



Åtta utmaningar och en besvärjelse

Kampen om framtiden – Ett drama om världens villkor inför 2025

Innehåll



TIPS! Klicka i innehållsförteckningen så kommer du direkt till den aktuella sidan.

Inledning	5	Äldreomsorg	38
Sammanfattning.....	6	Exemplet Mjölby kommun.....	41
Demografisk utveckling. Färre får försörja fler.....	6	Tredje och fjärde åldern	42
Äldres hälsa, vård och omsorg. 60 procent fler äldre äldre ..	6	Hälsa och funktionsförmåga	42
Vårdbehov och förväntningar. Människan blir aldrig nöjd..	6	Multisjuklighet	42
Det globala hälsohotet. En stor potential för sjukvårdens		Psykisk ohälsa och demens	43
sammanbrott.....	6	Sjukdomar vid läkarbesök i primärvård	43
Tillgång till vårdplatser. Klara dygnetruntvården är den		Sjukdomar vid inläggning på sjukhus.....	43
viktigaste strategin.....	6	Mest sjuka äldre	45
Likvärdig vård i landet. Lätt att säga svårt att göra.....	6	Demenssjukdomar	45
Personal- och kompetensförsörjning. 160 000 medarbetare		Personer i särskilt boende och med hemtjänst	45
sökas.....	6	Överblick och jämförelse	46
Ekonomiska förutsättningar. När kommer vargen?	6	Utökad, uppskjuten och komprimerad sjuklighet	46
Framtid och förutsägelser. Det oförutsägbara förändrar. ...	6	Vårdkontakter	47
Demografisk utveckling	8	100 blir det nya 80	49
Pressen från pressen	8	Lugnet före stormen	49
Korta fakta.....	8	Demensen slår till	49
Varför ett kapitel om demografien?	8	Krav på snabb och kraftig kapacitetsökning	49
Vilka frågor ger kapitlet svar på?	8	Svarte Petter ur leken	50
Län och kommuner	11	Förhoppningar och verklighet	50
Invandring och utvandring	11	Sjukvård ger friskare liv	50
Födda och döda	12	Medicinska perspektivet måste säkerställas	50
Invandring och utvandring	13	Dom har varit som vi, vi blir som dom	50
Befolkningsutveckling 2014	19	Då, nu och sedan – bättre eller sämre?	50
Befolkningsutveckling 1996–2030	21	Fyrtiotalisternas sista kamp.....	51
Förändring i åldersgrupper.....	21	Vårdbehov och förväntningar	52
Demografisk försörjningskvot.....	25	Pressen från pressen	52
Inte alltid som man tror	26	Fakta i korthet	52
Demografiskt paradigmskifte.....	27	Varför ett kapitel om vårdbehov?	52
Försörjningskvoten viktig grund.....	27	Vilka frågor ger kapitlet svar på?	52
Urbanisering och åldersstruktur	28	Behov på tre nivåer.....	52
Ökad samverkan för tillväxt.....	28	Vårdkontakter	53
Kommuner och regioner kommunicerande kärnl	28	Utveckling av sjukdomsöbördan	53
Vård och omsorg möter de största utmaningarna.....	28	Befolkningens hälsa.....	53
Hur säkra är prognoserna?	29	Huvuddiagnoser vid läkarbesök.....	53
Strategisk förberedelse krävs	29	Förbättrad folkhälsa – snabb nutidshistoria	55
Äldres hälsa, vård och omsorg.....	30	Lagens krav på hälso- och sjukvården	55
Pressen från pressen	30	De stigande förväntningarnas missnöje.....	55
Korta Fakta.....	30	Ökade anspråk	55
Varför ett kapitel om äldres vård och omsorg?	30	Göra mer för fler	56
Vilka frågor ger kapitlet svar på?	30	I huvudsak ökat vårdbehov.....	56
80 år och äldre	31	Förebyggande insatser kan mildra utvecklingen.....	56
Vårdtid på sjukhus per kommun	32	Nya mönster av vårdbehov.....	56
Utskrivningsklara patienter – bakgrund och definitioner ..	32	Behovsanalys	57
Vad innebär förslaget från den statliga utredningen?.....	32	Prioriteringar och resursfördelning	57
Resultat	33	Två processer synkroniseras	58
Alla insatser oavsett boendeform	35	Antal invånare och andel äldre.....	58
Ålder, män och kvinnor	36	Patienter och vårdkontakter	58
Kostnader	36	Andel vårdtillfällen i åldersgrupper	59
Utveckling 1998–2012	37	Sjukdomsgrupper och vårdtillfällen	59
Antal äldre	38	Olika sätt att fånga ohälsan.....	59
		Att bestämma vad som är vårdbehov	59

<i>Behov, begär och standardökning</i>	60	<i>Pressen från pressen</i>	75
<i>Snabba förändringar</i>	61	<i>Fakta i korthet</i>	75
<i>Vårdbehovet växer och måste mötas</i>	61	<i>Varför kapitel om vårdplatser?</i>	75
<i>Hjärt- och kärlsjukdomar</i>	61	<i>Vilka frågor ger kapitlet svar på?</i>	75
<i>Stroke</i>	61	<i>Försumbar öppenvård</i>	76
<i>Diabetes</i>	61	<i>Vårdplatsminskning i tre faser</i>	76
<i>Bröstcancer</i>	62	<i>Minskning av vårdplatser</i>	76
<i>Kolorektal cancer (grovttarm och ändtarm)</i>	62	<i>Överbeläggningar och utlokaliserade patienter</i>	77
<i>Prostatacancer</i>	62	<i>Vårdtillfällen, vårdtid och medelvårdtid</i>	78
<i>Lungcancer</i>	62	<i>Vårdplatser</i>	80
<i>Astma</i>	62	<i>Beläggning</i>	80
<i>KOL (Kroniskt obstruktiv lungsjukdom)</i>	62	<i>Patienter, vårdtid, vårdtillfällen och medelvårdtid</i>	82
<i>Artros – ledsvikt</i>	62	<i>Färre vårdplatser och sänkta vårdtider – vad låg bakom?</i>	82
<i>Höftfrakturer</i>	62	<i>Scenarier för utvecklingen fram till år 2030</i>	83
<i>Depression</i>	62	<i>Medelvårdtid</i>	85
<i>Ångest</i>	62	<i>Vem styr vårdtiden?</i>	87
<i>Psykoser</i>	62	<i>Hälsa</i>	87
<i>Psykisk ohälsa med beroende av alkohol/droger</i>	63	<i>Nya behandlingsmöjligheter</i>	87
<i>Sexuellt överförbara infektioner</i>	63	<i>Öppnare vårdformer</i>	87
<i>Demenssjukdomar</i>	63	<i>Effektivare vårdprocesser</i>	87
<i>Multisjuka/mest sjuka äldre</i>	63	<i>Samverkan med kommunerna</i>	88
<i>Prognosmodell</i>	63	<i>Demografisk utveckling</i>	88
<i>Efterkontroll av beräkningen</i> (Beräkning 2006–2012 jämfört med facit)	64	<i>Utskrivningsklara patienter</i>	89
Det globala hälsohotet	65	<i>Undvikbar slutenvård</i>	90
<i>Pressen från pressen</i>	65	<i>Vårdrelaterade infektioner</i>	90
<i>Korta fakta</i>	65	<i>En historia av slutenvård</i>	91
<i>Varför ett kapitel om resistent bakterier och pandemier?</i>	65	<i>Undvik tidsfällan</i>	91
<i>Vilka frågor ger kapitlet svar på?</i>	65	<i>Kraftig minskning från mitten av 1990-talet</i>	91
<i>Bakteriernas kamp</i>	65	<i>Beläggningen ökar</i>	92
<i>Antibiotikan – några fakta</i>	66	<i>Stor variation mellan landstingen</i>	92
<i>Förutsättningarna i Sverige</i>	66	<i>Scenarier om framtiden</i>	92
<i>Vanligaste resistent bakterier</i>	66	<i>Många faktorer avgör vårdtiden</i>	92
<i>Läget och utvecklingen i Sverige</i>	66	<i>All time low?</i>	92
<i>Fokus Östergötland</i>	67	<i>Genombrott eller många bäckar små</i>	92
<i>Fakta och konsekvenser</i>	68	<i>Ombyggnad av sjukhus</i>	93
<i>Att minska spridningen</i>	69	<i>Vilken är den troligaste utvecklingen?</i>	93
<i>Att bedöma framtiden</i>	70	Likvärdig vård i landet	94
<i>Historik</i>	71	<i>Pressen från pressen</i>	94
<i>Orsaker</i>	71	<i>Fakta i korthet</i>	94
<i>Hälso- och sjukvården vid en pandemi</i>	71	<i>Varför ett kapitel om likvärdig vård i landet?</i>	94
<i>Hur skulle vi klara en pandemi i dag?</i>	72	<i>Vilka frågor ger kapitlet svar på?</i>	94
<i>Konsekvenser – ett scenario</i>	72	<i>Motiv för kommunal självstyrelse</i>	95
<i>Nationella strategier</i>	72	<i>Decentralistiskt synsätt</i>	95
<i>Snabb spridning och åter till 1940-talet?</i>	72	<i>Statliga styrmedel</i>	95
<i>Mesta smittan från samhället</i>	73	<i>Ansvarsnivåer</i>	95
<i>Mångdubbling av smitta och kostnader</i>	73	<i>Sjukvårdsmyndigheter</i>	96
<i>Sverige har ett bra utgångsläge</i>	73	<i>Sveriges Kommuner och Landsting, SKL</i>	97
<i>Några steg framåt</i>	73	<i>Landsting, regioner och sjukvårdsregioner</i>	97
<i>Pandemier uppkommer regelbundet</i>	73	<i>Sjukvårdspolitiska nationella beslut</i>	98
<i>Svåra prioriteringar i sjukvården</i>	73	<i>Nationella överenskommelser</i>	99
Tillgång till vårdplatser	75	<i>Nationell kunskapsstyrning</i>	99
		<i>Ledningssamordning mellan landstingen</i>	100
		<i>Skilnader uppmärksammas</i>	100

<i>Olika typer av skillnader</i>	101	<i>Inte bara i skolbanken</i>	130
<i>Vad tycker medborgarna om skillnader?</i>	101	<i>Kvinnor smartare än män?</i>	130
<i>Mediernas syn på skillnader</i>	101	<i>Löneskillnaderna minskar</i>	131
<i>Skillnader som inte är godtagbara</i>	102	<i>Vi har hört det förut</i>	131
<i>Kommunindelingsreformer</i>	102	Ekonomiska förutsättningar	132
<i>Ansvarskommittén</i>	103	<i>Pressen från pressen</i>	132
<i>Gör det enklare! – statens vård- och omsorgsutredning</i>	104	<i>Fakta i korthet</i>	132
<i>”Det fjärde steget”</i>	105	<i>Varför ett kapitel om ekonomiska förutsättningar?</i>	132
<i>Ny regionreform</i>	105	<i>Vilka frågor svarar kapitlet på?</i>	132
<i>Den offentliga debatten</i>	106	<i>Kostnader för hälso- och sjukvård</i>	132
<i>Inriktning</i>	106	<i>Kostnadsutveckling</i>	133
<i>Synen från vårdens makthavare</i>	107	<i>Skattebidrag och utjämningsystem</i>	133
<i>Decentraliserat sjukvårdssystem</i>	108	<i>Faktorer för tillväxt</i>	134
<i>Starkt stöd för likvärdig vård i landet</i>	108	<i>Bedömning om framtiden</i>	136
<i>Kraftfullare nationell styrning</i>	108	<i>Kostnadsdrivande faktorer</i>	137
<i>Enighet om färdriktning</i>	109	<i>Nyckeltal</i>	138
<i>Regioner – haveri?... ..</i>	109	<i>Intäkter</i>	140
<i>... eller omstart?</i>	109	<i>Att öka intäkterna</i>	140
<i>Frivilligt eller med tvång?</i>	109	<i>Kostnader</i>	142
<i>Vart är vi på väg?</i>	110	<i>Faktorer för tillväxt</i>	142
Personal och kompetensförsörjning	112	<i>Kostnader hälso- och sjukvård</i>	146
<i>Pressen från pressen</i>	112	<i>Kostnadsökning 2013–2025</i>	148
<i>Fakta i korthet</i>	112	<i>Kostnader för läkemedel</i>	149
<i>Varför ett kapitel om personal och kompetensförsörjning?</i>	112	<i>Ändrade förutsättningar och nya lösningar</i>	151
<i>Vilka frågor ger kapitlet svar på?</i>	112	<i>Svängremmen har dragits åt regelbundet</i>	152
<i>Antal anställda</i>	113	<i>God tillväxt men många hål att fylla</i>	152
<i>Andel verksamma inom olika områden</i>	113	<i>Den andra industriella revolutionen</i>	152
<i>Antal läkare och sjuksköterskor</i>	114	<i>Matchning och tudelning</i>	152
<i>Läkare med specialistkompetens</i>	114	<i>Nyanlända både med hög och låg utbildning</i>	153
<i>Migration och utbildningsland</i>	114	<i>Lärare sökes</i>	153
<i>Utbildningsgång för utländska läkare</i>	116	<i>Jobba längre</i>	153
<i>Sökande till utbildningar</i>	116	<i>Nytt Linköping varje år</i>	153
<i>Utexaminerad vårdpersonal</i>	118	<i>Kostnaderna skenar</i>	153
<i>Beräkning av personalbehovet</i>	120	<i>Östergötland – ekonomisk diagnos och prognos</i>	154
<i>Arbetsmarknadsläget legitimerad personal</i>	121	<i>Tuff tid för en pressad sjukvård</i>	154
<i>Antal anställda</i>	122	<i>Det har gått bra hittills?</i>	154
<i>Anställda per yrke</i>	124		
<i>Åldersfördelning</i>	124	Framtid och förutsägelser	156
<i>Utbildningsnivå</i>	124	<i>Aforismer</i>	156
<i>Jämförelse med andra landsting</i>	125	<i>Varför ett kapitel om att göra förutsägelser?</i>	156
<i>Externa avgångar</i>	126	<i>Det man inte sa 1970</i>	157
<i>Pensioneringar</i>	126		
<i>Migration</i>	128		
<i>Kompetensförsörjningsmodell</i>	128		
<i>Nio strategier för rekryteringsutmaningen</i>	128		
<i>Högkompetent personal</i>	129		
<i>Kraftig ökning av antal läkare</i>	129		
<i>Antal examinerade bildar övre gräns</i>	129		
<i>Den norska jakten på svensk kompetens</i>	129		
<i>Balans snabbspår och patientsäkerhet</i>	129		
<i>Risk för bred och betydande brist</i>	130		
<i>Inte lätt att nå idealtillståndet</i>	130		
<i>Svårt utbilda i kapp</i>	130		

Inledning

Rapporten "Kampen om framtiden – ett drama om vårdens villkor inför 2025" tar sitt avstamp i åtta grundläggande utmaningar för den svenska hälso- och sjukvården. Den är i första hand skriven för politikerna i Region Östergötland men innehållet spänner också över den nationella nivån. Rapporten är gjord i tre delar som kan läsas oberoende av varandra:

- Vägar och verklighet (Huvudrapport)
- Åtta utmaningar och en besvärjelse (Fördjupningsrapport)
- En återresa i sjukvårdssystemet (Bonusrapport)

Denna rapport "Åtta utmaningar och en besvärjelse" ger en fördjupad beskrivning och analys av åtta grundläggande utmaningar inom sjukvårdspolitiken och sjukvårdssystemet:

- Demografisk utveckling
- Äldres hälsa, vård och omsorg
- Vårdbehov och förväntningar
- Det globala hälsohotet
- Tillgång till vårdplatser
- Likvärdig vård i landet
- Personal- och kompetensförsörjning
- Ekonomiska förutsättningar
- Framtid och förutsägelser

Urvalet av utmaningar bygger på två underlag. I nyhetsbladet "Hälsotecken" redovisade de politiska partierna inför landstingsvalet i september 2014 sina bedömningar under rubriken "Vilka utmaningar står hälso- och sjukvården inför och hur ska de mötas?" Det andra underlaget bygger på en enkät till ekonomidirektörer och hälso- och sjukvårdsdirektörer i alla landsting hösten 2014. I enkäten angav direktörerna de utmaningar där man måste lägga allra mest kraft vid för att hitta lösningar. Till stora delar hade politiken i Östergötland och de ledande tjänstemännen i sjukvårdssverige samma uppfattning om de största ut-

maningarna för den framtida hälso- och sjukvården. Exempel på andra utmaningar som togs upp var levnadsvanor i befolkningen, likvärdig vård mellan olika grupper i befolkningen, psykisk ohälsa bland yngre och tillgänglighet inom cancersjukdomar.

De första åtta kapitlen i rapporten är upplagda i princip på samma sätt. Efter en inledande ingress följer några rubriker från dags- och fackpress. Därefter ges korta fakta hämtat från respektive kapitel. Sedan redovisas svaren på frågorna "Varför ett kapitel om (t.ex.) demografin?" samt "Vilka frågor ger kapitlet svar på?" Kapitlet fortsätter med en Nationell överblick för att sedan övergå till Fokus Östergötland. I slutet redovisas iakttagelser och reflektioner samt ett eller flera citat i samklang med innehållet. Sist följer en källförteckning. Kapitlet "Framtid och förutsägelser" handlar om vanskligheten att förutsäga framtiden. Här finns exempel på att det blev och inte blev som vi förutspådde samt om vår oförmåga att föreställa sig saker som vi inte upplevt.

Avsikten är att materialet ska vara ett användbart kunskapsunderlag och ge insikter i de förutsättningar som påverkar vårdens framtida villkor. Den grundläggande ansatsen är att skapa både överblickar och faktafordjupningar för att på så sätt försöka göra komplicerade saker mer begripliga. För läsaren är det mycket text, många rubriker och diagram att ta in. Rapporten innehåller också iakttagelser, analyser och reflektioner utifrån faktaunderlaget. Dessa avsnitt utgör en större tyngd och tar ut svängarna mer än vad som är brukligt i utredningar av detta slag.

Rapporten har skrivits av Bengt Göran Emtinger som också svarat för att ta fram underlag och bearbeta data till diagram och tabeller. Rapporten publicerades i mars 2016 och finns på Region Östergötlands webbplats, www.regionostergotland.se.

Sammanfattning

Demografisk utveckling. Färre får försörja fler.

År 2020 lämnar vi ett årtionde när Sverige haft den största befolkningsökningen någonsin. Då tar också effekterna fart när fyrtioåringarna börjar nå den vårdkrävande åldern över 85 år och genom att sextioåringarna börjar gå i pension. Dessutom ökar den arbetsföra delen av befolkningen endast marginellt. Denna situation påverkar vårdens och omsorgens kapacitet, kostnader och intäkter samt möjligheter att rekrytera personal. Demografin utgör ett grundfundament för samhällets utveckling och välfärd. Att mejsla ut genomtänkta strategier för att hantera konsekvenserna av de demografiska förändringarna blir därför en av politikens viktigaste uppgifter.

Äldres hälsa, vård och omsorg. 60 procent fler äldre äldre

Dagens pensionärer kan se fram emot fler friska levnadsår än gårdagens generationer. Ett glatt budskap till alla som är på väg in i tredje åldern. En tuff utmaning för politiken som ska svara för underhållet och betala notan. För samtidigt som de friska åren ökar blir också de sjuka åren fler. Att allt fler lever allt längre ställer krav på hur vi rustar vårt samhälle för att möta människors behov i framtiden. Antalet invånare 80 år och äldre ökar med 60 procent fram till år 2030. Patienter inom hälso- och sjukvården kommer successivt i allt högre grad att bestå av äldre med kroniska sjukdomar och behov av kontinuerlig kontakt med vården. Äldreomsorgen kommer också att behöva anpassas efter nya förutsättningar. Att ge människor möjligheter att leva ett gott liv som äldre trots sjukdom eller funktionsnedsättningar kommer att bli en allt viktigare uppgift i samhället.

Vårdbehov och förväntningar. Människan blir aldrig nöjd.

Den demografiska utvecklingen med allt fler och större andel äldre i befolkningen medför att vårdbehoven förväntas öka mer fram till år 2025 än den föregående tioårsperioden. Den medicinska utvecklingen innebär dessutom att fler människor allt mer avancerat kan få behandling av sina sjukdomar. Härutöver kommer standardutvecklingen och människors ökade förväntningar på vårdens tillgänglighet, likvärdighet och kvalitet. För att möta och tillgodose behoven krävs genomtänkta strategier, mod och handlingskraft från politik och tjänstemannaledning.

Det globala hälsohotet. En stor potential för sjukvårdens sammanbrott.

De två största omvärldshoten och utmaningarna för människors hälsa och sjukvårdens funktion stavas Resistent bakterier och Pandemier. Spridningen ökar som en tyst och långsam pandemi av bakterier som inte antibiotikan biter på. Det kan därför bli allt svårare att utföra behandlingar som innebär infektionsrisker för patienten. En influensapandemi kan plötsligt utsätta sjukvården för en övermäktig belastning under en begränsad tid. Svåra prioriteringar måste göras på övergripande nivå i sjukvårdssystemet, inom verksamheten och av sjukvårdspersonalen.

Tillgång till vårdplatser. Klara dygnetruntvården är den viktigaste strategin.

Vårdplatser på sjukhus har en lång historik och är en fråga som ofta debatteras. Platserna har minskat kraftigt i samband med utveckling av öppna vårdformer och överföring av ansvar till kommunerna. Sverige har nu lägst antal vårdplatser per invånare i

Europa. Vårdtiden på sjukhus och därmed behovet av vårdplatser påverkas av många faktorer. En av de viktigaste för framtiden är den demografiska utvecklingen med en stor ökning av antal äldre. Ett omfattande strategiskt nytänkande krävs för att sjukhusvården framöver ska klara sig med vårdplatser på nuvarande nivå.

Likvärdig vård i landet. Lätt att säga svårt att göra.

Det finns en utbredd förväntan hos människor att landstingen ska erbjuda samma vård oavsett var man bor i Sverige. Mycket kraft läggs för att vården ska bli mer likvärdig i landet. På nationell nivå har sjukvårdspolitiska reformer genomförts. Patientlagen ger möjlighet för patienterna att välja öppen vård över landstingsgränserna. Gemensamma nationella utvecklingsinsatser sker vad gäller tillgänglighet, äldrevård och kunskapsstöd. Landstingen har ökat sin samordning av olika strategiska frågor för invånare och patienter. Regeringen har tagit nya initiativ till att förändra dagens sjukvårdssystem så att det på ett bättre sätt motsvarar medborgarnas behov och förväntningar.

Personal- och kompetensförsörjning. 160 000 medarbetare sökes.

Under de närmaste åren uppnår många medarbetare inom vård och omsorg pensionsåldern. Samtidigt växer befolkningen och antalet och andelen äldre med stora vårdbehov ökar. Om inga drastiska förändringar sker i arbetssätt och bemanningsbehov kommer det att behövas 160 000 nya medarbetare med yrkesutbildning i vård och omsorg den närmaste tioårsperioden. Beräkningarna i detta kapitel visar att nuvarande utbildningskapacitet inte kommer att räcka till för att rekrytera personal fram till år 2025. Det gäller framförallt sjuksköterskor men också andra grupper som barnmorskor, arbetsterapeuter och biomedicinska analytiker. Den framtida tillgången på undersköterskor är svårbedömd.

Ekonomiska förutsättningar. När kommer vargen?

Ekonomi bildar tillsammans med personalförsörjningen grundstommen för landstingens verksamhet. För att klara att ge invånarna en god hälso- och sjukvård krävs att skatteintäkterna håller jämna steg med kostnadsutvecklingen. Under de senaste åren har en god tillväxt i samhället bidragit till ett högt skatteunderlag som gjort att skattehöjningarna varit måttliga i landstingen. När man blickar framåt i en nära framtid ser man faktorer och förhållanden som ger ekonomiska bekymmer. Grunden är den demografiska utvecklingen med fler äldre och ökat vårdbehov samtidigt som antalet personer i arbetsför ålder nästan står still. Det innebär att den demografiska försörjningskvoten stiger kraftigt efter att ha varit på samma nivå sedan 1980-talet. Det kan också betyda att det blir svårare att få tillgång på kompetens inom arbetsmarknaden samt allt större matchningsproblem och arbetslöshet genom att branscher försvinner som inte kräver personal med högre utbildning.

Framtid och förutsägelser. Det oförutsägbara förändrar.

Långsiktiga trender kan vara lätta att förlänga men det är oftare det oförutsägbara som förändrar framtiden. Det visar sig också i backspegeln att utvecklingen i allmänhet varit mer positiv än man trodde. Det är ingen mening att försöka sig på att uttala sig med säkerhet om vilka av dagens förutsägelser som kommer att

bli verklighet. Men vi har ju facit på vilka av gårdagens prognoser som slog in och som inte gjorde det. Det är intressant att notera många av förutsägelseerna för sjukvårdens utveckling för mer än 30 år sedan har förverkligats. Den mänskliga komplexa biologin har dock grusat många förhoppningar. Och det finns fortfarande massor av företeelser som sedan länge väntar på sina lösningar

Demografisk utveckling

År 2020 lämnar vi ett årtionde när Sverige haft den största befolkningsökningen någonsin. Då tar också effekterna fart när fyrtiotalisterna börjar nå den vårdkrävande åldern över 85 år och genom att sextiotalisterna börjar gå i pension. Dessutom ökar den arbetsföra delen av befolkningen endast marginellt. Denna situation påverkar vårdens och omsorgens kapacitet, kostnader och intäkter samt möjligheter att rekrytera personal. Demografin utgör ett grundfundament för samhällets utveckling och välfärd. Att mejsla ut genomtänkta strategier för att hantera konsekvenserna av de demografiska förändringarna blir därför en av politikens viktigaste uppgifter.

Pressen från pressen

- Befolkningen är bastrumman i ekonomins utveckling
- Försörjningsbördan – en tidsinställd bomb
- Äldreboomen är här – dubblade kostnader år 2040
- I politikens drömvärld existerar inte tyngdlagen
- Pensionärskollektivets tickande bomb
- 65 är inte längre pensionsmässigt
- Vi ska växa och bli fler
- Allt fler unga väljer att flytta till storstäderna
- Här är orten som snart slutar finnas

Korta fakta

- Antalet invånare i Sverige beräknas under perioden 2010–2019 öka med mer än en miljon vilket är den högsta ökningen någonsin i Sverige. Det är lika mycket som under 37 år mellan 1970 och 2007.
- Folkökningarna åren 2014 och 2015 är de största som någonsin uppmätts i Sverige under två enskilda år. Främsta skälet är en rekordhög invandring.
- Befolkningsökningen i Östergötland var 5,3 procent mellan åren 1996 och 2013. Den beräknas bli dubbelt så stor, 11,5 procent, den kommande perioden fram till år 2030.
- Den största ökningen fram till 2030 sker i grupperna 0–19 år samt 75 år och äldre. Dessa två grupper står för 75 procent av den sammanlagda befolkningsökningen.
- Nio kommuner i Östergötland har minskat sin befolkning den senaste 17-årsperioden. Enligt prognosen fram till år 2030 ökar befolkningen i sju kommuner och minskar i sex.
- År 2014 var försörjningskvoten 0,74, ungefär densamma som den har varit under 50 år.
- År 2030 beräknas försörjningskvoten vara 0,85. Åtta av Östergötlands kommuner beräknas att ha en kvot över 1,0 år 2030. För till exempel Vadstena innebär kvoten 1,25 att 100 personer i arbetsför ålder ska försörja sig själva samt 125 barn och äldre.

Varför ett kapitel om demografin?

Det är ingen överdrift att säga att demografin är en av de mest avgörande faktorerna vi kan urskilja för välfärden under de närmaste årtiondena. Viktiga faktorer är hur befolkningen växer och krymper i olika delar i Sverige, fördelning av åldersgrupper, födelseöverskott och invandringsöverskott. Hur befolkningen fördelas mellan olika årskullar får effekter i samhällsekonomi och var resurserna måste läggas. I ett årtionde med många barn och ungdomar är kapaciteten i skolan en viktig fråga. Storleken på den arbetsföra befolkningen har effekter på sysselsättning och tillväxt. En hög invandring kräver åtgärder för integration inom olika områden. När åttiötåringarna blir fler måste sjukvård och äldreomsorg vara beredd.

Jämfört med de senaste 25 åren medför den kommande demo-

grafiska utvecklingen större påfrestningar för välfärdssystemen. Allt fler invånare och högre andel äldre i befolkningen ställer större krav på vård, kapacitet och ekonomiska resurser. En minskad andel av befolkningen i arbetsför ålder ökar försörjningskvoten och leder dessutom till tuffare konkurrens om personal. De senaste åren har invandringen svarat för en allt större andel av befolkningsökningen i Sverige. En ansats i detta kapitel är därför att ge en utförlig redovisning och analys av förhållanden kring invandring. Det handlar bland annat om att beskriva olika tidsepoker, klargöra begrepp, vilka länder personerna kommit ifrån, förhållandet mellan arbetskraftsinvandring och flyktinginvandring samt situationen i Östergötland.

Vilka frågor ger kapitlet svar på?

- Hur har befolkningsutvecklingen varit historiskt och hur ser det ut de närmaste åren?
- Vilket är läget för demografin just nu?
- Vilka faktorer påverkar den demografiska utvecklingen?
- Vad innebär urbaniseringen?
- Hur kan vi klara välfärden när fler blir äldre och färre arbetar?

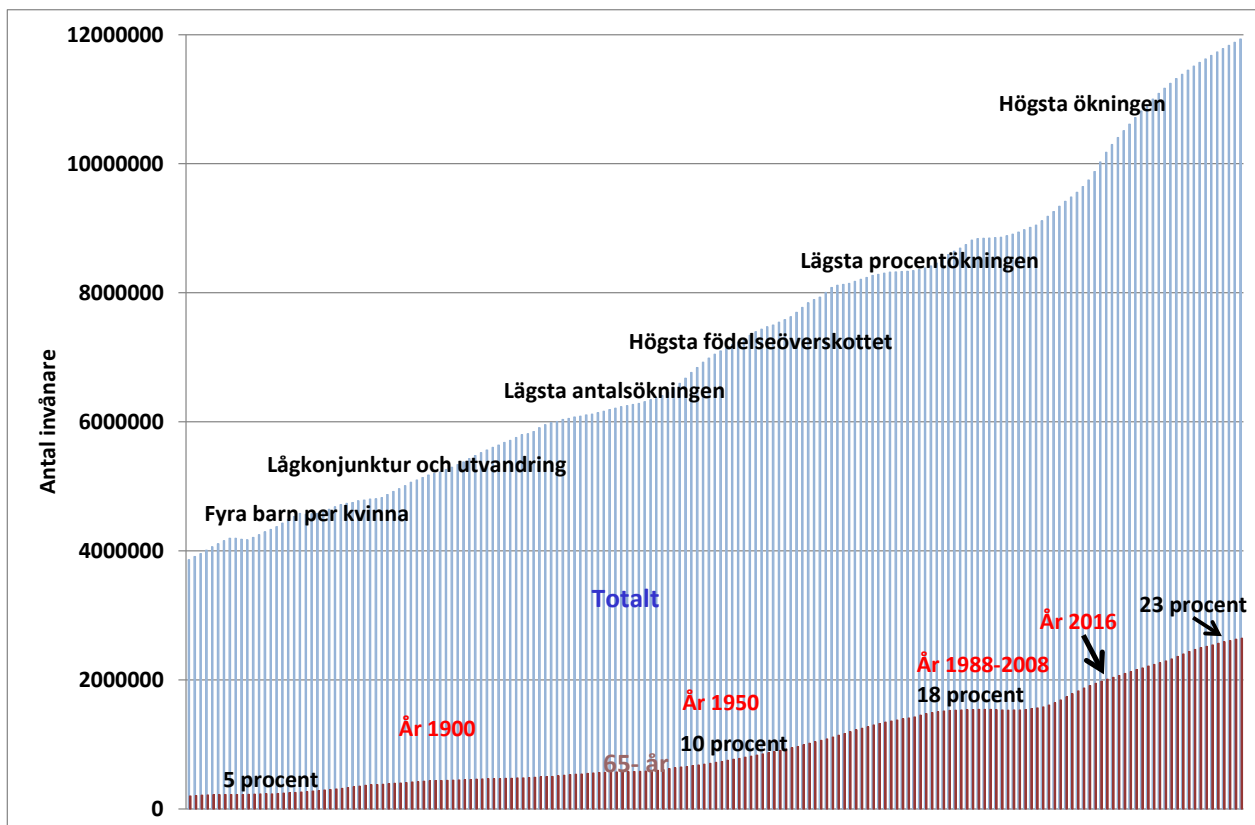
De inledande 20 sidorna har ett mer generellt innehåll och handlar om situationen i Sverige. Avsnittet därefter har fokus på förhållanden i Östergötland. Ålderspyramiden för Östergötland är nära nog densamma som ålderspyramiden för Sverige. Det innebär att Östergötland kan utgå från sverigedata och Sverige från data från Östergötland.

