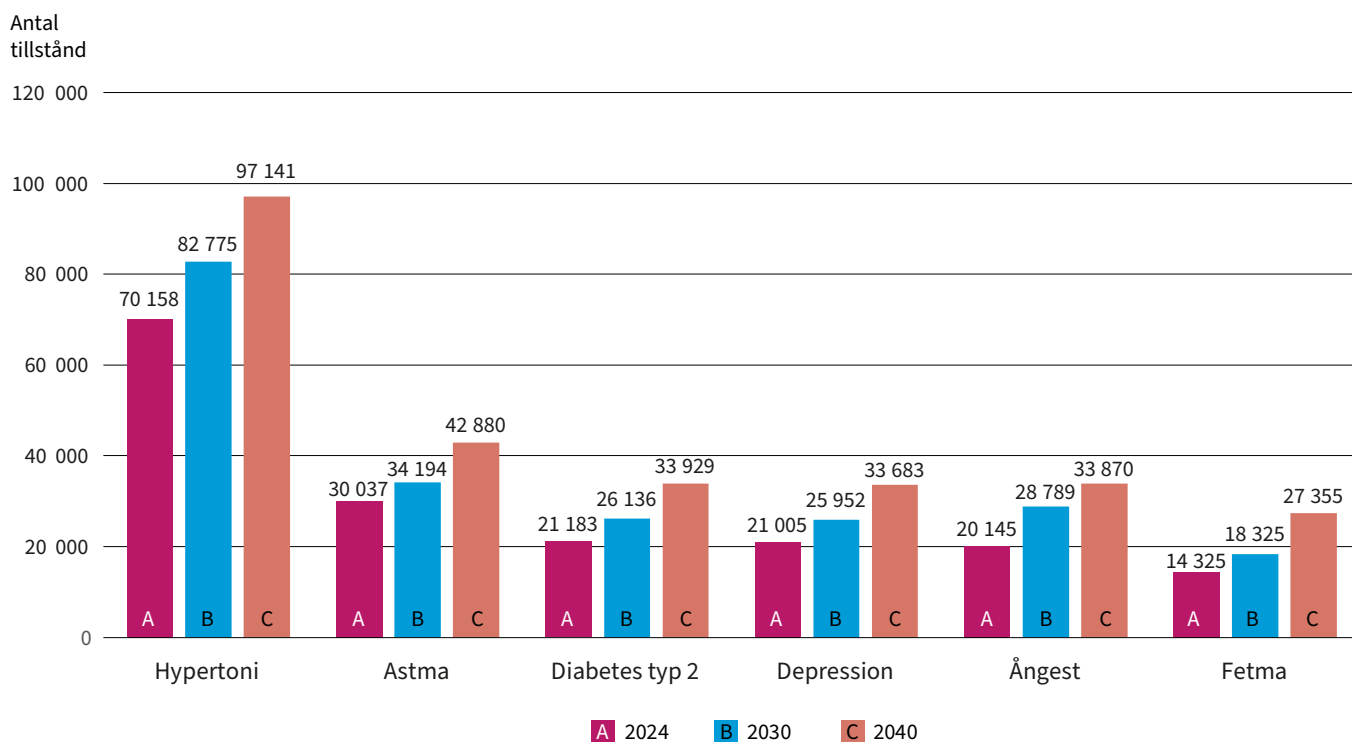
Källa: Verksamhetsdata; SCB (Folkmängd efter region).

Hypertoni (høgt blodtryck) är den sjukdomsgrupp som beräknas öka mest i antal, motsvarande 12 600 tillstånd till år 2030 och 27 000 tillstånd till år 2040. Följt av ångest, som beräknas öka med 8 650 tillstånd till år 2030 och 13 750 till år 2040. Fetma, astma, diabetes typ 2 och depression beräknas vardera öka med 4 000–5 000 tillstånd till år 2030, och med 12 700–13 000 tillstånd till år 2040.

I diagrammet nedan visas ett urval av de sjukdomstillstånd som beräknas öka mest mellan år 2030 och 2040. Dessa tillstånd är hypertoni, ångest, fetma, astma, diabetes typ 2 och depression. I diagrammet visas det faktiska antalet tillstånd i befolkningen i Uppsala län år 2024, och det beräknade antalet tillstånd i befolkningen år 2030 och 2040.

Diagram 30:

Beräknat antal tillstånd, år 2030 och 2040 jämfört med år 2024, Uppsala län.



Källa: Verksamhetsdata; SCB (Folkmängd efter region).

Flest antal tillstånd år 2024, 2030 och 2040 finns inom hypertoni, vilket beräknas till 97 140 tillstånd år 2040. Därefter astma, där det beräknade antalet tillstånd år 2040 är 42 880. Diabetes typ 2, depression och ångest beräknas samtliga uppgå till nära 34 000 tillstånd år 2040. Fetma beräknas uppgå till 27 400 tillstånd år 2040.

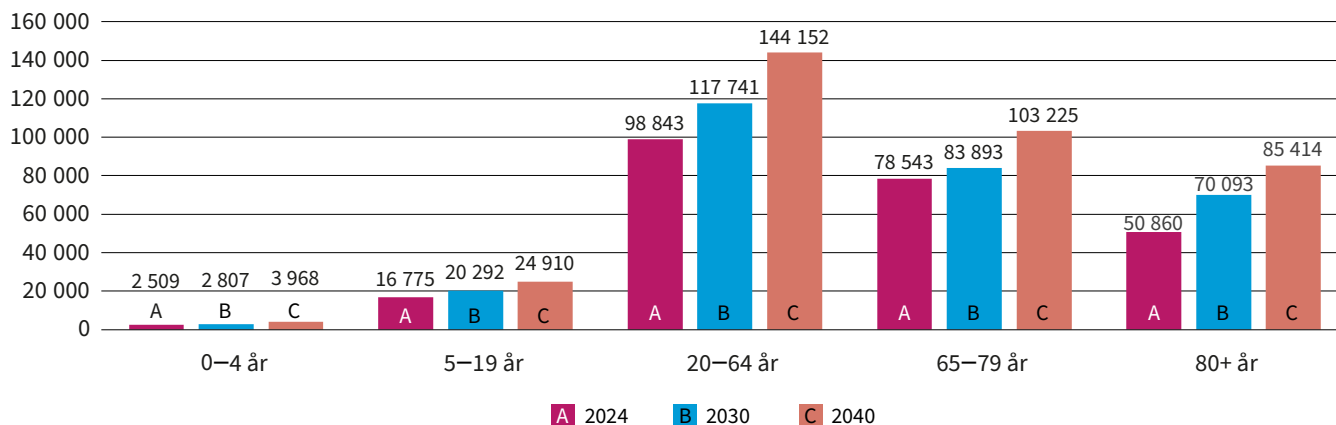
Hög relativ ökning av tillstånd i åldersgruppen 80+

