

Långsiktigt behovs- och planeringsunderlag

Målgruppen äldre (80+)

Evelina Nilsson

Inna Feldman

Maud Sehlstedt

Nina Anundsson

Tove Renn Gemzell

Förord

Vi står inför stora utmaningar i välfärden. Befolkningens behov, beteenden, sjukdomsmönster och förväntningar förändras. Allt fler personer lever med en eller flera kroniska sjukdomar, samtidigt som vi blir allt färre i arbetsför ålder i relation till den åldrande befolkningen. Därför behöver vi ställa om hälsosystemet till en mer **effektiv och nära vård**. Det innebär att systemet behöver bli mer hälsofrämjande, nära och samordnat, där välfärdstjänsterna samskapas med invånare, brukare, patienter och närstående.

För att kunna genomföra omställningen behöver styrningen av hälsosystemet utvecklas. Till det behövs bland annat kunskapsunderlag som ger en mer heltäckande bild över olika målgruppers behov och konsumtion av vård i hela vårdkedjan. Det behövs också en rimlig uppskattning av potentiella hälsoekonomiska vinster av omställningen. Hälsoekonomiska vinster handlar inte om besparingar utan om att på ett bättre och mer effektivt sätt använda befintliga resurser.

Syftet med rapporten är således att utgöra ett kunskapsunderlag som är systemövergripande och användbart för långsiktig planering och fördelning av resurser för en utvald målgrupp. Rapporten fokuserar på målgruppen äldre (80+) och innehåller vårdkonsumtionsprognoser för de äldre fram till 2030. Den innehåller också en beskrivning av de insatser som pågår för att förbättra vården för de äldre.

Vår förhoppning är att den metodutveckling som ligger bakom detta arbete kan fortsätta. Vi behöver bli ännu bättre på att prognostisera och analysera vården på en övergripande nivå, så att vi kan rikta våra insatser mot det som ger en effektiv och nära vård för befolkningen i Uppsala län.

Uppsala, augusti 2023

Mikael Köhler

Hälso- och sjukvårdsdirektör
Programägare för Effektiv och nära vård
Region Uppsala

Eva Olin

Biträdande regiondirektör
Ekonomidirektör
Region Uppsala

Innehållsförteckning

Sammanfattning	5
Bakgrund	6
Syfte och användning av rapporten	6
Om budgetprocessen	7
Avgränsningar och förtydligande	7
Om målgruppen äldre	9
Förväntad befolkningsutveckling och de äldres andel.....	9
Förväntad vårdkonsumtion och de äldres andel	11
Metod för prognos	11
Det verkar ske en förflyttning från slutenvård till dagsjukvård ^{K4}	11
För de äldre förväntas slutenvård öka med cirka 20 procent och dagvård med cirka 100 procent till 2030.....	13
Läkarbesök inom öppen specialiserad vård förväntas minska marginellt men ökar för de äldre	17
Konsumtion av läkarbesök inom primärvård minskar marginellt men ökar för de äldre	18
Geografiska skillnader i vårdkonsumtion	20
Förväntad kostnadsutveckling för äldre inom somatisk slutenvård	21
Metod för kostnadsprognos.....	21
Högre kostnad per vårdtillfälle för de äldre	21
Beräknad ökning om 49 procent i ekonomisk resursåtgång för specialiserad somatisk slutenvård till år 2030.....	22
Väntande äldre i den specialiserade vården	24
Metod för att uppskatta väntande.....	24
De flesta 80+ väntar på operation eller åtgärd inom ortopedi och kirurgi	24
Inflödet av väntande är högre än genomförda insatser	25
Framskrivning av antal väntande 80+ på operation/åtgärd – vad krävs för att korta köerna?	27
Skillnaden mellan slutenvårdsbehov och förväntad framtida konsumtion	31
Metodbeskrivning tillägg av uppskjuten vård	31

Vårdkonsumtion per capita något högre om hänsyn tas till väntande vårdtillfällen utanför vårdgarantin	31
Vårdkonsumtionen för 80+ beräknas vara 9,4 % högre år 2030 om hänsyn tas till väntande vårdtillfällen	32
Vårdkonsumtionen, för samtliga åldersgrupper, beräknas vara 23,1 % högre år 2030 om hänsyn tas till väntande vårdtillfällen	33
Vårdtjänster som kan påverka utfall	35
Förebyggande och hälsofrämjande arbete	35
Samordnad vård i hemmet	36
Utflytt av bassjukvård och nivåstrukturering.....	39
Samlade iakttagelser och slutsatser	41
Förslag på fortsatt arbete	44
Figurförteckning	45
Kommentarförteckning	46
Definitioner	47

Sammanfattning

Regionstyrelsen fattade beslut i maj 2022 att ”Ett underlag ska tas fram som speglar framtida behov av vårdinsatser för målgruppen äldre, och som kan utgöra underlag för resursfördelning i planerings- och budgetprocessen. En återrapport ska ges till regionstyrelsen i december 2022.” Denna rapport ska ses som ett test och ett första försök att använda systemövergripande analyser som underlag i planerings- och budgetfördelningsprocessen i Region Uppsala. Rapporten innehåller även detaljerade metodavsnitt för att främja en transparent utveckling av denna typ av analyser inom Region Uppsala.

Rapporten visar att:

- Andelen äldre i befolkningen förväntas öka såväl som deras konsumtion av vårdens resurser.
- För patienter över 80 år förväntas konsumtionen av läkarbesök inom primärvård öka med cirka 50 procent till 2030.
- De äldres förväntade konsumtion av primärvård skiljer sig åt geografiskt.
- Det verkar ske en vårdnivåförflyttning från slutenvård till dagsjukvård för samtliga åldersgrupper.
- För de äldre förväntas slutenvård öka med cirka 20 procent och för dagvård med hela 100 procent till 2030.
- Inom den specialiserade somatiska slutenvården ökar kostnaden per vårdtillfälle för de äldre på grund av förväntad högre vårdtyngd. Det innebär totalt en ökning om 49 procent i ekonomisk resursåtgång till år 2030.
- Antalet väntande äldre till planerad operation och behandling ökar över tid. Inflödet är i genomsnitt 6 procent högre än antalet genomförda vårdtillfällen.
- Att inkludera väntande visar på ett växande gap mellan förväntad konsumtion och behov.
- Utveckling av vårdtjänster pågår som kan påverka utfallet.

Vårdtjänster som skulle kunna påverka utfallet kan kategoriseras in under rubrikerna; Förebyggande och hälsofrämjande arbete, Samordnad vård i hemmet och Utflytt av bassjukvård och nivåstrukturering. För vissa av vårdtjänsterna finns utvärderingar som visar att de är kostnadseffektiva insatser och/eller att de leder till minskade inskrivningar på sjukhus.

Fler av våra insatser behöver utvärderas ur ett kostnadseffektivitetsperspektiv för att kunna få ut så mycket hälsa som möjligt för skattepengarna. Denna rapport är ett första steg i ett metodutvecklingsarbete och förslagen på fortsatta frågeställningar handlar om att fördjupa analys av de geografiska skillnaderna avseende förväntad primärvårds-konsumtion, ekonomiska konsekvenser av de som väntar på beslutade åtgärder, fokus på andra prioriterade målgrupper och vårdområden så som tandvården, psykisk ohälsa samt kvalitetsgranskning av använda prognosmetoder.

Bakgrund

God och nära vård kan beskrivas som ett övergripande mål för den omställning som sker inom vården i hela riket. Omställningen syftar till att vården i högre grad organiseras och bedrivs med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar, vilket i sin tur innebär en mer effektiv vård.

En rad konkreta förslag för införande av nya vårdtjänster och förändring av befintliga arbetssätt presenterades i slutrapporten “Effektiv och nära vård 2030” i juni 2018. Några av insatserna riktade till äldre och multisjuka patienter är samordnad vård i hemmet oavsett vårdnivå, närmottagningar för de som bor på landsbygden, äldremottagningar för att tidigt kunna identifiera de som riskerar stora vårdbehov samt utvecklandet av vårdcentrum. Införandet av Effektiv och nära vård kräver väsentliga resurser för att utveckla, samordna och implementera insatserna.

Sjukhusdirektören vid Akademiska sjukhuset har även tilldelats sjukhusstyrelsens uppdrag att utreda och verkställa utflytt av bassjukvård från sjukhuset för att öka tillgängligheten för specialiserad och högspecialiserad vård. Inom ramen för uppdraget pågår en kartläggning av hur andelen äldre patienter som vårdas ineliggande på Akademiska sjukhuset kan minskas, med fokus på vad sjukhuset kan göra. Vård på rätt nivå och i rätt omfattning är viktig för denna patientgrupp. Det har även identifierats att det finns en betydande potential att påverka andelen slutenvård av äldre på sjukhus.

Detta kan delvis göras genom den pågående uppbyggnaden och utvecklingen av primärvården samt samordningen med länets kommuners vård och omsorg. Genom dessa förstärkningar kan fler patienter tas om hand utan att behöva komma till sjukhuset. Vidare pågår utvecklingsinsatser internt på Akademiska sjukhuset för att förkorta vårdtider.

En rapport har tagits fram för att uppskatta ekonomiska konsekvenser som inkluderar undvikbara kostnader av olika insatser inom Effektiv och nära vård. Den hade fokus på äldre (75+) med stora behov i Region Uppsala. Rapporten Ekonomiska konsekvenser av “Effektiv och nära vård 2030” i Region Uppsala: fokus äldre, godkändes av regionstyrelsen 31 maj 2022 (Dnr LS2018-0658). I samband med det beslutades även att: ”Ett underlag ska tas fram som speglar framtida behov av vårdinsatser för målgruppen äldre, och som kan utgöra underlag för resursfördelning i planerings- och budgetprocessen. En återrapport ska ges till regionstyrelsen i december 2022.” På grund av vikten att involvera flera förvaltningar i både metodutveckling och analysarbete försenades återrapporten som nu föreligger.

Syfte och användning av rapporten

Syftet med rapporten är att utgöra ett långsiktigt kunskapsunderlag för resursfördelning i planerings- och budgetprocess 2025. Underlaget är förvaltningsövergripande och bör komma in tidigt i processen för att vara användbart på en övergripande planeringsnivå.

Denna rapport ska ses som ett test och ett första steg att använda förvaltningsövergripande analyser vid planering och budgetfördelning i Region Uppsala. Den innehåller även detaljerade metodavsnitt för att främja transparens och utveckling av denna typ av analyser inom Region Uppsala.

Givet att underlaget är förvaltningsövergripande och bör komma in tidigt i processen är förslaget att det ska tas upp på planeringskonferens på politisk nivå i första hand, men att det föregås av en tjänstemannaberedning. Delar av underlaget kan även användas för förvaltningsspecifikt planeringsarbete.

Om budgetprocessen

Inför arbetet med budget fastställs ett antal ekonomiska mål i den politiska inriktningen för Regionplan och budget (RPB). De ekonomiska målen baseras på Region Uppsalas ekonomiska läge men i nuläget utgår det inte från något underlag som visar på hur behoven av vård ser ut eller utvecklas.

Inför att anvisningarna skickas ut till förvaltningarna i december 2023 för budget 2025, tas generella uppräknings- och lönsamhetsstudier för pris och lön, läkemedel och demografi, eventuella effektiviseringar samt sedan tidigare beslutade kända budgetposter fram.

Förvaltningarna får då preliminära ramar utskickade och de ska sedan lämna in en redogörelse över tillkommande och avgående kostnader i februari. Redogörelsen ska även innehålla en beskrivning av vilka åtgärder som behöver vidtas för att nå en ekonomi i balans samt vilka konsekvenser detta ger för verksamheten.

Därefter hålls planerings- och uppföljningsdialoger med varje förvaltning vid tre tillfällen mellan mars och oktober. Samtidigt sker beredning på tjänstemannanivå på Regionkontoret av inlämnat material från förvaltningarna där ytterligare prioritering av inlämnat material sker. Slutligen sker en beredning på politisk nivå som resulterar i ramar till förvaltningarna och som tas i regionfullmäktige i juni året innan budgeten träder i kraft.

Större förändringar så som införandet av nya verksamheter behöver därför komma in i ett tidigt skede för att hinnas med att processas på alla olika nivåer i organisationen.

Avgränsningar och förtydligande

Rapporten är avgränsad till att endast omfatta målgruppen äldre. I denna rapport avses målgruppen äldre utgöras av de som är 80 år eller äldre. I vissa fall har andra åldersintervall använts beroende på hur tillgång på data ser ut. Det är en avgränsning som beror på att äldre utgör en vårdkrävande grupp som förväntas öka allt mer. I vissa fall finns prognoser för samtliga åldersgrupper för att utvecklingen av målgruppen äldre ska kunna sättas i kontext till helheten.

Prognoserna omfattar endast så kallad c-länsvård, dvs. inte riks- och regionvård. Prognoserna är endast en prognos. De gäller i de fall som inga förändringar görs för att förändra prognosen, dvs. om allting fortsätter på samma sätt som tidigare så blir detta utfallet.

Frågan om antal **vårdplatser** på sjukhus omfattas inte av denna rapport. Rapporten innehåller prognoser på framtida vårdkonsumtion som uttrycks i vårdtillfällen eller läkarbesök. Det ska inte likställas med vårdbehov, dvs det kan finnas begränsande faktorer som påverkar vårdkonsumtionen så som tillgång till personal eller resurser.

Trots det har denna rapport för målgruppen äldre, även sökt uppskatta det behov som inte tillgodosetts inom slutenvården (uppskjuten vård) och sedan genomfört prognos för hur ej tillgodosedda behov förväntas utvecklas till 2030.

Socialstyrelsens riktvärden för vårdplatser

Socialstyrelsen har under våren publicerat riktvärden på kort och medellång sikt (5 år) för antal slutenvårdsplatser. I sina riktvärden har de räknat med att man ska klara en kris. Exempelvis inte ha en belägningsgrad på över 80 procent i normalfall och att det inte ska finnas några överbeläggningar eller utlokaliseringar. Vårdplatsbehovet ökar också om man exempelvis har långa väntetider på akuten.

De har precis som i denna rapport också tagit hänsyn till väntande till planerad slutenvård. De har dock inte tagit hänsyn till trend över tid vilket gör att de inte fångar exempelvis poliklinisering, dvs utveckling mot mer öppna vårdformer.^{K1} Det är också en avsevärd skillnad mellan att prognostisera ett förväntat utfall och att ange ett önskat läge. Det kortsiktiga riktvärdet för Uppsalas del är att slutenvårdsplatserna bör öka med 26 procent inom ett år.

Om målgruppen äldre

I detta avsnitt presenteras fakta om målgruppen äldre i länet som omfattas av denna rapport. Det handlar om den förväntade befolkningsutvecklingen av de äldre och hur den står i relation till andra åldersgrupper.

Förväntad befolkningsutveckling och de äldres andel

I tabellen nedan visas den förväntade befolkningsutvecklingen fram till 2030 uppdelat på ålder. Den är baserad på SCB:s officiella statistik och på totalen förväntas befolkningen öka med 6 procent.