Demografisk historik och framtid

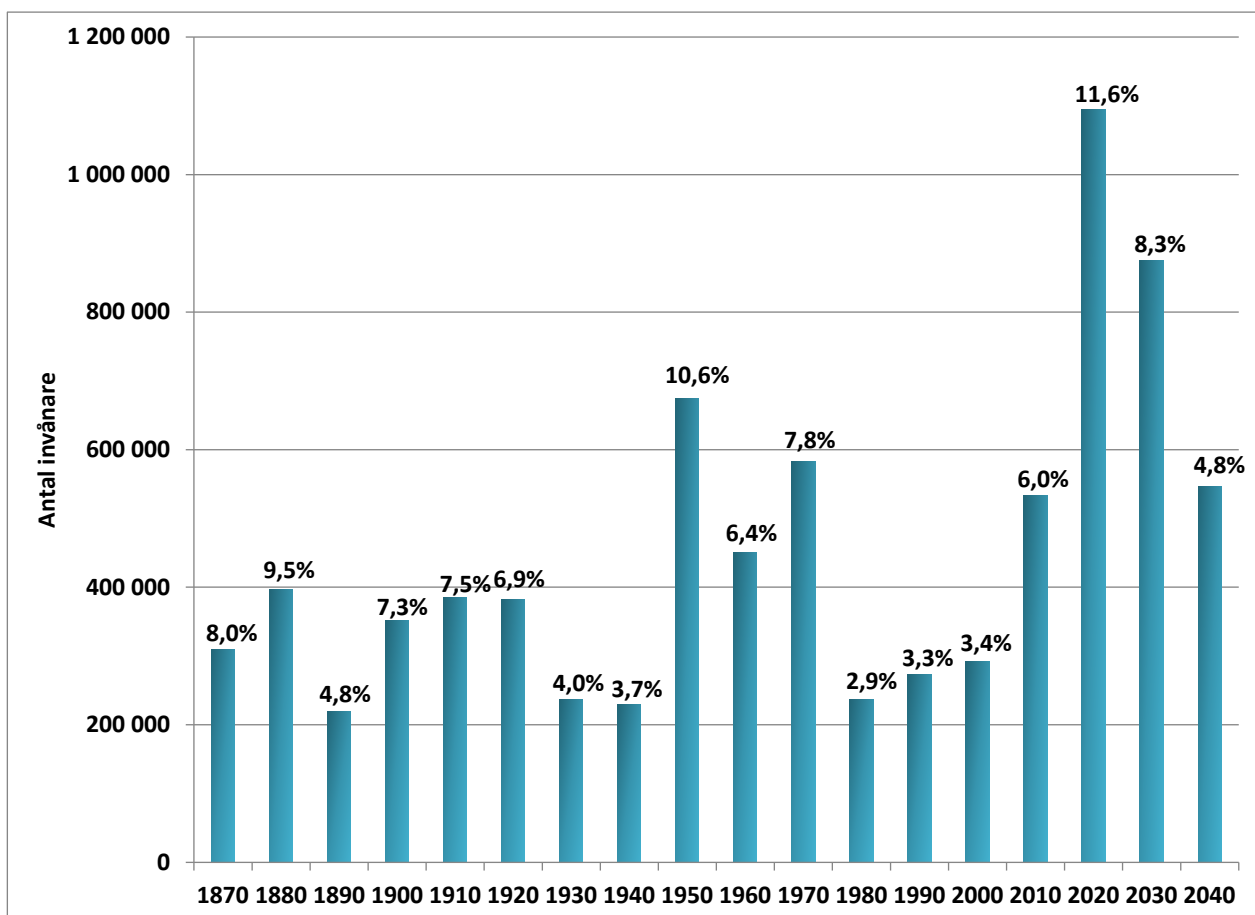
För hundrafemtio år sedan hade Sverige fyra miljoner invånare. En av fem personer levde i städer och fem procent av befolkningen var 65 år och äldre. Återstående medellivslängd vid födseln var omkring 45 år. Varje kvinna födde i genomsnitt fyra barn. En bidragande orsak till den låga medellivslängden var den höga spädbarnsdödligheten. De följande tre diagrammen och tabellen illustrerar den demografiska utvecklingen i Sverige under 180 år, från 1860 till 2040. Antalet invånare fram till år 2014 är faktiska värden och antalet därefter bygger på SCB:s befolkningsprognos. I kapitlet "Äldres hälsa, vård och omsorg" redovisas den demografiska utvecklingen för invånare 80 år och äldre. I nedanstående diagram 1 visas antal invånare varje år i smala staplar.

Mellan åren 1860 och 2040 mer än tredubblas befolkningen i Sverige från 3,8 till 12 miljoner. Diagrammet illustrerar också olika skeenden under den redovisade tidsperioden. I figur 2 visas ökningen av antal invånare per tioårsperiod från 1860–1870 till och med perioden 2030–2040.

Ökningen av antalet invånare varierar mellan de 18 tioårsperioderna. De minsta ökningarna till antalet inträffade under åren 1880–1890 och 1930–1940. De minsta procentuella ökningarna inträffade under perioden 1970–2000. En hög procentuell ökning var under perioden 1940–1950. Det stora födelseöverskottet stod då för 80 procent av folkökningen. Den högsta folkökningen finner vi oss i nu, både till antal och procent. När vi går ur nuvarande period år 2020 beräknas antalet invånare på tio år ha ökat med 1,1 miljon. Det är lika mycket som under 37 år mellan 1970 och 2007 och 400 000 fler än under "rekordgenerationen" födda under 1940-talet. I tabell 1 redovisas antal invånare vid slutet av varje tioårsperiod samt ökning av antal och i procent med samma värden som i de ovanstående diagrammen. Befolkningssiffrorna är avrundade



Figur 1. Antal invånare i Sverige år 1860–2040. Källa: SCB, maj 2015



Figur 2. Ökning av antal invånare i Sverige år 1860–2040. Antal per tioårsperiod och procent i jämförelse med antal invånare året som inledde respektive tioårsperiod. Källa: SCB, maj 2015

Period	Antal invånare År 1860-2040	Ökning invånare	
		Antal	Procent
'1860-1870	4 169 000	309 000	8,0%
-1880	4 566 000	397 000	9,5%
-1890	4 785 000	219 000	4,8%
-1900	5 136 000	351 000	7,3%
-1910	5 522 000	386 000	7,5%
-1920	5 904 000	382 000	6,9%
-1930	6 142 000	238 000	4,0%
-1940	6 371 000	229 000	3,7%
-1950	7 047 000	676 000	10,6%
-1960	7 498 000	451 000	6,4%
-1970	8 081 000	583 000	7,8%
-1980	8 318 000	237 000	2,9%
-1990	8 591 000	273 000	3,3%
-2000	8 883 000	292 000	3,4%
-2010	9 416 000	533 000	6,0%
-2020	10 510 000	1 094 000	11,6%
-2030	11 385 000	875 000	8,3%
-2040	11 932 000	547 000	4,8%

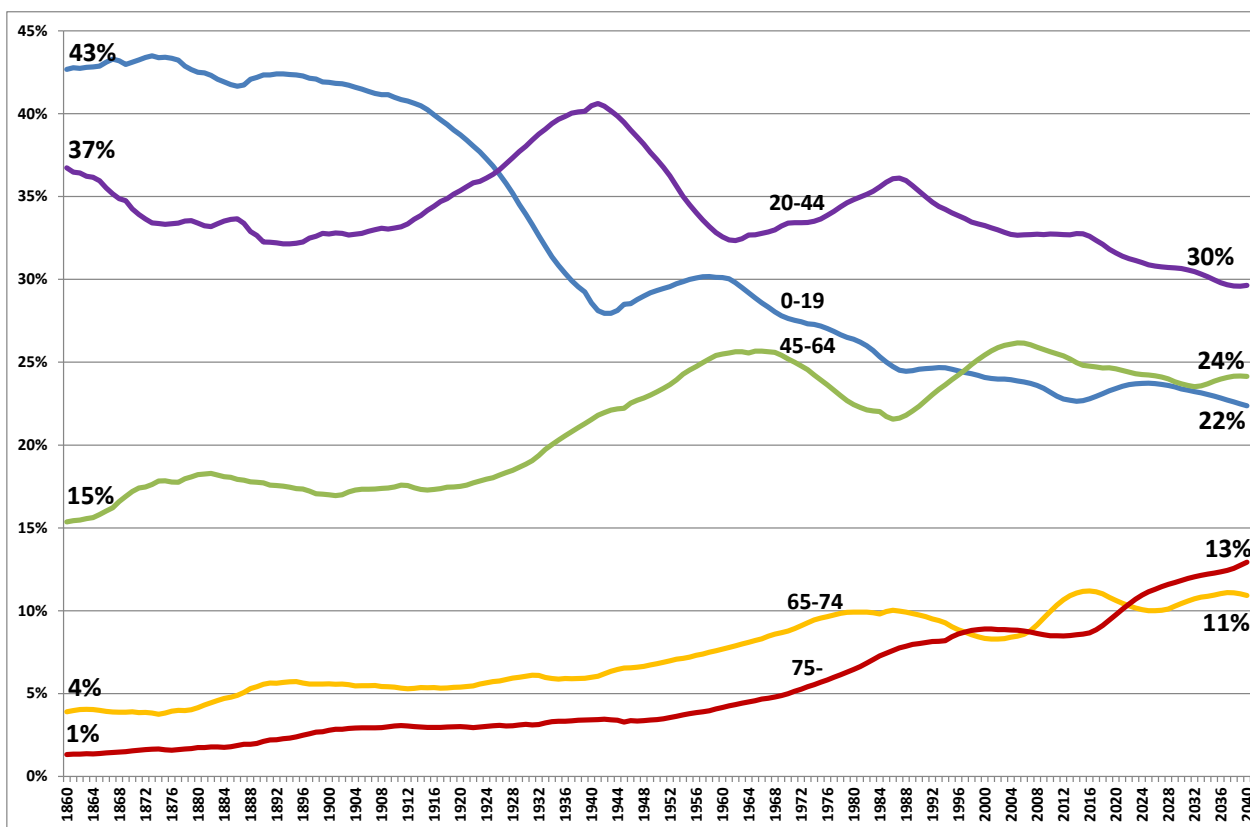
Tabell 1. Antal invånare och förändring mellan år 1860 och 2040.
Källa: SCB, maj 2015

Kurvorna i figur 3 visar förändringen av fem åldersgrupper mellan år 1860 och 2040. Figuren visar andel invånare för varje åldersgrupp i förhållande till totalt antal invånare. Beskrivningen av andelarna i befolkningen visar tydligt den demografiska förändring av åldersgrupper som Sverige genomgått och som vi är på väg in i. Barn och ungdomar 0–19 år utgjorde under senare delen av 1800-talet nästan hälften av alla invånare. Denna andel har halverats när vi kommer in i 2000-talet. Även yngre medelålders 20–44 år har minskat sin andel. Det är de tre äldre grupperna som ökat sina andelar. 45–64 åringarna har ökat sin andel med drygt 50 procent. När vi har kommit till år 2040 visar prognosen att 65–74 åringarna har ökat andelen med tre gånger sedan år 1860 och 75- åringarna och äldre med tretton gånger. Strax efter år 2020 blir gruppen 75 år och äldre större än gruppen 65–74 år. Sammanlagt hamnar gruppen 65 år och äldre år 2040 på liknande antalsnivå som grupperna 0–19 och 45–64. Det kommer då att vara fler invånare i åldersgruppen 65 år och äldre än gruppen 0–19 år.

SCB:s befolkningsprognos i maj 2015 visar på några mindre förändringar år 2040 jämfört med ovanstående figur som bygger på prognosen från år 2014. Andelen 0–19 år beräknas bli 23 procent (22 procent i figuren). Andelen 65 år och äldre beräknas bli 23 procent (24 procent i figuren). Andelen äldre beräknas således bli något lägre men antalet ökar något jämfört med prognosen år 2014.

Demografisk nutid

Den sista december 2015 uppgick Sveriges befolkning till 9 851 000 invånare. Jämfört med år 2014 är det en ökning med 104 000 invånare eller 1,1 procent. Folkökningen är den största



Figur 3. Andel invånare i fem åldersgrupper, Sverige 1860 – 2040. Källa: SCB 2014

som någonsin uppmätts mellan två skilda år i Sverige. Födelseöverskottet år 2015 var 24 000 personer och invandringsöverskottet 78 000 personer. Invandringsöverskottet utgjorde därmed 77 procent av folkökningen och födelseöverskottet återstående 23 procent.

Län och kommuner

Under 2014 ökade befolkningen i samtliga län och i 248 av Sveriges 290 kommuner. Det är 42 kommuner fler än år 2013 då 206 kommuner hade en folkökning. Diagram 4 visar för varje län folkökningen i procent.

Mellan år 2013 och 2014 hade Stockholm den största folkökningen med 1,6 procent. Gotland hade den lägsta med 0,16 procent, det vill säga tio gånger lägre ökning än Stockholm. Åtta av de 21 länen hade en ökning över 1 procent. Utöver Gotland och Kalmar var det i huvudsak län i norra Sverige som hade den lägsta folkökningen mellan år 2013 och 2014.

Främsta anledningen till länens och kommunernas folkökning var den höga invandringen till Sverige. 160 av 290 kommuner och 9 av 21 län hade födelseunderskott (fler som avled än som föddes). I Stockholms län med 26 kommuner var det en av kommunerna som hade födelseunderskott. I de tre största länen Stockholm, Västra Götaland och Skåne bor 53 procent av Sveriges befolkning. De tre länen sammantaget står för 88 procent av Sveriges födelseöverskott och 49 procent av flyttningsnettot till/ från utlandet.

Invandring och utvandring

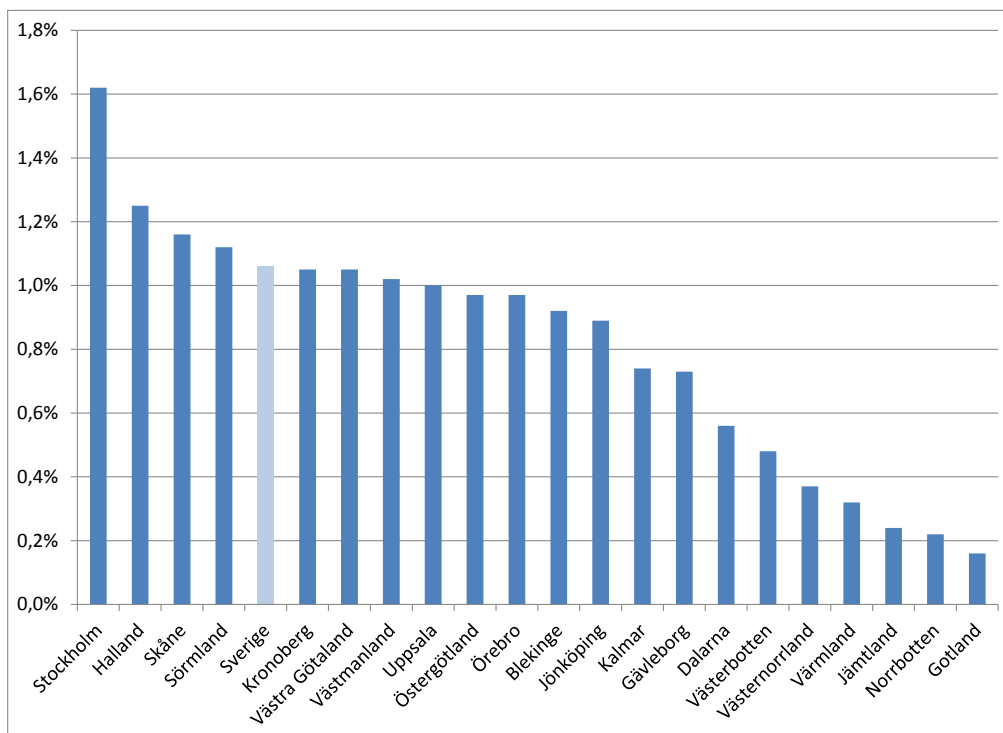
Invandringsöverskottet utgjorde 75 procent av folkökningen mellan år 2013 och 2014. Den enskilt största invandringsgruppen år 2014 var personer födda i Syrien, drygt 26 000 eller var femte invandrare. Den näst största gruppen var 15 000 personer

som är födda i Sverige och som återvände som invandrare. Antal utrikesfödda i Sverige var år 2014 1,6 miljoner eller 16,5 procent, en ökning med en halv procentenhet sedan år 2013. I hela befolkningen utgör utrikesfödda en mindre andel i åldersgruppen upp till 24 år samt i gruppen äldre än 65 år. I åldersgruppen 25–44 år är andelen kring 25 procent. Personer från 35 olika länder står för 80 procent av samtliga utrikesfödda. De högsta andelarna utgörs av personer från Finland (10%), Irak (8%) och Polen (5%). Därefter följer personer från Iran, Jugoslavien, Syrien, Somalia, Bosnien-Hercegovina samt Tyskland. Dessa länder har en andel mellan tre och fyra procent. Till skillnad från invandringen har utvandringen inte varierat särskilt mycket under de senaste fem åren. Den har legat på nivån 49 000–52 000 personer. År 2014 utvandrade 51 000 personer.

Det sker kontinuerligt en omfördelning bland gruppen utrikes födda, beroende på bland annat förändrade immigrationsströmmar till följd av väpnade konflikter och förutsättningar för arbetskraftsinvandring. Under början av 90-talet skedde till exempel en stor invandring från länder i forna Jugoslavien, som konsekvens av Balkankriget. Under 60- och 70-talet arbetskraftsinvandrade ett stort antal finländare till Sverige.

Faktorer som påverkar den demografiska utvecklingen

De faktorer som påverkar befolkningsantalet på sverigenivå är födelsetal, dödstal samt in- och utvandring. På läns- och kommunnivå tillkommer in- och utflyttning inom Sverige respektive inom länet. I tabell 2 redovisas antal och andel för dessa faktorer samt ytterligare några nyckeltal vart tionde år mellan 1960 och 2010 samt för år 2014. De flesta nyckeltalen är beräknade genomsnittsvärden för tio år bakåt i tiden. Några nyckeltal avser det enskilda året (Se förklaring under tabellen).



Figur 4. Folkökningen i procent mellan år 2013 och 2014, Sverige och län. Källa: SCB

Födda och döda

Under mitten av 1800-talet fick kvinnorna i genomsnitt fyra barn. Barnafödandet minskade sedan snabbt och var vid sekelskiftet 1900 nere på under två barn per kvinna. Under tio år i början av 1900-talet var fruktsamheten i Sverige på den historiskt lägsta nivån, i medeltal 1,8 barn. Därefter har antal födda barn legat på

cirka två per kvinna med variationer mellan enskilda år. Av de 20 medlemsländerna i EU låg Sverige på fjärde plats år 2012 med fruktsamhetstalet 1,91. Genomsnittet för EU var 1,58. Högst låg Irland (2,01) och lägst Portugal (1,28).

År 1900 dog tio procent av barnen före sin första födelsedag. I början av 1900-talet inträffade vart tredje dödsfall innan man blev 45 år. Det innebar att återstående förväntad medellivslängd

	År							
	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2014	
Folkmängd *)	7 500 000	8 080 000	8 320 000	8 600 000	8 880 000	9 420 000	9 747 000	
Folkökning ***)	46 000	58 000	24 000	28 000	28 000	54 000	81 000	
Folkökning per 1000 invån ***)	6,4%	7,8%	2,9%	3,3%	3,4%	6,0%	8,5%	
Födda ***)	108 400	113 800	104 400	100 300	106 700	101 400	113 800	
Födelsetal per 1000 invån ***)	14,9%	14,7%	12,7%	12,0%	12,2%	11,2%	11,9%	
Summerad fruktsamhet *)	2,17	1,94	1,68	2,14	1,55	1,98	1,88	
Döda ***)	70 100	78 100	86 700	92 500	94 300	92 200	90 400	
Dödstal per 1000 invån ***)	9,7%	10,1%	10,6%	11,0%	10,8%	10,2%	9,4%	
Födelseöverskott antal ***)	38 300	35 700	17 700	7 800	12 400	9 200	23 400	
Födelseöverskott kvot (födda/döda) ***)	1,55	1,46	1,20	1,08	1,13	1,10	1,26	
Invandring ***)	25 800	37 300	42 400	39 300	53 000	77 300	108 200	
Utvandring ***)	14 800	17 500	29 800	24 600	31 900	38 400	50 700	
Invandringsöverskott antal ***)	11 000	19 800	12 600	14 700	21 100	38 900	57 500	
Invandringsöverskott kvot (invandr/utvandr) ***)	1,74	2,13	1,42	1,60	1,66	2,01	2,13	
Andel utrikes födda *)	4	6,7	7,5	9,2	11,3	14,7	16,5	
Folkökning, andel födelseöverskott ***)	78%	64%	59%	34%	37%	19%	29%	
Spädbarnsdödlighet (per 1000 lev födda) *)	16,62	11,00	6,91	5,96	3,42	2,54	2,18	
Medellivslängd män *)	71,2	72,2	72,8	74,8	77,4	79,9	80,4	
Medellivslängd kvinnor *)	74,9	77,1	78,8	80,4	82,0	83,5	84,1	
Medeltal antal boende per hushåll *)	2,84	2,59	2,32	2,14	2,01	2,02	2,22	

Tabell 2. Nyckeltal för den demografiska utvecklingen år 1960–2014. Källa: SCB, befolkningsstatistik i sammandrag

*) Enskilda året. ***) I genomsnitt per år, tio år bakåt (2014 fem år bakåt). För t.ex. år 2010 är beräkningen gjord på de tio åren 2000–2009.

	År							
	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2014	
Födda ***)	108 400	113 800	104 400	100 300	106 700	101 400	113 800	
Födelsetal per 1000 invån ***)	14,9%	14,7%	12,7%	12,0%	12,2%	11,2%	11,9%	
Summerad fruktsamhet *)	2,17	1,94	1,68	2,14	1,55	1,98	1,88	
Döda ***)	70 100	78 100	86 700	92 500	94 300	92 200	90 400	
Dödstal per 1000 invån ***)	9,7%	10,1%	10,6%	11,0%	10,8%	10,2%	9,4%	
Födelseöverskott antal ***)	38 300	35 700	17 700	7 800	12 400	9 200	23 400	
Födelseöverskott kvot (födda/döda) ***)	1,55	1,46	1,20	1,08	1,13	1,10	1,26	

Tabell 3. Nyckeltal födda och döda 1960–2014. Källa: SCB (utdrag från tabell 2)

*) Enskilda året. ***) I genomsnitt per år, tio år bakåt (2014 fem år bakåt). För t.ex. år 2010 är beräkningen gjord på de tio åren 2000–2009.

vid födelsen då var 55 år. Från mitten av 1900-talet är det en liten andel av dödsfallen som inträffar i de yngre åldrarna. Förklaringen är förändringar av dödsorsakerna. I början av 1900-talet var det sjunkande dödlighet i infektionssjukdomar och olyckor som bidrog mest till att fler unga överlevde. Under senare decennier är det minskad dödlighet från hjärt- och kärlsjukdomar, främst bland de äldre, som har bidragit mest till den ökade medellivslängden. I tabell 3 redovisas nyckeltal för födda och döda åren 1960–2014 (Utdrag från ovanstående tabell 2)

Födda

I tabellen anges tre tal för födda: antalet, födelsetal per 1000 invånare och summerad fruktsamhet. Antal födda är en kombination av antal kvinnor i fertil ålder och fruktsamheten bland dessa kvinnor. Antalet födda ser ganska konstant ut när man räknar ett genomsnitt per tioårsperiod. Studerar men de enskilda åren visar det sig att antalet födda barn varierar kraftigt mellan olika år. År 1999 var barnafödandet bland det lägsta någonsin i Sverige, 88 000 och 1,5 barn per kvinna. Det var på samma nivå som de år med lägst antal födda, under lågkonjunkturen på 1930-talet. Från att födelsetalet per 1000 invånare har minskat mellan åren 1960 och 2010 har det de senaste åren ökat beroende på framför allt fler kvinnor i fertil ålder.

Det finns flera förklaringar till att barnafödandet har växlat över tiden. Nedgången under 1970- och 1980-talet skedde under en period när "hemmafrun" blev allt mer ovanlig och kvinnorna i högre utsträckning kom ut på arbetsmarknaden. Barntillsynen var ännu inte så uppbyggd och det var svårt att förena föräldraskap och arbetsliv. Även tillgången till bättre och säkrare preventivmedel bidrog till nedgången. Minskningen ersattes av en uppgång under en tioårsperiod före och efter 1990. Denna babyboom förklaras bland annat av införandet av den så kallade snabbhetspremiern i föräldraförsäkringen som innebar en höjd ersättning när man fick barn med kort mellanrum. Nedgången i slutet av 1990-talet brukar förklaras av lågkonjunkturen som medförde att det blev svårare att etablera sig på arbetsmarknaden. Allt fler gick därför vidare till högre studier och sköt barnafödandet på framtiden.

Döda

Antalet döda i förhållande till antalet 1000 invånare, dödstalet, har gått ned från 22 i mitten av 1850-talet till omkring 9 år 2014. Antalet toppas åren 1857 och 1918 med över 100 000 döda. De två orsakerna var hungersnöd respektive Spanska sjukan. År 1916 dog nästan 30 000 fler än året före och efter. I övrigt är det inte lika stora variationer mellan enskilda år i antalet döda som i antalet födda. Sedan andra världskrigets slut har dödstalet varit ganska konstant kring tio procent. Antalet döda kommer att öka från början av år 2020 och enligt prognosen passera 100 000 kring år 2030. Det beror inte på att dödsrisken blir högre utan att ett stort antal personer som är födda på 1940-talet då kommer upp i de åldrar när många avlider.

Födelseöverskott

Relationen mellan födda och döda, födelseöverskottet, har varit över ett (1,0) förutom under en tidsperiod. Historiskt fram till år 1970 har det i genomsnitt under tioårsperioder legat mellan 1,5 och 1,7. Undantaget var under 1930-talet med en genomsnittskvot på 1,2. De högsta och lägsta kvoterna finns i vår nutidshistoria. Efter låga födelsetal under 1930-talet var åren 1945 och 1946 "all-time-high" med ett födelseöverskott på 1,88 med över 60 000 personer. De lägsta, faktiska födelseunderskott mellan 0,93 och

0,98, inträffade under de fem åren mellan 1997 och 2001. Födelseöverskottet har därefter stigit på grund av att antalet födda har ökat.

Invandring och utvandring

Begrepp och definitioner

Asylsökande är en utländsk medborgare som begärt skydd mot förföljelse men vars ansökan fortfarande behandlas av Migrationsverket och/eller Migrationsdomstolen. Skälen till asyl är skyddsbehövande, särskilt ömmande omständigheter eller tidsbegränsat tillstånd. Personen är inte folkbokförd och ingår inte i den officiella befolkningsstatistiken. Om en asylsökande får uppehållstillstånd som gäller minst tolv månader och blir folkbokförd samma år som denne har sökt asyl i Sverige ingår personen även i invandringsstatistiken och i Sveriges folkmängd.

Flyktning är en person som har fått sin asylökan beviljad av Migrationsverket eller Migrationsdomstolen och som har rätt att bosätta sig i landet.

Flyktninganhöriga avser anhöriga till personer som fått uppehållstillstånd enligt skälen för asyl samt anhöriga till personer som är konventionsflyktingar.

Krav för arbetstillstånd

För att få arbetstillstånd måste personen ha blivit erbjuden ett arbete. Arbetstillståndet ska vara klart när man reser till Sverige. Man kan inte få arbetstillstånd för att komma till Sverige för att söka arbete. För att få arbetstillstånd ska man ha ett giltigt pass och erbjudits ett arbete med arbetsvillkor och lön som är i nivå med svenska kollektivavtal eller vad som är brukligt inom yrket eller branschen. Det erbjudna arbetet ska vara i sådan omfattning att lönen är minst 13 000 kronor i månaden före skatt. Arbetsgivaren ha för avsikt att teckna sjukförsäkring, livförsäkring, trygghetsförsäkring och tjänstepensionsförsäkring för personen när man påbörjar anställningen.

Reglerna ändrades för EU- och EES-medborgare våren 2014. Som EU/EES-medborgare har man rätt att arbeta, studera eller bo i Sverige utan uppehållstillstånd. Man har även rätt att starta och driva eget företag. Den som uppfyller uppehållsrätten har automatiskt uppehållsrätt i Sverige och behöver inte kontakta Migrationsverket. Fri rörlighet för EU/EES-medborgare innebär att man har rätt att resa till och vistas i ett annat land i tre månader.

Invandrad är en person som har för avsikt att stanna i Sverige i minst tolv månader samt har uppehållstillstånd/uppehållsrätt (gäller inte nordiska medborgare) och folkbokförd sig i landet. Nordiska medborgare behöver inte ha tillstånd för att invandra till Sverige.

Utvandrad är en person som meddelat Skatteverket att man har för avsikt att vara bosatt utomlands i minst tolv månader. Vid flyttning till ett annat nordiskt land gäller folkbokföringsreglerna i det land man flyttar till.

Tidig historik

Mellan åren 1850 och 1929 var Sverige ett utvandringsland. Varje år var det fler som utvandrade än invandrade. Under denna period utvandrade 1,5 miljoner svenskar varav 1,2 till Amerika. Under samma tid återkom cirka 200 000 av dessa personer till Sverige. Årtiondet 1880–1889 utvandrade i genomsnitt varje år 38 000

	År				1990	2000	2010	2014
	1960	1970	1980	1990				
Invandring ***)	25 800	37 300	42 400	39 300	53 000	77 300	108 200	
Utvandring ***)	14 800	17 500	29 800	24 600	31 900	38 400	50 700	
Invandringsöverskott antal ***)	11 000	19 800	12 600	14 700	21 100	38 900	57 500	
Invandringsöverskott kvot (invandr/utvandr) ***)	1,74	2,13	1,42	1,60	1,66	2,01	2,13	
Andel utrikes födda *)	4	6,7	7,5	9,2	11,3	14,7	16,5	

Tabell 4. Nyckeltal invandring och utvandring 1960 – 2014. Källa: SCB

*) Enskilda året. ***) I genomsnitt per år, tio år bakåt (2014 fem år bakåt). För t.ex. år 2010 är beräkningen gjord på de tio åren 2000–2009.

personer medan invandringen var 4 500 personer. År 1887 var antalet utvandrade som flest, 51 000 personer. År 1930 ändrades förhållandet och sedan dess har det varit fler som invandrat än utvandrat. I slutet och efter andra världskriget ökade invandringen upp till som mest 33 000 år 1948. Antalet krigsflyktingar är osäkert eftersom de inte ingår i befolkningsstatistiken. Man räknar med att ungefär 200 000 flyktingar från grannländerna kan ha kommit till Sverige under åren 1944 och 1945. De danska och norska flyktingarna återvände i allmänhet till sina hemländer vid krigsslutet. Av de 70 000 krigsbarnen återvände åtta av tio till Finland. En övervägande del av de 30 000 flyktingarna från Estland stannade kvar i Sverige.

Andra hälften av 1900-talet

Den svenska ekonomin expanderade snabbt efter kriget, vilket gjorde att efterfrågan på arbetskraft utifrån var stor. Arbetskraftskommissionen organiserade rekryteringen av utländsk arbetskraft, efter intresseanmälan från företagen, fram till år 1967. Även invandrare utöver den organiserade rekryteringen var välkomna att resa in och ansöka om arbetstillstånd på plats. Överenskomsten om en gemensam nordisk arbetsmarknad år 1954 tog bort kravet på pass samt uppehålls- och arbetstillstånd från nordiska medborgare. Det innebar en ökad invandring från de nordiska länderna. Ett stort antal finländare invandrade under 1960- och 1970-talen då det var lågkonjunktur i Finland. Invandrare kom även från övriga Europa, främst från Jugoslavien, Italien, Turkiet, Grekland och Österrike. Många invandrade också från Amerika, men en stor del av dessa var svenska emigranter som återinvandrade. En mycket liten del kom från andra världsdelar.

I slutet av 1960-talet började den liberala inställningen till arbetskraftsinvandringen förändras. Intresset för Sveriges arbetsmarknad i de traditionella immigranländerna minskade också markant under 1970-talet på grund av konjunkturnedgången i Sverige. Under 1960-talet hade tillverkningsindustrin gått tillbaka och arbetskraftsbehovet minskat. Nya regler infördes som innebar att invandrare inte längre kunde ansöka om arbetstillstånd på plats i Sverige, och åren 1969–70 rådde invandringsstopp. I slutet av 1970-talet upphörde under ett antal år i princip all arbetskraftsinvandring. Invandringen till Sverige kom istället att domineras av flykting- och anhöriginvandring.

Successivt har Sveriges hållning till arbetskraftsinvandring åter gått mot att vara mer liberal och Sverige kan idag anses ha det mest liberala systemet

bland OECD-länderna vad gäller arbetskraftsinvandring. Krav ställs inte på särskilda kvalifikationer, lönenivåer och systemet begränsas inte av kvoter. Hörnstenar i Sveriges orientering är särskilt medlemskapet i EU med dess inre marknad som innebär att medborgare i EU-länder inte behöver ha tillstånd för att arbeta i Sverige samt arbetskraftsinvandringsreformen från år 2008. Vikten av arbetskraftsinvandring betonas särskilt eftersom det var nödvändigt att tillgodose den svenska arbetsmarknadens behov av arbetskraft mot bakgrund av att andelen äldre i befolkningen ökar. I tabell 4 redovisas nyckeltal för invandring och utvandring åren 1960–2014 (Utdrag från tabell 2)

Fördjupad redovisning

I två kapitel i denna rapport ”Ekonomiska förutsättningar” och ”Personal och kompetensförsörjning” analyseras invandringens effekter vad gäller bland annat sysselsättning och rekryteringsbas. Ansatsen i detta följande avsnitt är att ge en grundläggande och fördjupad kunskap om invandringen ur ett mer allmänt demografiskt perspektiv.

Som framgår av tabell 4 var invandringen ganska jämn räknat på tioårsperioden mellan 1960 och 1990. Under denna period var invandringen som högst de enskilda åren 1969–1970 och 1989. De senaste 25 åren har invandringen ökat med den största stigningen från år 2006. Sedan dess ligger invandringen för varje år mellan 95 000 och 115 000 personer. Flykting- och anhöriginvandring har blivit de dominerande skälen. Nedanstående tabeller y och y visar invandring efter födelseregion och invandringsår samt skälen till arbets- och uppehållstillstånd. Invandra-

	Period			
	År 2014	-1969	1970-1999	2000-2014
Totalt antal	1 603 550	145 700	570 670	857 880
Andel i procent				
Norden utom Sverige	16	64	16	6
EU28 utom Norden	20	24	16	22
Europa utom EU28 och Norden	15	8	22	11
Afrika	10	1	6	15
Nordamerika	2	1	2	2
Sydamerika	4	0	7	3
Asien	32	1	30	40
Oceanien + Sovjetunionen	1	1	1	1
Summa	100	100	100	100

Tabell 5. Invandring efter födelseregion och invandringsår uttryckt i andelar (procent) av den totala invandringen. Källa: SCB

de personer från de åtta regionerna representerar sammanlagt 120 enskilda redovisade länder. Härutöver ingår länder som inte redovisas separat.

Den första kolumnen gäller andelen per 31 december 2014. Här ingår samtliga boende utrikesfödda som någon gång invandrat till Sverige. Hälften har födelseland i Europa. Kolumnen -1969 avser födelseregion för de som invandrade till och med år 1969. Personer från Finland utgjorde under denna tid hälften av invandringen. Personer från Tyskland och Jugoslavien stod för nio respektive sju procent. Under perioden 1970–1999 var antalet personer från Norden lika stort som fram till år 1969 men andelen minskade kraftigt eftersom invandring från Asien, Europa, Sydamerika och Afrika ökade. Dominerande länder var Polen, Jugoslavien, Bosnien och Hercegovina, Turkiet, Chile, Irak, Iran och Libanon.

Under den senaste perioden 2000–2014 utgör personer från Asien och Afrika mer än hälften av de invandrade. Högst andel räknat på enskilda länder är personer från Irak med elva procent av den totala invandringen. Därefter kommer med sex procent Polen, Somalia och Syrien. Tre procent av de invandrade kom från Tyskland, Afghanistan, Kina, och Thailand. Det senaste enskilda året 2014 utgjorde invandrade personer från Asien och Afrika 61 procent av samtliga invandrade personer. De största förändringarna från enskilda länder jämfört med perioden 2000–2014 var att personer från Syrien år 2014 utgjorde 24 procent av invandringen, från Eritrea fem procent och att invandringsandelen från Irak minskade till tre procent.

I figur 5 redovisas antalet personer som fått beviljade arbets- och uppehållstillstånd för varje år mellan 2005 och 2014. I diagrammet ingår inte personer från de 30 länderna inom EU/EES. Som EU/EES-medborgare har man rätt att arbeta, studera eller bo i Sverige utan uppehållstillstånd. Man har även rätt att starta

och driva eget företag. Den som uppfyller uppehållsrätten har automatiskt uppehållsrätt i Sverige och behöver inte kontakta Migrationsverket. I diagrammet ingår inte heller studerande eller återinvandrade svenskar.