Det totala antalet sjukdomstillstånd per åldersgrupp, år 2024, 2030 och 2040 presenteras i diagrammet nedan.

Diagram 31:

Antal tillstånd per åldersgrupp summerat för de 17 sjukdomstillstånden, år 2024, 2030 och 2040. År 2024 är faktiska värden, år 2030 och 2040 är beräknade värden, Uppsala län.

Antal tillstånd



Källa: Verksamhetsdata; SCB (Folkmängd efter region).

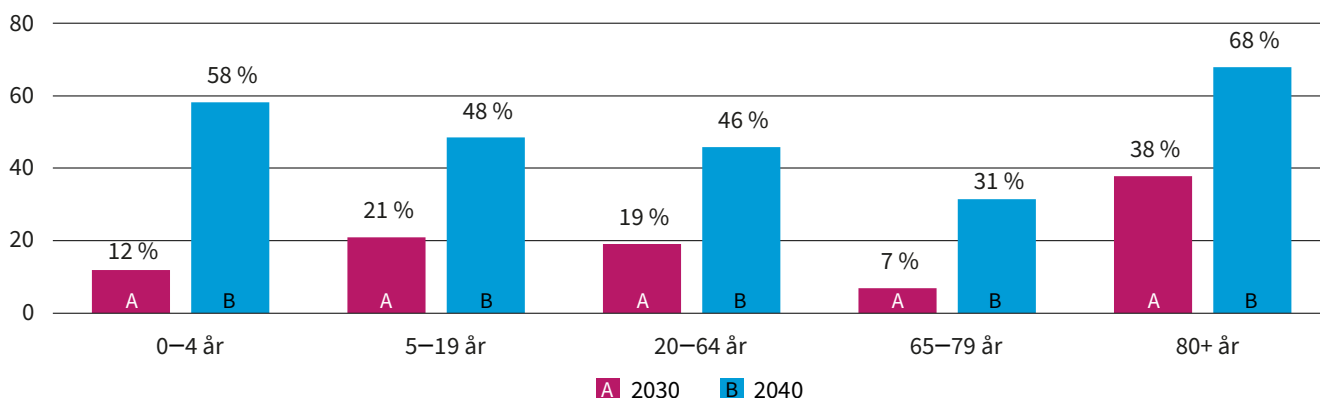
I åldersgruppen 20-64 år finns flest antal tillstånd idag, år 2030 och år 2040. Följt av åldersgruppen 65-79 år och 80+ år. I diagrammet nedan visas den

procentuella förändringen per åldersgrupp för de 17 sjukdomsgrupperna summerat. Förändringen är till 2030 och 2040, jämfört med år 2024.

Diagram 32:

Beräknad relativ förändring av antal tillstånd per åldersgrupp summerat för de 17 sjukdomstillstånden, år 2030 och 2040 jämfört med år 2024, Uppsala län.

Procent (%)



Källa: Verksamhetsdata; SCB (Folkmängd efter region).

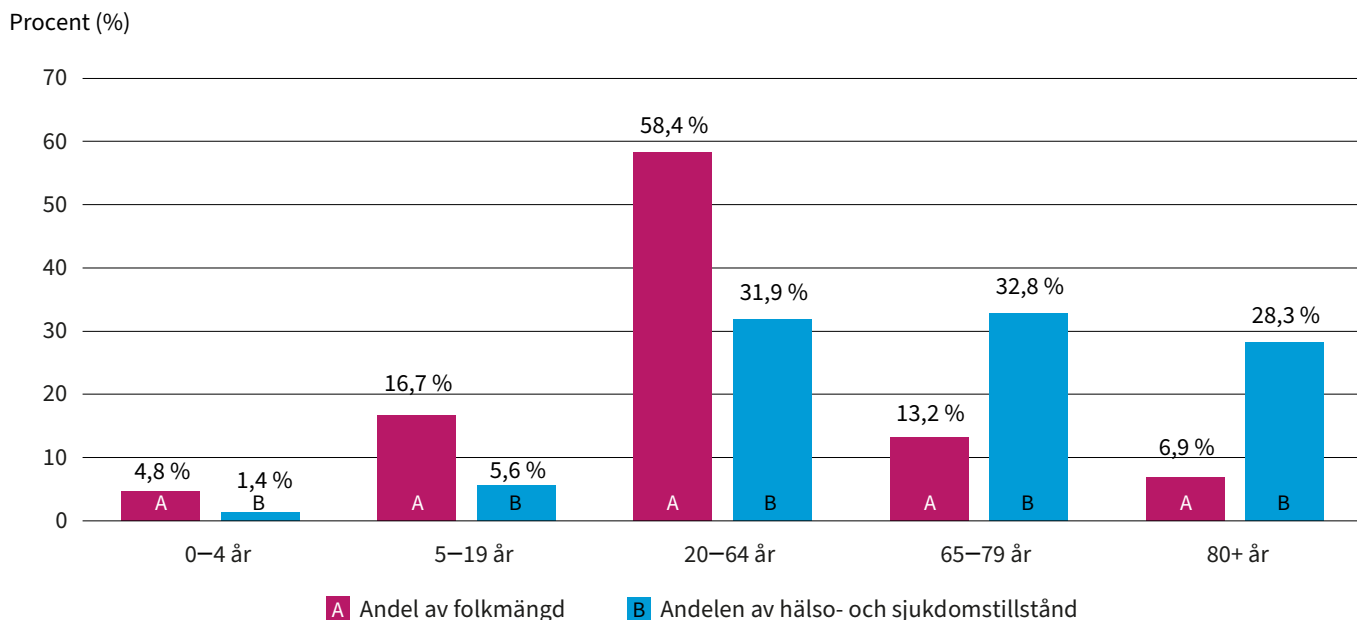
Den relativa ökningen i antal tillstånd per åldersgrupp är högst i åldersgruppen 80+, både till år 2030 (38 %) och till år 2040 (68 %).