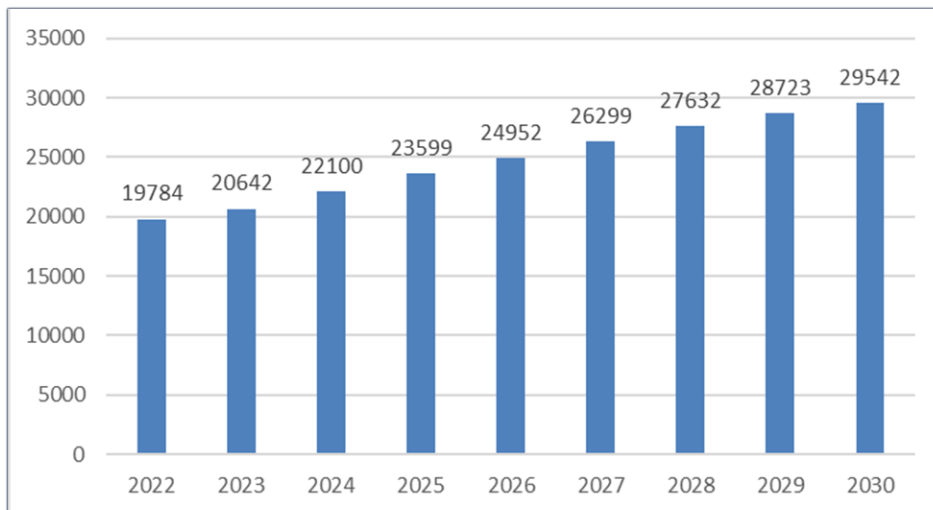
Tabell 1. Antal i befolkningen i Uppsala län uppdelat på ålder 2022 och 2030

Åldersgrupp	Antal 2022	Antal 2030	Förändring
0-4 år	21 435	22 602	5 %
5-19 år	70 803	72 535	2 %
20-64 år	232 139	241 129	4 %
65-79 år	55 909	56 289	1 %
80+	19 784	29 542	49 %
Totalt	400 070	422 097	6 %

Källa: SCB (Befolkningsframskrivning folkmängd efter region).

Det är tydligt att den grupp som har den största procentuella förändringen är de som är 80 år eller äldre. De förväntas öka med 49 procent till 2030. I diagram 1 visas utvecklingen fram till 2030.

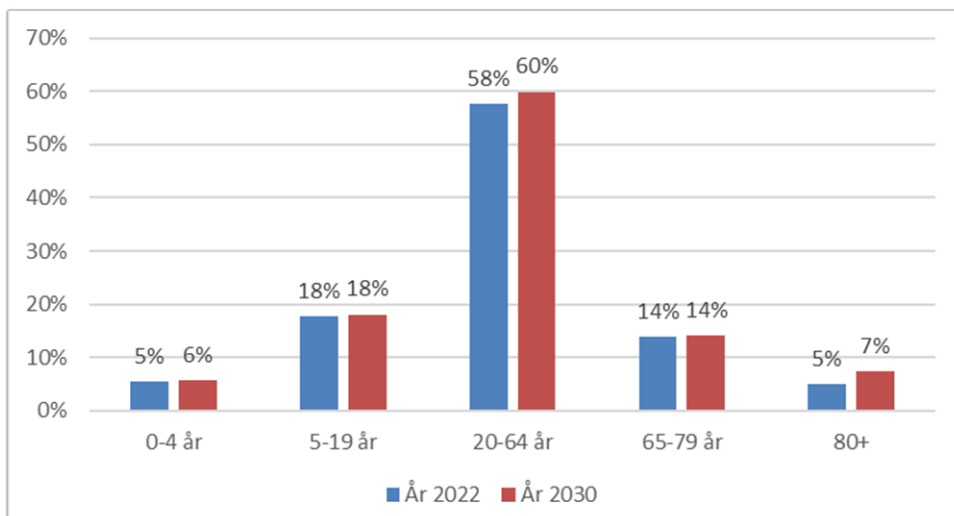
Diagram 1. Utveckling av antal 80 och äldre 2022–2030



Källa: SCB (Befolkningsframskrivning folkmängd efter region).

Som kan ses i ovan diagram är det en relativt linjär ökning av de äldre fram till 2030. I nästa diagram visas hur den procentuella åldersfördelningen i länet förändras till 2030 i jämförelse med 2022.

Diagram 2. Procentuell åldersfördelning i befolkningen i Uppsala län 2022 och 2030



Källa: SCB (Befolkningsframskrivning folkmängd efter region).

Det är alltså tydligt att även om de som är 80 och äldre kommer att öka sin andel av befolkningen från 5–7 procent, så är det fortfarande gruppen 20–64 som utgör den största andelen av befolkningen, på cirka 60 procent år 2030.

Förväntad vårdkonsumtion och de äldres andel

I detta avsnitt presenteras den förväntade vårdkonsumtionen för de äldre. För att kunna sätta det i relation till helheten visas även en vårdkonsumtionsprognos för samtliga åldersgrupper. En tabell är även framtagen som visar vilka verksamhetsområden inom den slutna specialiserade vården som borde få störst påverkan av att de äldre blir fler. Avsnittet inleds med en genomgång av prognosmetoden.

Metod för prognos

Som utgångspunkt för beräkning av framtida vårdkonsumtion har vi utgått från trender i faktisk vårdkonsumtion av slutenvård [K2](#), specialiserad öppenvård och primärvård från år 2016 till år 2022. Sambandet mellan ökning i befolkningsstorlek och vårdkonsumtion är inte linjärt - exempelvis bidrar vårdutvecklingen till en kontinuerlig minskning av proportionen av slutenvård och specialiserad öppenvård.

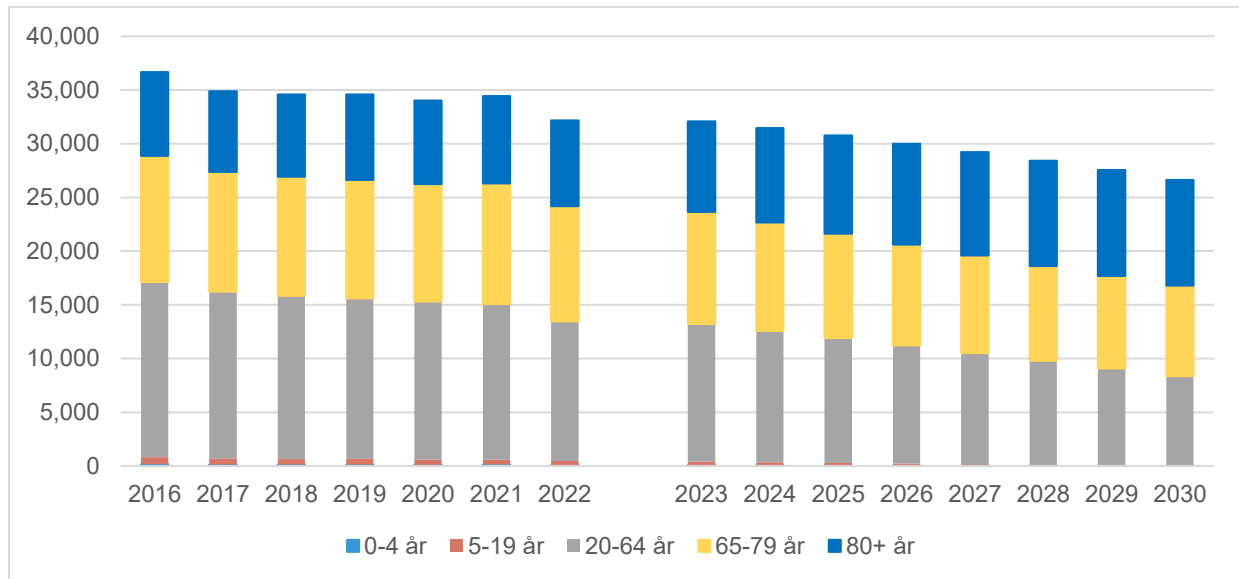
Vi beräknade vårdkonsumtion per person för varje år från 2016 till 2022 baserad på befolkningsstorlek och vårdkonsumtionsstatistik. Sedan utförde vi trendanalys med hjälp av en statistisk regressionsanalys. [K3](#) På så sätt skattade vi framtida konsumtion per person som sedan multiplicerades med befolkningsstorlek enligt SCB – prognos för respektive åldersgrupp.

I analysen har separata beräkningar gjorts för män och kvinnor i åldersgrupper 0–4, 5–19, 20–64, 65–69 och 80+. Därefter har konsumtionsprognoser summerats för att få slutgiltiga siffror för hela Region Uppsala.

Det verkar ske en förflyttning från slutenvård till dagsjukvård [K4](#)

Som kan iakttas i diagram 3 nedan förväntas antal slutenvårdstillfällen för hela befolkningen att fortsatt minska. Det kan finnas flera anledningar till minskningen, men en förmodan är att mycket av det som tidigare gjorts i slutenvård nu görs i dagvård [K5](#). I nästa diagram 4, kan vi nämligen se stor förväntad ökning av dagvårdstillfällen.

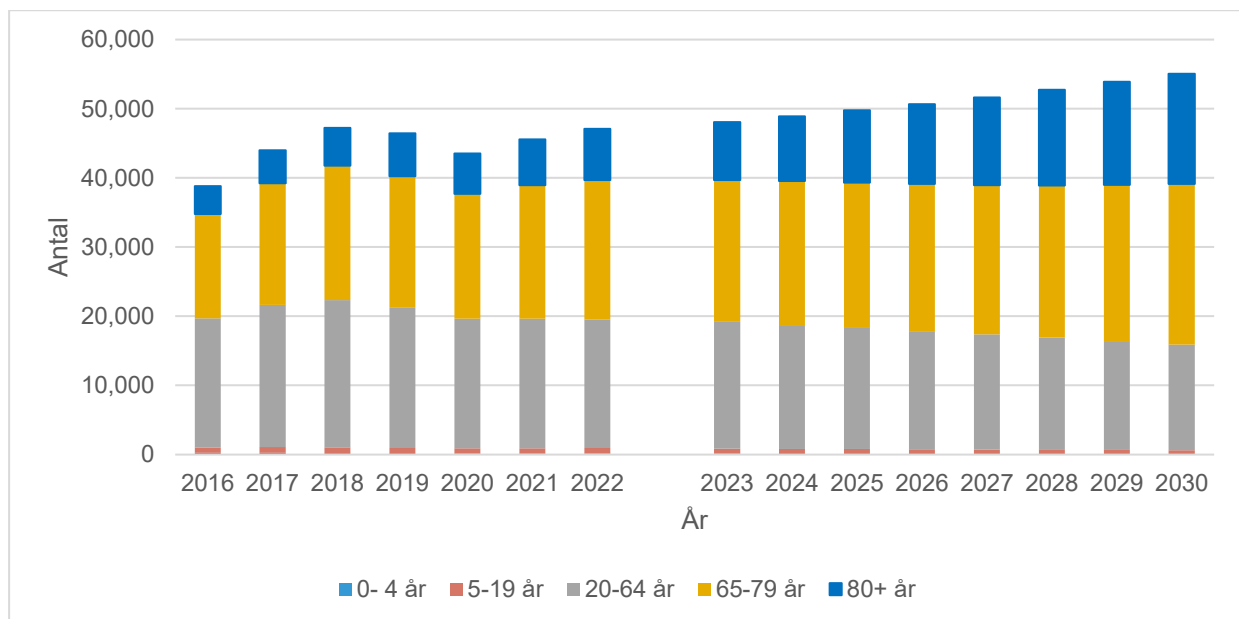
Diagram 3. Förväntat antal slutenvårdstillfällen per åldersgrupp till 2030



Källa: Region Uppsala (verksamhetsdata) och SCB (befolkningsframskrivning - folkmängd efter region).

I diagrammet ovan visas den prognostiserade utvecklingen av slutenvård uppdelat på åldersgrupp. I nästa diagram 4 nedan visas den förväntade utvecklingen av dagvård.

Diagram 4. Förväntat antal dagvårdstillfällen inom specialiserad somatisk sjukvård fram till 2030



Källa: Region Uppsala (verksamhetsdata) och SCB (befolkningsframskrivning - folkmängd efter region).

Som kan utläsas ovan ökar dagvård totalt för samtliga åldersgrupper. Endast för åldersgruppen 20–64 år förväntas den minska till 2030.

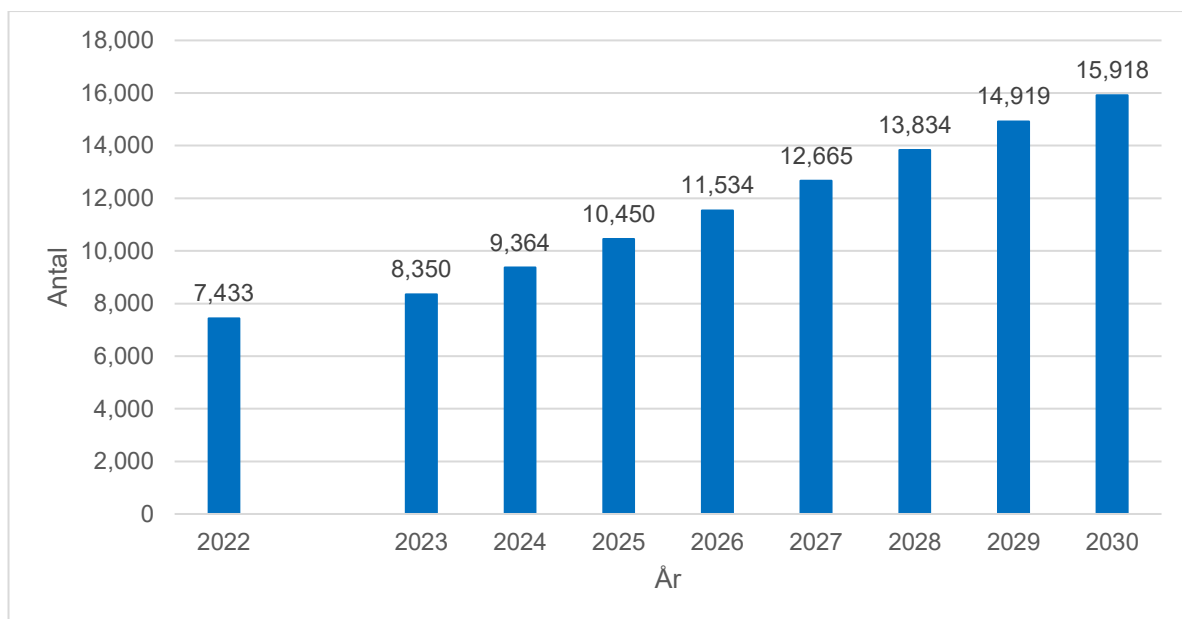
Att vårdtillfällen i slutenvård i allt större utsträckning genomförs som dagvård är en sannolik förklaring till utvecklingen vi kan se i diagram 3 och 4, dvs, det är delvis ett

resultat av medicinteknisk utveckling. Ett exempel på detta är många cancerbehandlingar som numera kan utföras i öppenvård. Det kan också ha att göra med att bristen på personal och/eller resurser gör att färre vårdplatser kan hållas öppna.

För de äldre förväntas slutenvård öka med cirka 20 procent och dagvård med cirka 100 procent till 2030

I detta avsnitt presenteras hur den ökande andelen äldre förväntas påverka sjukhusvården. I diagram 5 och 6 nedan presenteras den förväntade utveckling av dagvård och slutenvård. I tabell 2 presenteras också de verksamheter på sjukhuset som kommer påverkas mest av utvecklingen.

Diagram 5. Förväntat antal dagvårdstillfällen för 80 år och äldre till 2030

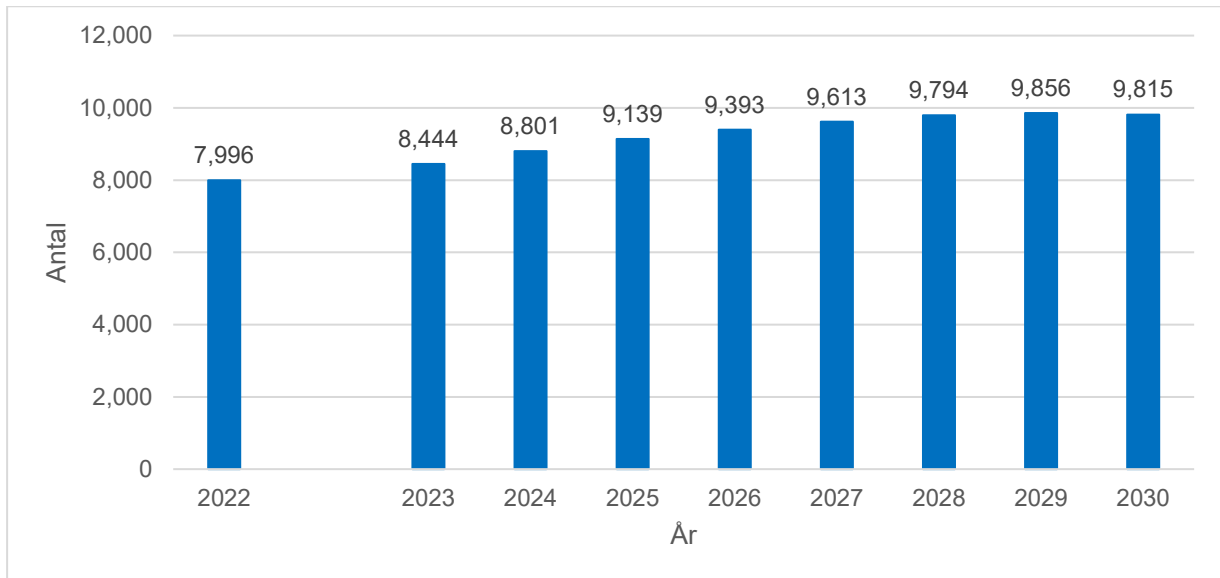


Källa: Region Uppsala (verksamhetsdata) och SCB (befolkningsframskrivning - folkmängd efter region).