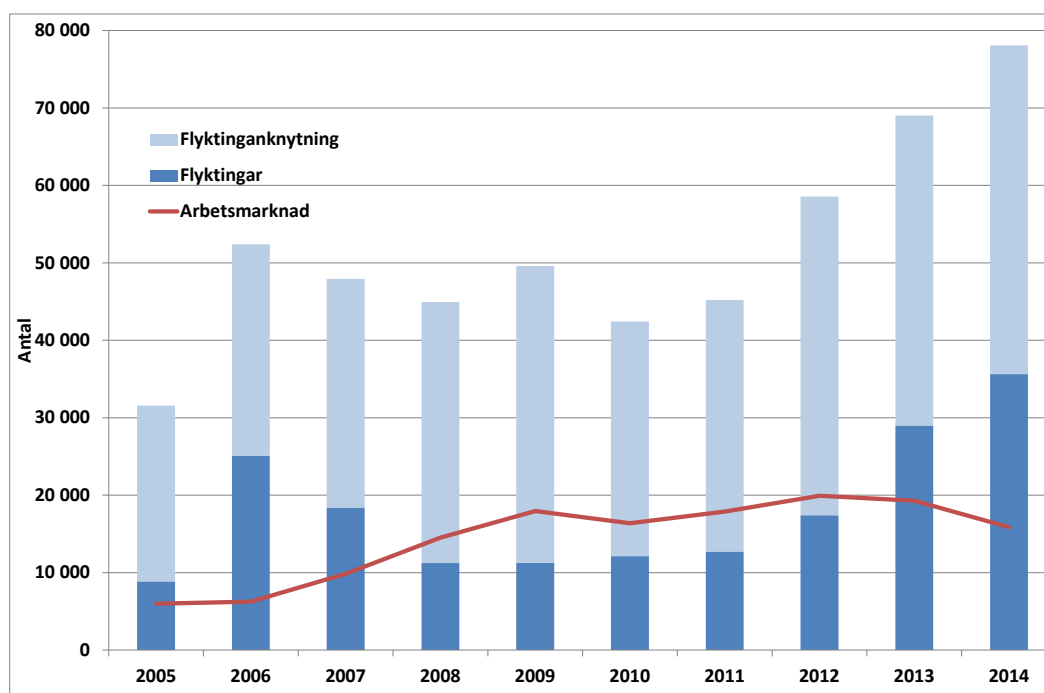
Mellan åren 2005 och 2014 har invandringen ökat för personer såväl med arbetsmarknadsskäl som flyktingskäl samt anhöriga till flyktingar. Antalet invandrade med arbetsmarknadsskäl var som lägst åren 2005 och 2006 med cirka 6000 personer. Högst var åren 2012 och 2013 med cirka 20 000 personer. Antalet med flyktingskäl och flyktinganknytning var som lägst år 2005 och som högst 2014. Sammanlagt under hela perioden invandrade 660 000 personer med dessa tre skäl. Hälften hade flyktinganknytning, 27 procent flyktingskäl och 22 procent arbetsmarknadsskäl.

I tabell 6 anges grunden för bosättning för personer totalt och från några av de länder man utvandrat från. De flesta statslösa är födda i Syrien.

Det finns olika anledningar till invandring. Personer från länder med oroligheter invandrar vanligtvis som flyktingar, eller som anhörig till en flykting. Personer från andra länder kommer främst till Sverige för att arbeta eller studera. Indiska och kinesiska medborgare bosatte sig i de flesta fall i Sverige för att studera eller arbeta. Syriska medborgare kom huvudsakligen som flyktingar och de somaliska medborgarna kom ofta som anhöriga till någon redan boende i Sverige. Det är fler män än kvinnor som invandrar med flyktingskäl och för att studera eller arbeta medan det är fler kvinnor bland anhöriginvandrarerna.

Utvandring

Utvandringen har ökat mellan år 1960 och 2013. Ungefär 50 000 personer har utvandrat varje år de senaste fyra åren. År 2012 var det 29 procent av de utvandrade som flyttade till något av de



Figur 5. Utfärdade antal arbets- och uppehållstillstånd åren 2005–2014. Källa: Migrationsverket

Medborgarskap	Studier/ Arbete	Anhöriga	Flyktingar	Övrigt	Totalt
Totalt	15%	41%	28%	16%	100%
Kvinnor	11%	50%	25%	15%	100%
Män	20%	33%	31%	17%	100%
Andel män	67%	42%	58%	55%	53%
Syrien	3%	13%	83%	1%	100%
Somalia	0%	79%	18%	3%	100%
Polen	24%	16%	0%	59%	100%
Statslösa	1%	15%	81%	3%	100%
Afghanistan	1%	36%	62%	1%	100%
Eritrea	0%	16%	80%	4%	100%
Indien	55%	43%	0%	2%	100%
Irak	10%	70%	17%	3%	100%
Tyskland	38%	17%	0%	45%	100%
Kina	55%	42%	1%	2%	100%

Tabell 6. Grund för bosättning. Andelar totalt, män och kvinnor samt de tio vanligaste utomnordiska länderna år 2013. Källa: SCB, statistiknyheter 2014.

nordiska länderna, flest till Norge. 12 procent av de utvandrade personerna flyttade till Storbritannien och USA. Totalt flyttade utvandrarerna till nästan 170 olika länder. Av den totala utvandringen var det sju av tio som återvände till sitt födelseland. De hade tillbringat i genomsnitt nästan sju år i Sverige.

Andel födelseöverskott samt spädbarnsdödlighet och medellivslängd

I tabell 7 redovisas nyckeltal för andel födelseöverskott, spädbarnsdödlighet och medellivslängd åren 1960–2014 (Utdrag från tabell 2)

Andel födelseöverskott

Andel födelseöverskott innebär den andel som födelseöverskottet utgör av den totala folkökningen. Den återstående andelen, till exempel 71 procent år 2014, utgörs av invandring. Från år 1930 fram till år 1963 låg andelen födelseöverskott på ett genomsnitt av cirka 80 procent. Mellan åren 2000 och 2010 var födelseöverskottet lågt och invandringsöverskottet stigande. Härigenom blev den andel av folkökningen som utgjordes av födelseöverskottet den lägsta hittills i Sverige, 19 procent.

Spädbarnsdödlighet

Spädbarnsdödligheten är ett mått på dödlighet av 1000 levande födda. Under perioden 1900–1940 minskade dödligheten från cirka 10 till 4 procent (båda könen sammantaget). Därefter fortsatte spädbarnsdödligheten att minska kraftigt, till cirka 1,7 procent 1960. Även perioden efter 1960 har spädbarnsdödligheten fortsatt att minska. Minskningen var dock liten under 1980-talet. Mellan åren 1990 och 2010 gick spädbarnsdödligheten ner till 0,3 procent. En förklaring till detta är råden om att lägga spädbarnen på rygg, vilket minskade dödsfallen i plötslig spädbarnsdöd.

Medellivslängd

Förväntad medellivslängd vid födelsen brukar även kallas förväntad återstående medellivslängd vid födelsen. Det är ett demografiskt mått som visar hur länge ett under perioden nyfött barn förväntas leva i genomsnitt om samtliga nyfödda under sin livstid utsätts för de under perioden observerade dödsriskerna per ålder och kön. Detta beräknas med hjälp av en livslängdstabell. Man tänker sig att 100 000 pojkar respektive flickor föds under en vald period, vanligtvis ett eller fem år. Därefter minskar man dessa för varje ålder baserat på periodens observerade dödsrisker. Vid ungefär 110 års ålder har sedan samtliga 100 000 pojkar och flickor avlidit. Det möjliggör beräkningen av förväntad medellivslängd vid födelsen.

	År							
	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2014	
Folkökning, andel födelseöverskott ***)	78%	64%	59%	34%	37%	19%	29%	
Spädbarnsdödlighet (per 1000 lev födda *)	16,62	11,00	6,91	5,96	3,42	2,54	2,18	
Medellivslängd män *)	71,2	72,2	72,8	74,8	77,4	79,9	80,4	
Medellivslängd kvinnor *)	74,9	77,1	78,8	80,4	82,0	83,5	84,1	
Medeltal antal boende per hushåll *)	2,84	2,59	2,32	2,14	2,01	2,02	2,22	

Tabell 7. Nyckeltal andel födelseöverskott, spädbarnsdödlighet, medellivslängd och boende per hushåll 1960 – 2014. Källa: SCB *) Enskilda året. ***) I genomsnitt per år, tio år bakåt (2014 fem år bakåt). För t.ex. år 2010 är beräkningen gjord på de tio åren 2000–2009.

tad medellivslängd, inte bara för nyfödda utan även för samtliga åldrar per kön.

Medellivslängden i Sverige har ökat nästan oavbrutet sedan vår folkräkning startade på 1700-talet. Den återstående medellivslängden vid födseln var i mitten på 1800-talet omkring 45 år och för de som uppnått 65 års ålder omkring 75 år. Skälet till denna skillnad är den höga dödligheten i ung ålder. År 1900 dog tio procent av barnen före sin första födelsedag. I början av 1900-talet inträffade vart tredje dödsfall innan man blev 45 år. Från år 1930 till år 2014 har medellivslängden vid födseln ökat från 60 till över 80 år. År 2014 var medellivslängden vid födseln 80 år för män och 84 år för kvinnor. För de som uppnått 65 år var återstående medellivslängd 84 respektive 86 år. Denna skillnad på medellivslängden mellan män och kvinnor har varit så sedan 1750 med ganska små variationer. De senaste fem åren har ökningen av medellivslängden bromsats upp något jämfört med tidigare år.

Urbanisering

Sverige hör till de länder i Europa med den kraftigaste urbaniseringen, det vill säga folkförflyttning från landsbygd till stadsområden. I figur 6 visas befolkningsutvecklingen i procent mellan åren 1996 och 2014 för Sverige och länen.

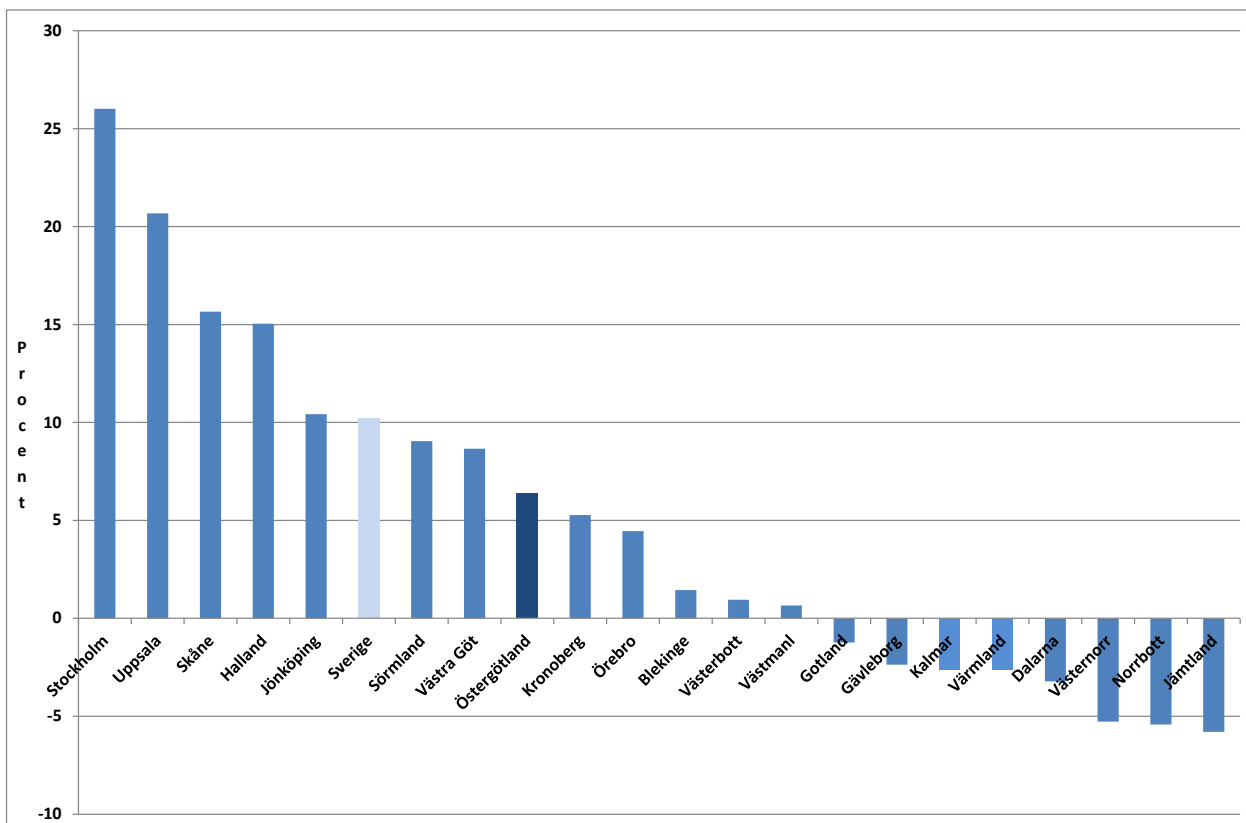
Av de 21 länen har 13 ökat sin befolkning och 8 minskat mellan åren 1996 och 2014. Ökningstakten för Stockholm är mer än fyra gånger högre än för Östergötland. De län som har minskat sin befolkning är desamma som har den lägsta befolkningsutvecklingen mellan 2013 och 2014. Det sammanlagda antalet invånare i de län med befolkningsstillväxt har ökat sin andel från 74 procent år 1996 till 77 procent år 2014. De län med minskad befolkningsstillväxt är

också de län med högst andel invånare 75 år och äldre.

Samtidigt som den svenska befolkningen i sin helhet blir allt äldre och försörjningskvoten stiger finns det således stora skillnader mellan olika delar av landet. Under de senaste hundra åren har Sverige gått från att vara ett ruralt till att bli ett allt mer urbaniserat land. Storstäderna, förortskommunerna och de större städerna växer, medan framför allt glesbygdskommunerna men även mindre kommuner tappar i befolkning. Det är dock inte bara storstäderna som växer. Ett annat viktigt mönster är framväxten av olika regionala tillväxtnoder, exempelvis Umeå, Linköping, Uppsala och Växjö. En gemensam nämnare för olika regionala tillväxtnoder är ofta att de är universitets- eller högskoleorter, men det kan även handla om samband till gränskommuner. Skillnaderna mellan stad och land växer dock inte enbart i termer av befolkningsstorlek. En konsekvens av urbaniseringstrenden är växande skillnader också när det gäller bland annat utbildning. I hela riket är cirka 25 procent av befolkningen högutbildad, det vill säga har minst tre års eftergymnasial utbildning. Skillnaderna mellan kommuner är dock stora. Det finns kommuner där mer än hälften av befolkningen är högutbildade. Omvänt finns det många mindre kommuner där endast runt tio procent är högutbildade.

Positiva och negativa spiraler

Den höga utbildningsnivån i större städer förklaras i hög utsträckning av att det där finns en arbetsmarknad för och efterfrågan på högutbildad arbetskraft. På mindre orter finns färre arbetsplatser för, och mindre efterfrågan på, högutbildad arbetskraft. I mindre kommuner saknas det också ofta alternativa eller kompletterande arbetsplatser för dem som vill byta jobb eller lever tillsammans med en partner som också är högutbildad. Medan större städer erbjuder en mångfald arbetsgivare som kan



Figur 6. Befolkningsförändring Sverige och län 1996–2014. Källa: SCB

vara intressanta för högutbildade erbjuder små kommuner ofta bara några få sådana arbetsplatser. Det gör att dessa orter är mindre attraktiva för dem som är högutbildade. Denna situation bidrar till att forma positiva spiraler för större kommuner och negativa spiraler för mindre kommuner.

Ett annat uttryck för de växande skillnaderna mellan olika delar av landet handlar om relationen mellan antalet ungdomar som tillträder och antalet personer som av åldersskäl lämnar arbetsmarknaden. Under perioden fram till år 2025 beräknar Arbetsförmedlingen att endast tre län – Uppsala, Stockholm och Västra Götaland – kommer att ha fler ungdomar som tillträder arbetsmarknaden än de som av åldersskäl lämnar den. Skåne beräknas få ungefär lika många unga som tillträder och äldre som lämnar arbetsmarknaden. I övriga län kommer pensionsavgångarna vara större än tillträdet av unga på arbetsmarknaden. På kommunnivå beräknas endast storstäder och större städer, inklusive förorter, att få ett nettotillskott på arbetsmarknaden. Mindre kommuner och glesbygdskommuner kommer att se ett växande underskott av personer i arbetsför ålder.

Utblick i världen

Enligt den senaste prognosen kommer jordens befolkning att stiga från dagens 7,2 miljarder människor till 9,6 miljarder år 2050. Därefter fortsätter ökningen och passerar 11 miljarder år 2100 utan att ha nått sin kulmen. Helt avgörande är att utvecklingen i Afrika inte alls följer mönstret från andra kontinenter där antalet barn per familj sjunkit dramatiskt i takt med ökat ekonomiskt välstånd. I Afrika söder om Sahara tycks antalet stabilisera sig vid 4,6 barn per kvinna i stället för runt två barn i övriga världen. Mot denna utveckling kan ställas att befolkningen kommer att minska i Europa, Asien samt i Nord- och Sydamerika.

Framtidens värld kommer i huvudsak att domineras av gamlingar. Idag är 400 miljoner människor äldre än 65 år. År 2100 beräknas denna siffra vara sex gånger så mycket, 2,4 miljarder. De trender vi ser i Sverige för ekonomin och den åldrande befolkningen finns således i stort sett i hela vår omvärld, om än i varierande styrka. Nästan hela världen har en kraftig förskjutning mot allt fler äldre jämfört med antalet yngre. Minskad barnadödlighet, ökad trygghet i socialförsäkringssystem och bättre hälsa, ofta kopplat till ökat ekonomiskt välstånd, har medfört en kraftig ålderförskjutning i världens befolkning. Enligt en bedömning kommer andelen i världsbefolkningen som är över 60 år vara 22 procent 2050, jämfört med 8 procent 1950 och 11 procent idag. Det innebär att 12 personer som arbetade för varje äldre person (65+) 1950 har sjunkit till 9 personer 2009 och väntas bli 4 personer 2050. Jämfört med EU och OECD är världens försörjnings-

kvot inte lika skev. Utmaningarna – framför allt i utvecklingsländerna – är dock av en delvis annan karaktär än i OECD-länderna.

Japan, som har den äldsta befolkningen i OECD, har en hög försörjningskvot men även Sverige hamnar här före många andra länder. År 2013 minskade befolkningen i Japan med 244 000 personer. Oron över den demografiska utvecklingen ökar nu i Japan där över 20 procent av befolkningen är 65 år och äldre. Flera andra länder står inför anpassningar som Sverige påbörjat tidigare och som är en del av förklaringen till att Sveriges utgångsläge nu är mindre ogynnsamt än för många andra länder. Sverige har emellertid en mer utvecklad och omfattande offentligt finansierad välfärdssektor, vars finansiering kan vara mer känslig för demografiska förändringar än andra länders.

Klara välfärd när fler blir äldre och färre arbetar

En åldrande befolkning innebär inte bara att andelen människor i det vi vanligtvis tänker på som yrkesverksam ålder sjunker, utan också en ökande efterfrågan på exempelvis sjukvård och äldreomsorg. Allt annat lika innebär det också en lägre tillväxt. Kombinationen av att en sjunkande andel arbetar och betalar skatt, samtidigt som efterfrågan på välfärdstjänster inom framför allt sjukvården och äldreomsorgen ökar, riskerar att leda till ett växande gap mellan behov och vilka resurser som finns för att täcka dessa. Till det kommer risken för ökade svårigheter att rekrytera den personal som ska utföra olika välfärdstjänster. För att det ska vara möjligt att finansiera välfärden och möta krav på ökade välfärdsinsatser i framtiden kommer det att krävas både högre produktivitet och fler arbetade timmar, samtidigt som den demografiska utvecklingen – allt annat lika – medför ett sjunkande antal arbetade timmar. Den demografiska utvecklingen handlar dock inte bara om en åldrande befolkning. Den handlar också om in- och utvandring och om befolkningsförändringar i olika delar av Sverige. En fortsatt urbaniseringstrend under de kommande decennierna riskerar att leda till än större obalanser mellan olika delar av landet och inte minst mellan stad och land. Den demografiska utvecklingen leder sammantaget därför till nya utmaningar när det gäller välfärdens och välfärdsfinansieringens hållbarhet nationellt och i olika delar av landet. Den demografiska utvecklingen får tre stora effekter för samhället. I figur 7 illustreras påverkan på näringsliv, välfärd samt vård och omsorg.

Den pågående demografiska utvecklingen ökar konkurrensen om högutbildad arbetskraft, ökar vårdbehovet och påverkar skatteintäkterna om den ekonomiska utvecklingen försämras. För det privata näringslivet är möjligheten att rekrytera rätt personal den viktigaste utmaningen. För välfärden i sin helhet gäller det både

	Näringsliv	Välfärd	Vård och omsorg
Arbetskraft	+	+	+
Skatteintäkter		+	+
Vårdbehov			+

Figur 7. Demografins effekter på samhället

Allt fler och större andel äldre i befolkningen

- Större behov av vård
- Ökade kostnader

En minskad andel i arbetsför ålder

- Ökad försörjningskvot
- Fler pensionsavgångar
- Tuffare konkurrens om utbildad personal
 - Mellan sektorerna i samhället
 - Mellan sjukvårdshuvudmännen
 - Lönedrivande

Figur 8. Sammanfattande utmaningar för vården och omsorgen

personal och skatteintäkter. Landsting och kommuner måste dessutom klara det ökade behovet av att allt fler invånare och allt större andel äldre behöver vård och omsorg. I figur 8 sammanfattas de kommande utmaningarna för vården och omsorgen.

När de stora pensionsavgångarna nu har blivit verklighet ökar gruppen som inte arbetar samtidigt som gruppen som arbetar krymper. Samtidigt finns även en utmaning att de yngre tar allt längre tid på sig för sina studier och därmed senarelägger inträdet på arbetsmarknaden. Skattefinansieringen av vår välfärd är emellertid uppbyggd på att de som förvärvsarbetar inte är för få i förhållande till den övriga befolkningen. År 2006 hade Sverige sin bästa så kallade försörjningskvot mellan antalet i befolkningen som är i "arbetsför ålder" och de som inte är det (mer om försörjningskvoten i nästa avsnitt). Problemet är inte att vi lever längre eller att det i Sverige snart kommer finnas mer än tio miljoner invånare. Kärnan i den demografiska utmaningen är att klara finansieringen av välfärden när fler är äldre och inte förvärvsarbetar. Ett uttryck för detta är att samtidigt som medellivslängden stadigt har ökat har pensionsåldern inte följt med.

Östergötland i fokus

Befolkningsutvecklingen i backspegeln

År 1850 hade Östergötland 222 000 invånare vilket var 6 procent av invånarna i Sverige. Motsvarande siffror år 2014 var 442 000 invånare och 4,5 procent. Mellan de 65 åren åren 1950 och 2014 ökade antalet invånare i Östergötland med 25 procent eller 89 000 personer. Ser vi på perioden 1975–2014 ökade befolkningen 14 procent eller 55 000 personer. För Sverige som helhet var ökningen 38 procent åren 1950–2014 och 19 procent 1975–2014. Östergötland har således haft en lägre befolkningsökning än Sverige som helhet. I tabell 8 redovisas befolkningsciffror och förändringar för Sverige, Östergötland och kommunerna.

Den procentuellt högsta folkökningen bland kommunerna mellan åren 1950 och 2014 har skett i Linköping, Söderköping, Mjölby och Norrköping. Den största minskningen har skett i Ydre, Valdemarsvik och Ödeshög. De största minskningarna skedde under perioden 1950–1975. Antal invånare sammanlagt i Linköping och Norrköping har ökat med 48 procent på 65 år. Det innebär att andelen boende av samtliga östgötar i dessa två kommuner har ökat från 55 till 65 procent.

Befolkningsutveckling 2014

I tabell 9 redovisas nyckeltal för befolkningsförändringar mellan år 2013 och 2014.

Folkökningen i Östergötland mellan år 2013 och 2014 är något lägre än i Sverige som helhet. På samma sätt som för andra län beror ökningen på en hög andel invandring. Samtliga kommuner utom Kinda har fått fler invånare. De kommuner som hade högst procentuell ökning var Ödeshög, Ydre, Finspång, Norrköping och Linköping. Lägst ökning hade Åtvidaberg och Vadstena. Mjölby var den enda kommun som hade såväl födelseöverskott som positivt flyttningsnetto för egna länet, övriga Sverige och utlandet.

	Antal invånare			Förändring 1950-2014	
	1950	1975	2014	Antal	Procent
Östergötland	352 934	387 088	442 105	89 171	25,3%
Boxholm	7 214	5 899	5 322	-1 892	-26,2%
Finspång	20 623	24 799	21 150	527	2,6%
Kinda	13 489	10 635	9 795	-3 694	-27,4%
Linköping	83 641	109 236	151 881	68 240	81,6%
Mjölby	21 070	25 529	26 428	5 358	25,4%
Motala	39 861	41 577	42 556	2 695	6,8%
Norrköping	110 222	119 169	135 283	25 061	22,7%
Söderköping	10 632	10 338	14 268	3 636	34,2%
Vadstena	7 545	7 718	7 393	-152	-2,0%
Valdemarsvik	12 085	8 864	7 657	-4 428	-36,6%
Ydre	6 210	4 297	3 660	-2 550	-41,1%
Åtvidaberg	12 387	12 976	11 472	-915	-7,4%
Ödeshög	7 955	6 051	5 240	-2 715	-34,1%
Sverige	7 041 829	8 208 442	9 747 355	2 705 526	38,4%
Linköp+Norr	193 863	228 405	287 164	93 301	48,1%
Andel av total	55%	59%	65%		

Tabell 8. Befolkningsförändringar Sverige, Östergötland och kommuner år 1950–1975–2014. Källa: SCB

	Folkmängd	Folkökning		Födelse- överskott	Flyttningsnetto			
		Antal	Procent		Totalt	Egna länet	Övriga Sverige	Ut- landet
Riket	9 747 355	102 491	1,1%	25 931	75 729	.	.	75 729
Östergötland	442 105	4 257	1,0%	949	3 297	.	329	2 968
Boxholm	5 322	44	0,8%	18	27	-18	3	42
Finspång	21 150	247	1,2%	-5	252	-7	-78	337
Kinda	9 795	-7	-0,1%	-3	-2	-15	-34	47
Linköping	151 881	1 679	1,1%	639	1 032	-125	282	875
Mjölby	26 428	115	0,4%	26	88	29	11	48
Motala	42 556	369	0,9%	-7	375	83	-17	309
Norrköping	135 283	1 534	1,1%	398	1 136	-83	218	1 001
Söderköping	14 268	73	0,5%	8	65	90	-37	12
Vadstena	7 393	10	0,1%	-31	40	5	11	24
Valdemarsvik	7 657	72	0,9%	-31	103	-12	-27	142
Ydre	3 660	43	1,2%	3	39	9	5	25
Åtvidaberg	11 472	12	0,1%	-54	64	39	-41	66
Ödeshög	5 240	66	1,3%	-12	78	5	33	40

Tabell 9. Nyckeltal för befolkningsförändringar Östergötland och kommuner mellan år 2013 och 2014. Källa: SCB

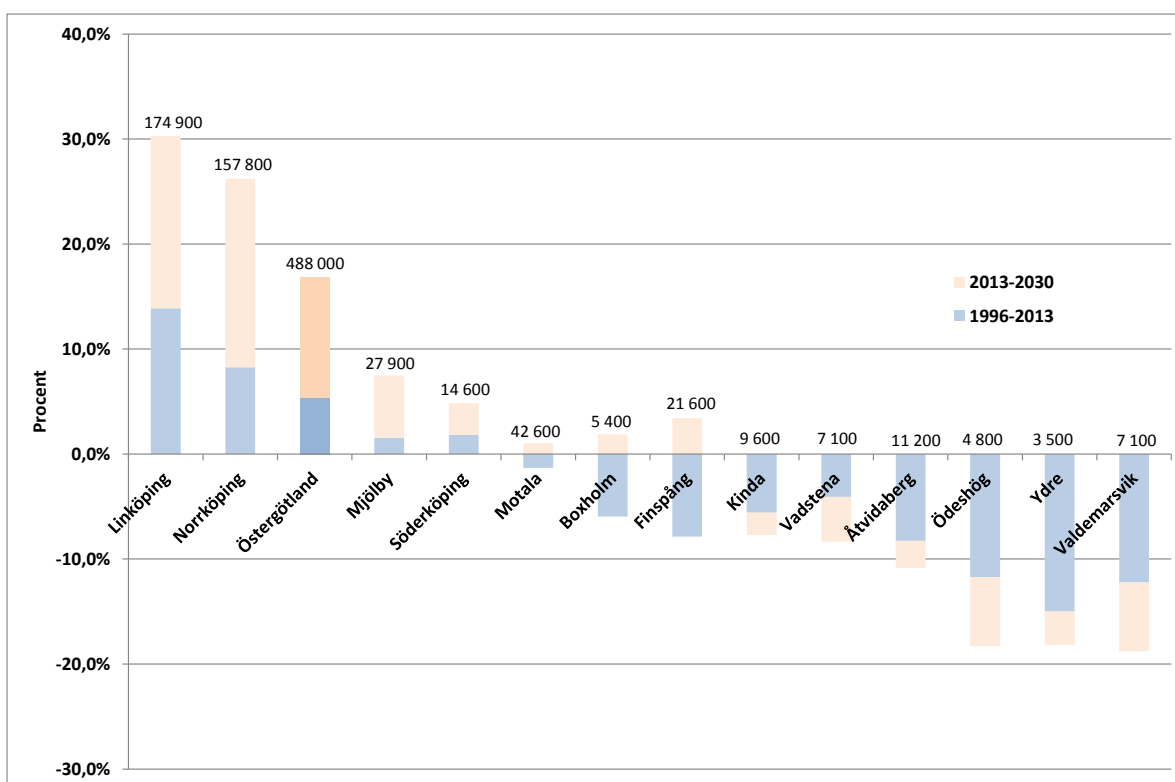
Flyttmönster och födelsetal har en naturlig koppling till ålder.

Åldersprofilen hos invandrare är mycket lik den hos de som normalt flyttar inom landet, vilket gör att sekundäromflyttningen, det vill säga inrikes flyttningar inom en tid efter första kommunplaceringen, hos nyanlända bekräftar befintliga flyttmönster från

land till stad. De trendbrott vi nu ser i vissa kommuner kan därför endast bli ett hack i kurvan. Det är inte troligt att flyktinginvandring en helt skulle balansera flyttmönstren för dessa kommuner, men tiden kommer att utvisa i vilken utsträckning den kan bättra på befolkningssiffrorna, även på sikt.



Figur 9. Befolkningsutveckling Östergötland 1996–2030. Källa: SCB



Figur 10. Befolkningsförändring i Östergötland och kommunerna år 1996–2030. Källa: SCB

Befolkningsutveckling 1996–2030

Under de 17 åren mellan 1996 och 2013 ökade antalet invånare i Östergötland med 24 000 invånare, från 416 000 invånare till 438 000. SCB:s befolkningsprognos visar på en fördubblad ökningstakt under nästa 17-årsperiod och antalet invånare blir enligt prognosen 488 000 år 2030. (Figur 9). I befolkningsprognosen ingår födda och döda, inflyttade och utflyttade (inrikes och utrikes).

Östergötland ökar enligt prognosen med 50 000 invånare mellan år 2013 och 2030. Åldersgruppen 0–19 år ökar med 18 000, 20–64 år med 10 000 och 65 år och äldre med 22 000. Yngre och äldre står således för 80 procent av befolkningsökningen.

När vi studerar befolkningsutvecklingen i Östergötlands 13 kommuner går utvecklingen åt olika håll. I figur 10 redovisas befolkningsutvecklingen i procent mellan åren 1996 och 2013 (blå stapel) och den beräknade utvecklingen mellan åren 2013 och 2030 (röd stapel). Siffran över staplarna är beräknat antal invånare år 2030.

Befolkningsökningen för Östergötland var 5,3 procent mellan åren 1996 och 2013 och beräknas bli 11,5 procent den kommande perioden fram till år 2030. År 1996 var andelen invånare i Linköping och Norrköping 62 procent. År 2013 var andelen 65 procent och år 2030 beräknas andelen bli 68 procent.

Nio kommuner har minskat sin befolkning den senaste 17-årsperioden. Linköping och Norrköping har haft de största ökningarna i såväl antal som procent. Enligt prognosen fram till år 2030 ökar befolkningen i sju kommuner och minskar i sex. Den kraftigaste minskningen beräknas ske i Ödeshög och Valdemarsvik. I Ödeshög har befolkningen minskat med 700 personer sedan år

1996 och beräknas minska med 340 personer fram till år 2030. I kapitlet "Äldres hälsa, vård och omsorg" redovisas mer utförligt förändringar i den allra äldsta befolkningen.

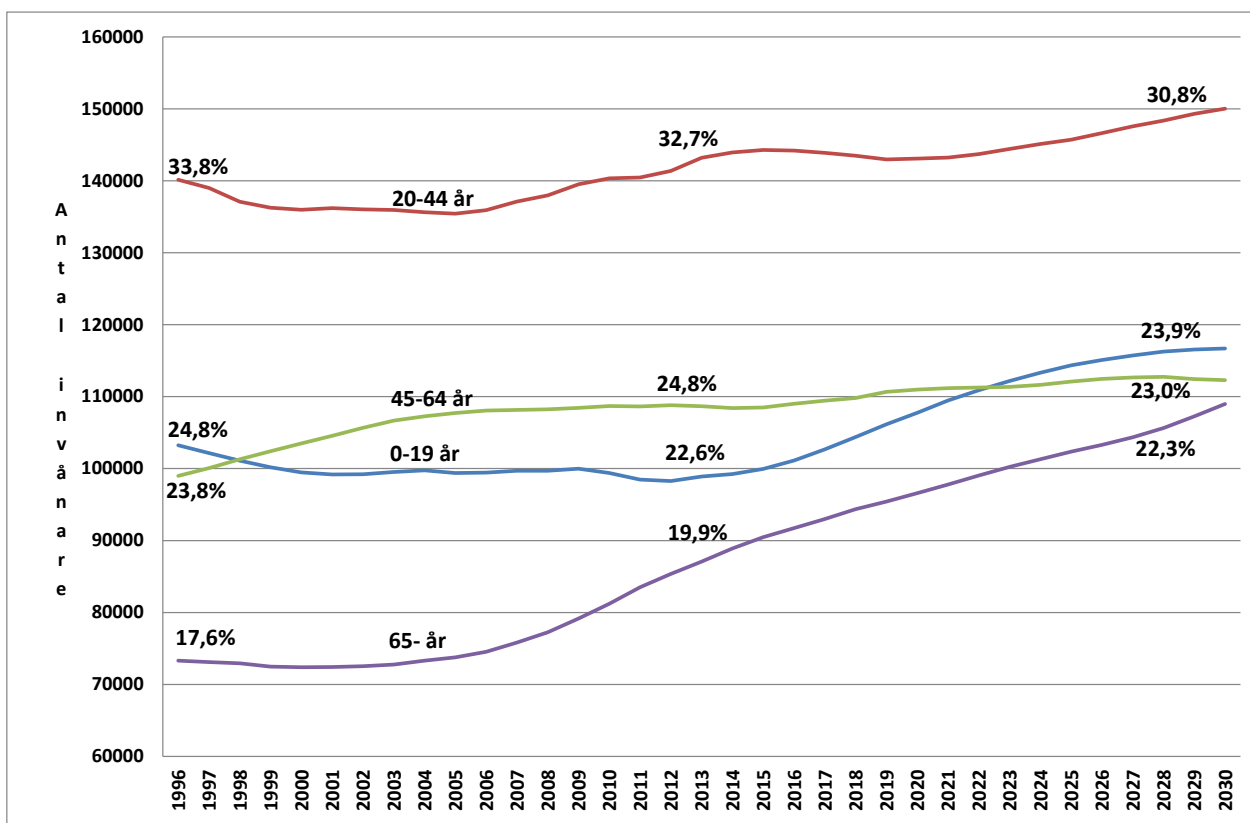
Förändring i åldersgrupper

Figur 11 illustrerar befolkningsutvecklingen för Östergötland i procent för tre åldersgrupper, 17 år bakåt i tiden och 17 år framåt i tiden.