I diagrammen nedan presenteras hur stor andel

varje åldersgrupp utgör av folkmängden och av det summerade antalet hälso- och sjukvårdstillstånd som omfattas i denna rapport för 2030 (diagram 33) respektive 2040 (diagram 34).

Diagram 33:

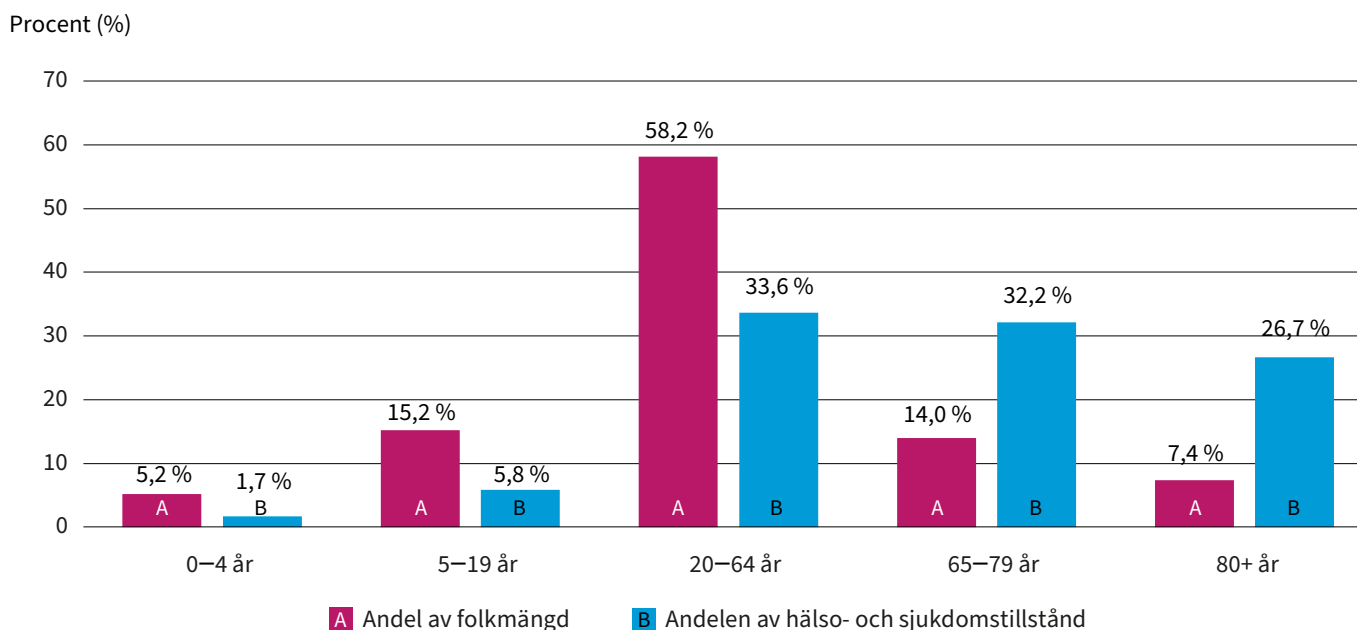
Andel av folkmängd och hälso- och sjukdomstillstånd per åldersgrupp år 2030, Uppsala län.



Källa: Verksamhetsdata; SCB (Folkmängd efter region).

Diagram 34:

Andel av folkmängd och hälso- och sjukdomstillstånd per åldersgrupp år 2040, Uppsala län.



Källa: Verksamhetsdata; SCB (Folkmängd efter region).