Gemensamt för utvecklingen av slutenvård och dagvård är att de förväntas öka, men även här ses en större ökning av dagvård som förväntas öka med hela 100 procent till 2030.

I diagram 6 nedan presenteras förväntad utveckling av slutenvård utbruten för målgruppen äldre (80+).

Diagram 6. Förväntat **antal** slutenvårdstillfällen för 80 år och äldre till 2030

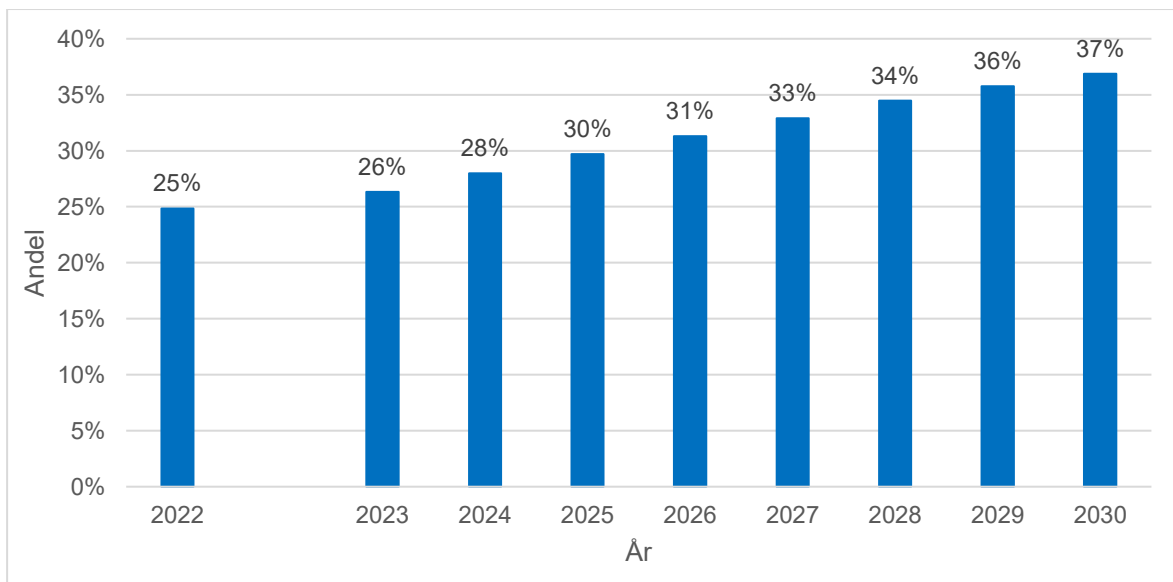


Källa: Region Uppsala (verksamhetsdata) och SCB (befolkningsframskrivning - folkmängd efter region).

Diagrammet visar att förväntat antal vårdtillfällen för 80 år och äldre förväntas öka till 9 815 år 2030, som kan jämföras med 7 966 år 2022, dvs. en ökning med 20 procent.

Det innebär även att de utgör en högre **andel** av de totala slutenvårdstillfällena som presenteras i diagram 7 nedan.

Diagram 7. Förväntad **andel** slutenvårdstillfällen för 80 år och äldre till 2030



Källa: Region Uppsala (verksamhetsdata) och SCB (befolkningsframskrivning - folkmängd efter region).

I diagrammet ovan visas att de äldre går från att konsumera 25 procent av det totala antalet slutenvårdstillfällen år 2022, till att konsumera 37 procent år 2030.

I nästa tabell visas de verksamheter inom slutenvården som producerar en hög andel vård åt åldersgruppen äldre år 2021. Tabellen visar totalt antal vårdtillfällen och hur stor andel som konsumeras av målgruppen 80+.

Tabell 2. Antal vårdtillfällen inom slutenvårdsverksamheter samt andel av vårdtillfällen som konsumeras av äldre patienter (80+), år 2021

Verksamhets- område	Totalt antal vårdtillfällen	Varav antal vårdtillfällen som konsumeras av 80+	Andel vårdtillfällen, per verksamhets- område, som konsumeras av 80+	Andel av det totala antalet vårdtillfällen för 80+
Internmedicin	3307	1459	44 %	19 %
Ortopedi trauma	1571	625	40 %	8 %
Hjärtsjuk- domar	2508	561	22 %	7 %
Infektionssjuk domar	1584	561	35 %	7 %
Kirurgi akut	2454	510	21 %	6 %
Geriatriken i Uppsala	514	362	70 %	5 %
Strokevård	1069	350	33 %	4 %
Urologi	1123	238	21 %	3 %
Neurokirurgi	1094	233	21 %	3 %
Allmän internmedicin Enköping	757	227	30 %	3 %
Onkologi	1214	222	18 %	3 %
Kardiologi Enköping	497	213	43 %	3 %
Thoraxkirurgi och -anestesi	1376	202	15 %	3 %

Verksamhets- område	Totalt antal vårdtillfällen	Varav antal vårdtillfällen som konsumeras av 80+	Andel vårdtillfällen, per verksamhets- område, som konsumeras av 80+	Andel av det totala antalet vårdtillfällen för 80+
Ortopedi Enköping	1035	168	16 %	2 %
Kärl	504	165	33 %	2 %
Infektions- sjukdomar Enköping	384	161	42 %	2 %
Neurologi	1094	142	13 %	2 %
Lung- och allergisjuk- domar	545	116	21 %	1 %

Källa: Verksamhetsdata Region Uppsala

Av det totala antalet vårdtillfällen som konsumerats av åldersgruppen 80+ var 19 % av dessa inom internmedicin och 8 % inom ortopedi trauma.

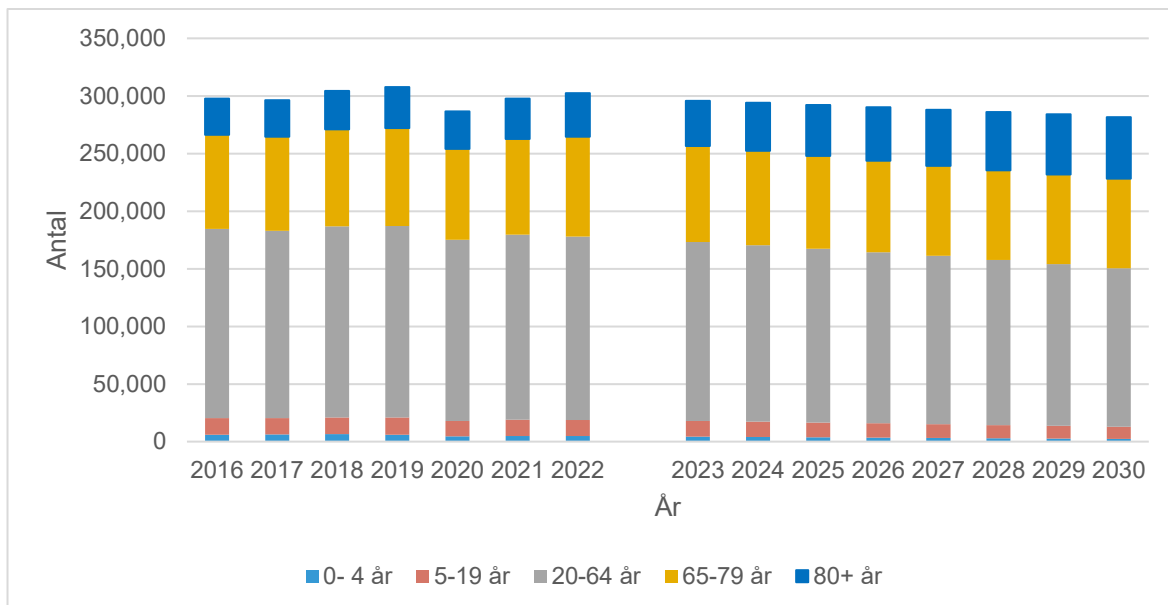
De verksamheter som har en stor andel äldre inom sin patientgrupp är till exempel geriatriken (70 %), internmedicin (44 %) kardiologi Enköping (43 %), infektionssjukdomar Enköping (42 %) samt ortopedi trauma (40 %). Dessa verksamheter kan antas påverkas i högre grad, av att antalet äldre förväntas bli fler. Vårdkonsumtionen inom dessa verksamheter borde alltså öka, till skillnad från slutenvården som på totalen förväntas minska.

Läkarbesök inom öppen specialiserad vård förväntas minska marginellt men ökar för de äldre

Öppen specialiserad vård avser främst läkarbesök och dagvårdstillfällen på sjukhus. Läkarbesök kan exempelvis handla om uppföljningar, kontroller eller utredningsåtgärder. Dagvård handlar om sjukvård som kan utföras utan att patienten läggs in över natten.

I diagram 8 nedan presenteras utvecklingen av läkarbesök inom den specialiserade somatiska sjukvården för samtliga åldersgrupper. I nästa diagram 9, presenteras samma information endast för de som är 80 år eller äldre.

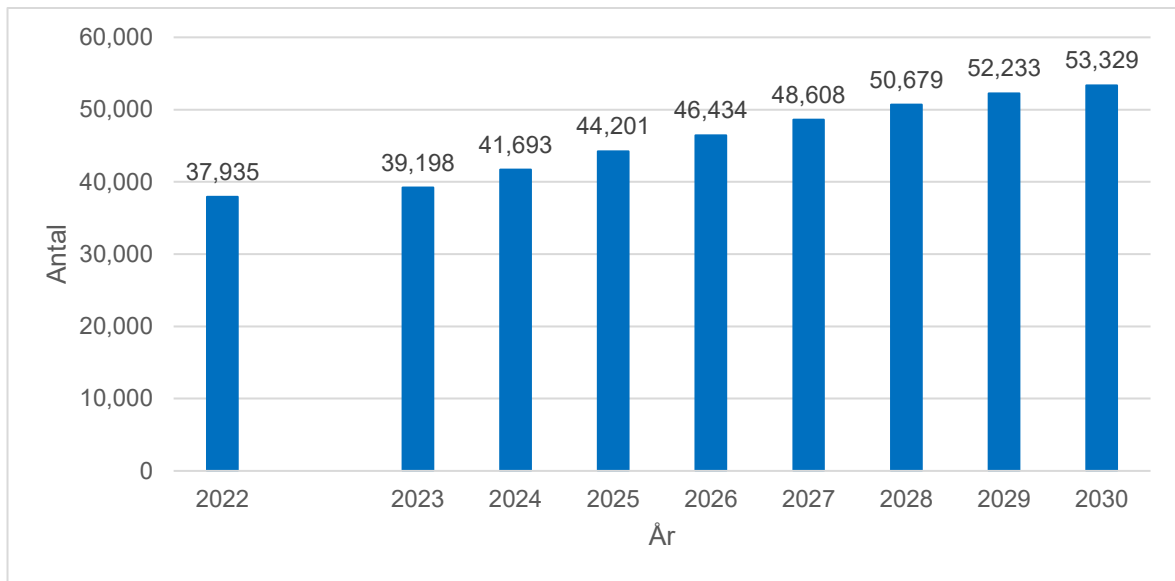
Diagram 8. Förväntat antal läkarbesök inom specialiserad somatisk sjukvård fram till 2030, samtliga åldersgrupper



Källa: Region Uppsala (verksamhetsdata) och SCB (befolkningsframskrivning - folkmängd efter region).

Diagrammet ovan visar att läkarbesöken inom sluten specialiserad vård förväntas vara konstant eller minska något. Men om man bryter ut de äldres andel så visas en ökning under samma tidsperiod.

Diagram 9. Förväntat antal läkarbesök inom specialiserad somatisk sjukvård för 80 år och äldre



Källa: Region Uppsala (verksamhetsdata) och SCB (befolkningsframskrivning - folkmängd efter region).

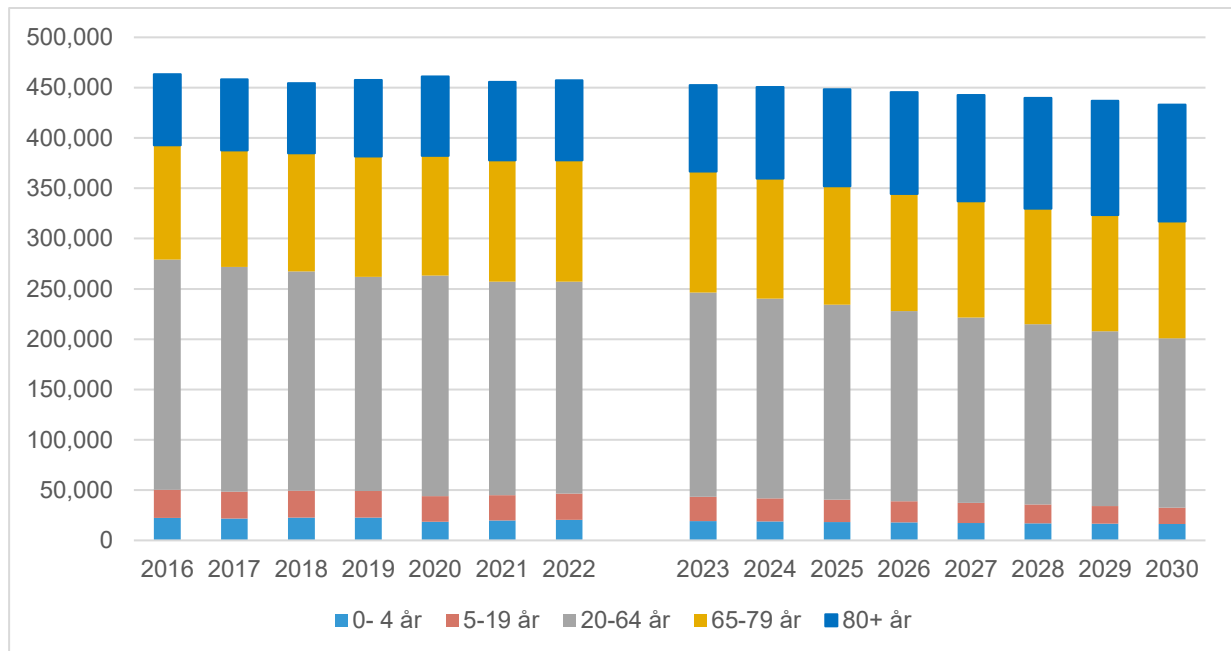
I diagram 8 ovan kan utläsas att antalet läkarbesök inom specialiserad slutenvård förväntas öka från cirka 38 000 per år 2022, till cirka 53 300 per år (40 %) 2030.

Konsumtion av läkarbesök inom primärvård minskar marginellt men ökar för de äldre

Primärvården består av mycket mer än läkarbesök på vårdcentraler, inte minst inom den kommunala primärvården. Framöver förväntar vi oss också en fortsatt utveckling av vårdutbud och nya arbetssätt där flera andra yrkesprofessioner också ger vård. Därför kan en prognos över läkarbesökens förväntade utveckling endast ses som en **indikator** på utvecklingen av den totala vårdkonsumtionen inom primärvården.