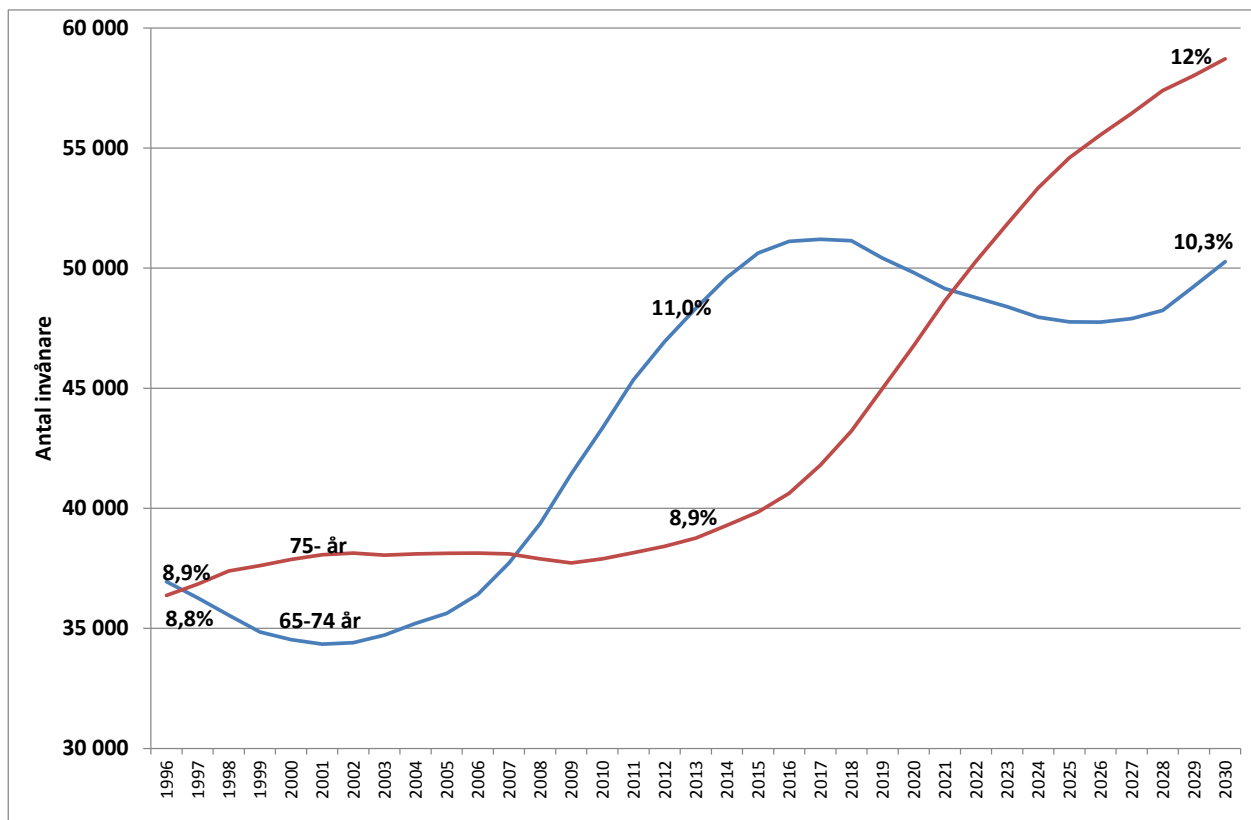
Ett tydligt mönster i diagrammet är att tre av ålderskurvorna dras ihop till lika stora andelar år 2030, kring 23 procent. Den markant största förändringen gäller åldersgruppen 65 år och äldre. År 1996 utgjorde de äldre 17,6 procent av antalet invånare i Östergötland. Fram till år 2013 hade andelen ökat med två procentenheter till 19,9 procent. Ytterligare 17 år framåt ökar andelen äldre med 3,4 procentenheter till 22,3 procent av befolkningen. Prognoserna visar på en fortsatt ökning av äldre även åren efter 2030. En annan iakttagelse är att invånare i "den arbetsföra gruppen" 20–44 och 45–64 år ökar i antal medan gruppens andel av den totala befolkningen minskar med sammanlagt 3,8 procentenheter mellan åren 2013 och 2030. Det innebär att denna grupp ökar mindre än den totala befolkningen. I figur 12 visas utvecklingen för den äldsta åldersgruppen för åren 1996–2030 med redovisning av andelar för 65–74 och 75 år och äldre.

De båda åren 1996 och 2007 var de två åldersgrupperna 65–74 år och 75 år och äldre lika stora. Därefter är gruppen 65–74 år större fram till nästa brytpunkt, år 2022. Då övergår allt fler från den yngre åldregruppen till den äldre åldregruppen 75 år och äldre. I tabell 10 redovisas antalet invånare och förändringen mer detaljerat. Värdena är avrundade till närmaste hundratal.

Av tabellen framgår att den största ökningen av antalet invånare



Figur 11. Befolkningsutveckling i åldersgrupper Östergötland år 1996–2030. Källa: SCB



Figur 12. Befolkningsutveckling i åldersgrupperna 65–74 år och 75 år och äldre Östergötland år 1996–2030. Källa: SCB

Antal invånare	År			Förändring av antal		Förändring i procent	
	1996	2013	2030	1996–2013	2013–2030	1996–2013	2013–2030
Ålder							
0–19	103 200	98 900	116 700	-4 300	17 800	-4,2%	18,0%
20–44	140 100	143 200	150 000	3 100	6 800	2,2%	4,7%
45–64	99 000	108 700	112 300	9 700	3 600	9,8%	3,3%
65–74	36 900	48 300	50 300	11 400	2 000	30,9%	4,1%
75–	36 400	38 800	58 700	2 400	19 900	6,6%	51,3%
varav 65–	73 300	87 100	109 000	13 800	21 900	18,8%	25,1%
varav 80–	20 000	23 700	37 700	3 700	14 000	18,5%	59,1%
varav 90–	2 600	4 400	5 800	1 800	1 400	69,2%	31,8%
Totalt	415 700	437 800	488 000	22 100	50 200	5,3%	11,5%

Tabell 10. Antal invånare och förändringar Östergötland år 1996–2030. Källa: SCB

Land	Antal	Andel
Irak	6922	11%
Finland	5374	9%
Bosnien-Hercegovina	4218	7%
Somalia	3858	6%
Syrien	3561	6%
Forna Jugoslavien	2619	4%
Iran	2196	4%
Polen	1723	3%
Tyskland	1614	3%
Turkiet	1456	2%
Thailand	1468	2%
Chile	1207	2%
Norge	890	1%
Summa	37106	59%

Tabell 11. Antal och andel utrikes födda i Östergötland efter födelseland år 2013.

fram till 2030 sker i grupperna 0–19 år samt 75 år och äldre. Dessa två grupper står för 75 procent av den sammanlagda befolkningsökningen. Gruppen 80 år och äldre ökar fram till år 2030 med nästan 60 procent eller 14 000 personer. Det är fyra gånger mer jämfört med perioden 1996–2030.

Invandring

Detta avsnitt är i huvudsak utdrag ur rapporten från Årligt statistikunderlag integration, Region Östergötland 2014. Det statistiska underlaget i Regionförbudets rapport är hämtat från databaser hos Statistiska Centralbyrån, Migrationsverket, Arbetsförmedlingen och Folkhälsomyndigheten. I kapitlen ”Personal och kompetensförsörjning” och ”Ekonomiska förutsättningar” finns ytterligare utdrag ur rapporten.

Utrikes födda efter ålder och land

År 2014 var antal utrikesfödda i Östergötland 62 500 personer eller 14 procent av Östergötlands befolkning. Jämfört med hela befolkningen utgör utrikesfödda en mindre andel i åldersgruppen upp till 24 år samt i gruppen äldre än 65 år. I åldersgruppen 25–44 år är andelen kring 21 procent. Det är ungefär samma antal

män och kvinnor i samtliga åldersgrupper. I tabell 11 visas antalet personer efter födelseland från de största invandrarländerna, 60 procent av samtliga utrikes födda. Procentsatsen avser andelen i förhållande till samtliga utrikes födda invånare i Östergötland.

År 2005 var Finland det vanligaste födelselandet bland utrikes födda. År 2013 var födda i Irak den största gruppen. År 2013 ökade antalet invånare födda i Somalia och Syrien mest jämfört med föregående år.

Utrikesfödda efter år och land

I figur 13 visas utrikes födda från olika länder och under vilka år invandring skett.

Av de invånare som är födda i Afrika har mer än hälften invandrat de fem senaste åren och 80 procent de senaste tio åren. Motsatsen till detta mönster kan ses för grupperna födda i Norden (utom Sverige), Sydamerika och även Europa utom EU och Norden. De flesta invandrade från dessa länder för 15–20 år sedan eller mer än 20 år sedan. Som visas i kapitlet ”Ekonomiska förutsättningar” är invandringsår en viktig faktor för att förklara skillnader i förvärvsintensitet mellan olika grupper.

Utrikes födda i Östergötlands kommuner efter födelseregion

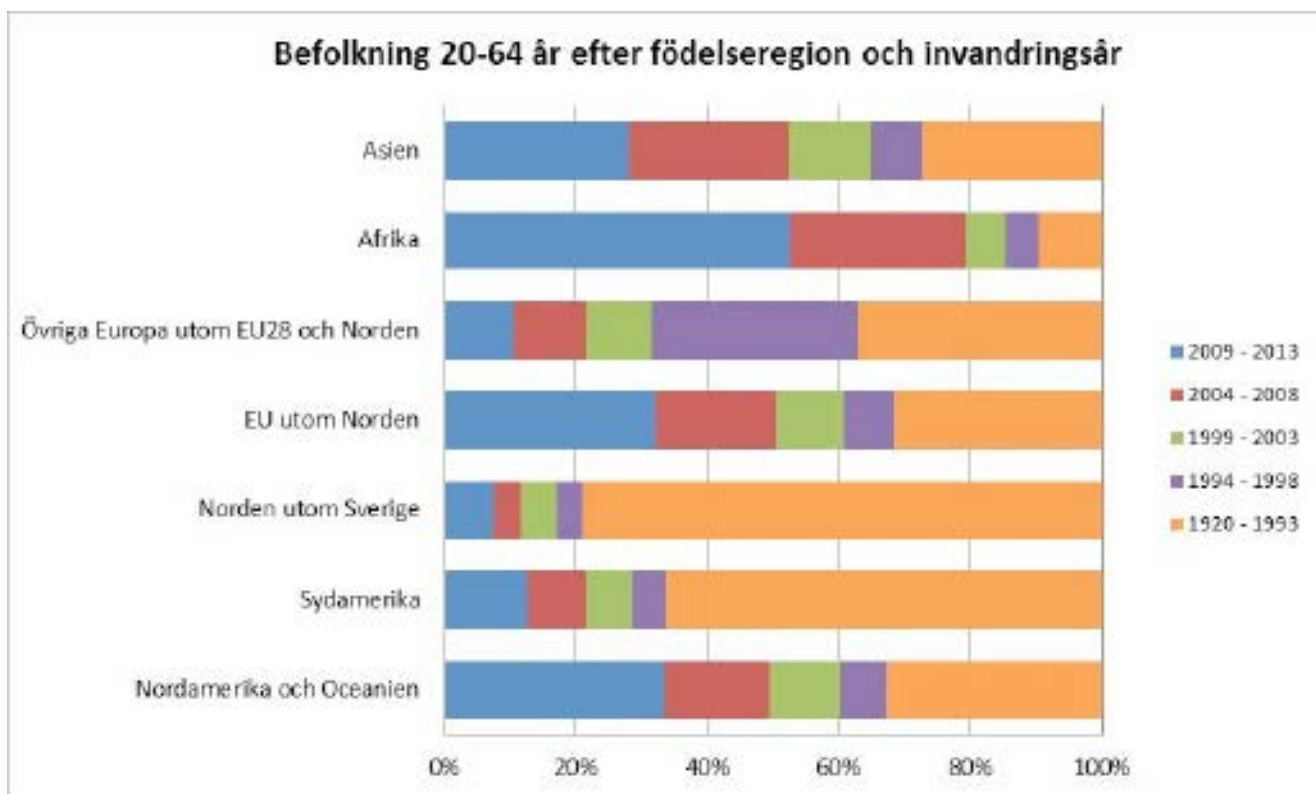
I figur 14 visas andel utrikes födda invånare i Östergötlands kommuner efter födelseregion år 2013.

Andelen utrikes födda invånare är störst i Linköping, Norrköping, Motala och Finspång. Fördelningen mellan de olika gruppernas storlek är, med vissa undantag, relativt jämn i de flesta kommuner. Profilen i Finspång skiljer sig från övriga kommuner genom att ha en jämförelsevis stor befolkningsgrupp födda i Finland. I Linköping och Norrköping kommer den största andelen utrikes födda från Asien. Irak, Syrien (främst i Norrköping) och Iran (främst i Linköping). Födda i Afrika utgör en relativt liten del, 1,5 procent eller ca 6500 personer, av länets totala befolkning.

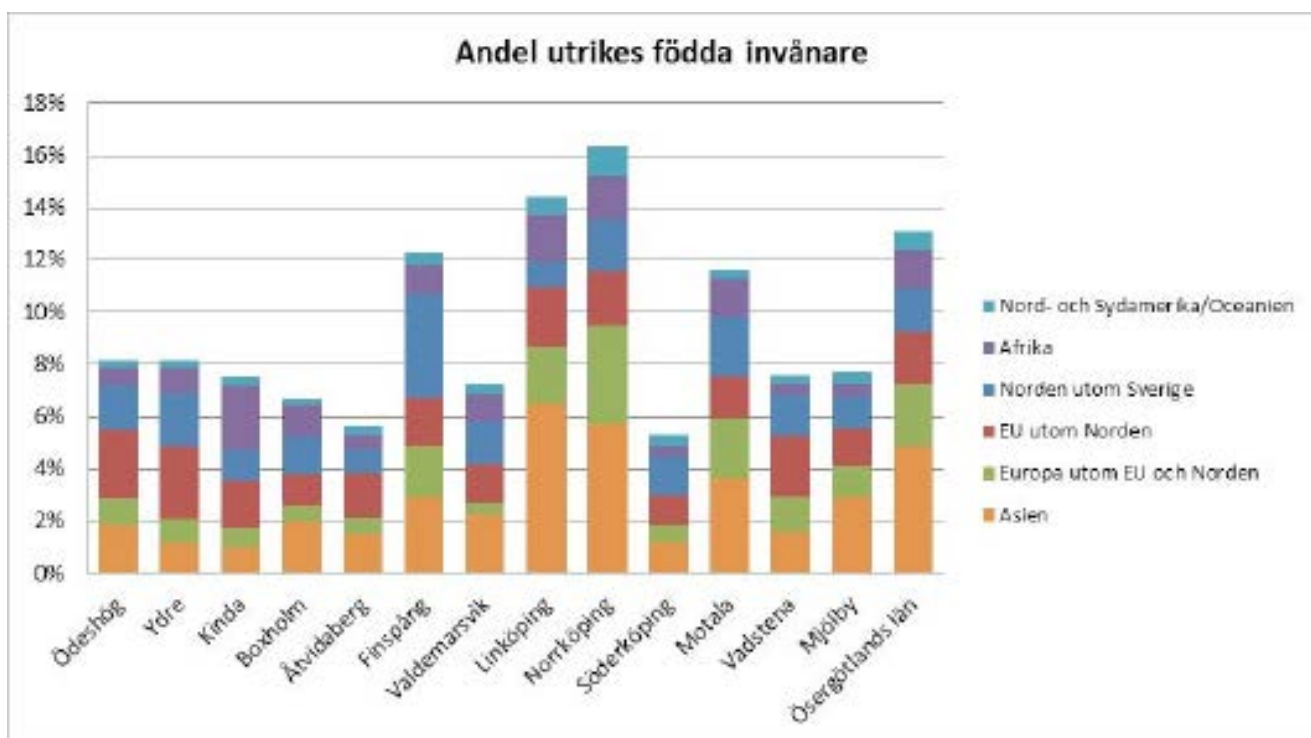
Bosättning i stadsdelar

I figur 15 visas andel utrikesfödda i elva bostadsområden i Östergötland.

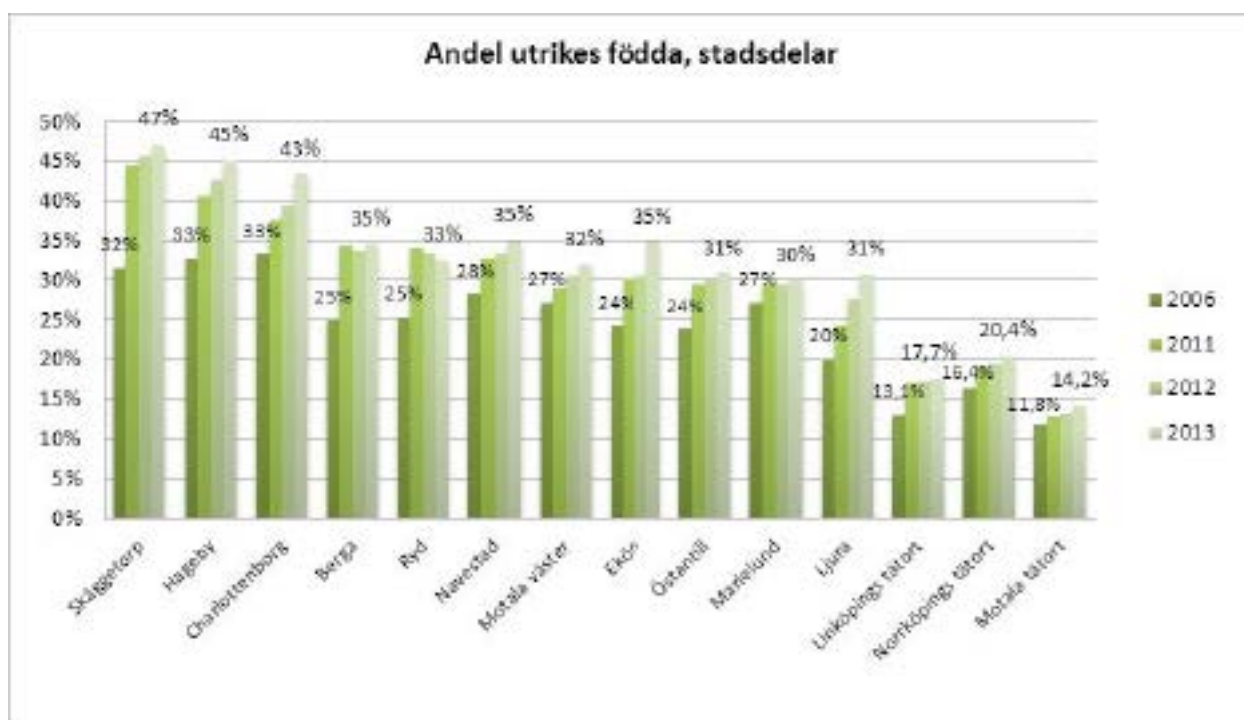
Diagrammet ger en bild av den etniska sammansättningen i de stadsdelar som hade högst andel utrikes födda år 2013. Endast tätorter i Linköping, Norrköping och Motala har beaktats. Andelen utrikes födda har sedan år 2006 ökat i samtliga elva områden



Figur 13. Fördelning av utrikes födda invånare i Östergötlands län efter år för invandring och födelseregion. Avser bosatta år 2013. Källa: Statistikdatabas Östergötland



Figur 14. Andel utrikes födda invånare i Östergötlands läns kommuner efter födelseregion år 2013. Källa: Statistikdatabas Östergötland



Figur 15. Andel utrikes födda i de elva bostadsområden med högst andel utrikes födda år 2011–2013 i Linköping, Norrköping och Motala tätorter. Jämförelse med år 2006. Källa: Statistikdatabas Östergötland

Demografisk försörjningskvot
 Nyckeltal för att bedöma ekonomiska konsekvenser av befolkningsutvecklingen

<u>0-19 år + 65- år</u>	187 000	=0,74
20-64 år	252 000	

Figur 16. Beräkning av den demografiska försörjningskvoten med siffror från Östergötland. Källa: SCB

med högst andel utrikes födda i tätorterna. De senaste tre åren har andelen utrikes födda ökat i nio av de elva stadsdelarna. I Ryd minskar andelen utrikes födda och i Berga har andelen varit stort sett oförändrad. En bidragande orsak är att andelen utrikes födda ökar generellt, både i Östergötland och i de tre tätorterna. Ökningen av andelen utrikes födda har varit större i Linköpings och Norrköpings tätort än den genomsnittliga ökningen i länet.

Demografisk försörjningskvot

Demografiska förändringar påverkar samhälle och ekonomi på en mängd olika sätt. Den så kallade försörjningskvoten är här ett centralt demografiskt nyckeltal som ofta används när man vill bedöma de ekonomiska konsekvenserna av befolkningsutvecklingen. Den demografiska försörjningskvoten beräknas som kvoten mellan summan av antalet personer i åldersintervallerna 0–19 och 65- år och antalet personer i de mest arbetsföra åldrarna 20–64 år (0–19+65–): 20–64 (figur 16).

Försörjningskvoten på kommunal och regional nivå är av speciell betydelse, framför allt för att den handlar om relationen mellan

utgifter för skola, vård och omsorg i förhållande till skattebasens storlek. En krympande befolkning urholkar underlaget för välfärdstjänsterna, såväl vad gäller finansiering som arbetskraft. Den demografiska försörjningskvoten ger inte hela bilden, eftersom det finns många i åldrarna 20–65 år som inte är yrkesaktiva, samtidigt som det finns personer både under 20 och över 65 år som arbetar och betalar skatt. Ändå ger den en fingervisning av de utmaningar som följer av den demografiska utvecklingen, särskilt vid jämförelser över tid. Ju högre den demografiska försörjningskvoten är, desto större är utmaningarna när det gäller välfärd finansieringens hållbarhet. I figur 17 visas försörjningskvoten för Östergötland totalt (blå linje) samt den andel som beror på antalet unga respektive den andel som beror på antalet äldre.

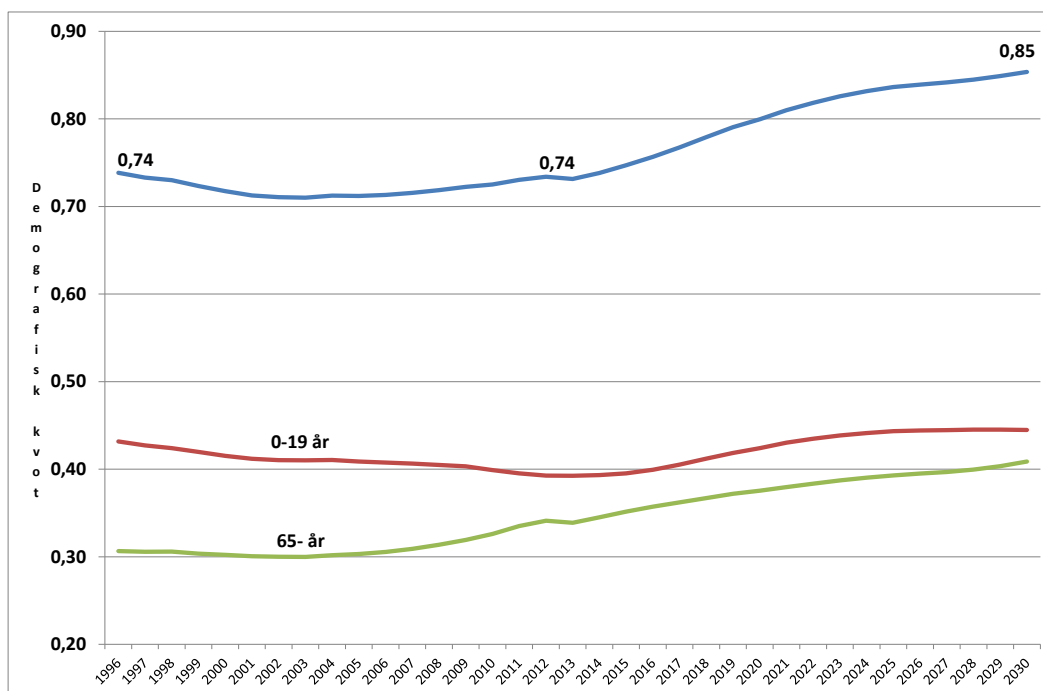
År 2014 var försörjningskvoten 0,74. Det innebär att 100 personer i yrkesverksam ålder ska försörja sig själva samt 74 unga och gamla. Försörjningskvoten har varit ganska konstant sedan 1960-talet. En historisk låg nivå inträffade under åren 2001–2006 med en försörjningskvot på 0,71. Kvoten ökar nu varje år under en överskådlig framtid. År 2030 beräknas försörjningskvoten vara 0,85. Bakåt i tiden har barn och ungdomar stått för den större andelen. Framöver bidrar de två grupperna med ungefär lika stora andelar.

Att behålla försörjningskvoten

Det finns tre olika scenarier för att Östergötland ska kunna behålla samma försörjningskvot år 2030 som idag, 0,74:

- Fler personer i arbetsför ålder
- Inträde i arbetslivet i yngre ålder
- Utträde i arbetslivet i äldre ålder

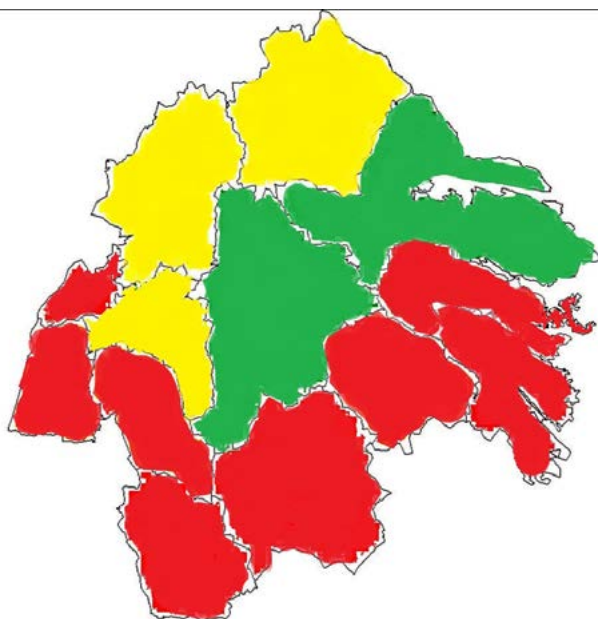
Befolkningsprognosen för Östergötland visar att antal personer i åldersgruppen 20–64 år ökar med 10 000 personer mellan åren 2013 och 2030, det vill säga i genomsnitt med 600 personer per år. En lösning med fler personer i arbetsför ålder kräver, utöver



Figur 17. Demografisk försörjningskvot Östergötland år 1996–2030. Källa: SCB

denna befolkningsprognos, en ökning i Östergötland av ytterligare 43 000 invånare i åldern 20–64 år de närmaste 17 åren. Det motsvarar lika många som samtliga invånare i Motala kommun. Per år innebär det en påfyllning i länet med 2 500 personer per år i denna åldersgrupp utöver de 600 i prognosen. Ett sådant scenario skulle innebära att länet skulle få del av 19 procent av hela Sveriges befolkningsökning i den arbetsföra befolkningsgruppen fram till år 2030. En annan förutsättning är att befolkningen som finns och skulle tillkomma i den arbetsföra befolkningen har samma genomsnittliga sysselsättningsgrad på minst samma nivå som idag.

Om lösningen skulle vara en höjd pensionsålder blir resultatet år



Figur 18. Illustration försörjningskvot Östergötland år 2030. Källa: SCB

2030 ytterligare fyra år i arbete för alla och således pensionering vid 69 års ålder. Idag är sysselsättningsgraden 75 procent för Östergötlands invånare i åldersgruppen 20–64 år och sju procent för invånarna 65 år och äldre. För att få den avsedda effekten med längre tid i arbetslivet måste nuvarande sysselsättningsgrad för äldre tiodubblas. Figur 18 illustrerar med färger den beräknade försörjningskvoten år 2030 för Östergötlands kommuner. Kommuner med grön färg har de lägsta kvoterna, med gul mittemellan och med röd de högsta.

I figur 19 redovisas försörjningskvoten år 2030 mer detaljerat för Östergötlands kommuner. Den blå stapeln visar kvoten år 2014. Den blå plus röda stapeln visar kvoten år 2030. Den röda visar således ökningen mellan åren 2014 och 2030. Kommunerna är sorterade från lägst till högst kvot år 2030.

Linköping och Norrköping har nu de lägsta försörjningskvoterna bland Östergötlands kommuner och där blir också de lägsta ökningarna av kvoten fram till år 2030. Åtta av Östergötlands kommuner beräknas att ha en kvot över 1,0 år 2030. För till exempel Vadstena innebär det att 100 personer i arbetsför ålder ska försörja sig själva samt 125 barn och äldre.

Iakttagelser och reflektioner

Inte alltid som man tror

Sverige har en detaljerad befolkningsstatistik sedan år 1750. Den är enkel att få tag på genom att ladda hem på längden och på tvären från SCB:s statistikdatabaser och rapporter. Man kan sedan sätta ihop och bearbeta och få fram sådant som ställer sina föreställningar på huvudet. Under vilka årtionden hade Sverige den procentuellt lägsta befolkningstillväxten? Det spontana snabba svaret är under den stora utvandringen i slutet av 1800-talet och början av 1900-talet. Men så är det inte. Det är under vår egen nutid, 30 år mellan 1970 och 2000. Det var också några år under denna period som fler dog än föddes. Fyrtingalisterna kallas rekordgenerationen eftersom de har stått för den högsta

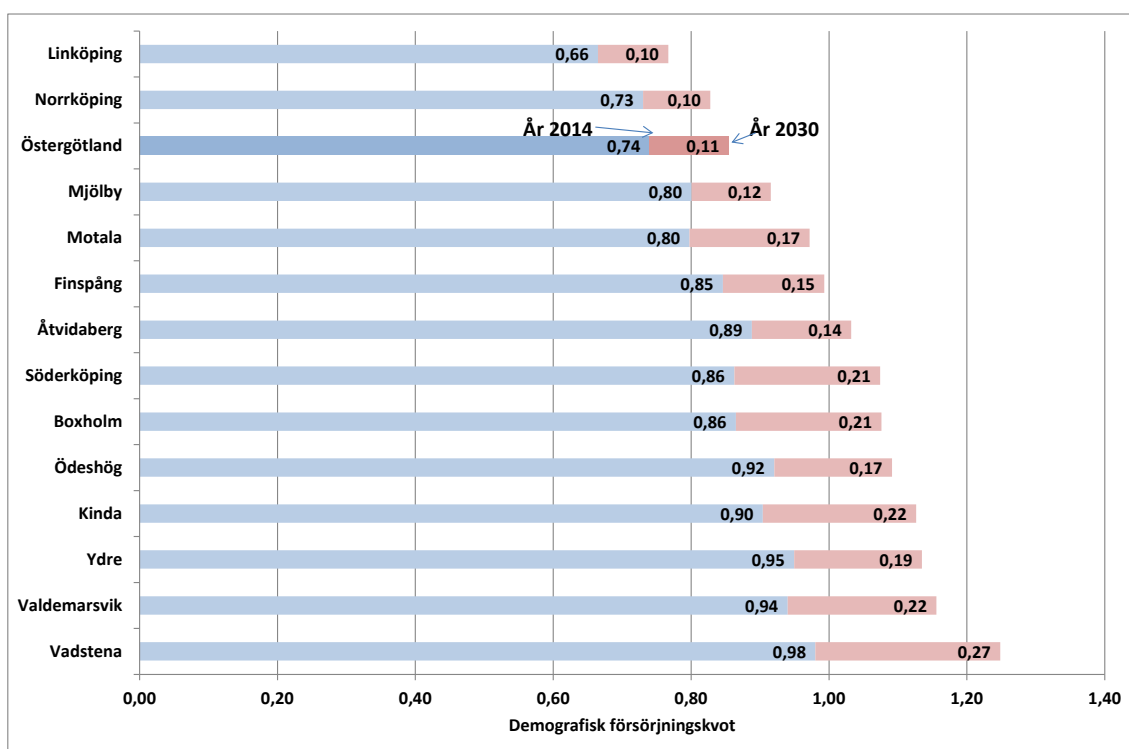


Diagram 19. Försörjningskvot Östergötlands kommuner 2014 och 2030. Källa: SCB

befolkningsökningen hittills. När vi går över i 2020-talet lämnar vi ett årtionde med en befolkningsökning på 1,1 miljon invånare, 400 000 fler än under fyrtioåret. Under 1940-talet stod födel-seöverskottet för 80 procent under och under 2010-talet står invandringsöverskottet för lika stor andel. År 2014 är det år med den största folkökning i Sverige någonsin mellan två enskilda år. Så bakom statistiken kan man finna en stor del av svaren på de utmaningar som samhället har och står inför vad gäller skola, bostäder, sysselsättning samt vård och omsorg.

Demografiskt paradigmskifte

Att skriva om den demografiska utmaningen är lite som att stå på en befolkningspyramid av data och analyser. Det finns all statistik man behöver och det har publicerats nationella rapporter och skrivits böcker. I regeringens framtidskommission från år 2013 presenterades bland annat delutredningen "Framtidens välfärd och den åldrande befolkningen". Massmedia rapporterar i stort sett dagligen om vad som händer och vad som kommer att hända med demografin och dess effekter på samhället. Åldrandet är en enorm förändring i nästan alla länder men förändringen kommer gradvis och utan dramatik. Risker är därför att de små steg som tas för att möta problemen inte räcker till och därtill saknar tillräcklig strategisk riktning. Åldrandet i befolkningen har hittills varit en långsam gradvis process, inte akut som en konjunktur-nedgång eller hög arbetslöshet.