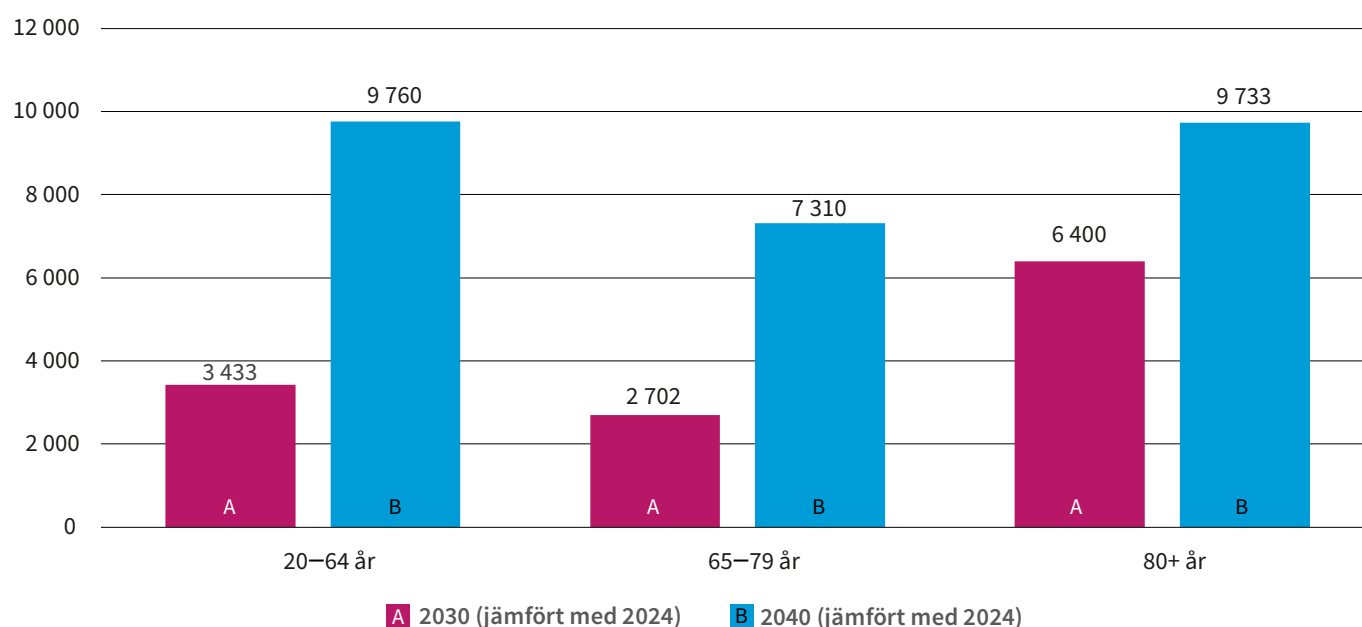
Åldersgrupperna 0–4 år, 5–19 år och 20–64 år utgör en större andel av folkmängden, i förhållande till andel av de hälso- och sjukdomstillstånd som omfattas i denna rapport. Omvänt så utgör 65–79 år och 80+ år en högre andel av hälso- och sjukdomstillstånden, än hur stor andel de utgör av folkmängden. Till exempel utgör 80+ år cirka 7 % av folkmängden år 2030 och 2040, men 27–28 % av hälso- och sjukdomstillstånden.

Åldersgruppen 20–64 år utgör i stället nära 60 % av folkmängden, men endast en tredjedel av hälso- och sjukdomstillstånden.

Högt blodtryck är den sjukdomsgrupp som till störst del driver den beräknade utvecklingen av hälso- och sjukdomstillstånd. Förändringen i förekomst (antal) av högt blodtryck presenteras i diagrammet nedan.

Diagram 35:

Beräknad förändring av individer med högt blodtryck, per åldersgrupp, år 2030 och 2040 jämfört med år 2024, Uppsala län.



Källa: Verksamhetsdata; SCB (Folkmängd efter region).

Den beräknade ökningen av högt blodtryck i åldersgrupperna 20–64 år, 65–79 år och 80+ år står för en stor del av den summerade ökningen av hälso- och sjukdomstillstånd. I åldersgruppen 20–64 beräknas 3 430 fler tillstånd av högt

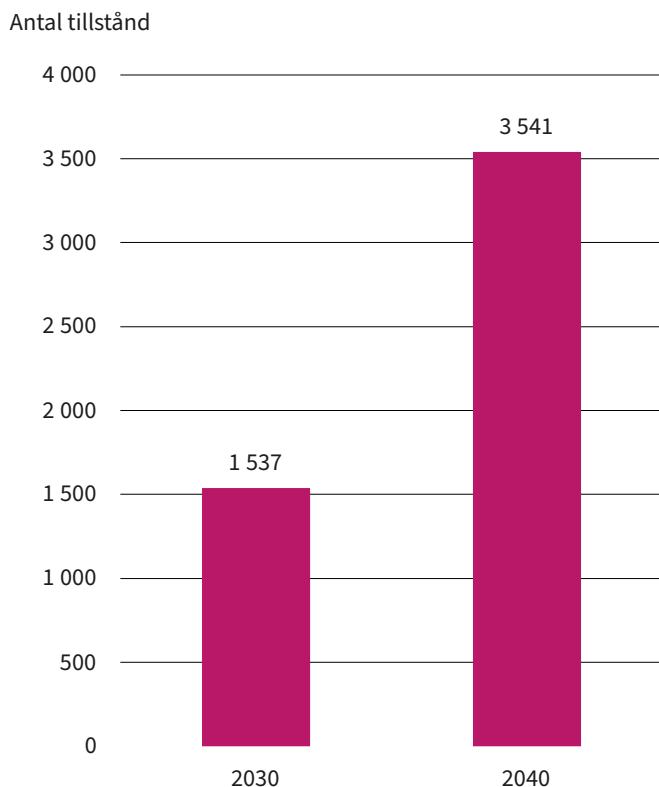
blodtryck till 2030 och 9 760 fler tillstånd till 2040. För åldersgruppen 65–79 beräknas 2 700 fler tillstånd till 2030, och 7 310 fler tillstånd till 2040. För åldersgruppen 80+ beräknas 6 400 fler tillstånd till 2030, och 9 730 fler tillstånd till 2040.

Ångest ökar mest i åldersgruppen 5–19 år, och astma mest i åldersgruppen 0–4 år

I diagrammet nedan presenteras den beräknade förändringen av antalet tillstånd med ångest i åldersgruppen 5–19 år, för år 2030 och 2040 jämfört med idag.

Diagram 36:

Beräknad förändring av tillstånd med ångest i åldersgruppen 5–19 år, år 2030 och 2040 jämfört med år 2024, Uppsala län.