Den förändrade demografin gör att konsumtion av läkarbesök inom primärvård minskar mest för åldersgruppen 20–64 vilket kan utläsas i diagram 10 nedan.

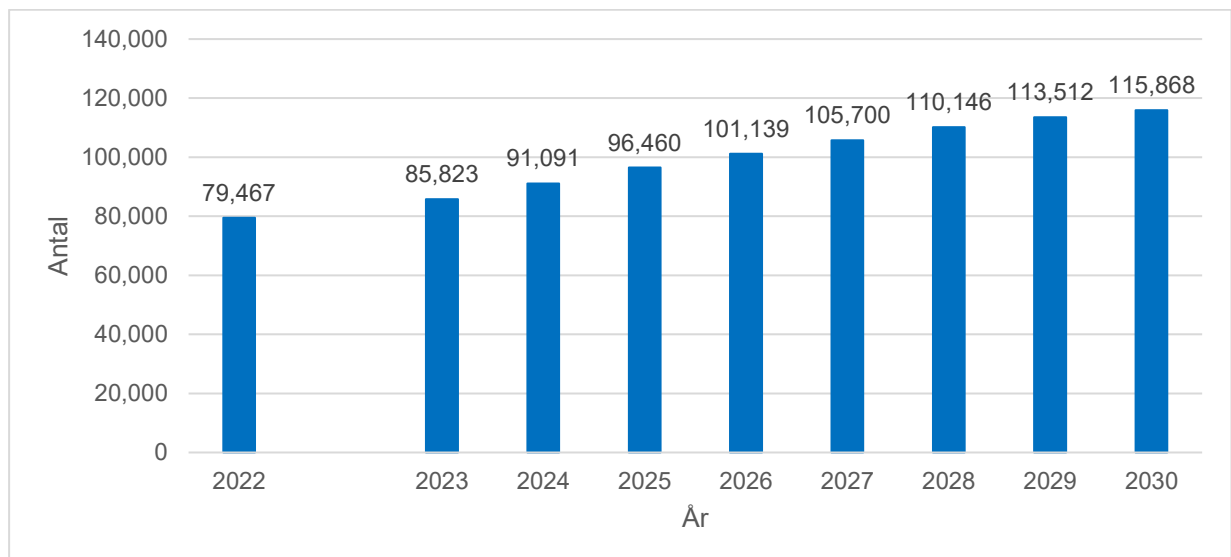
Diagram 10. Förväntat antal läkarbesök inom primärvården per åldersgrupp fram till 2030



Källa: Region Uppsala (verksamhetsdata) och SCB (befolkningsframskrivning - folkmängd efter region).

För åldersgruppen 65–79 år är konsumtionen relativt konstant medan den ökar för gruppen 80 år och äldre. Detta syns tydligt i diagram 11 nedan där endast de äldres förväntade konsumtion visas.

Diagram 11. Förväntat antal läkarbesök inom primärvården för 80 och äldre



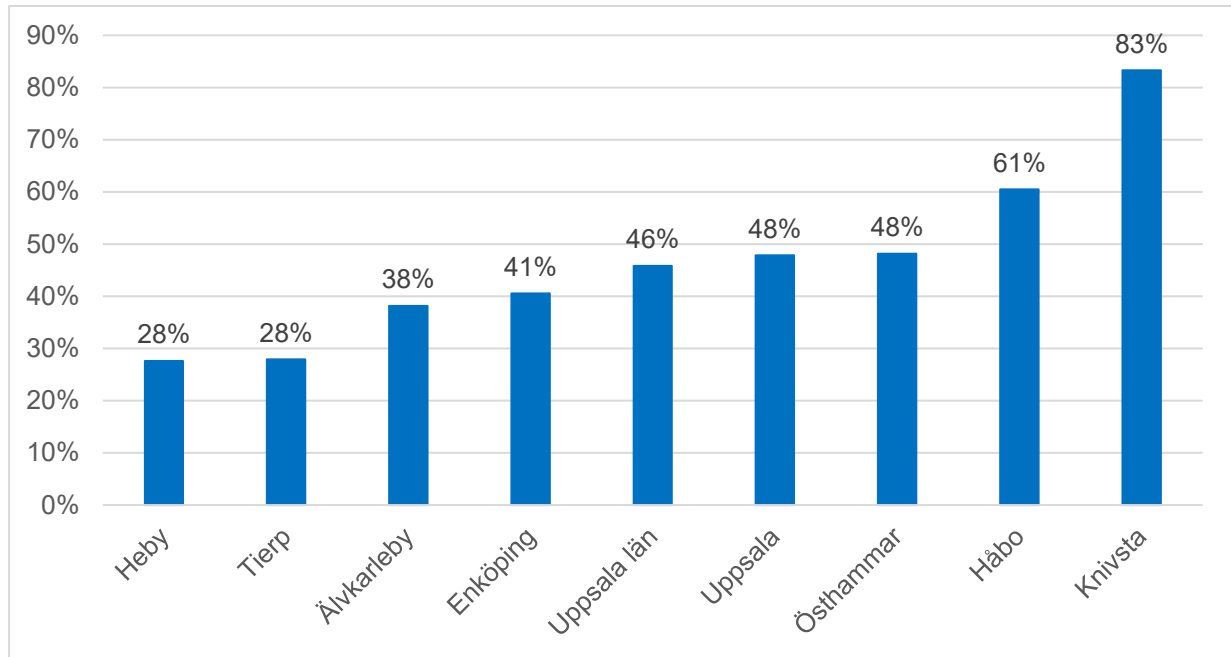
Källa: Region Uppsala (verksamhetsdata) och SCB (befolkningsframskrivning - folkmängd efter region).

I jämförelse med 2022 ökar de äldres konsumtion av läkarbesök från cirka 79 000 per år till cirka 116 000 per år, till 2030. Det är en nästan 50 procentig ökning av läkarbesök inom primärvården för målgruppen äldre.

Geografiska skillnader i vårdkonsumtion

Så som tidigare konstaterat så förväntas de äldres konsumtion av läkarbesök i primärvården att öka med nära 50 % mellan år 2022 och 2030. I figuren nedan presenteras hur stor den andelsmässiga ökningen förväntas vara, i respektive kommun.

Diagram 12. Förväntad andelsmässig ökning av antal läkarbesök inom primärvården för 80 och äldre, uppdelat per kommun, mellan år 2022 och 2030



Källa: Region Uppsala (verksamhetsdata) och SCB (befolkningsframskrivning - folkmängd efter region).

Knivsta och Håbo kommun förväntas ha den största förändringen. Där beräknas den andelsmässiga ökningen av konsumtion av läkarbesök inom primärvård för de äldre vara betydligt högre än genomsnittet i länet på 46 %. Förändringen beror på demografiska förändringar i Håbo och Knivsta där åldersgruppen 80+, kommer att utgöra en allt högre andel av befolkningen.

Östhammar kommun, Uppsala kommun och Enköpings kommun, beräknas ha liknande ökning av läkarbesök så som snittet i länet. I Älvkarleby beräknas ökningen bli något lägre, och i Heby samt Tierp beräknas ökningen av läkarbesök inom primärvård bli betydligt lägre än genomsnittet i länet.

Förväntad kostnadsutveckling för äldre inom somatisk slutenvård

Mer än hälften av kostnaderna inom hälso- och sjukvård faller under somatisk slutenvård och därför har detta avsnitt avgränsats till att estimeras kostnadsutvecklingen inom det området [K6](#). Utöver förändringen i vårdkonsumtion, som presenterades i föregående avsnitt, väntas även vårdtyngd och den medicintekniska utvecklingen påverka kostnadsutvecklingen för hälso- och sjukvården.

Metod för kostnadsprognos

Kostnadsutvecklingen för den somatiska slutenvården har beräknats genom indikatorn kronor per kontakt (motsvarande vårdtillfälle) från KPP-databasen (SKR) för åldersgruppen 85+ [K7](#).

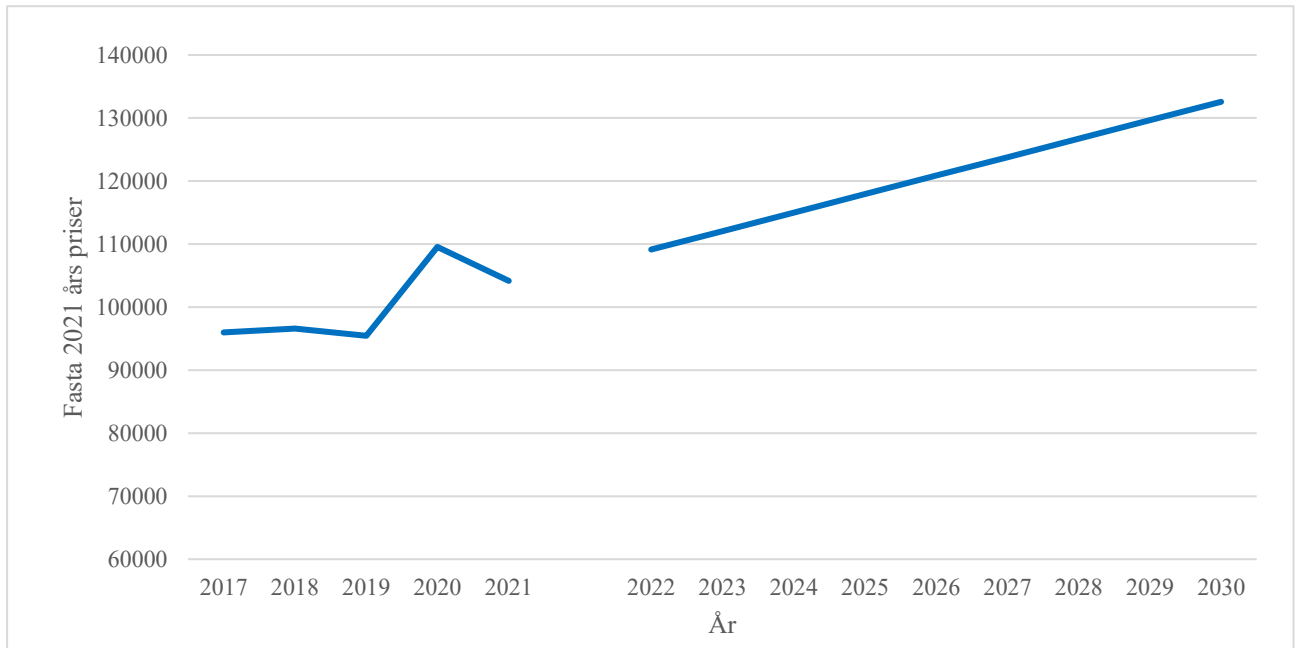
Kostnadsutveckling kan mätas i löpande och fasta priser, i det senare har kostnaderna rensats för den allmänna prisökningen (inflationen) i syfte att mäta faktisk kostnadsutveckling. I detta avsnitt har samtliga priser justerats till fasta priser i syfte att mäta om det kommer att krävas mer ekonomiska resurser för varje vårdtillfälle, över tid. Prisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner (LPIK, SKR) har använts som inflationsmått för att justera kostnaderna till fasta priser. Kostnadsutvecklingen för år 2017–2021 är faktiska värden, medan kostnadsutvecklingen för år 2022–2030 är en framskrivning av trenden för år 2017–2021.

Framskrivna kostnadsutveckling per vårdtillfälle multiplicerats med prognosen över antalet slutenvårdstillfällen för äldre (diagram 6).

Högre kostnad per vårdtillfälle för de äldre

Nedan visas en framskrivning av kostnadsutvecklingen för den specialiserade somatiska slutenvården för åldersgruppen 85 år och äldre fram till år 2030. [K8](#) Så som tidigare angetts är kostnaderna justerade till fasta priser.

Diagram 13. Framskrivning av kostnadsutvecklingen inom somatisk slutenvård för 85 år och äldre i fasta 2021-års priser



Källa: SKR (KPP-databasen och LPIK). År 2017–2021 är faktiska värden, år 2022–2030 är prognostiserade värden.

Det är tydligt att genomsnittskostnaden per vårdtillfälle för de äldre, väntas öka i relativt hög grad. Kostnaden per vårdtillfälle inom somatisk slutenvård beräknas öka från 104 150 kronor år 2021, till 132 568 kronor år 2030. Det motsvarar en ökning om 21 %.

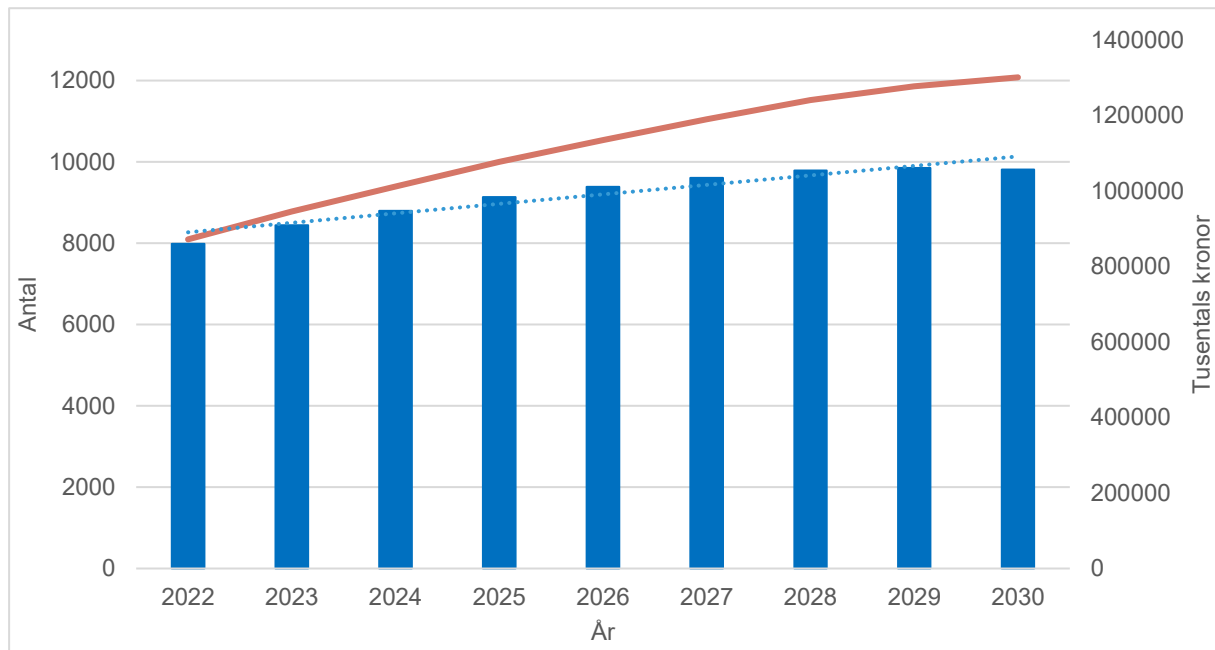
Genom att värdena har justerats för den allmänna prisökningen (inflationen), är en möjlig tolkning att den somatiska slutenvården i genomsnitt kommer att behandla mer komplicerade fall och att varje enskilt vårdtillfälle således kommer vara mer resurskrävande med exempelvis längre medelvårdtider.

Beräknad ökning om 49 procent i ekonomisk resursåtgång för specialiserad somatisk slutenvård till år 2030

I diagram 14 har prognosen över antalet slutenvårdstillfällen multiplicerats med framskrivna kostnadsutveckling i fasta priser.

De blå staplarna visar antalet slutenvårdstillfällen inom specialiserad somatisk slutenvård för åldersgruppen 80+, på samma sätt som i diagram 3. Den orangea grafen visar antalet vårdtillfällen multiplicerat med den beräknade kostnaden i fasta priser, och tar således hänsyn till att varje vårdtillfälle i genomsnitt beräknas kräva mer ekonomiska resurser.