Det som vi sagt länge att vi blir allt fler äldre har ännu inte hänt – men nu börjar det hända väldigt snabbt. Sverige står inför en demografisk förändring med fler äldre som vi och andra länder inte varit med om tidigare. Härutöver ökar invandringen kraftigt som vi inte hade förutspått för några år sedan. Östergötland har samma demografiska profil som riket och står således inför samma utveckling. Själva åldersförändringen innebär att ökningen

av antalet pensionärer om 20 år motsvarar lika många som be-folkningen i Mjölby. Vi kan med ganska stor säkerhet förutse det demografiska trycket de närmaste årtiondena. Men det är svårare att veta hur samhället kommer att reagera och agera på trycket när det blir så starkt att det får omfattande effekter för välfärds-statens finansiering och kompetensförsörjning. Så mycket talar för att samhällets och marknadens reaktioner på demografin blir den viktigaste underliggande faktorn i den framtida politiken.

Försörjningskvoten viktig grund

Den demografiska försörjningskvoten kan sägas vara en indika-tor på befolkningsförändringen och dess ekonomiska effekter. Två viktiga faktorer påverkar effekterna. Den första är att "den arbetsföra" åldersgruppen bygger just på att man arbetar. Arbets-löshet och sysselsättningsgrad påverkar "försörjningsbördan" för de som arbetar. Den andra faktorn är hur kvoten fördelar sig mellan barn och äldre. För kommunerna är den genomsnittliga kostnaden högre för äldre än för barn. För att någorlunda behålla nuvarande försörjningskvot krävs:

- Generellt ökad sysselsättningsgrad
- Ökad sysselsättningsgrad i grupper med låg sysselsättnings-grad
- Ökad produktivitet
- Tidigare ingång och senare utgång i arbetslivet

Med hjälp av tre enkla frågor kan man ställa en ganska säker diagnos på ett lands eller en kommuns ekonomiska hälsa: Hur många invånare finns det, hur gamla är de och hur många jobbar? Den demografiska försörjningskvoten försämras för hela riket och för Östergötland. De större kommunerna har och kommer också att ha en mer gynnsam försörjningsbörda än kommuner i landsbygd och skillnaderna kommer fortsätta att öka. Men det är inte hela bilden. Små kommuner får allt färre invånare samtidigt

som storstadskommunerna växer. Det innebär en dubbelstöt för de små kommunerna, färre invånare och kraftigt ökad andel äldre. För att klara tillväxten och personalbehovet kan politiken garantera ett vallöfte för pensionärerna de närmaste tre riksdagsvalen: Vi lovar er ytterligare ett år i arbetslivet innan pensionen! Och vips, så är pensionsåldern för alla 69 år när vi kommer till år 2030.

Urbanisering och åldersstruktur

Flera studier visar på ett Sverige där förutsättningarna till likvärdig välfärd glider isär allt mer. Sverige blir allt mer tudelat både sett till befolkningen och sysselsättning. Enligt de flesta scenarier kommer befolkningen i allt högre grad koncentreras till storstadsregionerna och minska i landsbygd och glesbygd. Klyftorna växer mellan ett yngre urbant Sverige och ett Avfolknings-Sverige där medelåldern stiger snabbt. Regioner och kommuner med färre invånare, färre i arbetskraften och åldrande befolkning får allt svårare att betala och bemanna välfärden. De små kommunerna tappar både antal invånare och befolkning i yngre åldrar. De äldre blir kvar och inflyttningen är liten. Det låter ju inte så mycket att Vadstena minskat med 350 invånare sedan år 2000. Om Linköping skulle ha minskat lika mycket, med 4,5 procent, skulle det ha inneburit 6000 färre invånare i stället för en ökning med 30 000.

Slagordet ”Vi flytt int” har ersatts av ”Vi stann int”. Människor tycks vara beredda att försaka annat för att bo i storstäder. Även människor som kan jobba över hela landet med prisvärda boenden och sjöutsikt föredrar hellre storstadens utbud. Flera landsting får istället vända sig utomlands för att rekrytera vårdpersonal. I de nationella diskussionerna talas det om att 15 000 till 20 000 invånare behövs i en kommun för att klara samhällsfunktioner och rekrytering av personal till den kommunala sektorn. Befolkningstillväxt är därför alla kommunpolitikernas dröm. Men bara 54 av Sveriges 290 kommuner har lyckats öka antalet invånare över rikssnittet och utan avbrott de senaste tio åren. I Östergötland finns Linköping och Norrköping med på denna lista som nummer 33 och 54. Vinnarna i tillväxtligan är ofta små kommuner som ligger nära större städer. Många flyttar till dessa kommuner på grund av lägre tomtpriser och lägre kommunalskatt men pendlar till arbetet i den större staden. Generellt är de vanligaste orsakerna till att man flyttar studier. Den kommunpolitiker som vill få fart på befolkningstillväxten bör alltså snabbt se till att få fram ett alldeles eget universitet till sin kommun.

Ökad samverkan för tillväxt

Befolkningen i Östergötland har ökat med fem procent de senaste 17 åren. Men det är inte hela sanningen. Det är bara fyra av tretton kommuner som står för befolkningstillväxten, varav Linköping och Norrköping dominerar. Det är också de två kommuner som enligt prognoserna kommer att svara för nästan all befolkningsökning fram till år 2030. På de välkomnande vägskyltarna finns ofta budskapet hur många fler invånare kommunen kommer att ha om några år. Så politikerna i de mindre kommunerna ger inte upp och hoppas att befolkningsminskningen är tillfällig. Undersökningar visar att beslutsfattarna uppfattar demografien som en viktig planeringsförutsättning. Studierna pekar emellertid också på att företrädare för kommunerna blundar för verkligheten och ogärna pratar om det faktum att befolkningen minskar. I lokal och regional utvecklingspolitik har normen länge varit tillväxt. De som företräder kommuner som inte växer i demografisk mening tycks se utebliven tillväxt som ett lokalt politiskt misslyckande. Följaktligen formulerar kommunerna i

liten utsträckning strategier för att möta de utmaningar som en negativ befolkningstillväxt medför.

Östergötland är ett runt län som har utmärkta kommunikationer mellan kommunerna med bil och med regionens tåg och bussar. Det finns alltså goda förutsättningar att kommuner som krymper kan utveckla en så kallad lokal anpassningspolitik. Det innebär en politik som talar i klartext och inte bygger luftslott för sina medborgare. Det handlar om att formulera och precisera de insatser som man tänker göra för att anpassa sig till minskande befolkningstal och nya ekonomiska förutsättningar. Att lägga fast en kommunanpassad strategi för framtiden byggd på effekter av demografisk utveckling och andra förändringar i samhället. Samverkan med andra kommuner och innovativ organisering kan nämnas som möjliga inslag i en sådan lokal politik. De två största kommunerna i länet kommer att betyda mycket för de mindre kommunerna i en sådan utvecklingsprocess.

Kommuner och regioner kommunicerande kärll

Kommunernas sämre försörjningskvot påverkar regionen på i huvudsak två sätt. Det första är skatterna. Skatteunderlaget i de små kommunerna minskar i samma takt som kostnaderna ökar. Skatterna måste kanske höjas i de små kommunerna för att klara välfärden. För att medborgarna ska ha ett rimligt totalt skattetryck påverkar kommunala skattehöjningar regionens möjligheter att höja den regionala skatten när det finns ett sådant behov. Det andra är personalförsörjningen i äldreomsorgen. De närmaste åren är det många anställda inom äldreomsorgen som går i pension samtidigt som den stora ökningen av äldre invånare medför större behov av äldreboende och hemtjänst. De personer som går på vårdutbildningarna räcker på långt när inte till för rekryteringsbehovet. Om inte kommunerna på ett bra sätt klarar sitt uppdrag att sköta omsorgen av de äldre så slår det tillbaks på regionens sjukvård som en sista utpost.

Vård och omsorg möter de största utmaningarna

Den demografiska utvecklingen slår mot både den privata och offentliga sektorn, men på olika sätt. Vården och omsorgen inom välfärden möter de största utmaningarna. De äldres vård och omsorg ökar och skatteintäkterna riskerar att minska. Först under de senaste åren har den närliggande kompetensförsörjningen kommit i fokus. Pensioneringarna inom sjukvården ökar i rask takt och befolkningsantalet i arbetsför ålder stannar i stort sett av. Antalet nyutträdande ungdomar är lägre än antalet åldersavgångar. Det kan uppstå en betydande kompetensstapp och också en matchningsproblematik mellan krav på adekvat utbildning och tillgång till de personer som har denna utbildning. Till det kommer kompetenskravet med hög utbildning. Av de anställda i hälso- och sjukvården har 80 procent examen från universitet eller högskola – och övriga har skötar- eller undersköterskeutbildning. Vården och omsorgen måste således vara ännu mer attraktiva på utbildning och arbetsmarknad när det gäller arbetsinnehåll, löner och arbetsmiljö. Den demografiska förändringen får effekter för Regionen både som arbetsgivare och vårdgivare. Antalet pensioneringar ökar och det blir fler luckor att fylla på en arbetsmarknad där det blir ökad konkurrens om kompetensen. Det finns ett starkt samband mellan ålder och sjukdom. Det medför att behovet av vård ökar som i sin tur medför fler vårdkontakter, krav på ökad kapacitet och mer resurser. Det kommer att ställas stora krav på sjukvårdsorganisationen att tillsammans med andra vårdaktörer hitta lösningar som håller nere kostnaderna samtidigt som invånarnas behov av hälso- och sjukvård ska tillgodoses.

Hur säkra är prognoserna?

Att göra prognoser om den framtida demografiska utvecklingen innehåller alltid ett visst mått av osäkerhet. Samtliga prognoser bygger på olika antaganden som handlar om hur födelsetal, dödstal och hur invandringen kommer att utvecklas. Befolkningsprognoserna är säkrast när det gäller andel äldre i befolkningen. Om det inte händer något alldeles exceptionellt blir de flesta yngre äldre. Den framtida invandringen är svårare att förutsäga. Samtidigt är befolkningsprognoser säkrare än de flesta andra prognoser som till exempel de som ska bedöma den framtida ekonomiska utvecklingen. Man kan se prognoserna mer som scenarier och inte exakta förutsägelser. Prognoserna bildar emellertid en viktig bas i beräkningen och för att planera de samhällsfunktioner som man vill ska fungera på ett bra sätt. Denna situation gäller framförallt för kommuner och Regioner som växer eller krymper kraftigt.

Strategisk förberedelse krävs

Det är viktigt att tänka på att de demografiska förändringarna sker i en kontinuerlig process. I likhet med de globala klimatförändringarna upplevs de kanske inte särskilt påtagliga i vardagen, för de inträffar inte från en dag till en annan. Ju tidigare utmaningarna kan identifieras, desto bättre är förutsättningarna att möta dem på ett framgångsrikt sätt. En sådan demografisk förändring vi nu går in i har vi aldrig tidigare varit i närheten av. Vi har pratat om äldreboomen länge men det är nu som kurvorna stiger brant. Vi kan göra ganska säkra prognoser på antalet personer i olika åldersgrupper. Och vi är dom vi är och får vi leva så blir vi äldre och har nog svårt att ta vägen någon annan stans. Vi kan också på ett någorlunda sannolikt sätt beskriva demografins olika effekter. Men vi har ingen erfarenhet bakåt i tiden att ta tillvara. Det är inte heller så mycket man finner i den offentliga debatten som pekar på hur man ska lösa upp den gordiska knuten. Det finns ändå näraliggande exempel. På femtiotalet var det uppenbart att det skulle bli en stor ökning av antalet pensionärer som var födda i början på 1900-talet. Kommunerna fick sedan ansvar för äldreomsorgen och hemtjänsten utvecklades. Samhället hittade helt andra lösningar än tidigare. Denna förmåga till anpassning i samhället inger hopp för framtiden.

Den offentliga debatten om vård och omsorg har i hög grad fastnat i problemen just nu utan något större intresse och förmåga till överblick över helheten eller den framtid som väntar. Den långsamma demografiska förändringen i små steg verkar inte ge kraft nog att åstadkomma politiska genomtänkta strategier för att möta den framtid vi redan flyttat in i. Man kan likna den demografiska utvecklingen vid klimathotet. Det är globalt och smygande, alla talar om faran men har svårt att göra något kon-

kret åt den. Vi står inför en situation som vi inte haft tidigare och hoppas kunna hantera den, men vi vet inte säkert. Det finns också olikheter mellan miljö och demografi. När det gäller miljöhotets påtagliga effekter pratar vi om årtionden. Den kraftfulla demografiska förändringen kan vi ganska säkert pricka in på några år när. Vi kan uppmana människor att flyga mindre för att minska utsläppen men inte uppmana människor att åldras saktare och vara mindre sjuka. De långsiktiga utmaningarna engagerar några få och har svårt att nå ut brett i politik och bland människor. Och det gäller både miljöhotet och demografins effekter för den framtida välfärden.

Citaten

”Om unga för några decennier sedan flyttade för jobbet, flyttar de i dag för ett helt paket av livsstil, upplevelser, utbud och nya nätverk”.

Charlotta Melander, professor i nationalekonomi och expert på regional utveckling vid Högskolan i Jönköping.

”När man ser på hur barna växer upp och står i kan man undra om barna nånsin får det som vi.

Om det finns jobb om det finns mat om det är drägligt där dom bor. Finns det får och kor och vatten och luft? Kan dom sola sig gratis? Finns det blommor och blad? Har dom fläsk och potatis? Kan dom ta sig ett bad? Framtiden verkar dystert när man grubblar över ett glas öl, men man hoppas att barna ändå får ett glas öl”

Får ett glas öl, 88-öresrevyn, Hasse Alfredsson och Tage Danielsson 1970

Källor

- SCB: statistiknyheter, tabeller, databaser samt befolkningsprognoser
- Migrationsverket: tabeller och svar på enskilda frågor
- Ekonomirapporten, SKL april 2015
- Årligt statistikunderlag integration, Region Östergötland 2014
- Politik för kommuner som krymper, Linköpings universitet 2014
- Framtidens välfärd och den åldrande befolkningen – delutredning från Framtidskommissionen, Regeringskansliet 2013
- FN:s enhet för befolkningsutveckling samt University of Washington och University of Singapore
- Kurvans kraft – en bok om befolkningsfrågan, Gunnar Wetterberg 2011

Äldres hälsa, vård och omsorg

Dagens pensionärer kan se fram emot fler friska levnadsår än gårdagens generationer. Ett glatt budskap till alla som är på väg in i tredje åldern. En tuff utmaning för politiken som ska svara för underhållet och betala notan. För samtidigt som de friska åren ökar är det mycket som talar för att de sjuka åren också blir fler. Att allt fler lever allt längre ställer krav på hur vi rustar vårt samhälle för att möta människors behov i framtiden. Patienter inom hälso- och sjukvården kommer successivt i allt högre grad att bestå av äldre med kroniska sjukdomar och behov av kontinuerlig kontakt med vården. Äldreomsorgen kommer också att behöva anpassas efter nya förutsättningar. Att ge människor möjligheter att leva ett gott liv som äldre trots sjukdom eller funktionsnedsättningar kommer att bli en allt viktigare uppgift i samhället.

Pressen från pressen

- Äldreboomen är här
- Oro i världens bästa land för äldre
- Fler med demenssjukdom väntas trots ett sundare liv
- Fler goda år, men också fler sjuka
- Svenskar i kamp om att bli äldst
- Vem ska ta hand om våra äldre?
- Akutvården måste klara också sköra äldre
- Trängande behov av fler äldreboenden
- Äldre slipper ligga kvar på sjukhuset i onödan
- Sverige bäst i världen på lyckliga gamlingar

Korta Fakta

- Mellan år 2015 och 2030 ökar antalet 80 år och äldre med 60 procent. Ökningstakten är sex gånger större än perioden 15 år bakåt.
- Det finns ett samband mellan stigande levnadsålder och sjukdom. Efter 80-årsåldern uppträder ofta kroniska sjukdomar och funktionshinder
- Åldersgruppen 80 och äldre utgör idag 5 procent av befolkningen men står för 20 procent av samtliga vårdtillfällen vid sjukhus
- Utskrivningsklara patienter utgjorde år 2014 sju procent av samtliga vårddygn vid sjukhusen i Region Östergötland
- År 2013 hade 16 procent av befolkningen i Östergötland 80 år och äldre permanent särskilt boende och 24 procent hemtjänst i sitt ordinära boende
- Med samma inriktning inom Östergötlands äldreomsorg som idag behöver år 2030 ytterligare 2 200 personer särskilt boende och 3 200 hemtjänst

Varför ett kapitel om äldres vård och omsorg?

Under de tio åren mellan 2020 och 2030 ökar antalet invånare 80 år och äldre med nästan 50 procent. Denna ökning med över en kvarts miljon invånare av de äldre i Sverige är nästan lika stor som under fyrtio år mellan åren 1980 och 2020. En annan faktor är de allra äldsta. Från år 2025 börjar de kvarlevande fyrtioåringarna fylla 85 år. Det innebär att de allra äldsta kommer att utgöra en allt större andel av den totala äldre befolkningen. Vi har aldrig tidigare stått inför en sådan här stor och snabb demografisk förändring och vi har således inga erfarenheter av vilka effekter den får för välfärden och hur vi på bästa sätt ska hantera den. Vi vet emellertid att det finns ett starkt samband mellan ålder, sjukdom och behov av vård och omsorg. Vi kan också se att de äldres konsumtion av sjukvård och äldreomsorg har varit konstant när vi tittar i backspegeln sju till femton år bakåt.

Befolkningsprognosen om antalet äldre är mycket säkrare än andra förutsägelser om framtiden. De som blir äldre är redan födda. Andelen kan minska om antalet invånare i yngre åldrar ökar mer än vad som är förutsett. Men antalet finns kvar. Det finns heller ingen magisk medicin som på kort sikt gör oss så friska att äldres behov drastiskt minskar av sjukvårdens och omsorgens insatser. Det är därför en av välfärdens viktigaste områden att ge kunskap om situationen nu och framöver. På så sätt kan kraft frigöras att utarbeta strategiska planer och agera för att hitta kreativa och konstruktiva lösningar. Det gäller både för regionen och kommunerna var för sig men också genom samverkan och samordning i en förstärkt ledningsfunktion.

I huvudsak bygger detta kapitel på data om och från Östergötland. Det första avsnittet om äldre i befolkningen samt i slutet om demenssjukdomar beskrivs utifrån ett nationellt perspektiv och underlaget är också på sverigenivå. Det finns även ett särskilt sverigeavsnitt ”Äldreomsorg – nationell beskrivning”.

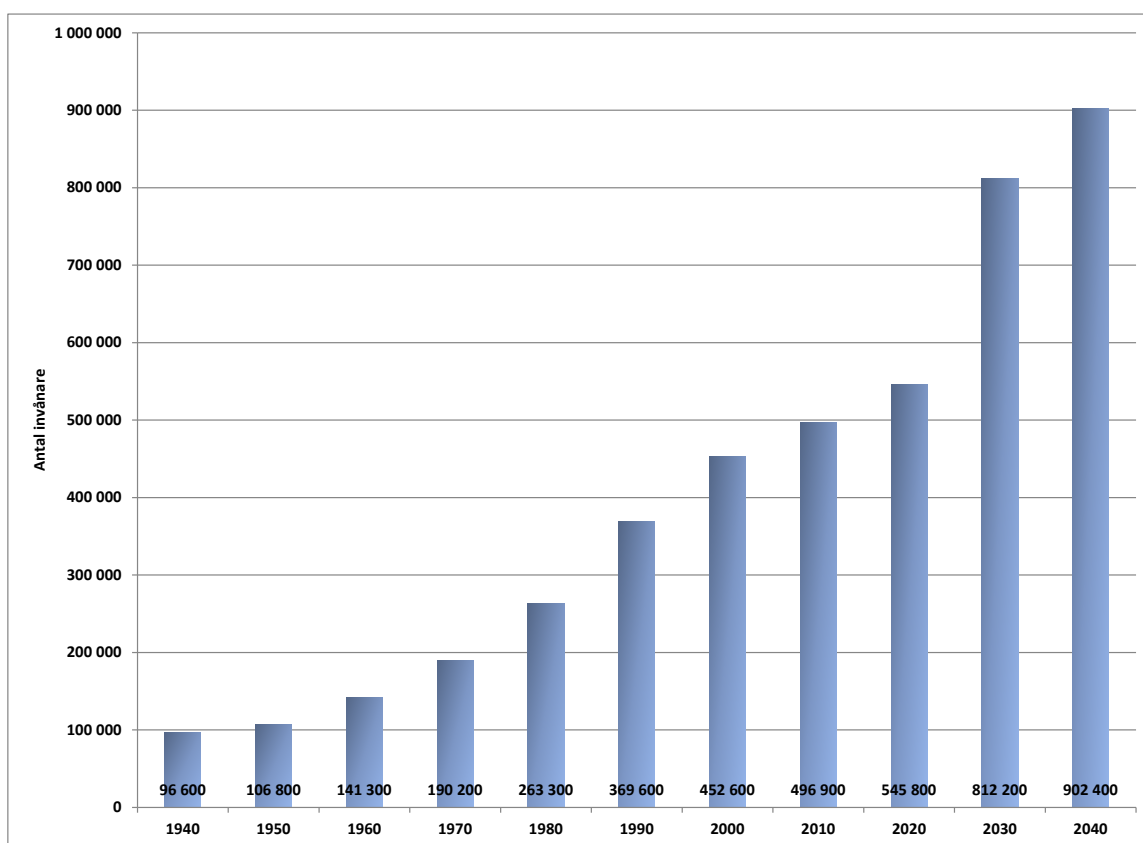
Vilka frågor ger kapitlet svar på?

- Antalet och andel äldre i befolkningen – hur har det varit, hur är det och hur blir det?
- Invånare 80 år och äldre – vilken utveckling sker i Östergötlands kommuner?
- Äldres konsumtion av sjukvård – hur ser det ut nu och framöver?
- Utskrivningsklara patienter – vilka är skillnaderna mellan kommunerna?
- Kommunernas omsorgsinsatser – vad är fakta nationellt och för Östergötland?
- Vilka är de framtida behoven av hemtjänst och särskilt boende?
- Hur ser hälsan och sjukligheten ut för de äldre idag och imorgon?

Äldre i befolkningen

Det första diagrammet i kapitlet ”Demografisk utveckling” i denna rapport åskådliggör en del av Sveriges demografiska historia och framtid under 180 år. När vi utgår från år 1860 kan vi konstatera att andelen invånare 65 år och äldre utgjorde fem procent av befolkningen – samma andel som invånarna 80 år och äldre utgör idag. För varje årtioende ökade denna procentandel förutom några enskilda år med hopp neråt. År 1920 var andelen nio procent, en siffra som bestod fram till år 1945. Andelen 65 år och äldre ökade sedan, med nedgång enskilda år, för att vara 18 procent år 1986. Denna andel var därefter densamma i 25 år, fram till år 2011. Enligt prognosen ökar andelen 65 år och äldre fram till år 2030 till 22 procent eller med nästan en halv miljon invånare.

Med tiden har dödsfallen kommit att samlas allt mer i högre åldrar. Idag är sju av tio kvinnor och sex av tio män 80 år och äldre när de dör. Dödsfallen kommer troligtvis att förskjutas allt mer mot högre åldrar. Enligt SCB:s befolkningsprognos kan 90 år eller mer bli en typisk dödsålder år 2060. Idag är två procent av befolkningen 95 år och äldre, varav sex av tio är kvinnor. Andelen 100 år och äldre är 0,3 procent (35 000), varav åtta av tio är kvinnor. För de som föddes år 2011 beräknas sex procent av pojkar och elva procent av flickor leva till 100 år. Det finns forskare som menar att hälften av de som föds idag blir 100 år. Den bedömningen gör varken SCB eller Eurostat i sina prognoser.



Figur 1. Antalet invånare i Sverige 80 år och äldre vart tionde år mellan år 1940 och 2040. Källa: SCB

80 år och äldre

Även under 1800-talet fanns gamla människor – men inte så många. År 1860 var en halv procent av befolkningen 80 år och äldre för att fram till år 1900 öka till en procent. År 1963 var andelen två procent och år 2000 fem procent. Figur 1 visar antalet invånare 80 år och äldre vart tionde år från år 1940 fram till år 2040. Tabell 1 visar också andelen samt ökningen per tioårsperiod i antal och procent, till exempel mellan åren 1930–1940.

Mellan åren 1940 och 2040 nästan tiodubblas antalet invånare 80 år och äldre i Sverige från 97 000 till 900 000. Befolkningen i sin helhet beräknas öka med 75 procent, således mindre än en

fördubbling. När vi studerar enskilda perioder visar det sig att ökningstakten för 80-åringarna ser olika ut. Andelen invånare 80 år och äldre har varit och är ganska konstant strax över fem procent under tjugo år mellan 2000 och 2020. Men därefter inträffar den stora och snabba förändringen. När de första fyrtinglisterna fyller 80 år inträder det årtioende med den största ökningen någonsin. Mellan åren 2020 och 2030 ökar de äldsta med nästan 50 procent. Denna ökning med över en kvarts miljon invånare 80 år och äldre är nästan lika stor som under fyrtio år mellan åren 1980 och 2020. En annan faktor är de allra äldsta. Från år 2025 börjar de kvarlevande fyrtinglisterna fylla 85 år. Det innebär att invånarna 85 år och äldre utgör en allt större andel av den totala äldre befolkningen.

Period	Antal 80-	Ökning 80-, 10-årsperiod		Andel 80-	Andel 65-
	År 1940-2040	Antal	Procent	av alla invån	av alla invån
'1930-1940	96 600	9 600	11%	1,5%	9%
-1950	106 800	10 200	11%	1,5%	10%
-1960	141 300	34 500	32%	1,9%	12%
-1970	190 200	48 900	35%	2,4%	14%
-1980	263 300	73 100	38%	3,2%	16%
-1990	369 600	106 300	40%	4,3%	18%
-2000	452 600	83 000	22%	5,1%	17%
-2010	496 900	44 300	10%	5,3%	18%
-2020	545 800	48 900	10%	5,3%	20%
-2030	812 200	266 400	49%	7,5%	22%
-2040	902 400	90 200	11%	8,1%	24%

Tabell 1. Invånare 80 år och äldre i Sverige mellan år 1940 och 2040. Antal och andel samt ökning. Källa: SCB

Vårdkontakter och vårdkonsumtion

Ju äldre man är desto mer har man kontakt med sjukvården. Bland befolkningen 75 år och äldre hade i stort sett samtliga personer kontakt med regionens sjukvård i ett personligt möte med en eller flera personalkategorier under 2014. Nio av tio hade kontakt med läkare och lika många med distriktssköterska, sjukgymnast eller arbetsterapeut. 26 procent var någon gång under året inlagd på sjukhus. Andelen 75 år och äldre utgör nu nio procent av befolkningen i Östergötland och tolv procent år 2030. I figur 2 redovisas hur stor andel av samtliga patienter som är 75 år och äldre inom sex vårdformer åren 2013 och 2030. Siffran i den mörkblå stapeln gäller för år 2013 och siffran i den påbyggda ljusblå stapeln visar andelsökningen mellan 2013 och 2030. I kapitlet "Vårdbehov och förväntningar" beskrivs prognosmetoden.

Det är inom den ineliggande vården på sjukhus och sjukvårdande behandlingar i primärvård som åldersgruppen 75 år och äldre utgör störst andel. För vårdtid vid sjukhus ökar andelen från 35 till 44 procent mellan åren 2013 och 2030.

Vårdtid på sjukhus per kommun

Figur 3 visar patienter boende i Östergötlands kommuner som varit ineliggande på sjukhus i Östergötland beräknat per 100 invånare 75 år och äldre år 2013.

Det skiljer 40 procent mellan de två kommuner med lägst och högst vårdtid för sina invånare. De äldre patienterna från Valdemarsvik har i genomsnitt per 100 invånare 231 vårddygn och Åtvidaberg 326. Hälften av kommunerna har mellan 250 och 270 vårddygn. I vårddyggen ingår även vårddygn för utskrivningsklara patienter.

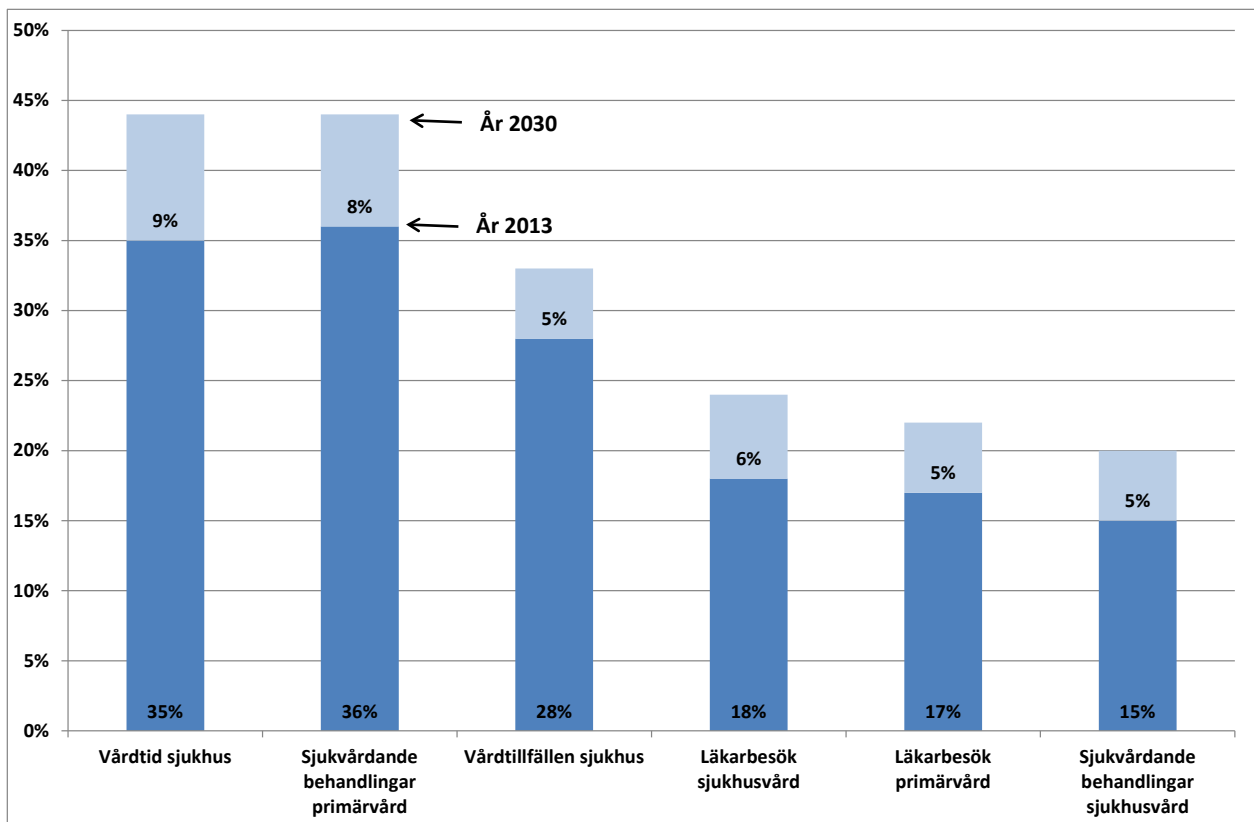
Utskrivningsklara patienter

Utskrivningsklara patienter – bakgrund och definitioner

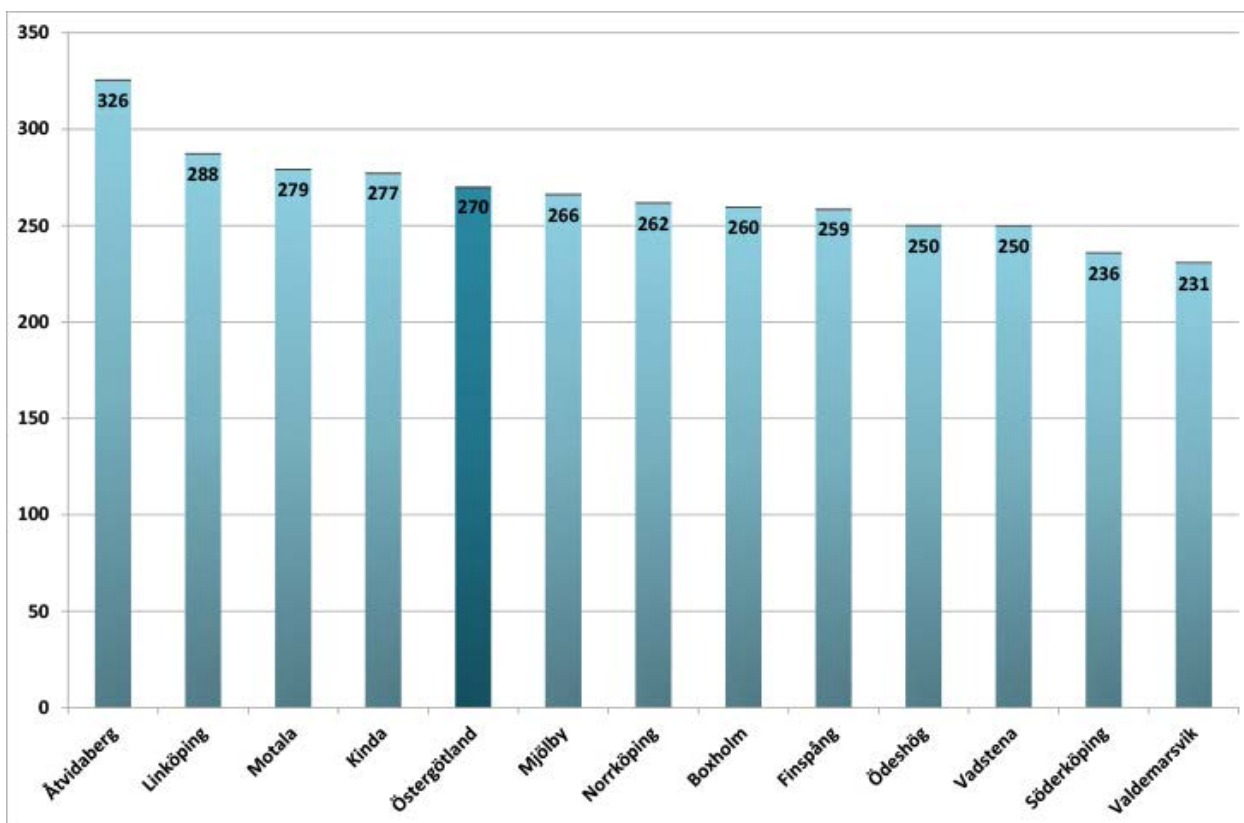
Ädel-reformen genomfördes 1992 och innebar att kommunerna fick det samlade ansvaret för såväl omsorgen som den långvariga somatiska vården till äldre. Samtidigt infördes ett kommunalt betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Kommunen har betalningsansvar för patienter som är utskrivningsklara och för vilka en vårdplan upprättats. Ligger patienten kvar på sjukhus när fem vardagar har gått efter att patienten är förklarad som utskrivningsklar måste kommunen betala för vårddygnet. En patient är utskrivningsklar om den behandlande läkaren bedömer att patienten inte längre behöver vård vid en enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård. Avgiften för vårdplatsen fastställs av regeringen. Syftet med lagen är att stimulera kommuner och landsting att använda tillgängliga resurser på bästa sätt. Hälso- och sjukvård, omsorg och stöd i öppna former ska finnas i sådan omfattning, inom landstinget och i kommunen, så att patienter inte blir kvar inom slutenvården längre än nödvändigt.