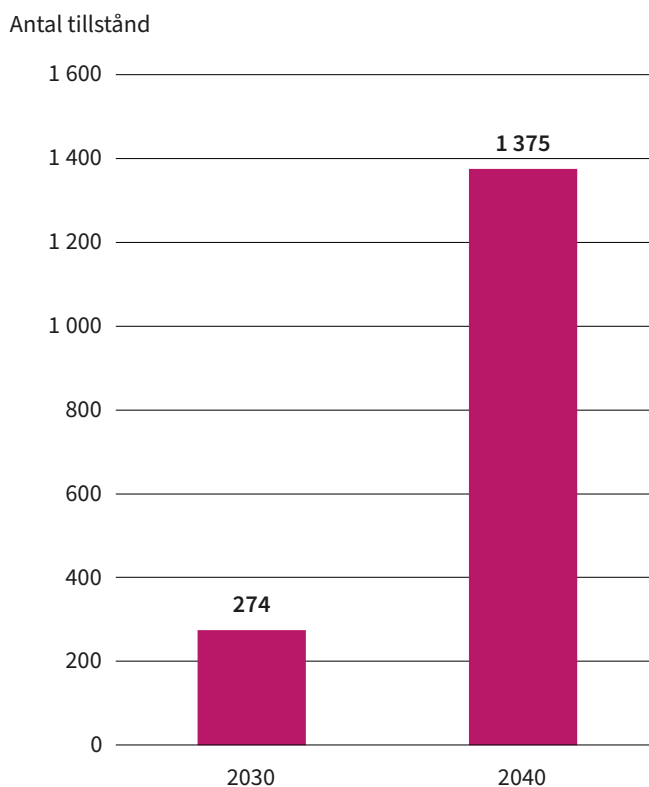
Källa: Verksamhetsdata; SCB (Folkmängd efter region).

Till år 2030 beräknas antalet tillstånd av ångest, i åldersgruppen 5–19 år, öka med 1 537 tillstånd, och till 2040 med 3 541 tillstånd. Ångest utgör 44 % av den totala ökningen av tillstånd i åldersgruppen 5–19 år.

I diagrammet nedan visas den beräknade förändringen i antal tillstånd med astma i åldersgruppen 0–4 år för år 2030/2040 jämfört med idag.

Diagram 37:

Beräknad förändring av tillstånd med astma i åldersgruppen 0–4 år, år 2030 och 2040 jämfört med år 2024, Uppsala län.



Källa: Verksamhetsdata; SCB (Folkmängd efter region).

Till år 2030 beräknas antalet tillstånd av astma, i åldersgruppen 0–4 år, öka med 274 tillstånd, och till 2040 med 1 375 tillstånd. Astma utgör över 90 % av den totala ökningen av tillstånd i åldersgruppen 0–4 år.

Risikfaktorer för framtida ohälsa – hur kan vi påverka utfallet i prognoserna?

Världshälsoorganisationen har sammanställt de 19 viktigaste riskfaktorerna för sjukdom och för tidig död (WHO, 2009). Bland dessa riskfaktorer finns alkoholkonsumtion, rökning, övervikt och fetma, samt fysisk aktivitet. Ohälsosamma levnadsvanor⁹ utgör riskfaktorer för flera av vår tids stora folksjukdomar, exempelvis hjärt-kärlsjukdom, cancer och typ-2 diabetes.

Enligt WHO kan hälsosamma levnadsvanor förebygga 80 % av all kranskärlssjukdom och stroke samt 30 % av all cancer (World Heart Federation, 2024). Hälsosamma levnadsvanor kan också förebygga eller fördröja utvecklingen av typ 2-diabetes. Den som inte röker, äter hälsosamt, är fysiskt aktiv och har en måttlig konsumtion av alkohol lever i genomsnitt 14 år längre än den som har ohälsosamma levnadsvanor (Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, 2024).

Kapitlet i denna rapport har avgränsats till att endast omfatta övervikt/fetma, fysisk aktivitet, tobaksrökning, nikotinanvändning och riskbruk av alkohol trots att det finns fler riskfaktorer för framtida ohälsa. Genom att påverka befolkningens levnadsvanor idag, antas framtida vårdbehov, efterfrågad vård och vårdkonsumtion påverkas på lång sikt. Nedan presenteras ett urval av data från enkätundersökningarna Liv och hälsa¹⁰ (2022) och CAN (2024).

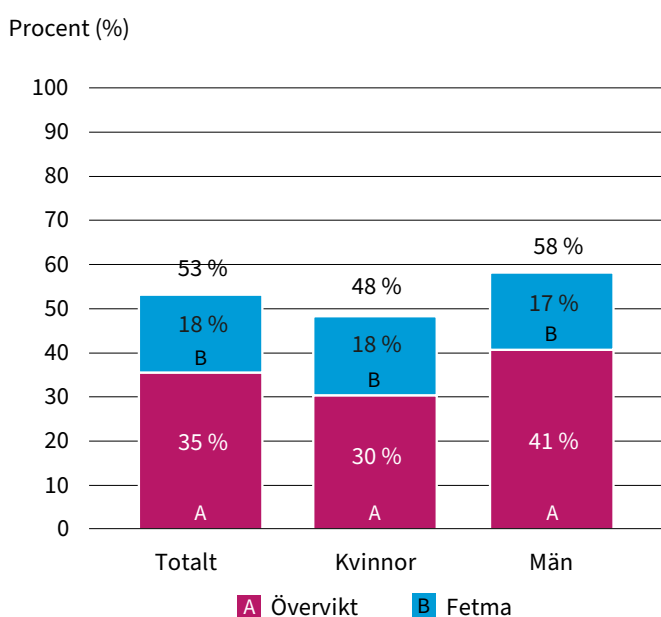
9. Avser i denna rapport daglig rökning, fysisk inaktivitet, riskbruk av alkohol samt övervikt/fetma.

10. Åldersstandardiserade data

Mer än hälften av länets vuxna befolkning har övervikt eller fetma

Övervikt och fetma ökar risken att drabbas av ett flertal olika sjukdomar, och orsakar en stor del av sjukdomsburden i Sverige. Övervikt och framför allt fetma ökar risken för hjärt-kärlsjukdom, typ 2-diabetes, muskel- och skelettsjukdom och vissa cancerformer. Nedan presenteras andelen av den vuxna befolkningen med övervikt eller fetma.