Diagram 14. Framskrivning av antal vårdtillfällen med hänsyn till kostnadsutveckling, Specialiserad somatisk slutenvård, 80 år och äldre



Källa: SKR (KPP-databasen och LPIK), Region Uppsala (verksamhetsdata), SCB (Befolkningsframskrivning efter region).

År 2030 beräknas åldersgruppen 80+ konsumera 23 % fler vårdtillfällen inom specialiserad somatisk slutenvård. Under samma tidsperiod beräknas varje enskilt vårdtillfälle i fasta priser öka med 21 %.

Som visas i diagrammet är det tydligt att ökningen i beräknad resursåtgång blir högre än enbart ökningen i vårdkonsumtion, om vi även tar hänsyn till förväntad kostnadsökning per vårdtillfälle. Den totala förväntade kostnadsökningen inom specialiserad somatisk slutenvård för åldersgruppen 80+ beräknas till 49 % år 2030.

Detta har beräknats genom att ta hänsyn till ökningen i antalet vårdtillfällen samt att varje vårdtillfälle beräknas kräva mer ekonomiska resurser. Det är av vikt att beakta båda dessa parametrar vid prognos av kostnader.

Väntande äldre i den specialiserade vården

De senaste åren har antalet som väntar på vård successivt ökat. En av orsakerna benämns vara svårigheter att rekrytera personal med rätt kompetens. I detta avsnitt presenteras det aktuella läget av väntande till beslutad vård inom operation/åtgärd för åldersgruppen 80+. Avsnittet innehåller också tre scenarier/räkneexempel på hur antalet väntande 80+ skulle kunna utvecklas de kommande två åren, beroende av hur mycket produktionen ökar eller hålls oförändrad.

Metod för att uppskatta väntande

Data över väntande som omvandlas till antal vårdtillfällen, har summerats för Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping. Data kommer från Region Uppsalas verksamhetsdata (väntetider i vården) över antal genomförda vårdtillfällen samt väntande till operation/åtgärd per månad inom specialiserad vård. Vårdtillfällen med medicinskt orsakad väntan ingår inte, däremot ingår vårdtillfällen med självald väntan.

Antalet väntande vårdtillfällen till operation/åtgärd har värderats i förhållande till det totala antalet väntande vårdtillfällen under föregående månad samt till antalet genomförda vårdtillfällen under samma månad. Utifrån det har inflödet av nya vårdtillfällen beräknats.

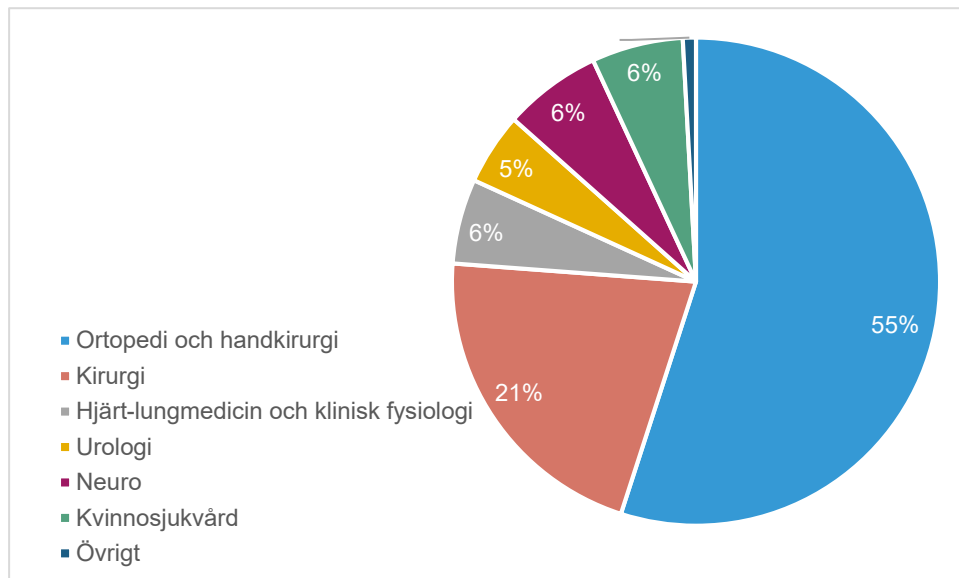
Det inflöde som har beräknats fram i detta kapitel motsvarar ett nettoinflöde, då det även finns ett okänt utflöde från väntelistorna varje månad. Rimligtvis är inflödet av nytillkomna vårdtillfällen något högre än det nettoinflöde som beräknats fram. Genom att relatera inflödet av nya vårdtillfällen, till antalet genomförda vårdtillfällen inom operation/åtgärd är det möjligt att beskriva hur antalet *väntande vårdtillfällen* förändras över tid.

De flesta 80+ väntar på operation eller åtgärd inom ortopedi och kirurgi

I februari 2023 väntar totalt 2 081 vårdtillfällen på operation eller åtgärd vid Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping. 231 av dessa vårdtillfällen utgörs av åldersgruppen 80+, vilket motsvarar 11 % av samtliga väntande vårdtillfällen. Åldersgruppen 80+ utgör alltså endast 5 % av befolkningen, men utgör 11 % av alla väntande vårdtillfällen.

I diagrammet nedan visas fördelningen per verksamhetsområde av antal väntande vårdtillfällen, för åldersgruppen 80+, till operation eller åtgärd. Värdena är summerade för Lasarettet i Enköping och Akademiska sjukhuset för februari månad 2023.

Diagram 15. Antal väntande (vårdtillfällen) till operation/åtgärd per verksamhetsområde, 80+, februari 2023, Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping



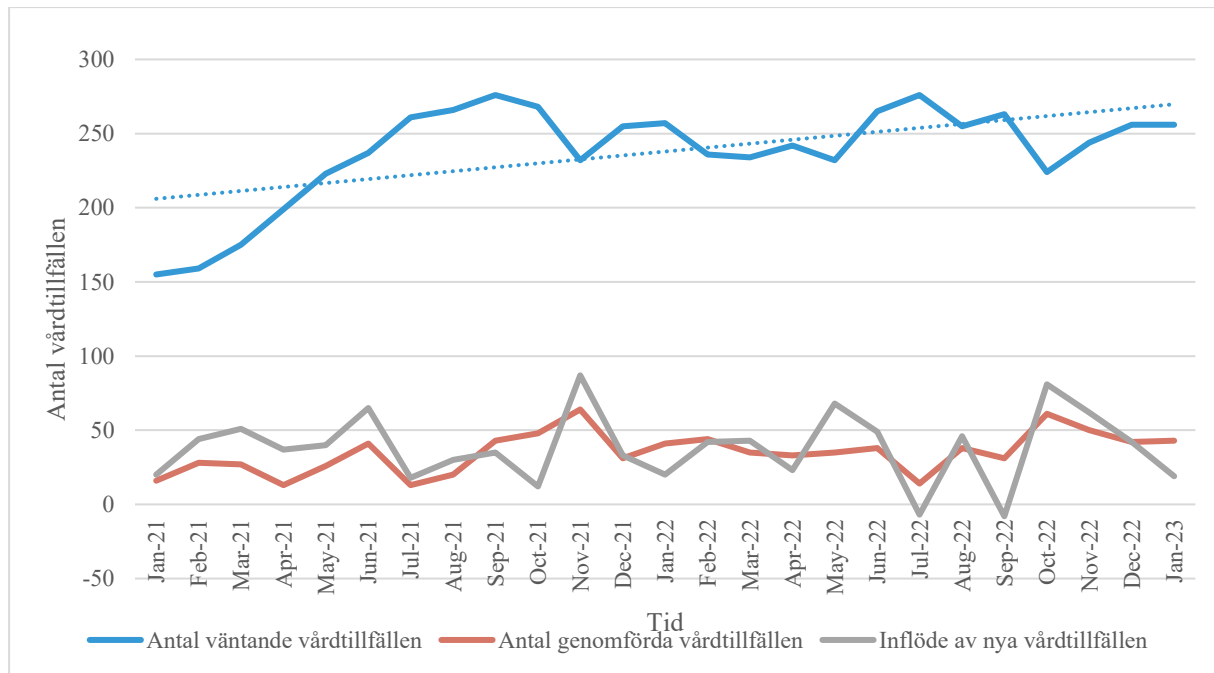
Källa: Region Uppsala (verksamhetsdata).

I februari 2023 väntar 231 vårdtillfällen i åldersgruppen 80+ på operation eller åtgärd vid Akademiska sjukhuset (179 vårdtillfällen) eller Lasarettet i Enköping (52 vårdtillfällen). Majoriteten av vårdtillfällen väntar på operation eller åtgärd inom verksamhetsområdena ortopedi eller kirurgi. 55 % av vårdtillfällen är väntande på operation eller åtgärd till ortopedi och handkirurgi och 21 % väntar till kirurgi.

Inflödet av väntande är högre än genomförda insatser

I diagrammet nedan visas det totala antalet väntande (vårdtillfällen) till operation och åtgärd vid Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping, för åldersgruppen 80 år och äldre. I samma figur visas antalet genomförda vårdtillfällen och inflödet av nya vårdtillfällen för månaderna januari 2021 till januari 2023.

Diagram 16. Antal genomförda vårdtillfällen och inflöde av nya vårdtillfällen, i relation till totalt antal väntande vårdtillfällen till operation/åtgärd, 80+, för Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping



Källa: Region Uppsala (verksamhetsdata).

Under tidsperioden januari 2021 till januari 2023 har det totala antalet väntande vårdtillfällen för åldersgruppen 80+ ökat. I januari 2021 väntade 155 vårdtillfällen och i januari 2023 väntade 256 vårdtillfällen. Det är en ökning med 101 vårdtillfällen och en genomsnittlig ökning per månad om 2,1 %.

Inflödet av nya vårdtillfällen och antalet genomförda vårdtillfällen från väntelistorna samvarierar i hög grad och tycks präglas av viss säsongsvariation. Det betyder alltså att under semesterperioder går både inflöde och produktion ner. Variationen i inflödet ser ut att vara högre, än variationen genomförda vårdtillfällen som är mer konstant över tid. Produktionen är alltså mer jämt planerad.

I genomsnitt genomförs 36 vårdtillfällen per månad av patienter 80+ från väntelistorna vid Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping. Samtidigt är inflödet av nya vårdtillfällen av samma åldersgrupp i genomsnitt 38 per månad. Inflödet är i genomsnitt två vårdtillfällen högre per månad, än genomsnittlig produktion. Produktionen är alltså i genomsnitt 6,1 % lägre än inflödet.

I februari 2023 väntar 232 vårdtillfällen av 80+ patienter på operation/åtgärd vid Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping. Det motsvarar 6,5 månaders produktion, givet att produktionen sker i samma takt som tidigare.

Framskrivning av antal väntande 80+ på operation/åtgärd – vad krävs för att korta köerna?

Detta avsnitt presenterar tre scenarier som visar på hur mycket produktionsökning som skulle krävas för att hålla köerna konstanta eller korta dem och vad som händer om allt fortsätter som tidigare.

Metod framskrivning

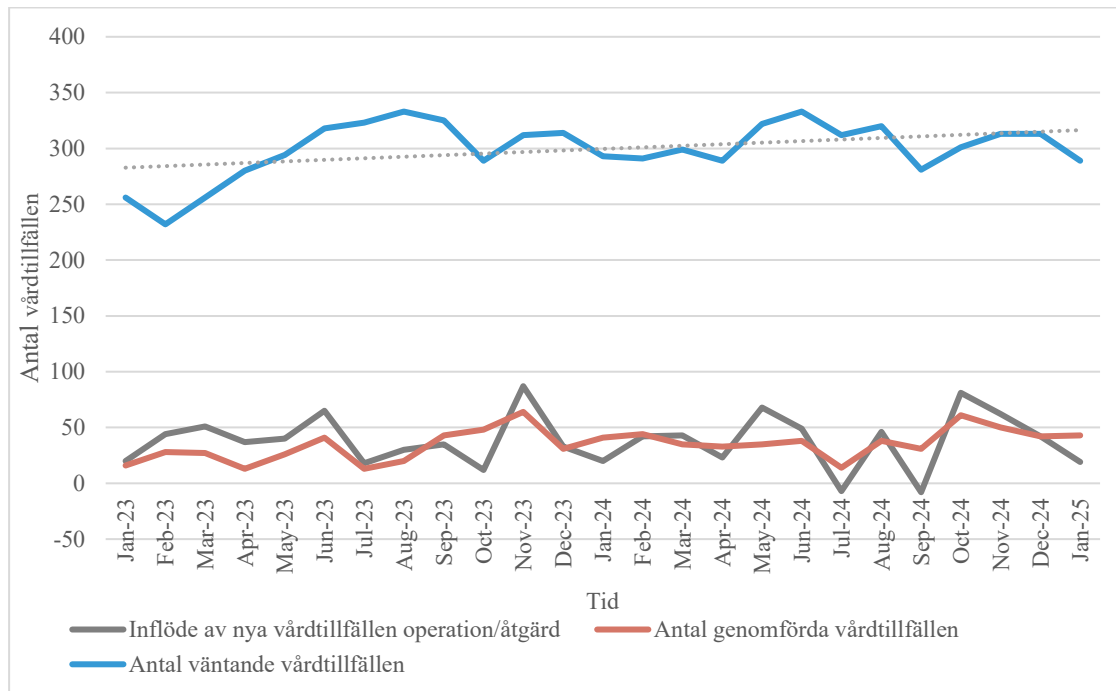
Inflödet av nya vårdtillfällen för perioden januari 2021 till januari 2023 ligger till grund för att beräkna efterfrågan på operation/behandling de kommande 24 månaderna. Inflödet av nya vårdtillfällen har fördelats på samma sätt över månaderna så som de fördelats över samma månader år 2021–2023. Beräkningarna tar inte hänsyn till eventuell demografisk förändring under samma tidsperiod.

I framskrivningarna nedan antas ingen förändring i **inflödet** av vårdtillfällen. Det är givetvis möjligt att i viss mån påverka inflödet av nya vårdtillfällen, exempelvis genom preventiva åtgärder för att i viss mån undvika att nya vårdtillfällen skapas.

Framskrivning 1: Om förhållandet mellan inflöde och produktion följer samma mönster beräknas antalet väntande öka med 12,9 % på 24 månader

I diagrammet nedan visas hur antalet väntande förändras från januari 2023 till januari 2025, givet att inflöde av nya vårdtillfällen och genomförda vårdtillfällen är detsamma som samma månader år 2021 till 2023, dvs. om vi fortsätter som vanligt.

Diagram 17. Framskrivning 1: Oförändrat antal operationer/åtgärder, Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping, 80+, januari 2023 till januari 2025



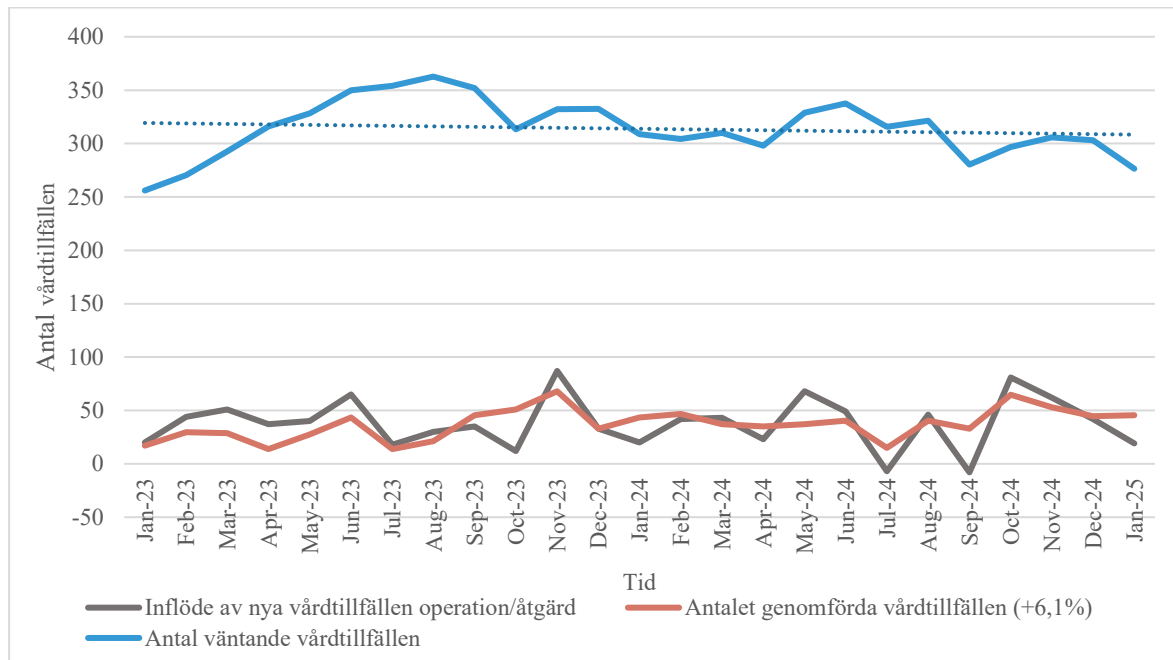
Källa: Region Uppsala (verksamhetsdata).