Vad innebär förslaget från den statliga utredningen?

En särskild utredare, utsedd av regeringen, har genomfört en översyn av lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, förkortat betalningsansvarslagen. Utredningen lämnade sitt betänkande våren 2015, "Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård". I det följande görs en kort sammanfattningen av utredningens förslag.



Figur 2. Andel patienter 75 år och äldre inom sex vårdformer Region Östergötland, 2013 och 2030. Källa: SCB samt UtdataVård, Region Östergötland.



Figur 3. Vårdtid på sjukhus Östergötland per kommun, antal vård dygn per 100 invånare 75 år och äldre, år 2013 (Ydre är exkluderat eftersom den huvudsakliga sjukhusvården sker i Region Jönköpings län). Källa: UtdataVård, Region Östergötland

Det finns en tämligen bred enighet om behovet av att åtgärda problemen med patienter som blir kvar onödigt länge i slutenvården. Samtidigt finns intressekonflikter mellan olika parter avseende vad som behöver åtgärdas för att komma tillrätta med problemen. Den nuvarande betalningsansvarslagen ger inte huvudmännen tillräckliga incitament och verktyg för att åtgärda problemen. Lagen ger för svaga incitament för kortare väntetider och vårdplaneringsprocessen är inte anpassad efter de arbetsätt och behov som finns i dag. Planeringen blir inte det effektiva sätt att hålla samman den enskildes insatser som skulle behövas. Utredningen föreslår att nuvarande betalningsansvarslagen upphävs och ersätts av en ny lag – Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Syftet med den nya lagen är att patienter som inte längre har behov av den slutna vårdens resurser så snart som möjligt ska kunna lämna slutenvården på ett tryggt sätt. Patienter ska inte vara på sjukhus när de inte behöver. Målgruppen för den föreslagna lagen är patienter som efter utskrivning från den slutna vården behöver insatser från den kommunalt finansierade socialtjänsten eller hälso- och sjukvården och som också kan ha behov av insatser från den landstingsfinansierade öppna vården, inklusive primärvården.

I den nya lagen föreslås en förändrad planeringsprocess. Behandlande läkare i slutna vård ska inom 24 timmar efter att patienten skrivits in underrätta berörda enheter genom ett inskrivningsmeddelande. En samordnad individuell plan ska tillämpas i planeringsarbetet. Den enhet i den öppna vården som har fått ett inskrivningsmeddelande ska svara för att patienten har en fast vårdkontakt. Den fasta vårdkontakten ansvarar för att kalla berörda enheter till samordnad individuell planering. Lagen ska säkerställa vissa nödvändiga principer och regler. I första hand

ska huvudmännen komma överens om gemensamma riktlinjer för samverkan. Om inte huvudmännen kommer överens föreslår utredningen en ”back-up-lösning”. Den innebär att det kommunala betalningsansvaret inträder tre dagar (för närvarande fem vardagar) efter att behandlande läkare i slutenvård underrättat berörda enheter om att patienten är utskrivningsklar. Regelverket kring fristdagar blir lika för alla patienter. Det innebär att patienter som vårdas i psykiatrisk slutenvård (undantaget Rättspsykiatri) inte längre får avvikande regler. Varje år ska det finnas ett nationellt fastställt belopp som kommunerna ska betala om huvudmännen inte kommit överens om annat.

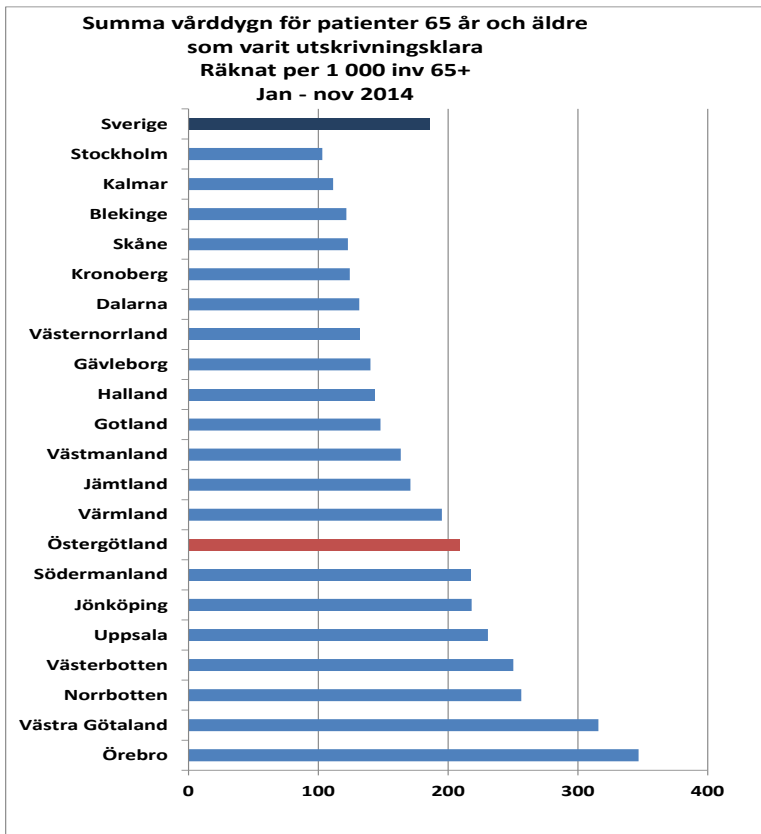
Resultat

Sverige och Östergötland

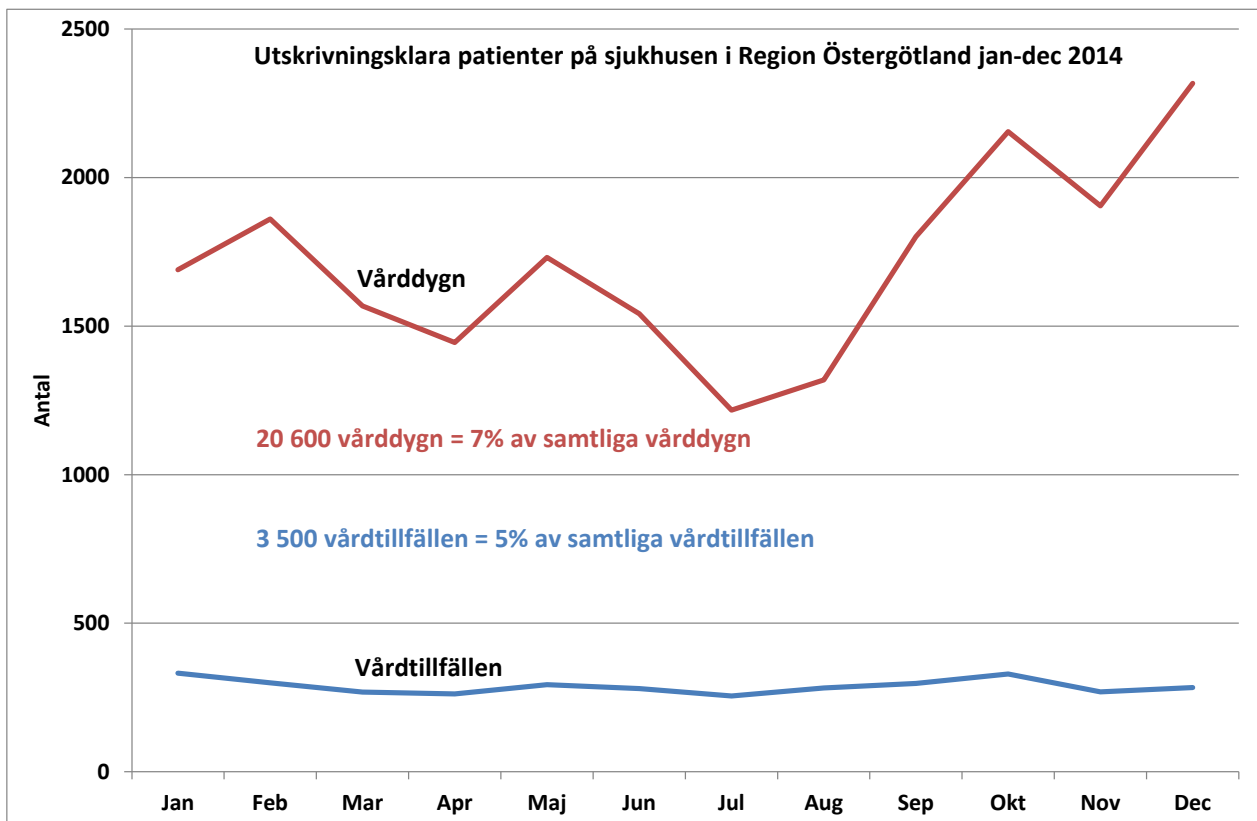
Från år 2014 rapporterar alla landsting till SKL antalet vårdtillfällen och vård dygn på sjukhus för utskrivningsklara patienter över 65 år. I figur 4 redovisas vård dygnen för samtliga landsting räknat per 1000 invånare 65 år och äldre för tiden januari – november 2014.

Landstingen uppvisar stor variation om läget för utskrivningsklara patienter. Örebro har tre gånger så många vård dygn per invånare som Stockholm och Kalmar. Östergötland har fler vård dygn jämfört med de flesta landsting. Att Östergötland ändå ligger nära rikssnittet beror på att den stora regionen Västra Götaland drar upp Sverigevärdet.

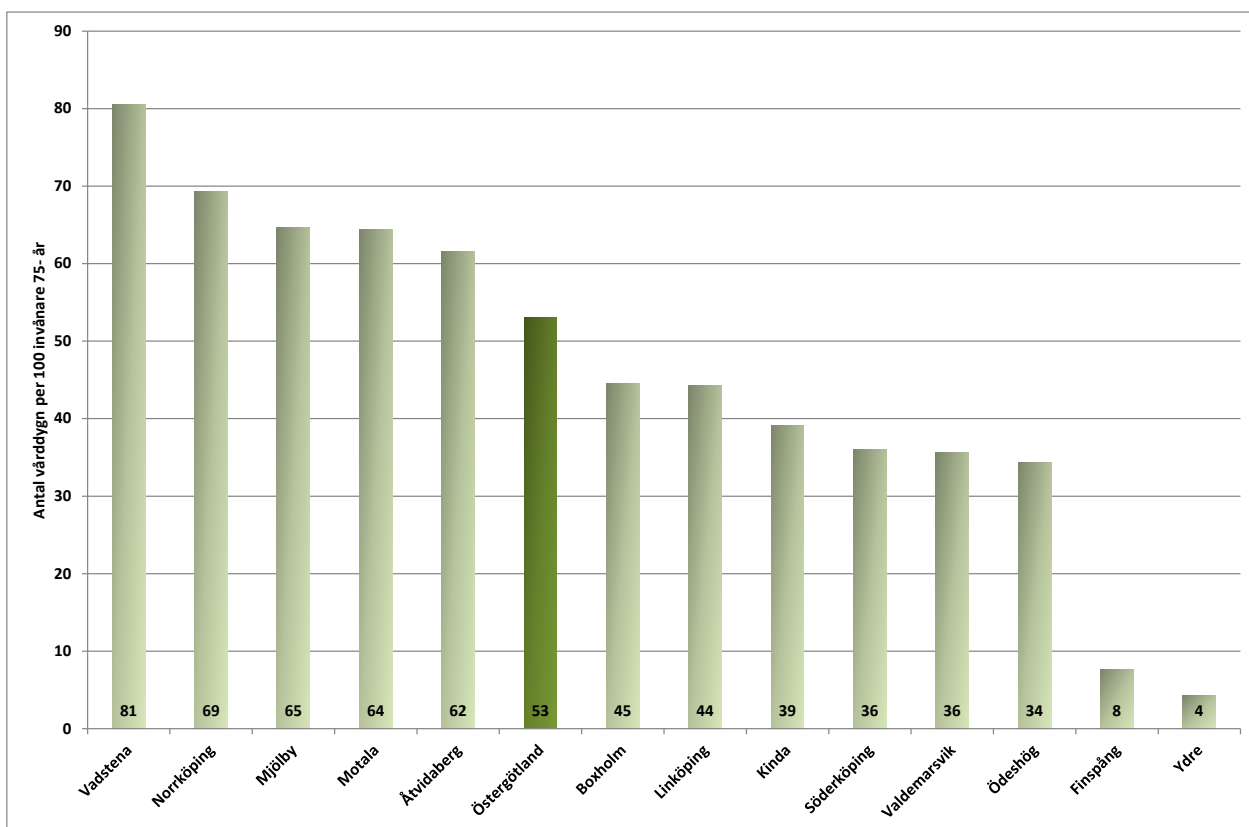
År 2014 hade sjukhusen i Östergötland 3 500 vårdtillfällen med sammanlagt 20 500 vård dygn där patienterna var utskrivningsklara. Den genomsnittliga vårdtiden var 6 dagar. Antalet vårdtillfällen vid sjukhusen för utskrivningsklara patienter utgjorde fem



Figur 4. Antal vårddygner för utskrivningsklara patienter i förhållande till antalet invånare 65 år och äldre. Sverige och landstingen januari–november 2014. Källa: SKL



Figur 5. Utskrivningsklara patienter på sjukhusen i Östergötland januari–december 2014. Antal vårdtillfällen och vårddygner. Källa: SKL



Figur 6. Antal vård dygn för utskrivningsklara patienter i Östergötland och per kommun år 2014. Källa: Kvalitetsportal, SKL

procent av samtliga vårdtillfällen och sju procent av samtlig vårdtid. Man kan också räkna på enbart patienter 75 år och äldre. Då utgjorde utskrivningsklara patienter 18 procent av såväl samtliga vårdtillfällen och samtlig vårdtid för denna åldersgrupp.

Länets kommuner

Figur 6 visar sjukhusens vård för utskrivningsklara patienter för Östergötland och för länets kommuner. Måttet är antal vård dygn per 100 invånare 75 år och äldre.

Det är stora variationer mellan kommunerna vad gäller vård dygn för utskrivningsklara patienter. Högst värde hade år 2014 Vadstena följt av Norrköping. Patienterna från dessa två kommuner har ungefär dubbelt så många vård dygn som Ödeshög, Valdemarsvik, Söderköping och Kinda. När det gäller Finspång finns en särskild överenskommelse mellan kommunen och berörda sjukhus. Den ineliggande vården för invånarna i Ydre sker i huvudsak på Höglandssjukhuset i Eksjö. Eventuella utskrivningsklara patienter därifrån finns inte med i diagrammet.

Äldreomsorg – nationell beskrivning

Vården och omsorgen av de äldre är ett gemensamt ansvar mellan landstinget och kommunerna. Landstinget ansvarar för ineliggande (sluten) sjukhusvård och öppen sjukvård: mottagning, poliklinisk verksamhet och avancerad hemsjukvård. Kommunerna ansvarar för hemsjukvård (exklusive läkarinsatser), hemtjänst och äldreboende. De allra flesta av kommunernas insatser rör personer som är 80 år och äldre. Kommunernas ansvar för vård och omsorg om äldre regleras i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Personer med stora och varaktiga funktionshinder kan därutöver ha rätt till särskilda insatser enligt

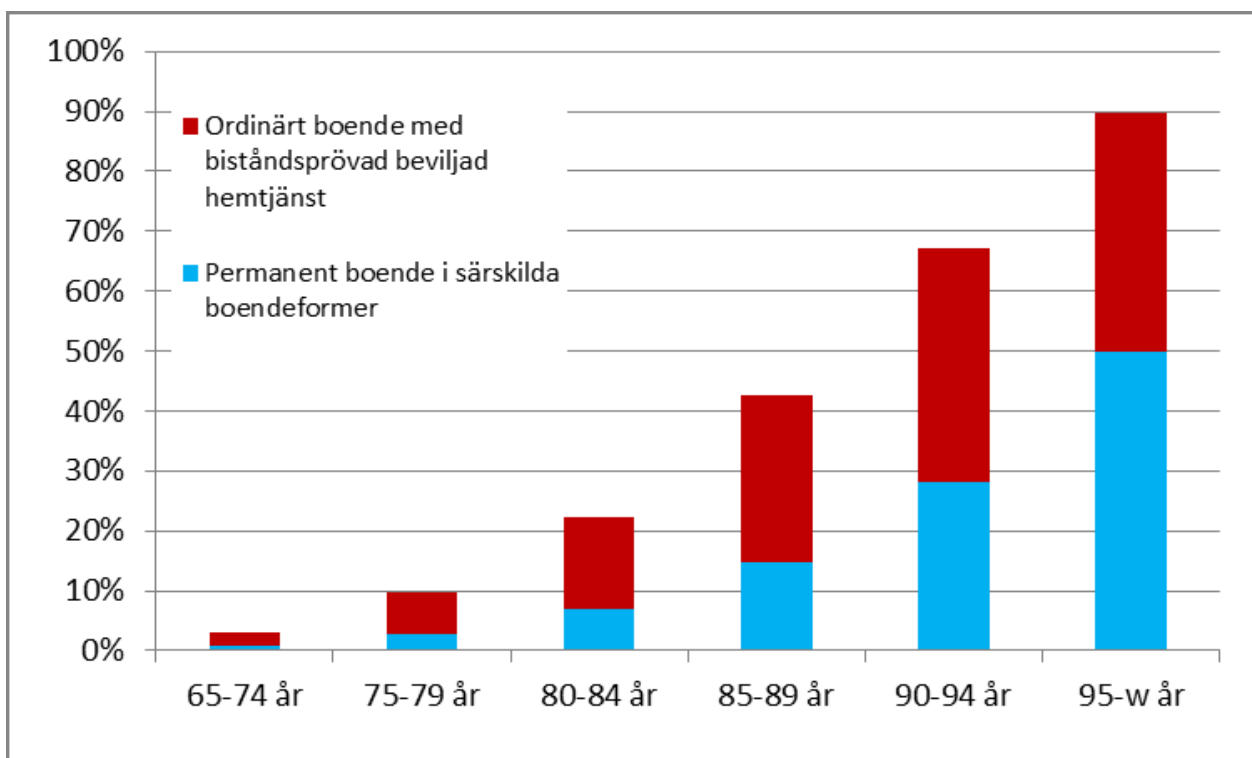
lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Grundläggande principer för socialtjänstens insatser till äldre är självbestämmande och normalisering. Det innebär bland annat att äldreomsorgen ska inriktas på insatser för att underlätta för äldre att så långt möjligt kunna bo kvar i det egna hemmet om den enskilde så önskar. Exempel på sådana insatser är hemtjänst och dagverksamheter. När de insatser som kan ges i det egna hemmet är otillräckliga ska äldre kunna erbjudas ett boende som kan tillgodose behov av mer omfattande vård och omsorg. För detta ändamål har kommunerna, enligt socialtjänstlagen, skyldighet att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd.

Alla insatser oavsett boendeform

250 500 personer i åldersgruppen 65 år och äldre bodde permanent i särskilda boendeformer eller var beviljade hemtjänst i ordinarie boende den 1 oktober 2012. Detta motsvarar cirka 14 procent av befolkningen i åldersgruppen. Figur 7 visar hur stor andel av befolkningen i olika åldrar som antingen bodde i särskilda boendeformer eller var beviljade hemtjänst i ordinarie boende.

Bland personer 65–74 år hade tre procent hemtjänst i ordinarie boende eller hade särskilt boende medan motsvarande andel bland de äldsta (95 år och äldre) var 90 procent. I åldersgruppen 80 år och äldre hade 38 procent antingen hemtjänst eller särskilt boende. I tabell 2 redovisas antal personer fördelade på typ av beviljade insatser enligt socialtjänstlagen, SOL.

De vanligaste insatserna i äldreomsorgen är hemtjänst och trygghetslarm i ordinarie boende. Därefter följer boende i kommunernas särskilda boende. Personer i tabellen med trygghetslarm har



Figur 7. Andel av befolkningen som den 1 oktober 2012 bodde permanent i särskilda boendeformer eller bodde i ordinärt boende med biståndsprövad hemtjänst fördelat på åldersgrupper. Källa Socialstyrelsen, 2013

biståndsbeslut som inte ingår i biståndsbeslut om hemtjänst. I den fortsatta redovisningen redovisas enbart särskilt boende och hemtjänst i ordinärt boende.

Ålder, män och kvinnor

Av totalt antal personer med hemtjänst är 73 procent 80 år och äldre. Motsvarande andel för särskilt boende är 81 procent. Det är skillnad mellan män och kvinnor vad gäller hur många som får insatser. Den stora skillnaden är i åldersgruppen 80 år och äldre där kvinnorna dominerar inom både särskilt boende och hemtjänst. Män och kvinnor är ungefär lika många i befolkningen

till och med 75-årsåldern. Därefter sker en snabb förändring. I till exempel åldersgruppen 80–84 år är 58 procent kvinnor och 42 procent män. Av samtliga änklingar i denna ålder är 78 procent kvinnor. Och så fortsätter det högre upp i åldrarna. Åldersgruppen 90–94 består till 70 procent av kvinnor och av dessa är 80 procent änkor.

Kostnader

I tabell 3 visas den genomsnittliga kostnaden år 2012 för personer i särskilt boende och hemtjänst. Invånare är samtliga invånare oavsett om man har eller inte har insatser av kommu-

	Antal	Kvinnor	Män
Särskilt boende	86 800	69%	31%
Ordinärt boende			
Hemtjänst	163 600	67%	33%
Trygghetslarm	163 200	72%	28%
Annat bistånd	7 100	64%	36%
Boendestöd	1 600	57%	43%
Dagverksamhet	11 200	60%	40%
Korttidsvård/boende	11 100	49%	51%
Kontaktperson/familj	900	60%	40%
Antal med minst en av ovanstående insatser	309 500	69%	31%

Tabell 2. Antal personer 65 år och äldre i Sverige som var beviljade en viss insats enligt socialtjänstlagen den 1 oktober 2012. Statistiken baseras på personnummer-baserade uppgifter från kommunerna. Källa: Socialstyrelsen, 2013 (Det finns ingen tillgänglig nationell statistik för år 2013)

	Kronor per invånare	Kronor per brukare
	65 år och äldre	65 år och äldre
Särskilt boende	28 600	625 000
Hemtjänst	16 600	202 000

Tabell 3. Genomsnittlig kostnad för personer i särskilt boende och med hemtjänst, Sverige år 2012. Källa: Socialstyrelsen och SKL, Vård och omsorg om äldre – jämförelse mellan kommuner och län

nen.. Brukare innebär de personer som har särskilt boende eller hemtjänst.

Särskilt boende kostar per brukare tre gånger så mycket som hemtjänst. Skillnaden är beräknad på genomsnittskostnader. För personer med hemtjänst varierar kostnaderna beroende på hur mycket insatser brukarna har. Skillnaden är stor mellan lägsta och högsta kostnad bland Sveriges kommuner.

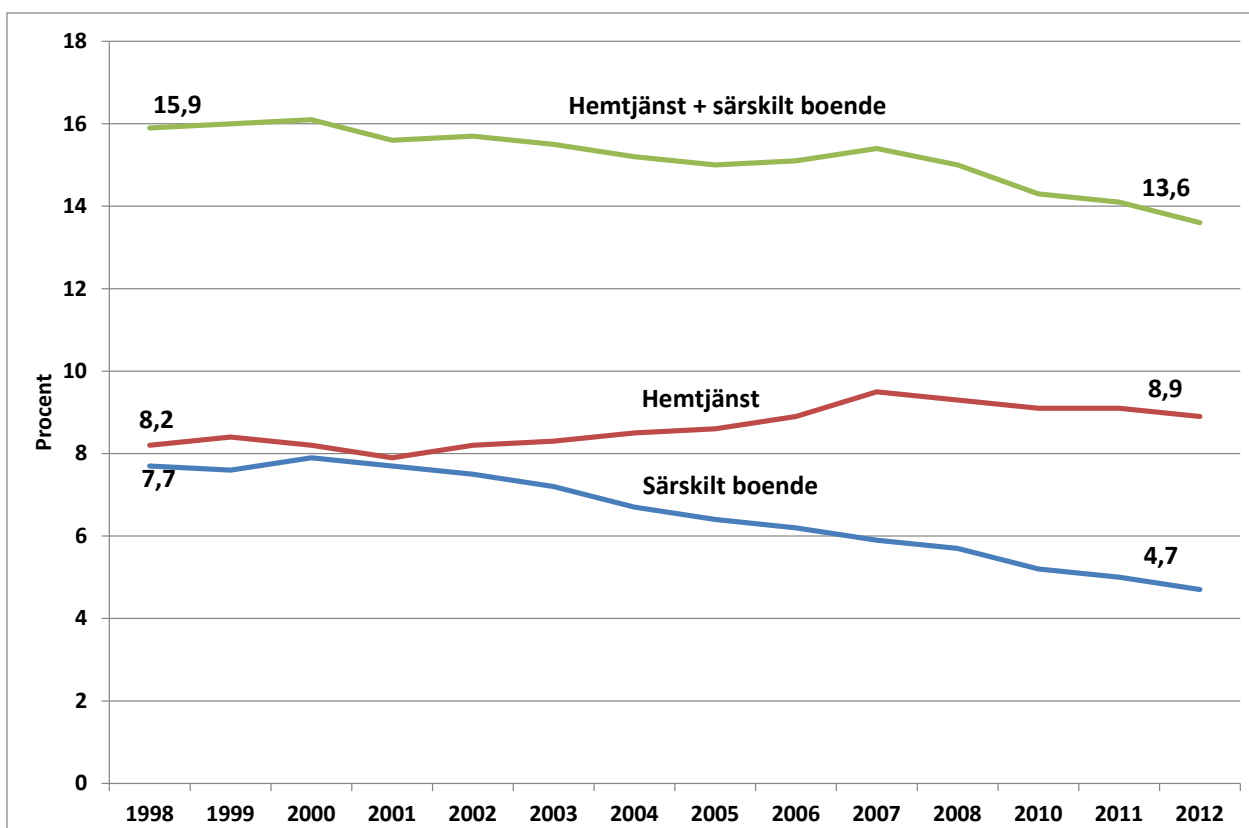
Utveckling 1998–2012

Mellan åren 1998 och 2012 ökade antalet invånare 65 år och äldre med 19 procent varav antalet 80 år och äldre ökade med 15 procent. I stort sett all ökning av antalet 80-åringar och äldre skedde under de första sju åren mellan åren 1998 och 2005. År 2012 fanns nästan exakt en halv miljon invånare 80 år och äldre. I figur 8 visas andel personer 65 år och äldre med hemtjänst och särskilt boende under åren 1998–2012. Redovisningen sker i förhållande till antalet invånare 65 år och äldre. I denna figur ingår samtliga personer, således även de som är äldre än 80 år.

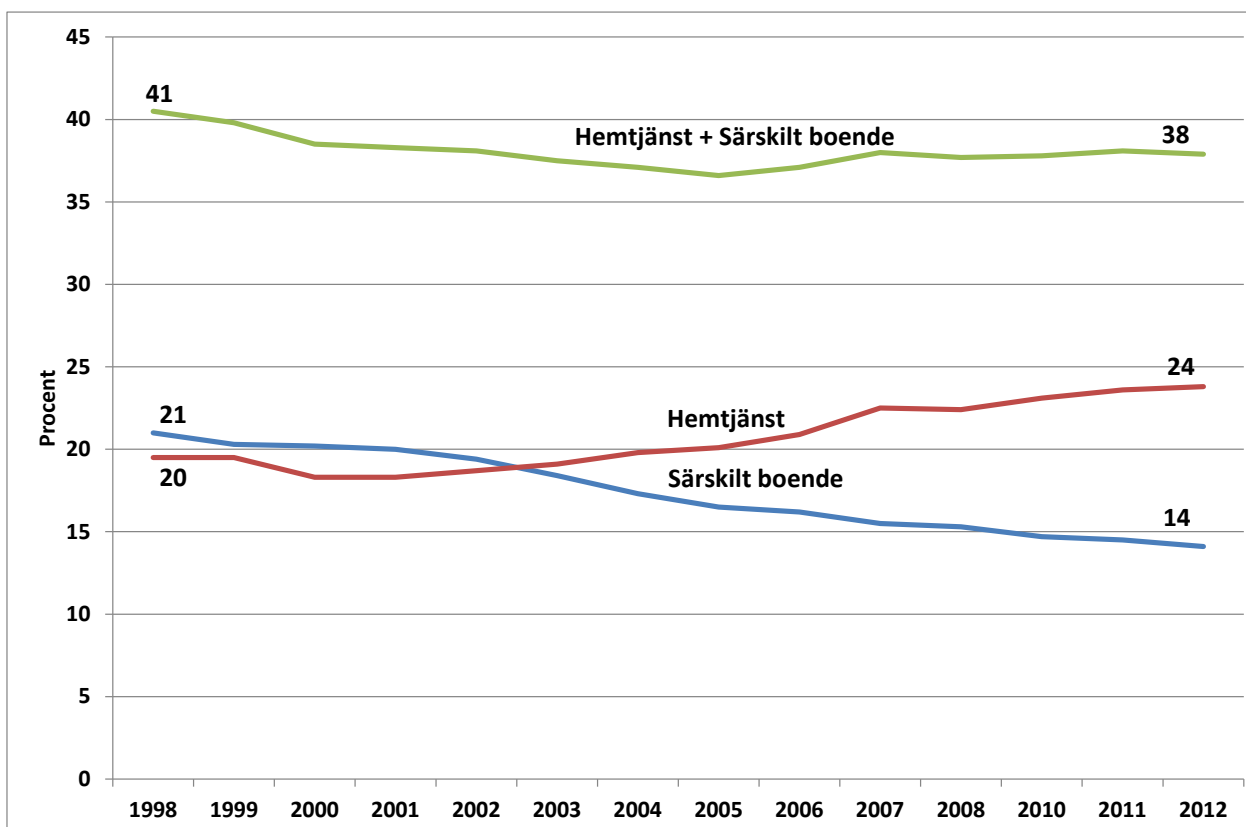
Andelen personer 65 år och äldre totalt med hemtjänst i ordinarie boende och med särskilt boende har minskat med 17 procent

(drygt två procentenheter) mellan åren 1998 och 2012 (övre kurvan i diagrammet). Andelen med särskilt boende har nästan halverats (från 8,2 till 4,7 procent). Andelen med hemtjänst har ökat med 16 procent. I figur 9 visas hemtjänst och äldreboende för personer 80 år och äldre.

Även när man räknar bara på åldersgruppen 80 år och äldre följer utvecklingen över tid samma mönster som för gruppen totalt 65 år och äldre. Minskningen av andelen med insatser i hemtjänst och särskilt boende sammanlagt är åtta procent (tre procentenheter) mellan åren 1998 och 2012. Andelen med särskilt boende har minskat med 33 procent och andelen med hemtjänst har ökat med 22 procent. Det finns emellertid några skillnader mellan de två diagrammen. Mellan år 1998 och 2002 var det en större andel av personerna 80- år och äldre som hade särskilt boende än hemtjänst. Därefter minskade andelen med särskilt boende från 19 procent till drygt 14 procent år 2010. Den största minskningen av andelen skedde under den tid som det var en stark befolkningsökning av antalet 80 år och äldre. Mellan åren 2010–2012 har takten på minskningen avtagit. Det innebär att andelen i befolkningen 80 år och äldre som haft hemtjänst eller särskilt boende (översta kurvan) har legat konstant på drygt 37 procent, med decimalhopp, under de tio åren 2003 – 2012.



Figur 8. Andel personer 65 år och äldre med hemtjänst och särskilt boende, Sverige år 2012. Källa: Socialstyrelsen



Figur 9. Andel personer 80 år och äldre med hemtjänst och särskilt boende, Sverige år 2012. Källa: Socialstyrelsen

Två nya faktorer har tillkommit under de senaste åren som inte finns med som underlag i kurvorna i figuren. Kommunernas har byggt så kallat trygghetsboende för äldre som fördelas av kommunernas bostadsbolag och liknande. RUT-tjänster har tillkommit där de äldre själva betalar insatserna utan inblandning från socialtjänsten.

Fokus Östergötland

Antal äldre

Diagram 10 illustrerar antalet och andelen invånare 80 år och äldre i Östergötland mellan åren 2000 och 2030. Kurvan visar antalet. De blå procentsatserna anger andelen 80 år och äldre i förhållande till samtliga invånare. Raderna med gröna och röda siffror anger ökningen av antal invånare mellan 15-årsperioderna 2000–2015 respektive 2015–2030.

I början av denna rapport visas utvecklingen av antalet invånare 80 år och äldre på sverigenivå. På samma sätt som Sverige totalt har Östergötland under de senaste tio åren haft en tämligen lugn ökning av de allra äldsta i befolkningen. I genomsnitt har ökningen varit 150 personer per år mellan år 2000 och 2015. År 2017 tar ökningen sakta fart. Under åren 2022–2030 accelererar sedan ökningen till mellan 1000 och 1500 per år. Mellan år 2015 och 2030 ökar antalet 80 år och äldre med 60 procent. Ökningstakten är sex gånger större än perioden 15 år bakåt. För Östergötland innebär det att antalet invånare 80 år och äldre ökar mellan åren 2015 och 2030 med 14 000 invånare från 24 000 till 38 000.