Diagram 38:
Andel 18 år och äldre med övervikt eller fetma, år 2022.



Källa: Liv och hälsa, 2022.

Mer än hälften av Uppsala läns vuxna befolkning är överviktiga eller har fetma (53 %). Övervikt och fetma är vanligare bland män (58 %) än bland kvinnor (48 %) i Uppsala län. Däremot är andelen med fetma marginellt högre bland kvinnor (18 %) än bland män (17 %).

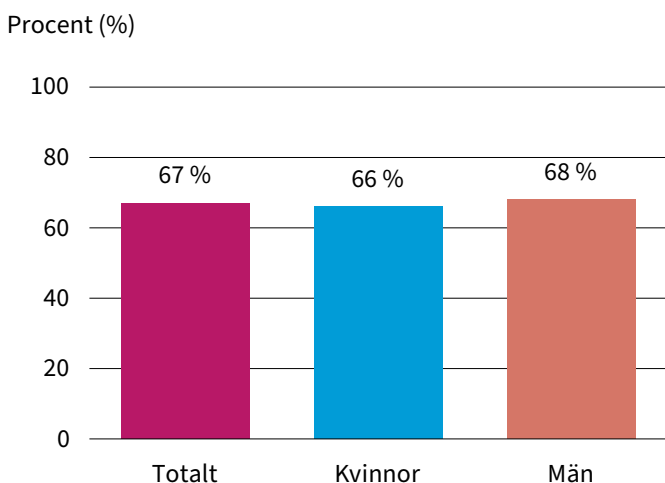
Invånarna i Uppsala kommun (50 %) och Knivsta kommun (51 %) har en något lägre andel med övervikt eller fetma än genomsnittet i länet (53 %). Älvkarleby kommun (64 %) och Heby kommun (62 %) har högst andel med fetma eller övervikt i länet.

Nära 7 av 10 vuxna uppnår rekommenderad nivå av fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet minskar risken för hjärt-kärlsjukdom, vissa cancersjukdomar, diabetes typ 2 och benskörhet. Fysisk aktivitet kan även främja den psykiska hälsan. Den nationella rekommendationen för fysisk aktivitet för vuxna är minst 150 minuter pulshöjande rörelse per vecka.

Diagram 39:

Andel som uppnår 150 aktivitetsminuter per vecka, 18 år och äldre i Uppsala län, år 2022.



Källa: Liv och hälsa, 2022.

Nära 7 av 10 vuxna i Uppsala län når upp till den nationella rekommendationen, om

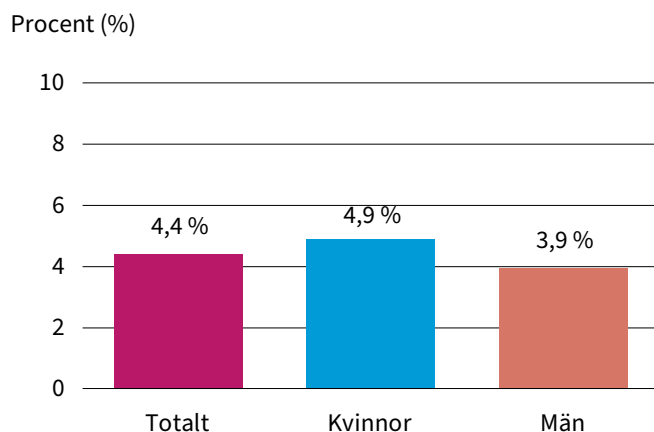
150 aktivitetsminuter per vecka, för fysisk aktivitet. Marginellt fler män (68 %) än kvinnor (66 %) når rekommendationen om tillräcklig fysisk aktivitet. I Knivsta kommun (70 %) och Uppsala kommun (68 %) är andelen marginellt högre än genomsnittet i länet (67 %). I Älvkarleby kommun (57 %) och Heby kommun (58 %) är andelen i stället lägre än genomsnittet i länet.

Något fler vuxna kvinnor röker tobak på daglig basis

Tobaksrökning är en av de största hälsoriskerna som går att förebygga. Den orsakar och förvärrar en mängd olika sjukdomar så som kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), hjärtinfarkt, stroke och flera cancersjukdomar. Nedan presenteras andelen dagligrökare av tobak bland den vuxna befolkningen.

Diagram 40:

Andel dagligrökare (tobak), 18 år och äldre i Uppsala län, år 2022.



Källa: Liv och hälsa, 2022.

Totalt är det 4,4 % av befolkningen i länet som anger att de röker tobak på daglig basis, något fler kvinnor (4,9 %) än män (3,9 %) dagligröker. Andelen dagligrökare är något lägre i Knivsta kommun (3,0 %) och Uppsala kommun (3,5 %), och högre än genomsnittet i länet i Älvkarleby kommun (7,5 %) och Heby kommun (7,1 %).

Användningen av nikotin bland unga ökar – särskilt hög användning bland flickor

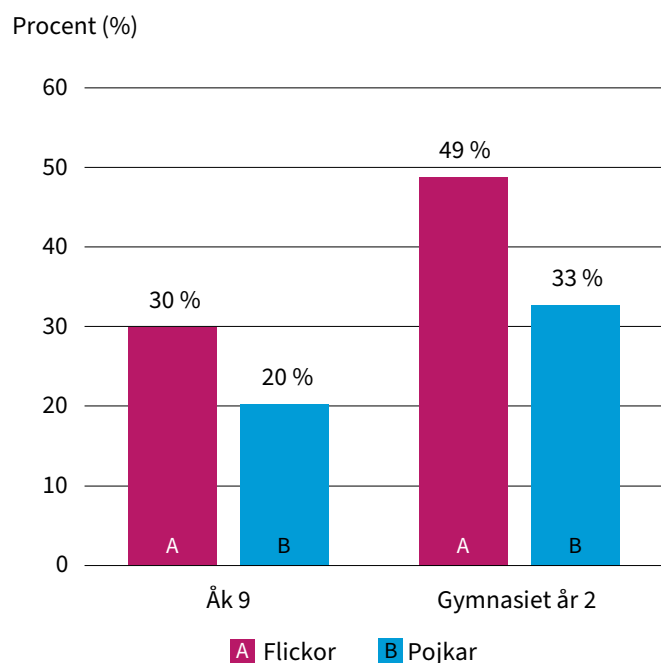
De senaste åren har användandet av nya nikotinprodukter (e-cigarett/vapes och vitt snus) ökat bland unga. Det så kallade vita snuset innehåller dessutom upp till 300 % mer nikotin än traditionellt snus. Användning av