Om förhållandet mellan nya patienter och genomförda besök följer samma mönster som år 2021–2023 så beräknas antalet väntande vårdtillfällen till operation eller åtgärd öka från 256 (januari 2023) till 289 (januari 2025). Det motsvarar en ökning om 12,9 %.

Framskrivning 2: Om produktionen ökar med 6,1 % beräknas antalet väntande vårdtillfällen vara konstant

Så som tidigare angetts så är inflödet av nya vårdtillfällen i genomsnitt 6,1 % högre än antalet genomförda operationer/åtgärder. Nedan har en framskrivning gjorts som visar hur antalet väntande 80+ på operation/åtgärd förändras om produktionen av samma grupp ökar med 6,1 % per månad, för att matcha den genomsnittliga skillnaden mellan inflöde och produktion.

Diagram 18. Framskrivning 2: Produktionen av operationer/åtgärder ökar med 6,1 %, Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping, 80+, januari 2023-januari 2025



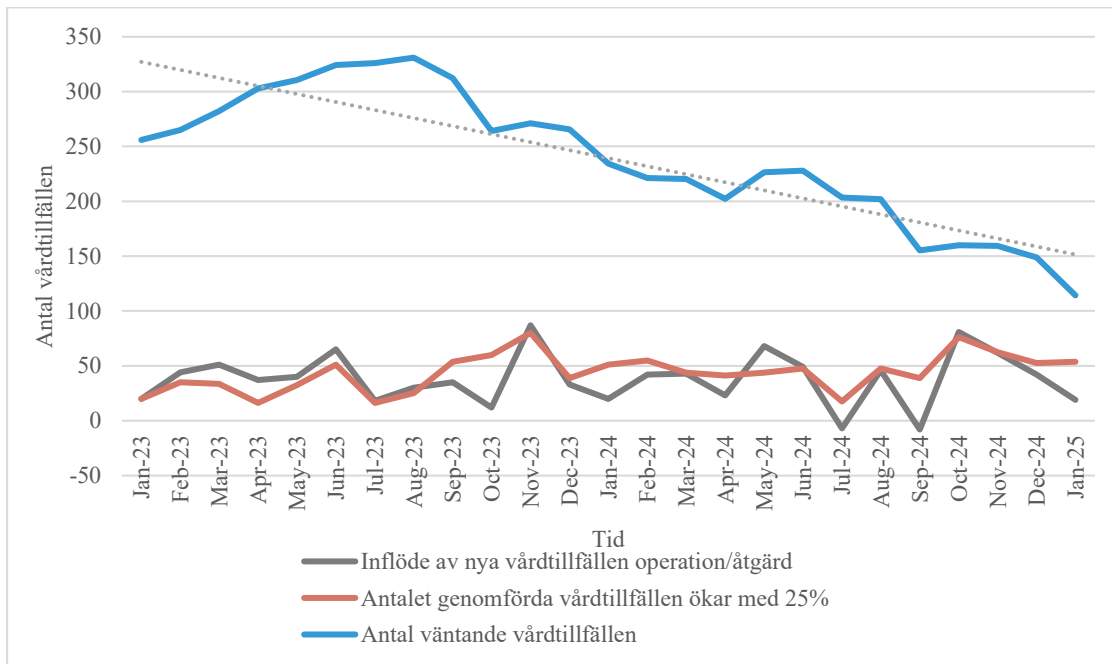
Källa: Region Uppsala (verksamhetsdata).

Om produktionen av vårdtillfällen ökar med 6,1 % per månad, så skulle antalet väntande kunna hållas på en konstant nivå under dessa 24 månader. Antalet väntande skulle minska marginellt från 256 väntande vårdtillfällen i januari år 2023 till 276 vårdtillfällen i januari år 2025.

Framskrivning 3: Möjligt att kraftigt minska antalet väntande 80+ till operation/åtgärd om produktionen ökar med 25 % under 24 månader

I diagrammet nedan så har en framskrivning gjorts över antalet väntande 80+ till operation eller åtgärd, givet att produktionen av genomförda vårdtillfällen för samma grupp ökar med 25 % per månad.

Diagram 19. Framskrivning 3: Produktionen av operationer/åtgärder ökar med 25 %, januari 2023-januari 2025



Källa: Region Uppsala (verksamhetsdata).

Om produktionen av operationer och åtgärder från väntelistorna ökar med 25 % per månad så beräknas antalet väntande minska från 256 till 114 under 24 månaders tid.

Trenden visar på en stegvis ökning, men är inte omöjlig att vända om en ökad produktion kan ske under en begränsad tid. Genom en produktionsökning på cirka 6 procent borde antalet väntande vårdtillfällen till operation/åtgärd, i åldersgruppen 80+, kunna hållas konstant över tid. Likaså skulle en drastisk minskning av antalet väntande ske om produktionen av vårdtillfällen skulle öka med 25 % under 24 månaders tid.

Givetvis är en produktionsökning inte möjlig att åstadkomma utan en god tillgång till vårdpersonal med rätt kompetens.

Skillnaden mellan slutenvårdsbehov och förväntad framtida konsumtion

I det tidigare avsnittet över förväntad vårdkonsumtion har prognoserna beräknats utifrån faktisk vårdkonsumtion över tid. I detta avsnitt undersöks om den vård som har konsumerats motsvarar den vård som har behövts. Detta görs genom att inkludera väntande till operation/behandling som ej utförts inom vårdgarantins gränser. Den vård som ej utförts inom vårdgarantin har adderats till en fiktiv produktionsmodell, av vad som borde ha utförts.

Metodbeskrivning tillägg av uppskjuten vård

Förväntad vårdkonsumtion har beräknats på samma sätt så som tidigare (diagram 3). Där per capita-konsumtion av slutenvårdstillfällen inom somatisk vård beräknats för åldersgruppen 80+, och därefter multiplicerats med befolkningsprognosen.

Till skillnad från tidigare avsnitt så har det för väntande (mätt i antalet vårdtillfällen) genererats ett fiktivt utförandedatum (kontaktdatum). Det datumet beräknas för väntande till operation/behandling som beslutsdatum adderat med 90 dagar. Detta motsvarar att Region Uppsala skulle ha klarat vårdgarantins gränser. För kontakter som ej stått på en väntelista används det faktiska kontaktdatumet.

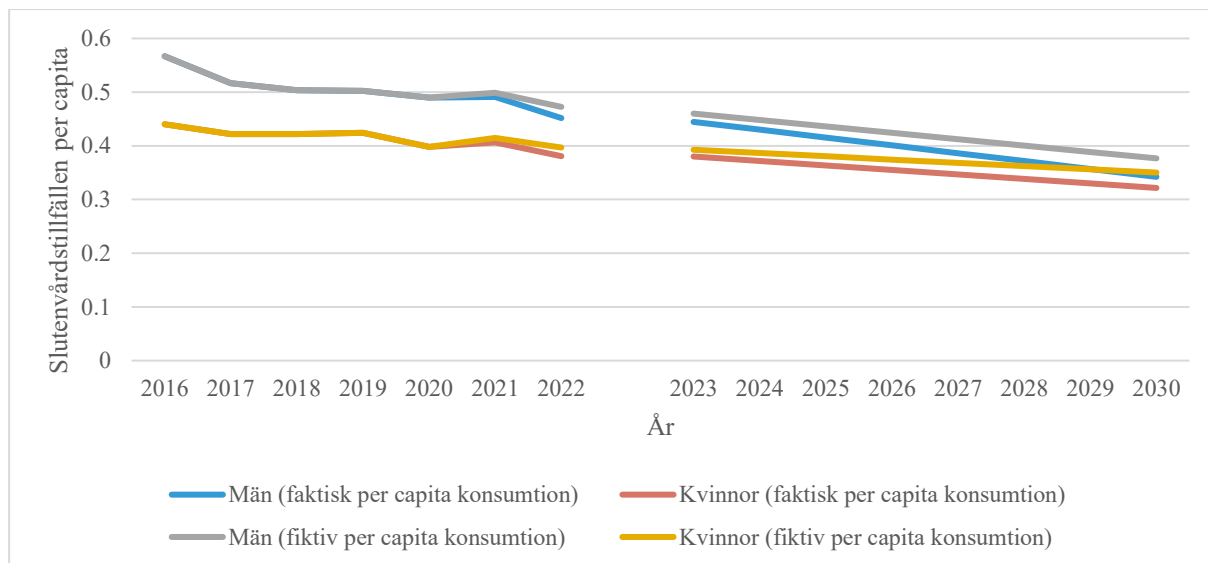
Detta är ett försök att estimerar den volym av vård som borde ha utförts för att klara vårdgarantin samt den vård som inte ingår i vårdgarantin som till exempel den akuta vården. En fiktiv produktion (adderad vårdskuld) har adderats för år 2021 och 2022. Utifrån denna volym av vård har en ny per capita-konsumtion beräknats, prognostiserats och sedan multiplicerats med befolkningsprognosen fram till år 2030. Utfallet jämförs med resultatet i tidigare avsnitt.

Data kommer dels från verksamhetsdata för utförda kontakter, dels från den data som rapporteras till SKR avseende väntetider.

Vårdkonsumtion per capita något högre om hänsyn tas till väntande vårdtillfällen utanför vårdgarantin

I diagrammet nedan visas per capita-konsumtion (per person) av slutenvårdstillfällen för åldersgruppen 80+. Den blå grafen visar den faktiska per capita-konsumtionen. Den orangea grafen visar den fiktiva per capita-konsumtionen där vårdtillfällen för år 2021 och 2022 som ej utförts inom vårdgarantin adderats till faktisk produktion.

Diagram 20. Förväntad vårdkonsumtion per capita i somatisk slutenvård 80+ inklusive uppskjuten vård, år 2016 till 2030



Källa: Region Uppsala (verksamhetsdata) och SCB (befolkningsframskrivning - folkmängd efter region).

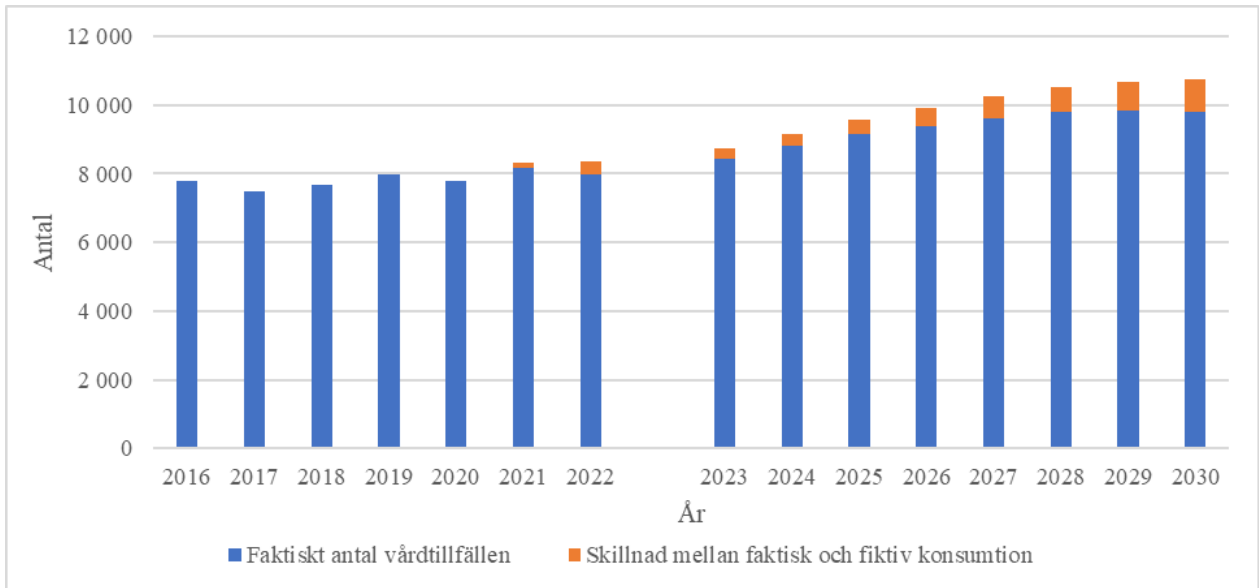
I diagrammet ovan är 2016–2022 faktiska värden och 2023–2030 de framskrivna värdena. Vårdkonsumtionen per capita blir högre när hänsyn tas till väntande vårdtillfällen, för samma åldersgrupp, som ej utförts inom vårdgarantin för år 2021 och 2022. Skillnaden mellan den faktiska vårdkonsumtionen och den fiktiva vårdkonsumtionen är 1,8 % år 2021 och 4,3 % år 2022. År 2030 är skillnaden mellan den faktiska och den fiktiva konsumtionen 9,4 %. Det betyder att gapet mellan behov av vård och utförd vård förväntas öka.

Vårdkonsumtionen för 80+ beräknas vara 9,4 % högre år 2030 om hänsyn tas till väntande vårdtillfällen

I diagrammet nedan visas den faktiska vårdkonsumtionen av somatisk slutenvård för åldersgruppen 80 år och äldre. De blåa staplarna är desamma som i diagram 6. De orangea delarna av staplarna motsvarar skillnaden mellan faktisk och fiktiv produktion av vård.

Dessa visar således den uppskjutna vården för år 2021 och 2022, samt dess påverkan på vårdkonsumtionen mellan år 2023 och 2030. Det vill säga de extra antalet vårdtillfällen som borde konsumeras om vi kunde tillgodose alla behov.

Diagram 21. Vårdkonsumtion i somatisk slutenvård med hänsyn till antal väntande vårdtillfällen (utanför vårdgarantin) till operation/åtgärd, 80+, Region Uppsala



Källa: Region Uppsala (verksamhetsdata) och SCB (befolkningsframskrivning - folkmängd efter region).