Utvecklingen i kommunerna

Diagram 11 visar andelen invånare 80 år och äldre för Östergötlands kommuner. Den mörka delen av stapeln visar andelen år

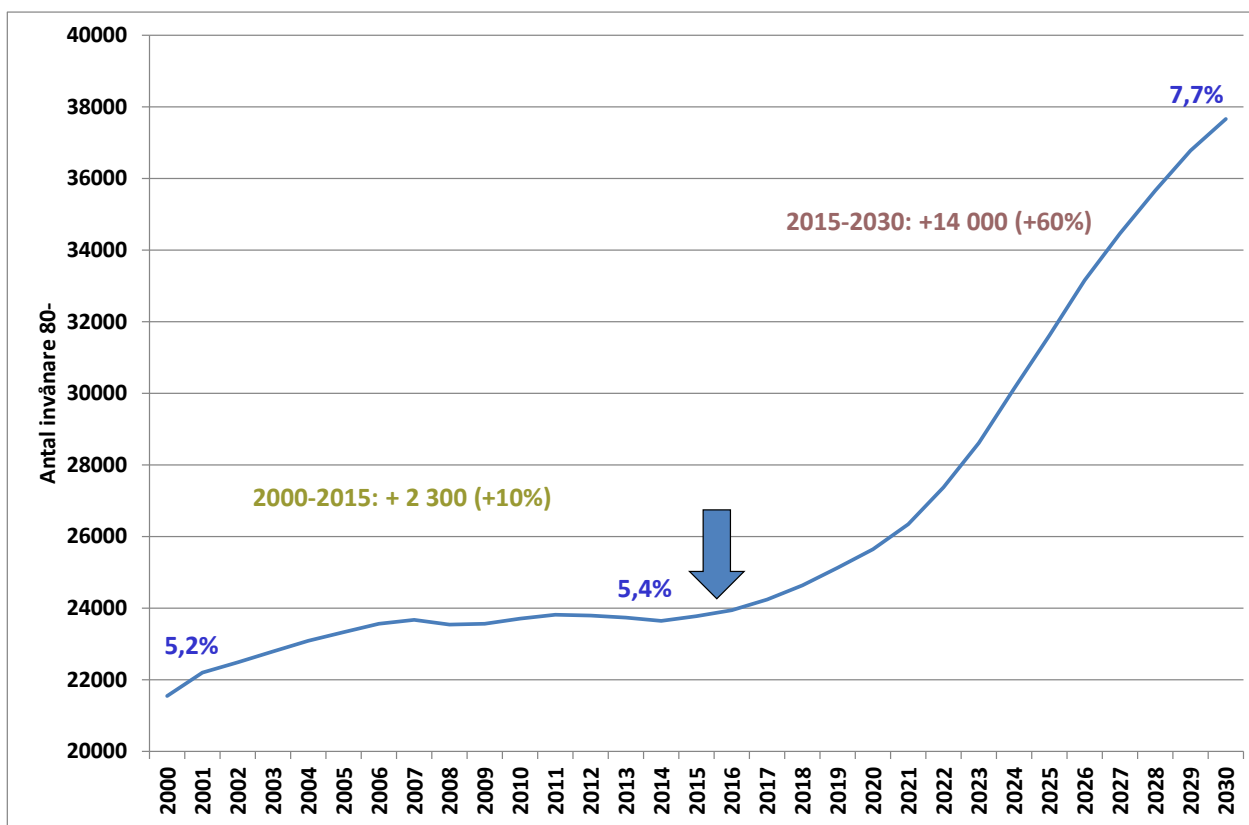
2014 och den ljusa påbyggda delen den ökande andelen mellan år 2014 och 2030. Stapelns totallängd visar andelen år 2030. Siffran efter stapeln anger antalet tillkommande invånare 80 år och äldre mellan år 2014 och 2030. Sorteringen mellan kommunerna är från högst till lägst andel äldre år 2030.

Vadstena har flest äldre invånare idag och så förblir det även om 15 år. Idag är knappt 9 procent av kommunens invånare 80 år och äldre. Till år 2030 ökar enligt prognosen antalet med 430 och andelen till drygt 15 procent. Antalet och andelen äldre kommer att öka i samtliga kommuner men olika mycket. Söderköping har idag tillsammans med Norrköping och Linköping i jämförelse en låg andel äldre invånare. Antalet 80 år och äldre är i Söderköping idag drygt 700 och kommer att fördubblas till 1450 år 2030. I Valdemarsvik och Boxholm ökar 80-åringarna med 70 procent.

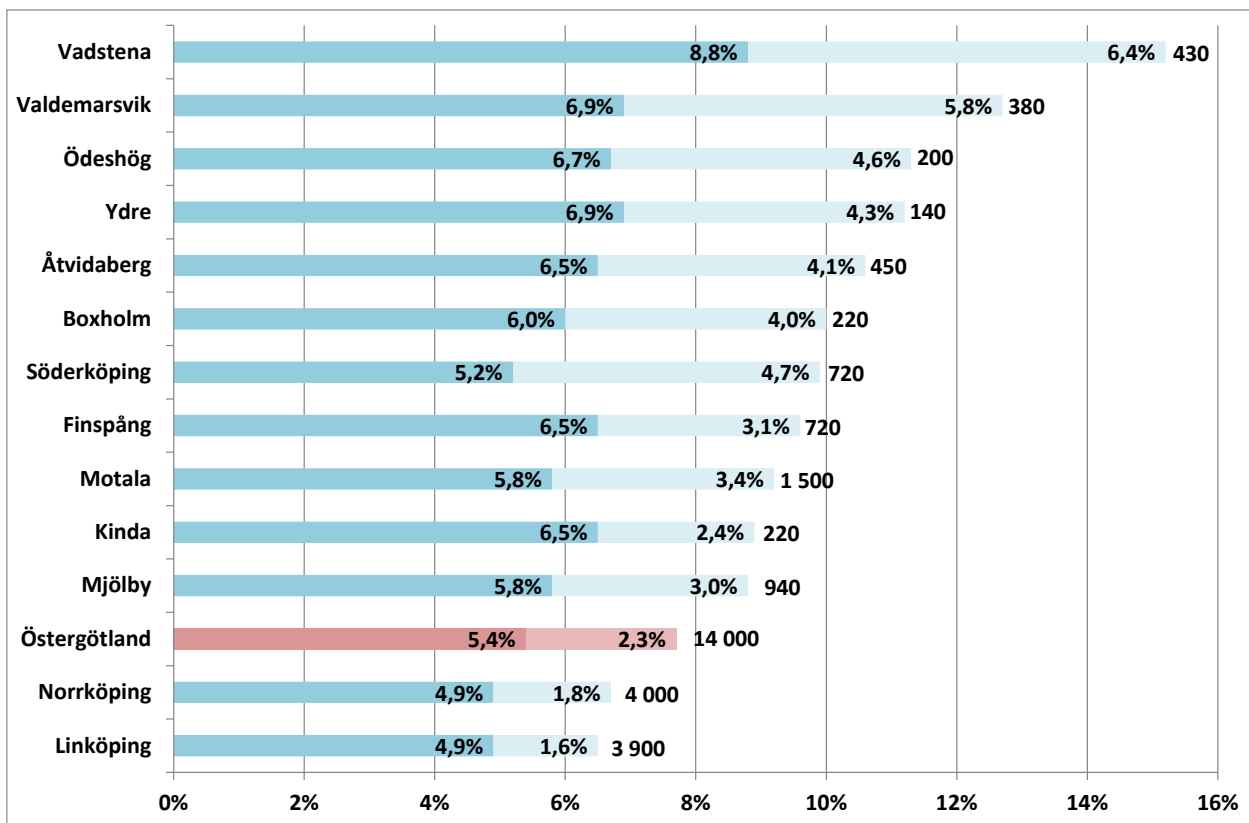
Äldreomsorg

Omfattning och kostnader

I oktober 2013 hade 12 500 personer i Östergötland särskilt boende eller ordinärt boende med hemtjänst. Det innebär 14,4 procent av befolkningen 65 år och äldre. Östergötland har något fler personer per invånare för dessa insatser jämfört med riket som helhet (13,6%). I tabell 4 redovisas antalet och andelar mer detaljerat. I kolumnen 65 år och äldre redovisas samtliga personer i särskilt boende och med hemtjänst. Andelen är beräknad på antalet invånare 65 år och äldre. I kolumnen 65–79 år redovisas de personer 65–79 år som har särskilt boende och hemtjänst. Andelen är beräknad på antalet invånare 65–79 år. I kolumnen 80 år och äldre redovisas de personer 80 år och äldre som har särskilt boende och hemtjänst. Andelen är beräknad på antalet invånare 80 år och äldre.



Figur 10. Antalet invånare 80 år och äldre i Östergötland åren 1996–2030. Källa: SCB



Figur 11. Andelen invånare 80 år och äldre år 2014 och 2030, Östergötlands kommuner. Källa: SCB

	65 år och äldre		65-79 år		80 år och äldre	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Särskilt boende	4 572	5,3%	820	1,3%	3 752	15,6%
Hemtjänst	7 963	9,1%	2 763	4,2%	5 200	24,5%
Säbo+Hemtjänst	12 535	14,4%	3 583	5,5%	8 952	40,1%

Tabell 4. Antal och andel personer i äldreomsorg Östergötland år 2013. Källa: Socialstyrelsen, beställd utsökning

En majoritet av de personer som har kommunala äldreinsatser är 80 år och äldre. Av samtliga personer med äldreinsatser 65 år och äldre står åldersgruppen 80 år och äldre för 82 procent av de som har särskilt boende och 65 procent av de som har hemtjänst. Fyra av tio invånare 80 år och äldre har särskilt boende eller hemtjänst. Av 80-åringarna och äldre som har insatser så har 58 procent ordinarie boende med hemtjänst och 42 procent särskilt boende. I figur 12 visas andelen hemtjänst och särskilt boende för personer 80 år och äldre under de sex åren 2007–2013.

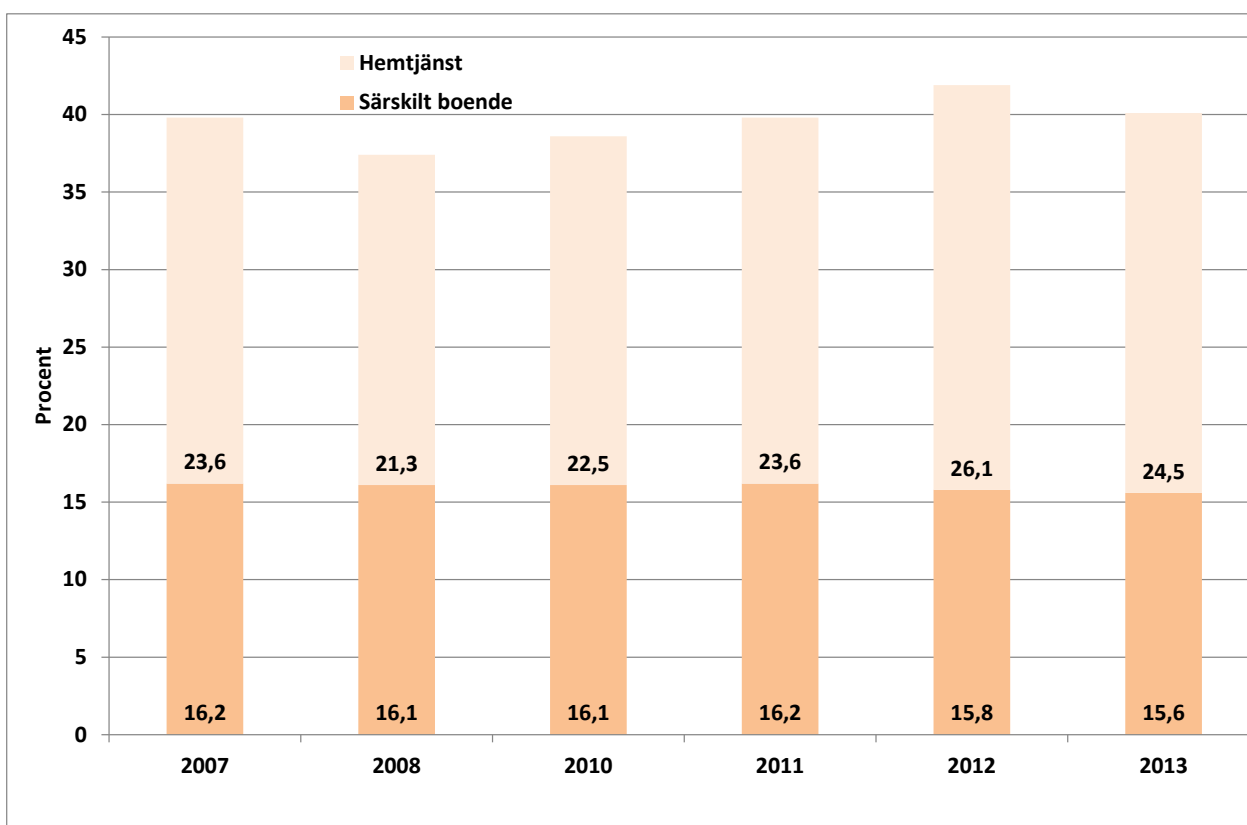
Över tid har det inte skett några större förändringar av särskilt boende och hemtjänst när det gäller andelen av invånarna som har insatser. Hemtjänst har ökat något och särskilt boende har minskat i motsvarande grad. I figur 13 visas andelarna för Östergötlands kommuner år 2013.

Ödeshögs kommun har ej redovisat uppgifter. Antalet för Ödeshög bygger på beräkning av antalet med underlag av uppgifter från år 2012.

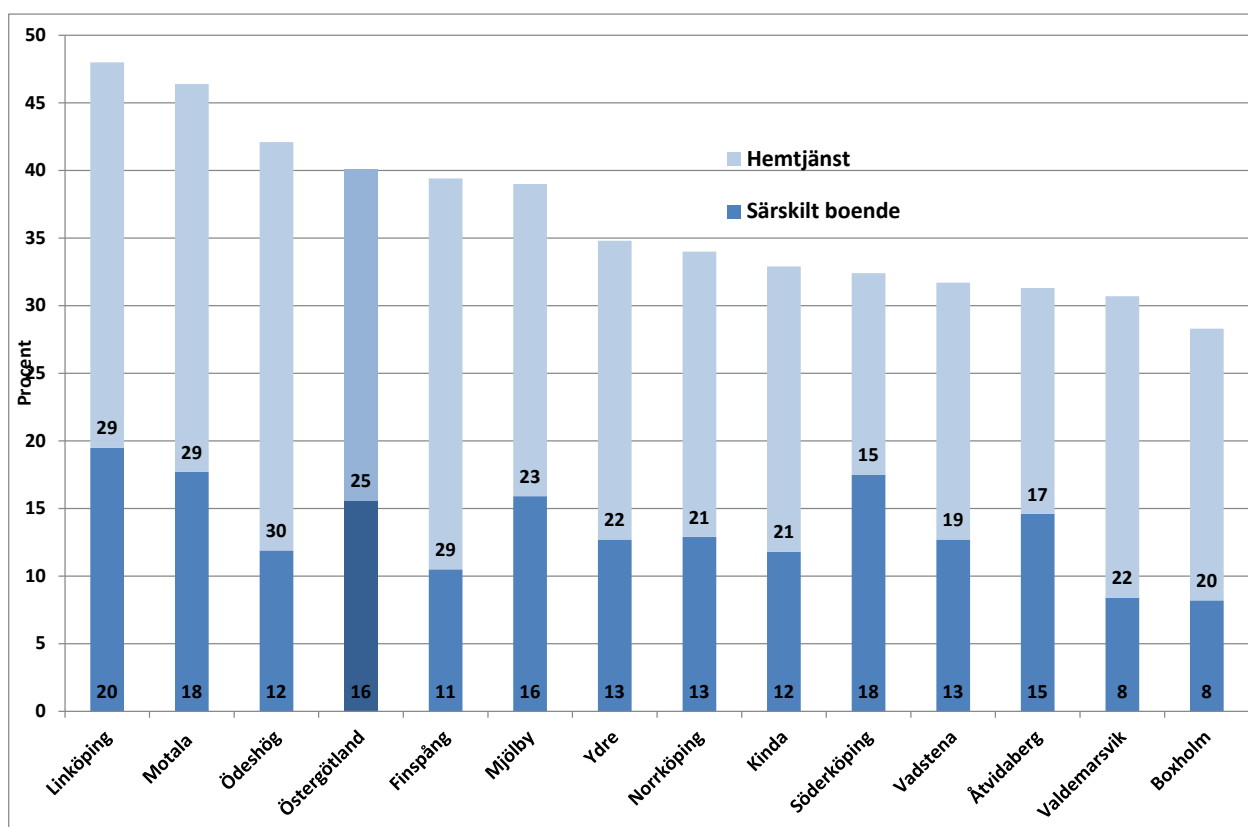
Det är stor skillnad mellan kommunerna när det gäller andelen 80 år och äldre som har särskilt boende eller hemtjänst. Linköping och Motala ligger i topp i båda insatserna. Lågst andel har Boxholm och Valdemarsvik. Söderköping har hög andel i särskilt boende och låg andel hemtjänst.

Framtida behov

Ett sätt att beräkna det framtida behovet av äldreboende och hemtjänst är att använda befolkningsprognosen fram till år 2030 för antalet äldre. Det finns förstås andra faktorer än den demografiska men den här enkla metoden ger ändå en indikation om behov, kapacitet och kostnader de närmaste femton åren. I det följande görs en enkel överslagsberäkning om behov och kostnader. För att vara lite mer fullständig krävs förstås bedömningar av bland annat bedömningar av bland annat personalbehov och kostnader för nybyggnation och utökade lokalytor. Det ska också sägas att överslagsberäkningen bygger på samma utveckling som de senaste sex åren när det gäller brukarnas behov av insatser. Ingångsvärderna är läget år 2013 och beräkningen bygger på



Figur 12. Andel invånare 80 år och äldre med hemtjänst och särskilt boende Östergötland, år 2007–2013. Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas samt beställd utsökning



Figur 13. Andel invånare 80 år och äldre med hemtjänst och särskilt boende Östergötlands kommuner, år 2013. Källa: Socialstyrelsen, beställd utsökning

antalet personer i de två åldersgrupperna 65–79 år och 80 år och äldre. Detta antal har sedan multiplicerats med folkökning i dessa respektive åldersgrupper. Ökningen av antalet invånare 2013–2030 för åldersgruppen 65–79 år är 9 procent och för åldersgruppen 80 år och äldre 58 procent.

Resultatet visar ett behov av 33 procent fler platser i särskilt boende och ett ökat behov av hemtjänst med 29 procent. Det skulle innebära att år 2030 skulle 6 800 personer ha behov av äldreboende och 11 200 av hemtjänst. Jämfört med år 2013 behövs då en ökning av 2 200 i särskilt boende och 3 200 med hemtjänst. Den sammanlagda kostnaden för Östergötlands kommuner för särskilt boende och hemtjänst kan idag beräknas till cirka 3,3 miljarder kronor. En ökning av kostnaderna med 30 procent blir cirka 1 miljard kronor under 15 år eller strax under 70 miljoner ackumulerat per år.

Exemplet Mjölby kommun

Demografi och omsorg

Mjölby har 26 400 invånare och är den fjärde största kommunen i Östergötland. Andelen 80 år och äldre av befolkningen är 5,8 procent. Enligt befolkningsprognosen kommer andelen år 2030 vara 8,8 procent. Antalet personer 80 och äldre ökar mellan åren 2014 och 2030 med 940 personer från 1 530 till 2 470. Det innebär en ökning med 62 procent och den kraftigaste ökningen sker mellan år 2020 och 2030. Jämfört med genomsnittet för Östergötland och Sverige har invånarna samma andel för särskilt boende och en procent lägre andel för hemtjänst. Den totala kostnaden för äldreomsorgen (exklusive hemsjukvården) var 264 miljoner kronor år 2013. Det innebär cirka 20 procent av den totala kostnaden för Mjölby kommun. Beräkningar visar att

kostnaderna för äldreomsorgen ökar med 42 procent fram till år 2030.

Bo kvar hemma

Den inslagna vägen fortsätter att äldre med behov av omsorg i första hand ska få stöd så att man kan bo kvar i det egna boendet (ordinärt boende). Här handlar det både om de mer byggtkniska förutsättningarna och insatser från personal och teknik. Exempel på byggtknik är hiss, närhet till service och vårdcentral samt möjlighet att göra promenader med eller utan hjälpmedel. Äldres boende är en samhällsplaneringsfråga och det är viktigt att frågan kommer in tidigt i samhälls- och bostadsplaneringsprocesserna för att möta kraven på tillgänglighet och trygghetsskapande boendemiljöer i kommunen. De insatser som ingår under samlingsbegreppet hemtjänst står inför stora utmaningar. Allt fler medborgare med stora hjälpbehov kommer att vistas i ordinärt boende och få sina behov tillgodosedda i det egna hemmet. Detta gäller såväl äldre multisjuka, personer med psykisk problematik och med andra funktionsnedsättningar. Resursplaneringen och effektiva och behovsstyrda insatser behöver utvecklas. Ett sådant område är så kallad välfärdsteknologi som till exempel digital vårdplanering, GPS larm och kameratillsyn. Det handlar också om och teknik i samband med biståndsbeslut vid till exempel insatser i hemtjänst.

Platser i vårdboende

Idag har kommunen 322 platser i vårdboende (särskilt boende) och 76 platser i trygghetsboende. Bostadsbolaget fördelar platserna för trygghetsboende och man får som invånare i Mjölby kommun ställa sig i kö från att man fyllt 70 år. Trygghetsplatserna är således inte biståndsbedömda och ingår inte i den statistik som

kommunen lämnar till Socialstyrelsen. På varje trygghetsboende finns det personal som kallas trygghetsvårdare. De hjälper till med att skapa gemenskap, att få känna sig delaktig och få en innehållsrik dag på sina egna villkor. Trygghetsvårdarna "omsätter" de boendes önskemål till verksamhet i form av gymnastik, utflykter, tipspromenader, gemensamma måltider eller bara en kopp kaffe med trevliga samtal. Eftersom det är ett ordinarie boende så sker allt på de äldres villkor. Idag står cirka 60 personer i kö för trygghetsboende. Till särskilt boende finns i genomsnitt cirka 20 personer i kö och kötiden är mindre än 3 månader.

En utredning pågår hur man ska bygga för 80-åringarna i Mjölby. Arbetet kommer att integreras med den övriga samhällsplaneringen. I utredningsarbetet ser man bland annat ett framtida ökat behov av boendeplatser för personer med demenssjukdom. Tanken är att de framtida boendeformerna ska förändras, bland annat med ökat kollektivboende med anpassade stödsatser efter de boendes behov. I en sådan planering ingår också att se hur en bättre integrering av vårdboenden kan ske i den nyproduktion av bostäder som är på gång att starta i kommunen. Utöver nyproduktion av vanliga bostäder i kommunen planeras ett nyproducerat vårdboende med cirka 50 platser. Det kan här också handla om att bygga in rehabilitering och korttidsplatser. Ansatsen är att inte fastna i traditionellt tänkande utan i stället ha en inriktning med maximal flexibilitet för de framtida vårdboendena. Rent byggnadsmässigt finns planer på ett stjärnboende i flera plan med personalen samlad i mittenkärnan.

Personal och kompetens

På samma sätt som alla kommuner brottas Mjölby med det framtida behovet av personal och kompetensförsörjning. De närmaste åren kommer en större andel än tidigare av personalen att gå i pension. Dessutom kommer behovet av personal att öka ytterligare genom att fler äldre behöver kommunens omsorgsinsatser. Cirka 90 procent av personalen inom hemtjänst och särskilt boende har undersköterskeutbildning. Ansatsen är att även personalen i fortsättningen ska ha en hög kompetensnivå. Kommunen har därför på olika sätt goda kontakter med gymnasiet program för vård och omsorg. Det handlar om att vara och även bli en attraktiv arbetsplats. Exempel är mer flexibel bemanningsplanering där personalen kan styra mer över schemalaggningsplaneringen utifrån brukarnas behov. Andra faktorer är ökat inflytande, nya arbets sätt, kompetensutveckling och karriärvägar. Framöver kommer sannolikt personal anställas med annan typ av kompetenser. Det gäller till exempel att mer urskilja vad som krävs av personal som ska se till att omsorgstagarna mer praktiskt får livet att fungera på ett bra sätt.

Nya lösningar i samverkan

Varje kommun har sitt eget ansvar för den framtida utvecklingen men tillsammans med de övriga kommunerna i regionen kan dela med sig och få stimulans till alternativa möjligheter och nya innovativa lösningar. Det gäller här att snabbt gå från ord till handling. Och ett sådant utvecklingsarbete fordrar att man hittar kreativa arbetsformer som ger stimulans och handfasta redskap till förändringar av den framtida vården och omsorgen i kommunen.

Hälsa och sjuklighet

Tredje och fjärde åldern

På senare år har det blivit vanligt att tala om den tredje och fjärde åldern. Uppdelningen är inte ny. Redan under antiken användes

termerna senectus och senium på motsvarande sätt. Den tredje åldern betecknar tiden från man slutar arbeta eller fortsätter att arbeta på deltid. Den kan också kallas Oberoende åldern så länge man i stort sett klarar sig själv. Den fjärde åldern kan också kallas den Beroende åldern. Det är den tid man är beroende av andras stöd och hjälp för att klara sig själv och sin dagliga tillvaro. Det är vanligt att man har biståndsbeslut om omfattande hemtjänst eller särskilt boende. Man brukar nu också använda begreppet Åldern 3,5 eller Skör äldre. Den vedertagna definitionen av skör äldre är ett medicinskt tillstånd med många orsaker som karakteriseras av minskad styrka, uthållighet och reducerade fysiologiska mekanismer som leder till att individen blir sårbar med ökad risk för att utveckla beroende och/eller dö. Den sköra perioden kännetecknas således av att individen successivt blir allt mer beroende av andra. Många av de sköra äldre har stöd av hemtjänst eller anhöriga. Ett särskilt problem har de äldre som inte har anhöriga då denna patientgrupp har svårt att ta sig fram i sjukvården. Krafterna avtar och hälsan försämras och ofta behandlas man med många läkemedel. I denna ålder kan man ha funktionsnedsättningar och vara i behov av hjälpmedel och bostadsanpassning för att klara att bo kvar hemma i sitt ordinarie boende. Det handlar ofta om trygghetslarm, rullator och duschstol.

Hälsa och funktionsförmåga

Hur man mår eller upplever sin hälsa beror på flera faktorer. Det är skillnad på hur man själv upplever sin hälsa och hur vården bedömer den. Även om man har hälsoproblem och sjukdomar kan man ändå må bra. I Östergötland uppger cirka hälften av de äldre att deras hälsa är bra och var tionde anser att hälsan är dålig. I samband med att man åldras drabbas många av ohälsa och sjukdom, vilket medför ett ökat behov av vård. Vanligaste orsaken till besök på vårdcentraler i Östergötland är problem med cirkulationsorganen, exempelvis högt blodtryck. Andra orsaker är smärta från buk och bäcken, yrsel och svindel, hosta samt sjukdomskänsla och trötthet. Urininkontinens är också ett vanligt problem, framförallt bland kvinnor. Hjärt- och kärlsjukdomar är vanliga orsaker till funktionsnedsättningar. Ett exempel är stroke som ofta leder till rörelsenedsättningar i armar och ben samt afasi. Den övervägande orsaken till skador är fall. Anledningarna till att man faller kan vara många, som dålig syn, besvär med yrsel och balans eller att man faller på lösa mattor, trösklar eller hala ytor. Många gånger leder fallolyckor till frakturer, vilket till stor del kan bero på benskörhet (osteoporos). Fallolyckorna går att förebygga genom till exempel träning och utredning för bakomliggande orsaker som hjärtarytmier och benskörhet.

Multisjuklighet

Med stigande ålder ökar sannolikheten att drabbas av flera sjukdomar samtidigt, så kallad multisjuklighet. Att ha många sjukdomar samtidigt påverkar människors livskvalitet, fysisk funktionsförmåga och behovet av hälso- och sjukvård. Med sjukdomarna följer vanligtvis också en rad funktionsnedsättningar som förlamning, afasi, sväljningsproblem, depression och försämrat minne. Att lida av multisjuklighet kan också innebära en ökad läkemedelskonsumtion med risk för övermedicinering, läkemedelsinteraktioner och biverkningar. Fyra av tio personer 65–84 år har fyra eller fler sjukdomar och antalet ökar med stigande ålder. Multisjuklighet ökar i samhället och det ställer större krav på vård- och omsorgsgivare samt samarbetet dem emellan. Äldre personer med omfattande vårdbehov är beroende av många vårdgivare och professioner som tillsammans ingår i en sammanhängande vårdkedja.

Psykisk ohälsa och demens

Åldrandet innebär en ökad risk för psykisk ohälsa och är vanligare bland ensamboende eller personer med svagt socialt nätverk. I Sverige beräknas 10–15 procent av de äldre lida av depression. Utöver det så lider många av nedstämdhet och ångest, något som ofta drabbar äldre i samband med att de förlorat sin sociala identitet efter pensionen, sin livspartner eller fått försämrad kroppsfunction. Cirka 30 procent av de äldre anger att de känner ångslan, oro eller ångest. Besvaren är vanligast bland kvinnor. Psykisk sjukdom hos äldre kan förväxlas med demenssjukdom, som är vanligt bland äldre. Demenssjukdomar yttrar sig på olika sätt men generellt är att de intellektuella funktionerna försämras, exempelvis minne, orienteringsförmåga, förmåga att tala och förstå. Demens förkortar livet och innebär att man blir beroende av hjälp i sin vardag, vilket ofta kan leda till behov av särskilt boende. Personer med demenssjukdom har också svårigheter att söka vård på ett adekvat sätt. För denna patientgrupp blir ingång- en inte sällan ambulans tillkallat av hemtjänst eller anhöriga.

Sjukdomar vid läkarbesök i primärvård

I nedanstående diagram x redovisas äldres sjuklighet med de huvuddiagnoser som sattes för patienter boende i Östergötland vid läkarbesök i Region Östergötland under år 2013. För att få en tydligare profil jämförs patienterna 75 år och äldre med patienterna 0–74 år i varje diagram. I diagnoserna ingår inte huvuddiagnoserna ”Symtom och sjukdomstillstånd” och ”Faktorer av hälsobetydelse”.

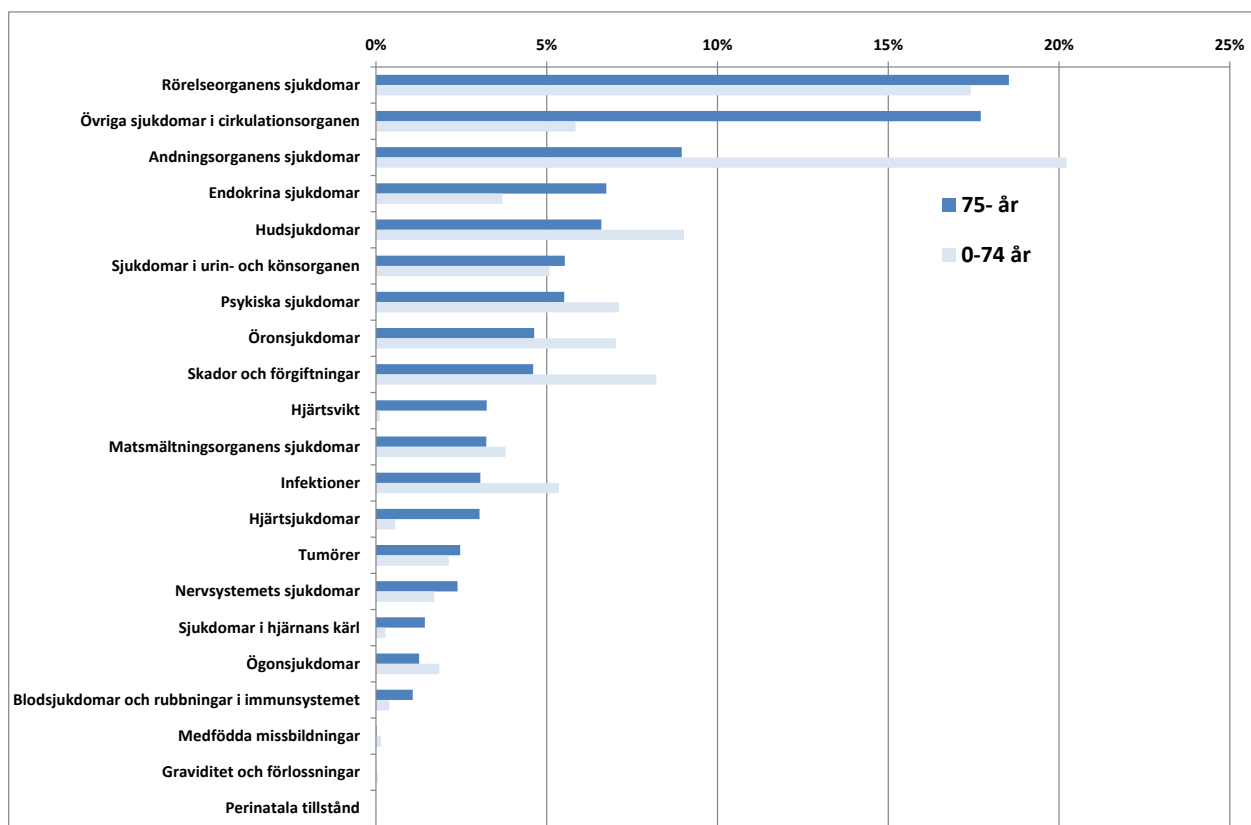
Huvuddiagnoserna är klassificerade enligt ICD-10. Den internationella sjukdomsklassifikationen ICD är en statistisk klassifikation med diagnoskoder för att gruppera sjukdomar och dödsorsaker för att kunna göra översiktliga statistiska sammanställningar och analyser.

Den vanligaste huvuddiagnosen för de äldre patienterna vid läkarbesök i primärvård är sjukdomar i cirkulationsorganen. I diagrammet är sjukdomarna i cirkulationsorganen underindelade i hjärtsjukdomar, hjärtsvikt, sjukdomar i hjärnans kärl och övriga sjukdomar i cirkulationsorganen. Sammanlagt har 25 procent av de äldre patienterna en diagnos inom dessa sjukdomsgrupper. Motsvarande andel för patienterna 0–74 år är 7 procent. Det är den sjukdomsgrupp där sjukligheten skiljer mest mellan de över 75 år och de under 75 år.