nikotinprodukter innebär ökar risk för bland annat hjärtkärlsjukdom, diabetes, sömnstörningar, försämrad tandhälsa och komplikation vid graviditet (Folkhälsomyndigheten, (u. å.), (SBU, 2020). Dessutom har det visats att nikotinbruk förknippats med försämrade kognitiva förmågor såsom minne, uppmärksamhet, koncentration, inlärning och impuls kontroll, och att användande av nikotin kan öka risken för psykisk ohälsa.

Nedan presenteras andel flickor och pojkar i riket som använt vitt snus.

Diagram 41:

Andel som använt vitt snus, årskurs 9 och år 2 på gymnasiet, riket, år 2024.



Källa: CAN, 2024.

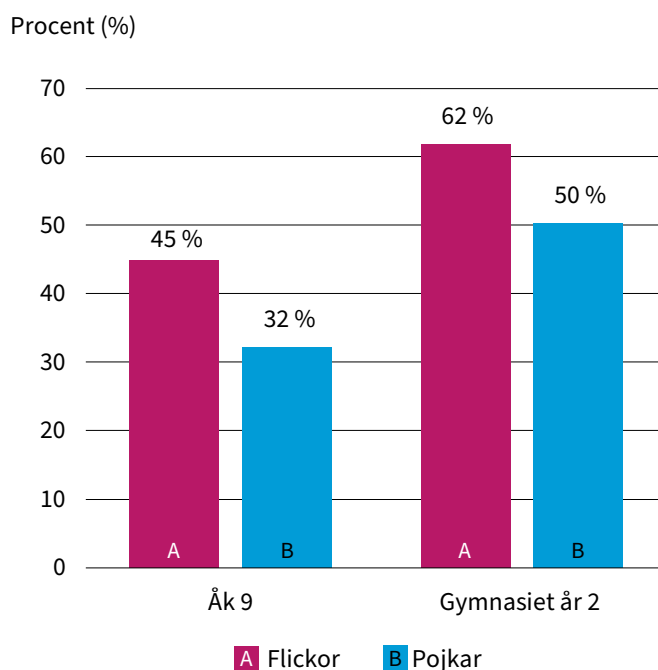
Enligt Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) nationella skolundersökning år 2024 har 30 % av alla flickor och 20 % av alla pojkar i årskurs nio i Sverige, använt vitt snus. Bland gymnasieelever i årskurs två, har 49 % av alla flickor och 33 % av alla pojkar använt vitt snus. Andelen har ökat, motsvarande

andelar i 2021 års undersökning är 17 % för pojkar och 19 % för flickor i årskurs 9 samt 31 % för pojkar och 37 % för flickor i gymnasiet år två.

Mer vanligt förekommande blir det också att använda e-cigarett. Nedan visas andelen flickor och pojkar som använt e-cigarett.

Diagram 42:

Andel som använt e-cigarett, årskurs 9 och år 2 på gymnasiet, riket, år 2024.



Källa: CAN, 2024.

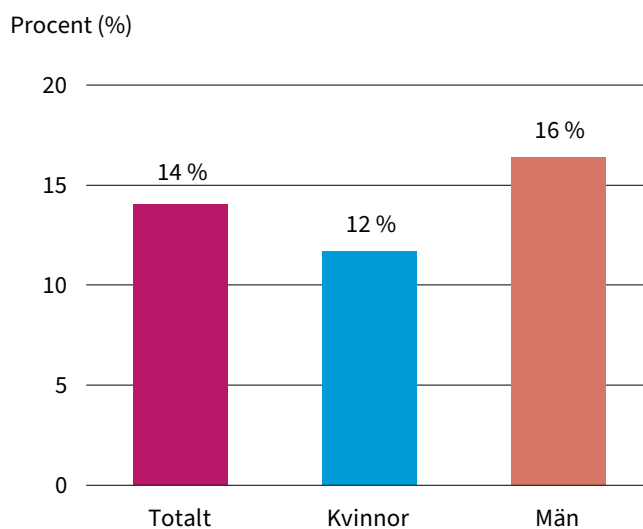
I samma undersökning anger 45 % av alla flickor och 32 % av alla pojkar i årskurs nio, och 62 % av alla flickor och 50 % av pojkar gymnasiets år två att de har använt e-cigarett (CAN, 2024).

Något fler vuxna män är riskkonsumenter av alkohol

Även alkoholkonsumtion är en av de riskfaktorer som bidrar mest till sjukdomsörskdan i Sverige. Hög¹¹ alkoholkonsumtion kan orsaka både fysisk och psykisk ohälsa, men ökar även risken för akuta skador och olyckor. Nedan presenteras andelen riskkonsumenter av alkohol enligt instrumentet AUDIT-C.

Diagram 43:

Andel riskkonsumenter av alkohol enligt AUDIT-C, 18 år och äldre, år 2022.



Källa: Liv och hälsa, 2022.

Totalt är det 14 % av den vuxna befolkningen i länet som bedöms vara riskkonsumenter av alkohol, andelen är högre bland män (16 %) än bland kvinnor i länet (12 %). Invånarna i Heby kommun (11 %) och Älvkarleby kommun (11 %) har en lägre andel riskkonsumenter av alkohol, jämfört med genomsnittet i länet (15 %). Håbo kommun (16 %) och Östhammars kommun (16 %) har en högre andel vuxna invånare med riskbruk av alkohol, jämfört med genomsnittet i länet.