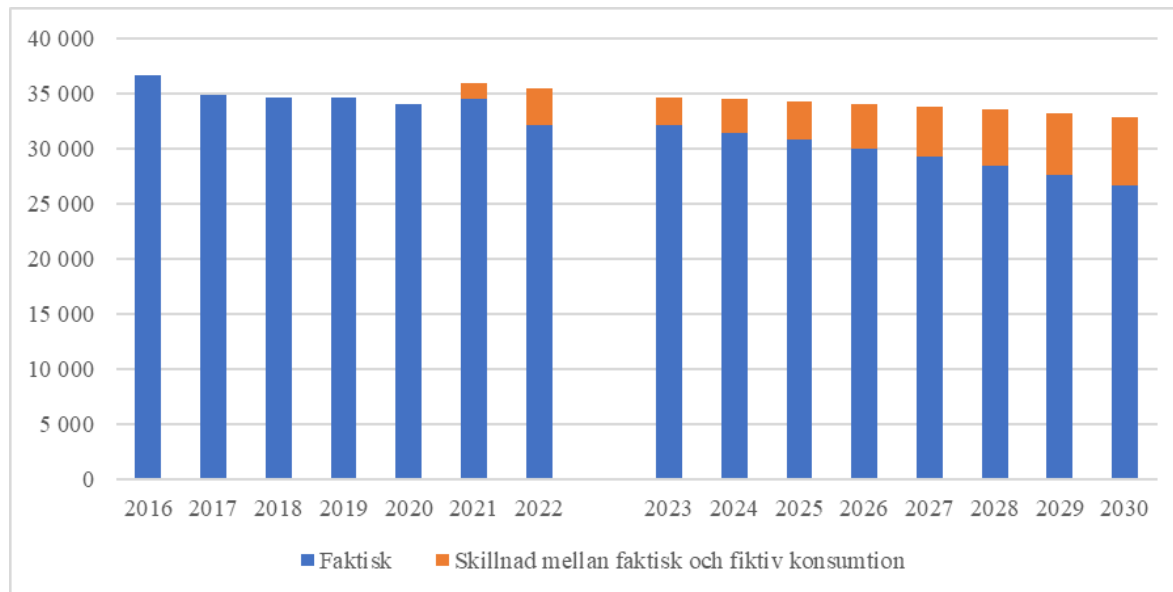
Diagrammet visar att ytterligare 926 slutenvårdstillfällen beräknas konsumeras av åldersgruppen 80+ år 2030. Totalt 10 741 vårdtillfällen, i jämförelse med 9 815 enligt den ursprungliga prognosen. Detta innebär en ökning om 9,4 % år 2030 i konsumtion, givet att efterfrågad vård år 2021 och 2022 hade producerats i stället för att vårdtillfällena skjutits upp i väntan på vård.

Modellen är ett sätt att försöka visa på skillnad i vårdkonsumtion och vårdbehov. Ökningen i konsumtion är måttlig i förhållande till ursprunglig prognos, men förändrar inte det ursprungliga resultatet dramatiskt.

Vårdkonsumtionen, för samtliga åldersgrupper, beräknas vara 23,1 % högre år 2030 om hänsyn tas till väntande vårdtillfällen

I diagrammet nedan visas förväntad vårdkonsumtionen och förväntade behov av somatisk slutenvård summerat för samtliga åldersgrupper (blå staplar), samt skillnaden mellan faktisk och fiktiv produktion (orangea staplar).

Diagram 22. Vårdkonsumtion i somatisk slutenvård med hänsyn till antal väntande vårdtillfällen (utanför vårdgarantin) till operation/åtgärd, summerat för samtliga åldersgrupper, Region Uppsala



Källa: Region Uppsala (verksamhetsdata) och SCB (befolkningsframskrivning - folkmängd efter region).

De blå staplarna är desamma som i diagram 3, men i detta diagram har det förväntade behovet av vårdkonsumtion summerats. De orangea delarna av staplarna motsvarar skillnaden mellan faktisk och fiktiv produktion av vård, och visar således den uppskjutna vården för år 2021 och 2022, samt hur den skulle kunna utvecklas framöver. Det vill säga de extra antalet vårdtillfällen som borde konsumeras om vi kunde tillgodose alla behov.

I den fiktiva produktionsmodellen, där hänsyn tagits till de vårdtillfällen som skjutits upp och ej utförts inom vårdgarantin, är det 1 520 fler vårdtillfällen år 2021 och 3 230 fler vårdtillfällen år 2022. Detta motsvarar en andelsmässig skillnad om 4,4 % (år 2021) och 10,0 % (år 2022).

Precis som i diagram 19 ovan så ändras per-capita konsumtionen för samtliga åldersgrupper och kön. Utfallet år 2030 blir att 6 156 fler vårdtillfällen beräknas konsumeras. Totalt 32 774 vårdtillfällen, i jämförelse med 26 618 enligt den ursprungliga prognosen. Detta innebär en ökning om 23,1 % år 2030 i konsumtion, givet att efterfrågad vård år 2021 och 2022 hade producerats i stället för att vårdtillfällena skjutits upp i väntan på vård. Denna skillnad, mellan fiktiv och faktisk konsumtion, är betydligt högre än för enbart åldersgruppen 80+.

Modellen är ett sätt att försöka skatta skillnad i vårdkonsumtion och vårdbehov. Ökningen i konsumtion är betydande i förhållande till ursprunglig prognos, gapet mellan den förväntade konsumtionen och det förväntade behovet av slutenvård för samtliga åldersgrupper år 2030 beräknas till 23 %.

Vårdtjänster som kan påverka utfall

Prognoserna som presenteras i denna rapport är endast prognoser. Det vill säga, om vi håller allt annat lika så kommer det förmodligen att utvecklas i denna riktning. Syftet med att göra prognoser är att få underlag för att agera.

Genom att utveckla mer proaktiva, samordnade och målgruppsanpassade vårdtjänster i den nära vården kan kvalitet för den enskilda patienten och effektiviteten i systemet förbättras. För att göra det behöver patientens flöden i hela systemet analyseras ur patientens perspektiv och primärvården behöver ännu mer utgöra basen för att kunna hålla samman patientens vård oavsett var patienten befinner sig. Det kan också handla om att samla och prioritera tillgång till specialiserad kompetens till systemet som helhet, exempelvis inom geriatrik, pediatrik osv.

Förebyggande och hälsofrämjande arbete

Det finns mycket evidens för att förebyggande och hälsofrämjande insatser är kostnadseffektiva åtgärder. Trots det är det ofta nedprioriterade åtgärder inom vissa delar av hälso- och sjukvården. Det finns dock områden där det är väl utbyggt inom svensk hälso- och sjukvård. Den väl utvecklade mödravården och barnhälsovården har förmodligen bidragit till att Sverige har bland den lägsta spädbarnsdödligheten i världen^{K9}.

Geografiskt hälsouppdrag

Uppdraget innebär att särskilda hälsosamordnare arbetar strategiskt med att initiera hälsofrämjande insatser i samverkan med andra aktörer inom det geografiska området. Insatserna syftar till att stärka goda levnadsvanor så som ökad fysisk aktivitet, minskat bruk av alkohol, minskat tobaksbruk, goda matvanor, god sömn och minskad stress. Hälsosamordnare finns idag i hela länet. Det underlag som togs fram i samband med uppdrag om etableringsplan i den nära vården samt befolkningsenkäter har också bidragit till ökad kunskap om hälsoläget i länet, som också har visat sig ha en stor geografisk spridning.

Riktade hälsosamtal

Riktade hälsosamtal är en metod för att identifiera ohälsosamma levnadsvanor. Syftet är att kunna erbjuda stöd till förändring och därmed förebygga hjärt-och kärlsjukdom och diabetes typ 2.

Målet är i nuläget att samtliga 40-åringar ska erbjudas ett hälsosamtal på sin vårdcentral. Inför besöket fyller deltagaren i en hälsoenkät och lämnar blodprover. Faktorer som kartläggs är levnadsvanor, biologiska riskfaktorer, psykosociala faktorer och ärftlighet samt vilka friskfaktorer som finns. Samtalet är personcentrerat med utgångspunkt i deltagarens behov och önskemål och genomförs av en utbildad samtalsledare.

Initialt testas metoden på två vårdcentraler under 2023 där listade 40-åringar kommer att erbjudas riktade hälsosamtal. Inför 2024 kommer finnas utrymme för fler vårdcentraler att testa metoden.

Äldremottagningar

Äldremottagningar riktar sig till personer över 75 med komplexa behov. Det handlar om att identifiera individer som riskerar att få stora vårdbehov framöver och att genomföra förebyggande insatser tillsammans med berörda aktörer samt följa upp systematiskt så att målgruppen i möjligaste mån kan undvika onödig sjukhusvård.

Resultat från en första utvärdering av äldremottagningarna har bland annat visat att andelen äldre som känner sig trygga efter besöket är 80 % och som upplever sig delaktiga hela 82 %. En andra utvärdering visar att tryggheten ökat till 99 %. Av de anhöriga uppgav 100 % att deras närståendes hälsoproblem uppmärksammades.

Vid en jämförelse mellan vårdcentraler som har infört äldremottagningar och andra som ännu inte gjort det kan vi se stora skillnader i andel patienter som har fast vårdkontakt. För de med äldremottagningar har 31,1 % en fast vårdkontakt att jämföras med 12,6 för övriga. Skillnaden är dock mindre vid jämförelse av fast läkarkontakt där det är 67,5 % i pilotverksamheterna och 61,8 % i övriga.

Äldremottagningar har en stor potential att frigöra betydande resurser inom hälso- och sjukvårdssystemet och leder till hälsovinster bland de äldre. De uppskattade årliga undvikbara kostnaderna (180 miljoner kronor) överstiger den planerade budgeten för att införa och driva äldremottagningar (30 miljoner kronor). De undvikbara kostnaderna kan omdisponeras och nyttjas för andra patienter. [K10](#)

Samordnad vård i hemmet

En proaktiv, samordnad och utbyggd vård i hemmet bidrar till effektivt resursutnyttjande inom hälso- och sjukvård jämfört med nuvarande praxis. Enligt den tillgängliga evidensen överstiger de uppskattade årliga undvikbara kostnaderna (94 – 100 miljoner kronor) de planerade kostnaderna för implementeringsinsatserna och driftkostnaderna.

Äldrevårdsenheten

Äldrevårdsenheten är en nischad verksamhet/vårdcentral som bedriver vård i hemmet för långvarigt sjuka personer över 65 år med flera diagnoser och har stora svårigheter att ta sig till en vårdcentral. De ska också vara anslutna till den kommunala primärvården i sitt ordinära boende.

Äldrevårdsenhetens resurser består av läkare, dietist, logoped, apotekare och medicinsk sekreterare. Arbetssättet grundar sig på ett nära samarbete med kommunala sjuksköterskor och fysioterapeuter. Patienten blir listad på Äldrevårdsenheten via remiss från vårdcentral eller från kommunernas primärvård. Det har nu blivit möjligt att också

skicka remisser från geriatriken, närvårdsenheterna i hela länet och från Mobilt närvårdsteam.

Arbetsättet i samverkan har visat sig kunna öka förutsättningarna för att patienterna ska kunna vårdas kvar i hemmet samt minska patienternas onödiga vårdkonsumtion. I genomsnitt minskar vårdkonsumtionen med cirka 80 % för antalet slutenvårdsdygn och med cirka 70 % för antalet akutmottagningsbesök efter att patienten listats vid verksamheten.

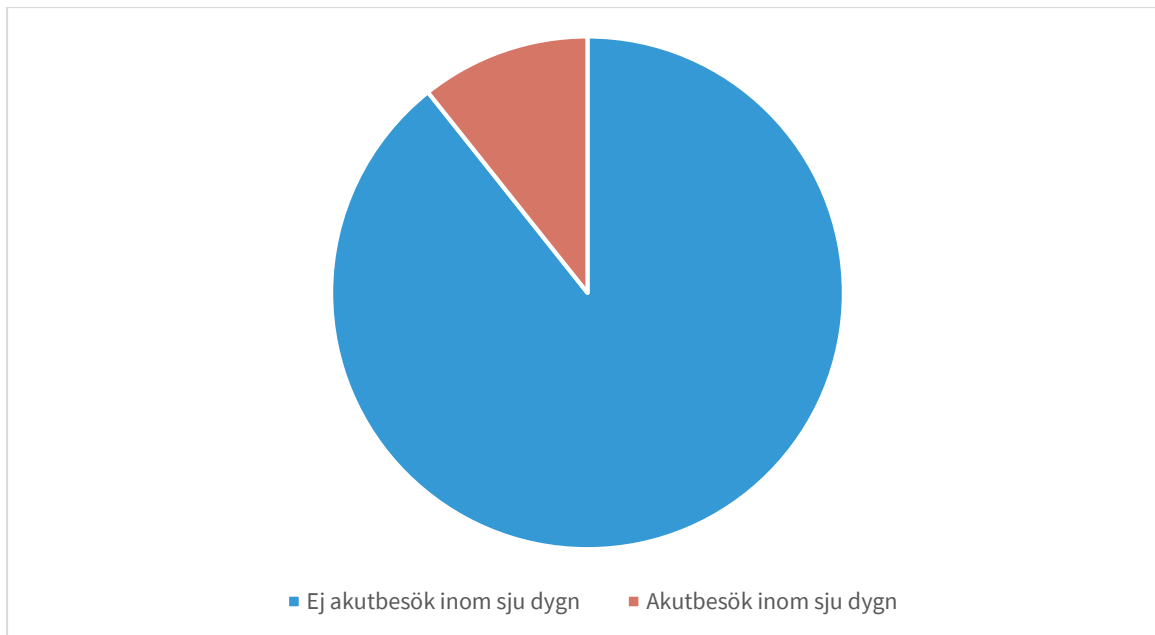
Äldrevårdsenhetens målgrupp förväntas på kort sikt fördubblas från 1 000 patienter i Uppsala kommun till cirka 1 900 patienter i Uppsala län. På längre sikt, fram till 2030, förväntas målgruppen i hela länet öka med cirka 40 % till cirka 2 600 patienter. Tidigare har verksamheten enbart vänt sig till invånare inom Uppsala kommun. En utökning av verksamheten genomförs nu för att kunna täcka behovet i hela länet. I nuläget omfattas invånare i samtliga kommuner förutom Älvkarleby och Håbo.

Mobilt närvårdsteam

Mobilt närvårdsteam erbjuder hembesök hos äldre personer som har flera diagnoser och som har svårt att ta sig till vårdcentral eller sjukhus. Patienten har möjlighet att få medicinsk bedömning i hemmet oavsett boendeform, i stället för att besöka vårdcentral eller sjukhus. Mobilt närvårdsteam utgör också ett stöd för bland annat sjuksköterskor i hemsjukvården som får rådgivning. Mobilt närvårdsteam har möjlighet att skriva in patienter direkt på närvårdsplatser eller på sjukhus.

Arbetsättet har visat sig kunna öka förutsättningarna för patienterna att kunna vårdas kvar i hemmet. Mobilt närvårdsteam hanterade cirka 3 200 samtal under 2021, varav hälften resulterade i ett hembesök, i 70 % av dessa fall blev åtgärden fortsatt vård i hemmet. [K11](#)

Diagram 23. Andel patienter som uppsöker akut/jourmottagning efter bedömning om fortsatt vård i hemmet nov 2017-okt 2022



Källa: Region Uppsala.

Diagram 23 visar att av de drygt 89 % av patienterna som behandlas i hemmet av mobilt närvårdsteam och som har bedömts klara av fortsatt vård i hemmet, inte uppsöker någon akut- eller jourmottagning inom sju dygn.

I de fall den medicinska bedömningen hänvisar till akut/slutenvård, har bästa effektiva omhändertagande nivå (BEON) säkerställts av mobilt närvårdsteam så att inga patienter skickas in i onödan.

Jämlik tillgång till personcentrerad och samordnad vård i hemmet

Ett stort utvecklingsarbete genomförs som syftar till en mer jämlik, personcentrerad och samordnad vård i hemmet. Alla verksamheter som arbetar med vuxna patienter i hemmet ingår i arbetet. En del i arbetet har handlat om att utveckla vården för patienter med behov av palliativ vård i hemmet. Under våren 2023 fattades beslut om en länsgemensam samverkansmodell för palliativ vård i hemmet med start för införande under hösten 2023.

Förändringen innebär att resurser inom kommunal och regional primärvård samt specialiserad vård samordnas utifrån patientens behov och preferenser.

En hälsoekonomisk utvärdering har visat att etablering av en väl fungerande proaktiv och samordnad vård i hemmet för patienter med kroniska sjukdomar och multisjuka äldre är effektiv, och kan frigöra mellan 94 - 110 miljoner kronor årligen i Region Uppsala, på grund av minskat antal akuta besök och slutenvårdstillfällen. [K12](#)

Utflytt av bassjukvård och nivåstrukturering

Att fördela vårdinsatser till den optimala nivån kallas ofta nivåstrukturering. Det handlar om att vården ska ges på den nivå som ger det bästa möjliga slutresultatet för patienten samtidigt som hänsyn tas till en effektiv resursanvändningen. Utvecklingen av högspecialiserad vård och vårdcentrumutvecklingen är två exempel på detta.

Utflytt av bassjukvård

Sjukhusdirektören vid Akademiska sjukhuset har sjukhusstyrelsens uppdrag att utreda och verkställa utflytt av bassjukvård från sjukhuset för att öka tillgängligheten för specialiserad och högspecialiserad vård. Uppdraget utvidgades vid sjukhusstyrelsen i maj 2022 till att inkludera genomförande av nivåstrukturering av vård av äldre (75+) med stora vårdbehov. Nivåstruktureringen medför att äldre som inte behöver Akademiska sjukhusets resurser får vård utanför sjukhuset. Därigenom frigörs kapacitet för annan vård på Akademiska sjukhuset.

I uppdraget ingick även att ta fram en handlingsplan med fördjupad analys och prioritering av åtgärder, inom de delar av sjukhuset vars patienter utgörs av en stor andel äldre (75+ med stora vårdbehov). De bidrar såväl till den ansträngda vårdplatsituationen som till svårigheter att utföra specialiserad och högspecialiserad vård för c-läns- och utomlänspatienter. Analysen visar bland annat:

- Äldre är de facto en del av Akademiska sjukhusets kärnuppdrag på kort och medellång sikt eftersom andra större utförare saknas (av akut- och specialistvård).
- På längre sikt skulle äldre i större utsträckning kunna få vård utanför Akademiska sjukhuset.
- Ökad samordning mellan olika delar i vårdkedjan är ett måste för att patientgruppen äldre ska kunna få bättre vård och för att hushålla med regionens och kommunernas resurser.

Ett resultat av arbetet är bildandet av en så kallad flödesgrupp där olika åtgärder för att få till ett bättre flöde systematiskt hanteras.

Vårdcentrum som bland annat omfattar närvårdsplatser

Vårdcentrum samlar mer resursintensiva verksamheter som behöver samlokaliseras på ett antal platser i länet till exempel närvårdsplatser, röntgen, labb och jourverksamhet, dvs de lite mer specialiserade verksamheter som inte varje vårdcentral kan tillhandahålla. Inom ramen för vårdcentrum ges förutsättningar för teambaserat samarbete inom ett geografiskt område bland annat mellan regional och kommunal primärvård samt specialiserad vård.

Tillgängliga närvårdplatser för patienter med omfattande behov som inte behöver sjukhusets samlade resurser är både kostnadseffektivt och innebär en bättre kvalitet för den enskilda patienten. Satsning på utökat antal närvårdsplatser för hela Region Uppsala kan årligen innebära undvikbara kostnader på mellan 60 och 100 miljoner inom hälso-och sjukvården [K13](#).

Geriatriska slutenvårdsplatser

Den geriatriska slutenvården omfattar sköra äldre över 65 år som har behov av ett ordnat slutenvårdsomhändertagande av flera yrkesgrupper där en stor del av vården utförs teambaserat. Den geriatriska slutenvården inkluderar såväl medicinskt omhändertagande som ortopedisk- och neurologisk rehabilitering. I länet finns cirka 48 vårdplatser på Akademiska sjukhuset.

Den specialiserade slutenvårdsgeriatriken behövs när patienten har behov av den samlade geriatriska kompetensen. Den specialiserade slutenvårdsgeriatriken kan bara vårda en mindre andel av alla äldre patienter med behov av sjukvård och omvårdnad. Däremot behövs den geriatriska kompetensen som en kunskapskälla och stöd för andra verksamheter inom specialiserad vård och primärvård.

Samlade iakttagelser och slutsatser

Nedan presenteras några av de huvudsakliga slutsatserna tillsammans med resonemang om bakomliggande orsaker och vilka vårdtjänster som också skulle kunna ha påverkan på förväntat resultat:

- **Andelen äldre i befolkningen ökar såväl som deras förväntade konsumtion av vårdens resurser.**

Beaktat att andelen äldre kraftigt ökar i länet till 2030 ökar också de äldres konsumtion av vård i länet. Trots att de endast förväntas utgöra cirka 7 procent av befolkningen 2030, så ökar deras behov av vårdens resurser. Både på grund av att de lever med fler kroniska sjukdomar och medicinteknisk utveckling som leder till mer avancerade och kostsamma behandlingar.

- **De äldres konsumtion av primärvård (läkarbesök) förväntas öka med cirka 50 procent till 2030 och det skiljer sig åt geografiskt.**

Då andelen äldre ökar kommer såväl antalet som andelen besök i primärvården öka för de äldre. Det finns stora geografiska skillnader i hur behov av primärvården förväntas utvecklas. Knivsta kommun och Håbo kommun är de som har den största ökningen i andel äldre.

Förhoppningen är att utökningen av en proaktiv vård så som äldremottagningar med besök och uppföljning av äldre inom primärvården, kan leda till en bättre hälsa för de äldre och att sjukdomstillstånd kan fångas och behandlas i ett tidigare skede. Det i sin tur förväntas förkorta tid på sjukhus och akuta inläggningar inom den specialiserade vården på länets sjukhus.

- **Det verkar ske en vårdnivåförflyttning från slutenvård till dagsjukvård för samtliga åldersgrupper.**

Fram till 2030 identifieras en fortsatt förflyttning från slutenvård till dagsjukvård för samtliga åldersgrupper, inklusive äldre. Det kan finnas flera bakomliggande förklaringar till fortsatt *poliklinisering*. Exempelvis den medicintekniska utveckling som gör att mer avancerad behandling/utredning kan utföras i dagvård, eller att begränsade personella resurser driver fram justerade arbetssätt.



- **För de äldre förväntas slutenvård öka med cirka 20 procent och för dagvård med hela 100 procent till 2030.**

De verksamhetsområden inom slutenvården som bör/kan påverkas mest är internmedicin, ortopedi/trauma, infektionssjukdomar, geriatrik, neurologi. Det är verksamhetsområden som redan idag vårdar en hög andel äldre inneliggande patienter.

Det finns ett arbete inom uppdraget att flytta ut bassjukvård från sjukhus som bland annat innebär ytterligare nivåstrukturering av vård. Det innehåller också förslag på åtgärder för att bättre ta hand om målgruppen äldre. Det är åtgärder innan inskrivning på sjukhus, på sjukhusen och efter utskrivning. Det arbetet har även visat att flera av de äldre som kommer in på sjukhus också behöver vård vid ett akutsjukhus. Vård av äldre är således också en permanent del av sjukhuset uppdrag.

- **Förväntad ökning om 49 procent i ekonomisk resursåtgång för specialiserad somatisk slutenvård till år 2030.**

År 2030 beräknas åldersgruppen 80+ konsumera 23 procent fler vårdtillfällen inom specialiserad somatisk slutenvård. Samtidigt som varje enskilt vårdtillfälle i fasta priser ökar med 21 procent. Det betyder att den totala förväntade kostnadsökningen beräknas till 49 procent.

Bakomliggande orsaker till de ökade kostnaderna kan dels vara att det är mer avancerade ingrepp, dels att det är patienter med högre risk som behöver inneliggande vård. Det vill säga förflyttningen till dagsjukvård innebär att de patienter som blir kvar för behandling och operation inom slutenvården har allvarligare medicinska skäl till att inte bli behandlade i öppenvården.

Det betyder att resurserna för slutenvården ökar mer än ökningen av vårdtillfällen för de äldre. Det kan även bero på ökat nyttjande av bemanningsföretag och kostnadsökningar av behandlingar och läkemedel.

- **Antalet väntande äldre till planerad operation och behandling ökar över tid, inflödet är i genomsnitt 6 % högre än antalet genomförda vårdtillfällen.**

Vid oförändrat remissinflöde kommer köerna att fortsätta öka om inte den samlade produktionen, inkluderande köpt och upphandlad vård i länet ökar motsvarande eller mer. Det krävs ökad produktion för att vända utvecklingen om en successiv ökning av antalet väntande till operation/åtgärd. Ett ökat antal väntande kan riskera att medföra att indikationsgränserna förändras. Det kan också leda till mer undvikbar vård då tillstånd kan förvärras eller går över till att bli akuta.



- **Att inkludera väntande visar på ett växande gap mellan förväntad konsumtion och behov.**

I ett försök att estimeras gapet mellan behov av vård och konsumerad vård togs en fiktiv produktionsmodell fram för att visa hur mycket beslutad vård som inte utfördes inom vårdgarantin. Gapet är på cirka 23 % år 2030 för samtliga åldersgrupper. För de äldre är gapet mindre på cirka 9 %.

- **Utveckling av vårdtjänster pågår som kan påverka utfallet.**

Vårdtjänster som skulle kunna påverka utfallet kan kategoriseras in under rubrikerna; Förebyggande och hälsofrämjande arbete, Samordnad vård i hemmet och Utflytt av bassjukvård och nivåstrukturering. För vissa av vårdtjänsterna finns utvärderingar som visar att de är kostnadseffektiva insatser och/eller att de leder till minskade inskrivningar på sjukhus.

Fler av våra insatser behöver utvärderas ur ett kostnadseffektivitetsperspektiv för att kunna få ut så mycket hälsa som möjligt för skattepengarna.



Förslag på fortsatt arbete

Denna rapport är ett första steg i ett metodutvecklingsarbete och exempel på förslag på fortsatta frågeställningar är:

- Utveckla en fördjupad analys om de geografiska skillnaderna avseende förväntad primärvårdskonsumtion.
- Ekonomiska konsekvenser av de som väntar på beslutade åtgärder.
- Ekonomiska incitament till att köpa eller sälja mer vård.
- Kvalitetsgranskning av använda prognosmetoder.
- Följa upp hur rapporten fungerat som underlag i planerings- och budgetprocessen för fortsatt utveckling.
- Göra motsvarande prognos och analys för andra målgrupper, exempelvis unga med psykisk ohälsa etc.
- Inkludera tandvården i analysarbetet.
- Analysera bakomliggande orsaker till utvecklingen av medelvårdtider.
- Gap-analys: Framskrivning av intäkter (intäktsprognos) i förhållande till kostnadsutveckling.
- Vidare användning av hälsoekonomiska analyser vid utvärdering av nya vårdtjänster.

Ovan lista är förslag som framkommit under analysarbete. Vidare prioriterings och specificering bör ske tillsammans med samtliga berörda förvaltningar.

Figurförteckning

Tabell 1. Antal i befolkningen i Uppsala län uppdelat på ålder 2022–2030	9
Tabell 2. Antal vårdtillfälle inom slutenvårdsverksamheter samt andel av vårdtillfälles som konsumeras av äldre patienter (80+) 2022	15
Diagram 1. Utveckling av antal 80 och äldre 2022–2030	10
Diagram 2. Procentuell åldersfördelning i befolkningen i Uppsala län 2022 och 2030	10
Diagram 3. Förväntat antal slutenvårdstillfällen per åldersgrupp till 2030	12
Diagram 4. Förväntat antal dagvårdstillfällen inom specialiserad somatisk sjukvård till 2030	12
Diagram 5. Förväntat antal dagvårdstillfällen för 80 år och äldre till 2030	13
Diagram 6. Förväntat antal slutenvårdstillfällen för 80 år och äldre till 2030	14
Diagram 7. Förväntad andel slutenvårdstillfällen för 80 och äldre till 2030	14
Diagram 8. Förväntat antal läkarbesök inom specialiserad somatisk sjukvård fram till 2030, samtliga åldersgrupper	17
Diagram 9. Förväntat antal läkarbesök inom specialiserad somatisk sjukvård för 80 år och äldre	18
Diagram 10. Förväntat antal läkarbesök inom primärvården per åldersgrupp fram till 2030	19
Diagram 11. Förväntat antal läkarbesök inom primärvården för 80 och äldre	19
Diagram 12. Förväntad andelsmässig ökning av antal läkarbesök inom primärvården för 80 och äldre, uppdelat per kommun, mellan år 2022 och 2030	20
Diagram 13. Framskrivning av kostnadsutvecklingen inom somatisk slutenvård för 80 år och äldre i fasta 2021-års priser	22
Diagram 14. Framskrivning av antal vårdtillfällen med hänsyn till kostnadsutveckling, Specialiserad somatisk slutenvård, 80 år och äldre	23
Diagram 15. Antal väntande vårdtillfällen till operation/åtgärd per verksamhetsområde, 80+, februari 2023, Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping	25
Diagram 16. Antal genomförda vårdtillfällen och inflöde av nya vårdtillfällen, i relation till totalt antal väntande vårdtillfällen till operation/åtgärd, 80+, för Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping	26
Diagram 17. Framskrivning 1: Oförändrat antal operationer/åtgärder, Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping, 80+, januari 2023 till januari 2025	28
Diagram 18. Framskrivning 2: Produktionen av operationer/åtgärder ökar med 6,1 %, Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping, 80+, januari 2023-januari 2025	29
Diagram 19. Framskrivning 3: Produktionen av operationer/åtgärder ökar med 25 %, januari 2023-januari 2025	30

Diagram 20. Förväntad vårdkonsumtion per capita i somatisk slutenvård 80+ inklusive uppskjuten vård, år 2016 till 2030	32
Diagram 21. Vårdkonsumtion i somatisk slutenvård med hänsyn till antal väntande vårdtillfällen (utanför vårdgarantin) till operation/åtgärd, 80+, Region Uppsala	33
Diagram 22. Vårdkonsumtion i somatisk slutenvård med hänsyn till antal väntande vårdtillfällen (utanför vårdgarantin) till operation/åtgärd, summerat för samtliga åldersgrupper, Region Uppsala	34
Diagram 23. Andel patienter som uppsöker akut/jourmottagning efter bedömning om fortsatt vård i hemmet nov 2017-okt 2022	38

Kommentarförteckning

- K1. Socialstyrelsens metod utgår de från ”regionens aktuella slutenvårdsproduktion” och ”ett oförändrat vårdbehov hos befolkningen”. Det vill säga en konstant – som sedan multipliceras med en befolkningsprognos.
- K2. Slutenvårdstillfällen producerade av barnsjukhuset och psykiatrin har ej inkluderats i beräkningarna.
- K3. Metoden tar jämnar ut effekter som exempelvis pandemin utgör. Den har fortfarande en påverkan på resultatet men inte särskilt stor.
- K4. Inkluderar inte slutenvård på primärvårdsnivå (Närvårdsplatserna). De särredovisas inte då det är en för liten andel (ca 8 %, 2022).
- K5. Dagvård handlar om sjukvård som kan utföras utan att patienten läggs in över natten.
- K6. Utöver att det är det största utgiftsområdet så är även tillgången till jämförbara tidsseriedata över kostnader för annan sjukvårdsverksamhet något begränsad.
- K7. Åldersklasserna skiljer sig åt mellan databaser, varför 80+ ej kunde väljas i KPP-databasen.
- K8. Som tidigare angetts så är värdena för år 2017–2021 faktiska värden, och värdena för år 2022–2030 en framskrivning av kostnadsutvecklingen för år 2017–2021. Kostnaderna har justerats till fasta priser i syfte att rensa för den allmänna prisökningen (inflationen).
- K9. [Spädbarnsdödlighet, Globalis.se](#).
- K10. Region Uppsala, Feldman, Inna, Ekonomiska konsekvenser av “Effektiv och nära vård 2030” i Region Uppsala: fokus äldre.
- K11. Region Uppsala, Journalsystemet Cosmic.



- K12. Region Uppsala, Feldman, Inna, Ekonomiska konsekvenser av “Effektiv och nära vård 2030” i Region Uppsala: fokus äldre.
- K13. Region Uppsala, Feldman, Inna, Ekonomiska konsekvenser av “Effektiv och nära vård 2030” i Region Uppsala: fokus äldre.

Definitioner

Dagvård - 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)

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).

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.