11. Notera att Socialstyrelsen år 2024 publicerade nya riktlinjer (Socialstyrelsen, 2024) och sänkte gränsvärdet för riskbruk av alkohol från 14 standardglas per vecka för män, och 9 standardglas för kvinnor, till 10 standardglas eller mer per vecka för både män och kvinnor.

Ordlista och definitioner

I arbetet används företrädesvis definitioner från Verksamhetsindelning (VI 2000). Där beskrivs och definieras den verksamhetsindelning som används för den årliga insamling och presentation av regionernas verksamhets- och ekonomistatistik (räkenskaps-sammandrag). Om begrepp saknas används den definition som kan finnas i befintliga regelverk.

C-länsvård – hälso- och sjukvård som invånare i Uppsala län konsumerar i Uppsala län.

Dagsjukvård – öppen vård som innebär mer omfattande och/eller resurskrävande insatser än vad ett öppenvårdsbesök normalt kräver (stannar ej över natten, ofta ett besök på fler än 4 timmar)

Köpt utomlänsvård – hälso- och sjukvård som invånare i Uppsala län konsumerar i andra län.

Nationell högspecialiserad vård – offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje samverkansregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.

Primärvård – vård som utförs av en läkare som är specialist i allmänmedicin räknas som primärvård oavsett var läkarens tjänst är placerad. Hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs av kommuner räknas som primärvård.

Regionsjukvård är sådan sjukvård som samordnas med en sjukvårdsregion som upptagningsområde.

Slutenvård – hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård eller hemsjukvård. Slutenvården startar när läkare har bedömt att inskrivning ska ske och slutar när patienten skrivs ut från avdelningen (fysiskt lämnar avdelningen).

Såld utomlänsvård – hälso- och sjukvård som konsumeras i Uppsala län av en individ bosatt utanför Uppsala län.

Vårdtillfälle – vårdkontakt i slutenvård. Vårdtillfälle avgränsas av in- och utskrivning inom ett medicinskt verksamhetsområde.

Öppenvård – hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd medger att aktuell vårdinsats förväntas kunna avslutas inom ett begränsat antal timmar

Referenser

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). (2024). *Nationella skolundersökningen 2024*. Tillgänglig på: www.can.se/publikationer/cans-nationella-skolundersokning-2024/ (Hämtad: 12 december 2024).

Folkhälsomyndigheten (u.å.) *Nikotinprodukter och hälsorisker*. Tillgänglig på: www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/andts-anvandning-och-ohalsa/skador-till-foljd-av-andts/tobaks-och-nikotinprodukters-skadeverknigar/nikotinprodukter-och-halsorisker/ (Hämtad: 19 december 2024).

Folkhälsomyndigheten (2024). *Unga som använder e-cigaretter har ökad risk för alkohol- och cannabisanvändning*. Tillgänglig på: www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/a12bf556f0ce4558bb127913b489c112/unga-som-anvander-e-cigaretter-har-okad-risk-alkohol-cannabisanvandning.pdf (Hämtad: 19 december 2024).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2023). *Stöd på vägen – En uppföljning av satsningen på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar*. Tillgänglig på: www.vardanalys.se/rapporter/stod-pa-vagen/ (Hämtad: 12 december 2024).

Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. (2024). *Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling*. Tillgänglig på: [Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor prevention och behandling](http://Nationellt%20vårdprogram%20vid%20ohälsosamma%20levnadsvanor%20prevention%20och%20behandling) (Hämtad: 12 december 2024).

Region Uppsala. (2022). *Liv och hälsa vuxen*. Tillgänglig på: www.regionuppsala.se/samverkanswebben/samverkan-och-utveckling/regional-utveckling/regional-utveckling/liv-och-halsa--folkhalsundersokning/ (Hämtad: 12 december 2024).

SBU (2020). *Effekter av e-cigaretter på ungas hälsa: En systematisk översikt*. Tillgänglig på: www.sbu.se/312?pub=44059&lang=sv (Hämtad: 19 december 2024).

Selling, L. (red.) (2024). *CAN:s nationella skolundersökning 2024*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Rapport 230. Tillgänglig på: www.can.se/publikationer/cans-nationella-skolundersokning-2024/ (Hämtad: 19 december 2024).

Socialstyrelsen. (2024). *Nationella riktlinjer för vård vid ohälsosamma levnadsvanor*. Tillgänglig på: www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2024-11-9272.pdf (Hämtad: 12 december 2024).

Statistiska centralbyrån (SCB). (2024). *Statistikdatabasen*. Tillgänglig på: www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101A/BefolkManad/ (Hämtad: 13 oktober 2024).

Statistiska centralbyrån (SCB). (2024). *Statistikdatabasen*. Tillgänglig på: www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0401_BE0401A/BefProgRegFakN/ (Hämtad: 13 oktober 2024).

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). (2024). *KPP-databasen*. Tillgänglig på: www.skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/kostnadperpatientkpp/kppdatabas.46722.html (Hämtad: 25 november 2024).

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). (2024). *Landstingsprisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner (LPIK)*. Tillgänglig på: www.skr.se/skr/ekonomijuridik/ekonomi/prognoserplaneringbudget/prisindex/lpilpik.1332.html (Hämtad: 25 november 2024).

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). (2024). *Diagnoslistor*. Tillgänglig på: [Diagnoslistor \(google.com\)](https://www.google.com) (Hämtad: 2 november 2024).

World Health Organization (WHO). (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organization. Tillgänglig på: www.who.int/publications/i/item/9789241563871 (Hämtad: 12 december 2024).

World Heart Federation. (2024) *Prevention* [Online] Tillgänglig på: www.world-heart-federation.org/what-we-do/prevention/ (Hämtad: 18 december 2024).