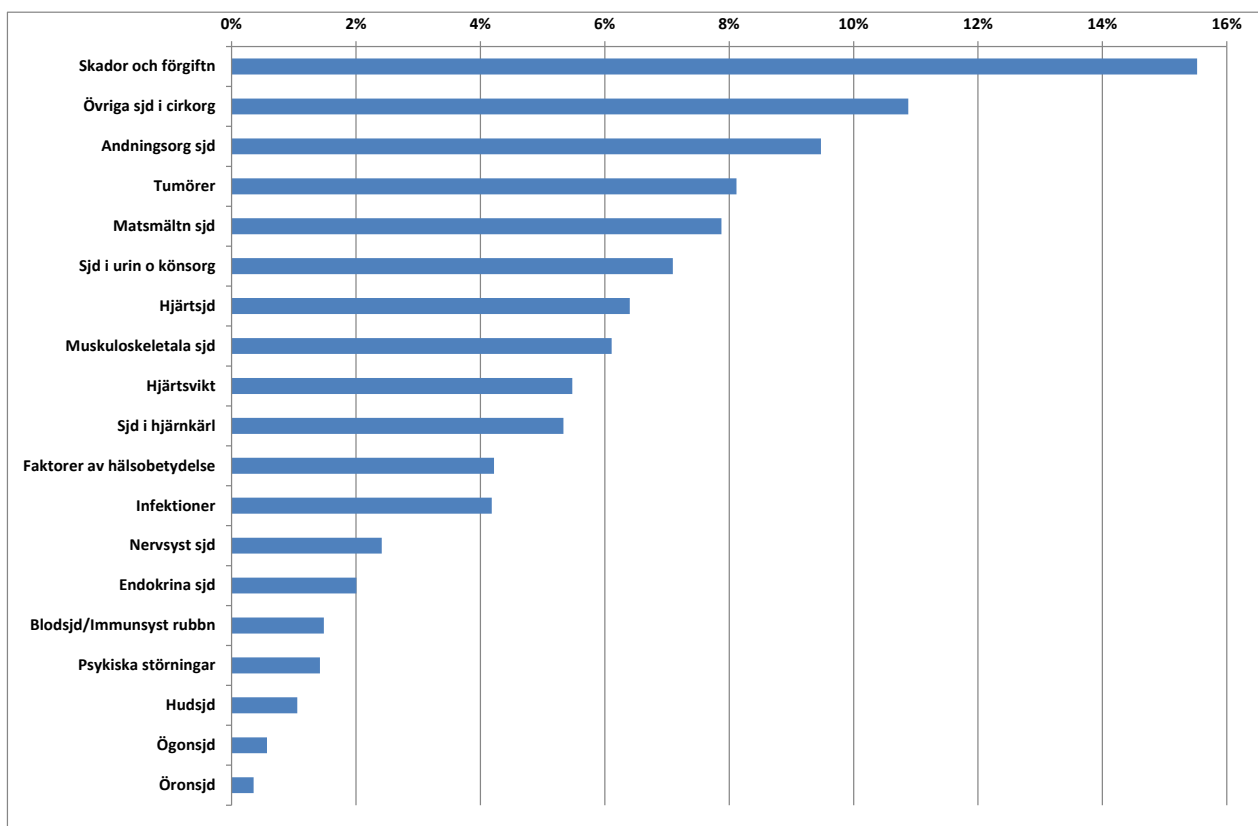
Sjukdomar vid inläggning på sjukhus

I nedanstående figur 15 redovisas sjuklighet för patienter boende i Östergötland 80 år och äldre med de huvuddiagnoser som sattes vid inläggning på sjukhus (vårdtillfällen) i Region Östergötland under år 2014. I diagnoserna ingår inte huvuddiagnoserna ”Graviditet och förlösningar”, ”Symtom och sjukdomstillstånd” samt ”Faktorer av hälsobetydelse”.

Huvuddiagnoserna är klassificerade enligt ICD-10. Den internationella sjukdomsklassifikationen ICD är en statistisk klassifikation med diagnoskoder för att gruppera sjukdomar och dödsorsaker för att kunna göra översiktliga statistiska sammanställningar och analyser. De fyra diagnoserna Övriga sjukdomar



Figur 14. Sjukdomsgrupper för patienter med läkarbesök i primärvård, Region Östergötland 2013. Andel besök inom varje sjukdomsgrupp i förhållande till samtliga huvuddiagnoser. Källa: Utdatavård, Region Östergötland



Figur 15. Sjukdomsgrupper för patienter 80 år och äldre med vårdtillfällen på sjukhus, Region Östergötland 2014. Andel vårdtillfällen inom varje sjukdomsgrupp i förhållande till samtliga huvuddiagnoser. (Underlag 11 300 vårdtillfällen). Källa: Utdatavård, Region Östergötland.

Sjukdomsgrupp	Skillnad i antal vårdtillfällen per invånare	Koefficient	Medelvårdtid		
			20-64 år	80- år	Skillnad
Hjärtsvikt	51	51	5,3	6,7	26%
Sjd i hjärnkärl	18	18	9,0	8,9	-1%
Hjärtsjd	13	13	3,4	4,2	24%
Övr sjd i cirkorg	13	13	3,5	4,9	41%
Andningsorg sjd	12	12	3,9	6,7	71%
Infektioner	9	9	4,2	8,0	93%
Blodsjd/Immunsyst rubb	9	9	3,5	3,7	6%
Sjd i urin o könsorg	8	8	3,3	6,1	84%
Skador och förgiftn	8	8	3,1	8,0	161%
Muskuloskeletala sjd	6	6	3,4	5,9	74%
Tumörer	6	6	4,9	6,9	39%
Hud sjd	5	5	4,0	10,4	162%
Matsmäln sjd	4	4	3,3	5,6	68%
Sjd i ögat	4	4	2,4	3,6	48%
Faktorer av hälsobetydelse	3	3	2,4	4,4	83%
Endokrina sjd	3	3	2,7	6,1	126%
Sjd i örat	2	2	1,9	2,9	54%
Nervsyst sjd	2	2	3,0	5,1	68%
Psykiska störn	1	1	11,0	11,0	0%
Totalt	6,22	6,22	4,99	6,46	29%

Tabell 5. Skillnad i antal vårdtillfällen per invånare mellan åldersgruppen 80 år och äldre och åldersgruppen 20-64 år samt medelvårdtid, Region Östergötland år 2014. Källa: Utdatavård Region Östergötland

i cirkulationsorganen, Hjärtsjukdomar, Hjärtsvikt och Sjukdomar i hjärnans kärl hör samtliga till huvuddiagnosen Hjärt- och kärlsjukdomar men är uppdelade i ovanstående diagram och nedanstående tabell.

De fyra sjukdomarna inom huvuddiagnosen "Hjärt- och kärlsjukdomar" står för 28 procent av samtliga huvuddiagnoser för patienter 80 år och äldre. I övrigt toppar Skador och förgiftningar, Andningsorganens sjukdomar och Tumörer.

Tabell 5 visar en jämförelse av vårdkonsumtion vid sjukhus mellan åldersgrupperna 80 och äldre och 20–64 år. Den äldre åldersgruppen hade totalt 11 300 vårdtillfällen och gruppen "arbetsför ålder" hade totalt 19 300 vårdtillfällen. Vårdtiden var 96 000 för 80-år och äldre och 73 000 dygn för gruppen 20–64 år. I vårdtiden ingår också vård dygn för utskrivningsklara patienter.

Den vänstra delen av tabellen visar en koefficient som är beräknad på skillnaden mellan antal vårdtillfällen per invånare för de två åldersgrupperna. En koefficient på 51 innebär att åldersgruppen 80 år och äldre har 51 gånger fler vårdtillfällen per invånare än åldersgruppen 20–64 år. Den högra delen i tabellen visar medelvårdtid för de två åldersgrupperna samt den procentuella skillnaden mellan medelvårdtiden.

Sjukdomsgruppen Graviditet och förlossningar är exkluderad. Vårdtillfällen för patienter inom Rättpsykiatri är exkluderade (28 vårdtillfällen och 10 600 vård dygn). Medelvårdtid för Psykiska störningar kan därför inte redovisas för åldersgrupper utan är medelvårdtiden totalt för samtliga patienter.

När man räknar ihop vårdtillfällena för samtliga sjukdomsgrupper i tabellen ser man att åldersgruppen 80 år och äldre har sex gånger fler vårdtillfällen per invånare än åldersgruppen 20–64 år. Den största skillnaden mellan de två åldersgrupperna gäller hjärtsvikt med koefficienten 51. I en sjukdomsgrupp är det fler vårdtillfällen per invånare i den yngre åldersgruppen. Det gäller psykiska störningar där koefficienten med decimal är 0,66. Den totala medelvårdtiden är nästan en tredjedel högre för 80-årsgruppen. Störst skillnad gäller för Hudsjukdomar och Skador och förgiftningar. Minst skillnad finns för Blodsjukdomar/Immunsystemets rubbningar. När det gäller sjukdomar i hjärnans kärl är det i stort sett samma medelvårdtid för de båda grupperna.

Mest sjuka äldre

I det nationella utvecklingsarbetet "Gruppen mest sjuka äldre" finns redovisning av diagnoser för patienter inom denna grupp från år 2011. De tio vanligaste diagnoserna var i rangordning:

- Hjärtinsufficiens
- Hjärninfarkt
- Fraktur på lårben
- Förmaksflimmer
- Lunginflammation
- Akut hjärtinfarkt
- Sjukdomar i urinorganen
- Smärtor i luftstrupe och bröstorg
- Kärlkramp i bröstet
- KOL (Kronisk obstruktiv lungsjukdom)

Demenssjukdomar

I Sverige insjuknar cirka 25 000 människor varje år i alzheimer som är den vanligaste demenssjukdomen. Totalt beräknas idag

cirka 160 000 svenskar vara drabbade av någon typ av demenssjukdom. Efter 65 års ålder ökar risken och över 80-årsåldern är var femte person drabbad. Det finns ännu inget botemedel eller läkemedel som effektivt kan bromsa sjukdomsförloppet. Sjukvården kan endast erbjuda lindring av symtomen och viss kompensation för de funktionshinder som sjukdomen medför. Demenssjukdomar är långvariga, kroniska och påverkar hela livssituationen för de sjuka och anhöriga under många år. Drygt 40 procent av de demenssjuka har plats på särskilt boende. Socialstyrelsen har beräknat att vården av personer med demenssjukdom kostar 63 miljarder per år, vilket är mer än de samlade kostnaderna för cancer och hjärtsjukdomar.

De riktigt stora problemen uppstår efter år 2020 med en kraftig ökning som en följd av att fyrtiotalisterna når 80-årsåldern. Antalet personer med demenssjukdom beräknas öka till 175 000 år 2020, 200 000 år 2025 och 230 000 år 2030. Till det kommer att livslängden ökar och att färre dör i yngre åldrar av hjärtsjukdomar. Konsekvensen är att fler lever upp till en högriskålder för demens. Det finns emellertid tecken på att risken för att drabbas av demens minskar i västvärlden. Det kan vara så att ökningstakten minskar som en följd av sundare livsstil. Men dagens stillasittande, övervikt och typ-2 diabetes kan vara ett hot mot den positiva utvecklingen. Och även med ett lägre antagande ökar demenssjuka rejält, eftersom vi lever längre och generationskullarna gör att antalet äldre ökar kraftigt. Personer med demenssjukdom är i behov av uppsökande vård. Man har också en sämre förmåga att vid behov påkalla adekvat hjälp. Särskilt boende behövs ofta för denna patientgrupp och också beroende på att hemmaboende för demenssjuka ofta inte är förenligt med en värdig vård.

Personer i särskilt boende och med hemtjänst

Totalundersökning i Östergötland

Under åren 1997 till 2000 hade Socialstyrelsen regeringens uppdrag att följa utvecklingen inom äldreområdet. Inom det så kallade Äldreuppdraget publicerade Socialstyrelsen år 2000 rapporten "Hemvårdens brytpunkter". Rapporten beskriver de äldres vård och omsorg i det egna hemmet och de olika vårdgivarnas insatser. I det följande sammanfattas underlaget och resultatet. Underlaget är hämtat från tre kommuner i Östergötland och är en individbaserad totalundersökning av 737 personer. Av befolkningen 65 år och äldre hade 16 procent under mätveckan någon form av omsorg i särskilt boende eller i ordinarie boende med hemtjänst. Härutöver hade ytterligare tre procent enbart sjukvårdsinsatser från distriktssköterska eller avancerad hemsjukvård. För personer 80 år och äldre var motsvarande siffra 41 procent. Dessa procentsiffror vad gäller omsorg är nästan exakt desamma som gällde för omsorgen i Östergötland hösten 2013, vilket har redovisats tidigare i detta kapitel.

Omsorgsbehov

Den typiska personen med insats i eget hem var en ensamstående kvinna på drygt 80 år som bodde i lägenhet. Hälften av personerna med omsorg i det egna hemmet hade trygghetslarm och en fjärdedel någon form av bostadsanpassning. Det var vanligt att inte själv klara matinköp, bad och dusch, personlig hygien, av- och påklädning samt intag av läkemedel. Hälften av vårdtagarna var beroende av rullator, käpp eller rullstol. Mer än en tredjedel var urin- eller tarmkontinent och använde inkontinenshjälpmedel. En stor andel visade tecken på nedstämdhet och oro. Det förekom även svårighet med minnet och att förstå andra. Ett fåtal personer var fysiskt eller verbalt aggressiva.

Hälsoproblem

En av fyra vårdtagare som i sitt hem hade insats av distrikts-sköterska eller LAH/PAH led av yrsel eller svindel. Andra vanliga symtom var ödem (vätskeansamling), sömnsvårigheter och andnöd. Yrsel och bröstsmärta förekom mer än dubbelt så mycket hos åldersgruppen 80 år och äldre jämfört med gruppen 65–79 år. Ett annat vanligt hälsoproblem var svårighet att kasta vatten. Problemet var störst hos männen, där var femte person hade svårigheter. Var tjugonde person led av diarré. Hälften av omsorgstagarna i hemmet hade tydliga tecken på smärta. Det var vanligast att man hade smärta varje dag. Mer än var tioende person hade bensår. Trycksår fanns hos fyra procent av personerna.

Sammanfattande slutsatser

I intervjuer med omsorgstagarna framtonade en bild av människor som vill bo kvar hemma så länge det är möjligt. Centrala värden var självständighet, trygghet, stabilt nätverk samt kort framförhållning i form av att kunna "ta en dag i taget". Studien visar att omsorgstagarna hade mycket skiftande hälsotillstånd och därmed ett brett spektrum av insatser. Kartläggningen och intervjuerna visade att personerna hade förmåga och möjlighet att leva i hemmet med stora funktionsnedsättningar och sjukdomar. Några citat från intervjuer med personer inom äldreomsorgen:

- De ville att jag skulle till ålderdomshemmet, men det satte jag stopp för
- Vi vill klara oss själva, det har blivit en vana
- Hemma kan man ha kontroll över det som händer
- Jag tar den sömn jag får
- Man är inte rädd för döden när man blir äldre
- Man tar en dag i taget

Friska och sjuka levnadsår

Överblick och jämförelse

Prognoser från världshälsoorganisationen (WHO) visar att andelen äldre över 60 år kommer att fördubblas i hela världen från 12 till 22 procent mellan år 2015 och 2050. Om 35 år kommer var femte invånare vara 60 och äldre. Idag finns omkring 125 miljoner människor som är 80 år och äldre. År 2050 ökar antalet till 434 miljoner. Denna demografiska utveckling sätter stor press på sjukvården och de sociala trygghetssystemen.

För tredje året i rad släppte i oktober 2015 "Help Age International" sin världsrankning "Global age watch index". I rapporten jämförs äldres livskvalitet och levnadsvillkor i 96 länder utifrån olika parametrar. De 13 parametrarna har delats in i fyra huvudgrupper. Det handlar om ekonomi, hälsa, arbete, utbildning samt äldrevänlig miljö. Av de tio länder som placerar sig främst är sju från Europa. Härutöver återfinns Kanada, Japan och USA bland de bästa. I den första jämförelsen låg svenskar över 60 år i topp. I år ligger Sverige på tredje plats efter Schweiz och Norge. Sverige har tappat när det gäller hälsa och tillgänglighet inom vården. Men egentligen har det inte blivit sämre i Sverige utan det har blivit bättre i flera andra länder.

Utökad, uppskjuten och komprimerad sjuklighet

En orsak till ökat behov av sjukvård är demografiskt betingad eftersom stigande levnadsålder har ett starkt samband med vårdbehov. Den snabbt och kraftigt åldrande befolkningen innebär en stor utmaning för vård- och omsorgssektorn den

närmaste 15-årsperioden och även åren därefter. Befolkningsprognoser är tämligen säkra, likaså en kommande åldrande befolkning. Frågan är då om den demografiska utvecklingen leder till ett ökat vårdbehov, ökad efterfrågan och ökade kostnader. Frågeställningen har diskuterats livligt bland folkhälsovetare och det har inte funnits någon konsensus när det gäller svaret. Åsikterna går isär och resultaten har diskuterats. Slutsatserna om hälsan bygger på frågeformulär bland befolkningen om självskattad hälsa och en del menar att resultaten är osäkra. Vi vet ju inte heller i vilken utsträckning patienterna fått en bättre hälsa och minskade funktionsnedsättningar genom behandlingar och andra insatser från sjukvården. Och det kan också vara så att polariseringen ökar mellan människor, beroende på olika förutsättningar och i vilken grad man lägger ned kraft att sköta sin hälsa och sina vårdkontakter. Socialdepartementet har gjort en modell där man beräknar vilken roll hälsan spelar roll för människors behov av hälso- och sjukvård. De tre scenariorna benämns utökad sjuklighet, uppskjuten sjuklighet och komprimerad sjuklighet.

Utökad sjuklighet

Lever längre men insjuknar vid samma ålder som idag

Uppskjuten sjuklighet

Sjuklighet och död skjuts upp lika mycket

Komprimerad sjuklighet

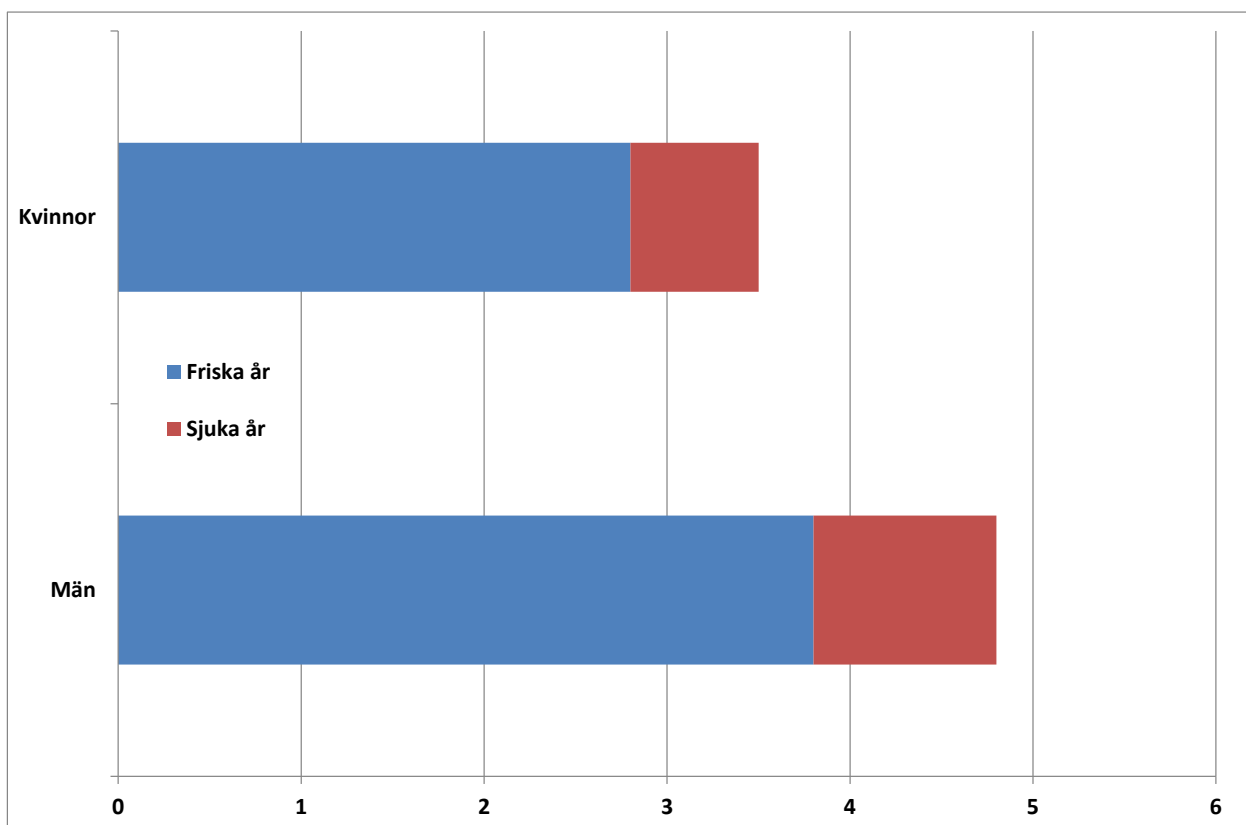
De sjuka åren i slutet av livet minskas

Figur 16. Tre scenarior om den framtida hälsan. Källa: Socialdepartementet

De senaste studierna visar att dagens svenska pensionärer kan se fram emot fler friska levnadsår. Vi klarar, med ett kollektivt synsätt, åldrandet beroende på att färre röker och att fler motiverar mer regelbundet. Förklaringen finns också i Sveriges höga standard både vad gäller fysisk och social miljö och de olika stödssystem som är tillgängliga. Det handlar om tillgång till hälsofrämjande insatser, sjukvård och omsorg. Andra viktiga faktorer är möjligheter till aktivitet och social samvaro. Men samtidigt som de friska åren blir fler, verkar det som om tiden med sjukdom och funktionsnedsättning förskjuts till senare i livet och kanske också blir längre än idag. Det finns flera förklaringar till denna situation. Medicinska och kirurgiska åtgärder skjuter upp och lindrar många sjukdomar. Utveckling sker av läkemedel, hjälpmedel och medicinteknik. Om det behövs blir höftleder och knäleder utbytta. Fler överlever hjärtinfarkt, stroke och cancer jämfört med tidigare men behöver livslånga kontroller av sina sjukdomar. Samtidigt ökar antalet äldre som insjuknar i demens.

Vi lever längre men är sjuka fler år

De senaste 20 åren har den förväntade livslängden ökat men samtidigt har antal år som vi lever med ohälsa ökat ännu mer. En omfattande studie har gjorts av forskare vid ett internationellt konsortium under ledning av Institute for Health Metrics and Evaluation vid universitetet i Washington. Resultaten publicerades i Lancet i augusti 2015. I studien ingår 188 länder och 306 sjukdomar och skador. Jämförelse har gjorts av mortalitet, antalet förtida dödsfall och antal levnadsår med funktionsnedsättning mellan länder och över tid, från 1990 till 2013. Globalt ökade den



Figur 17. Ökning av livslängd och friska år för män och kvinnor mellan åren 1990–2013. Källa: Läkartidningen, augusti 2015

förväntade livslängden med drygt 6 år mellan 1990 och 2013 från 65 till 71 år. Antalet friska år ökade med drygt 5 år från 57 till 62 år. Resultatet blir att vi lever längre tid med ohälsa i dag än vad vi gjorde för drygt 20 år sedan. Sverige hamnar inte på tio i topp-listan över de länder som har flest förväntade friska levnadsår. Det gör Japan, Singapore och Island.

I Sverige är medelåldern idag 82 år jämfört med 71 år i genomsnitt för de länder som ingår i studien. Figur 17 illustrerar ökningen av livslängd och friska år för män och kvinnor i Sverige mellan år 1990 och 2013. Tabell 6 visar för samma år livslängd och antal friska år för män och kvinnor.

Mellan åren 1990 och 2013 har medellivslängden ökat med tre och ett halvt år för kvinnor och nästan fem år för män. Av de ökade antal åren utgörs 20 procent av sjuka år, 0,7 år för kvinnor och 1 år för män. I tabell 6 redovisas antalet år i faktiska siffror.

År 1990 var förväntat antal friska levnadsår i Sverige för män 64,7 år och för kvinnor 68,2 år. År 2013 var motsvarande antal

		1990	2013	Skillnad
Livslängd	Män	74,8	79,6	4,8
	Kvinnor	80,4	83,9	3,5
Friska år	Män	64,7	68,5	3,8
	Kvinnor	68,2	71,0	2,8

Tabell 6. Livslängd och antal friska år för män och kvinnor år 1990 och 2013

friska levnadsår 68,5 och 71 år. Med ett liv utan ohälsa lever människor i Sverige i genomsnitt i 70 år. Övriga år präglas livet för många av sjukdom. Enligt studien är de främsta orsakerna till försämrad hälsa i Sverige:

- Rygg- och nackvärk
- Kranskärslsjukdom
- Stroke
- Fallolyckor
- KOL
- Depression

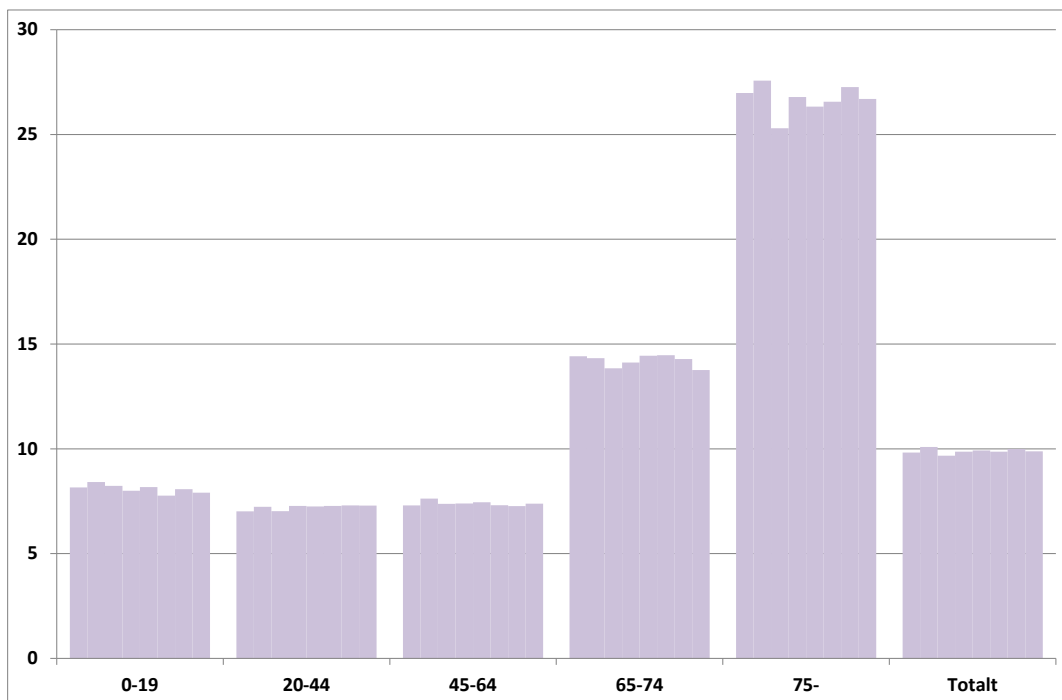
Det är förstås stora skillnader mellan enskilda personer. En del lever helt friska fram till sin död medan andra lever i många år med sjukdomar som diabetes och cancer eller sviter efter en olycka.

I backspegl

Vårdkontakter

Kan vi bli mer säkra på att förutsäga den framtida hälsan genom att se i backspegl? I figur 18 görs en jämförelse mellan åren 2005 och 2013 av antalet inlagda patienter (individer med minst ett vårdtillfälle) per 100 invånare i fem åldersgrupper.

På totalnivå är en av tio invånare inlagd på sjukhus minst en gång under ett år (en person kan ha haft flera vårdtillfällen). Figuren visar att det är ett samband mellan ålder och slutna sjukhusvård. (I de två yngsta åldersgrupperna utgörs nästan hälften av patienterna av nyfödda barn respektive nyförlösta mammor). I den äldsta åldersgruppen är mer än en fjärdedel av invånarna inlagda på sjukhus minst en gång under ett år. I det här sammanhanget



Figur 18. Antal patienter (enskilda personer) per 100 invånare i olika åldersgrupper som haft minst ett vårdtillfälle på sjukhus i Östergötland, åren 2005–2013. Källa: UtdataVård, Region Östergötland

är det intressanta i bilden mönstret med den konstanta fördelningen mellan de fem åldersgrupperna under de åtta redovisade åren. Man skulle kunna säga att vi ser den "biologiska ålderskvoteringen"; kroppens biologi tar ut sin rätt, ju äldre man blir desto vanligare är det att sjukdomar uppträder.

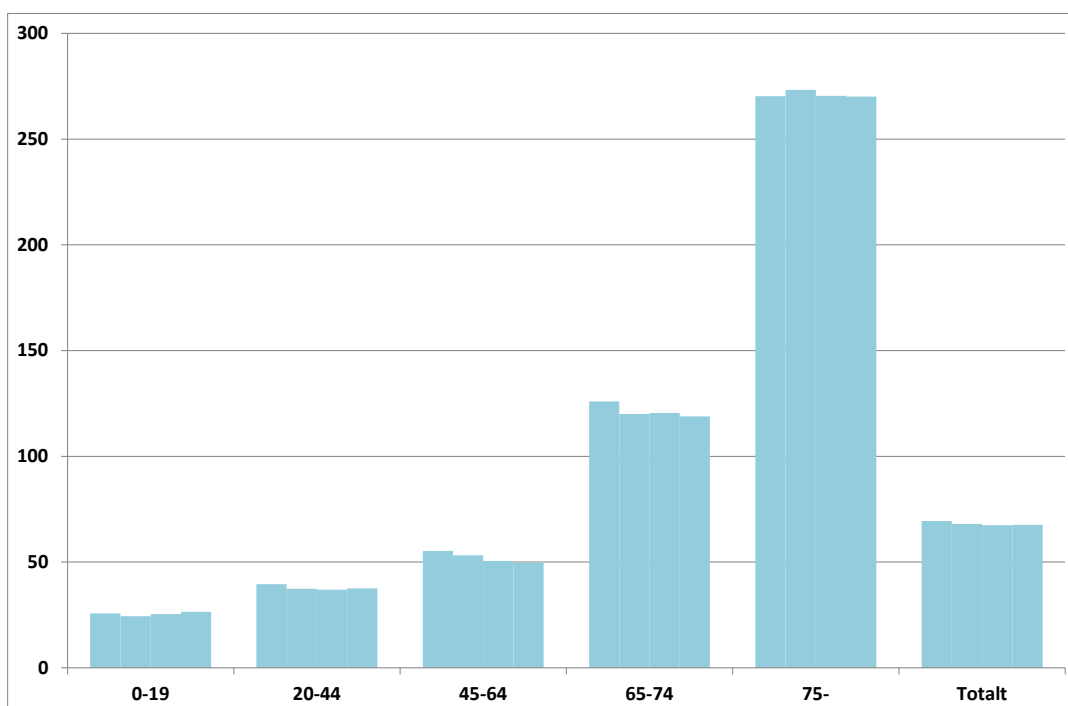
Tesen är att personer som söker sjukvård inte läggs in i slutet sjukhusvård om det inte är alldeles medicinskt nödvändigt. Om äldres hälsa skulle ha förbättrats borde man se någon tendens till minskning av sjukhusvård över tid. Av den här enkla studien finns inget som talar för att några snabba hälsoförändringar sker när fyrtiotalisterna går in i den äldsta åldersgruppen. I figur 19 visas en motsvarande bild för vårdtid (vårddygn). Även denna bild

uppvisar samma mönster som den tidigare bilden.

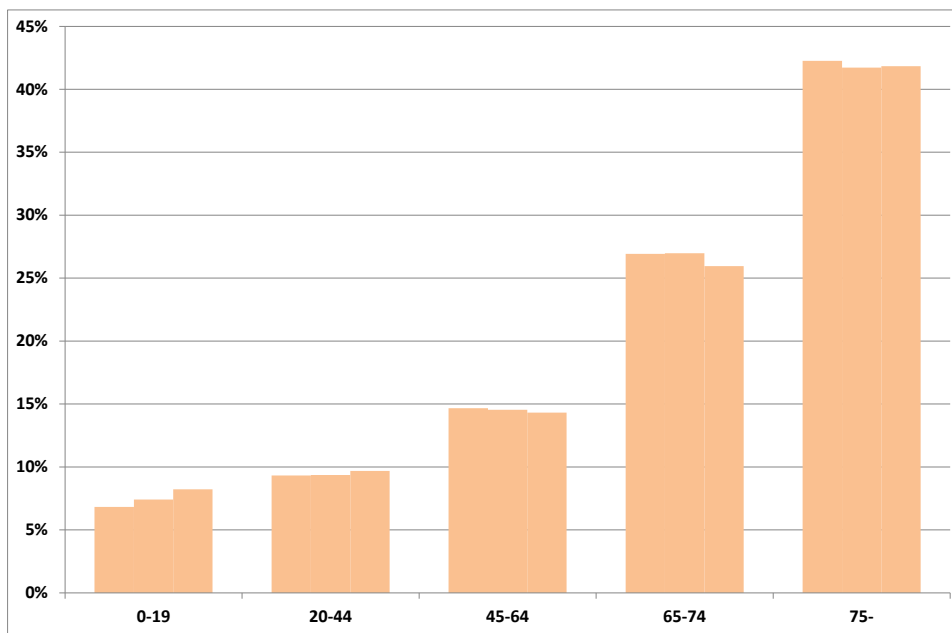
Kostnader

Nedanstående figur 20 visar utvecklingen av kostnaderna (KPP) för all vård per patient (sluten och öppen sjukhusvård samt primärvård) i de fem åldersgrupperna. Beräkningen är gjord per invånare i motsvarande åldersgrupper och dess andel av kostnaderna för åren 2008, 2010 och 2013.

När man räknar kostnad med hänsyn till hur många invånare som finns i varje åldersgrupp ser vi att diagrammet har ett liknade mönster som de tidigare två diagrammen för vårdkonsumtion. Ju äldre man är desto högre är kostnaden per patient. Liksom i



Figur 19. Antal vårddygn per 100 invånare i olika åldersgrupper på sjukhus i Östergötland, åren 2010–2013. Källa: UtdataVård, Region Östergötland



Figur 20. Andelskostnad per invånare i fem åldersgrupper åren 2008, 2010 och 2013. Underlaget är samtlig vård inom Region Östergötland enligt KPP (Kostnad per patient).
Källa: UtdataKPP, Region Östergötland

de tidigare diagrammen är andelarna ungefär desamma för de tre åren. I åldersgruppen 65–74 år har andelen minskat mellan år 2008 och 2013 från 26,9 till 26 procent. I åldersgruppen 75 år och äldre är minskningen från 42,3 till 41,8 procent. När man räknar på åldersgruppen 80 år och äldre (ej med i diagrammet) har andelen minskat från 45,7 till 45,3 procent. För den yngsta åldersgruppen 0–19 år har andelen ökat från 6,8 till 8,2 procent.

Iakttagelser och reflektioner

100 blir det nya 80

I mitten av 1800-talet var medellivslängden vid födseln omkring 45 år. Men de som uppnådde 65 år hade i genomsnitt tio år kvar att leva. Ungefär fem procent av befolkningen var 65 år och äldre. Det är samma andel som invånarna 80 år och äldre utgör idag; 65 var det gamla 80. Befolkningen i sin helhet tredubblas i Sverige mellan åren 1860 och 2040. Antalet invånare 65 år och äldre ökar under samma tid med 13 gånger. Idag är knappt en halv procent av befolkningen 100 år och äldre. Massmedia har trummat ut budskapet att hälften av de som föds idag blir 100 år. De välkända prognosinstituten delar inte alls denna uppfattning. Man bedömer att knappt tio procent av de som föds idag får leva till man är 100 år. Men även denna prognos innebär att 100-åringarna blir mer än tjugo gånger fler än idag. Så då är 100 det nya 80. En stor del av ”problemet” med äldreboomen är vår framgångsrika sjukvård – och det borde firas och bejakas.

Lugnet före stormen

Vid föredragningar för ansvariga tjänstemän och politiker inom äldreomsorgen har frågan ställts om det är någon som tycker att man inte har så stora problem att ordna särskilt boende åt de som behöver det. Vid något tillfälle har någon försiktigt sträckt upp handen. Man har gissat rätt att antalet 80-åringar har ökat mellan 2003 och 2013, säkert med mantrat i minne: ”Vi blir ju allt äldre i befolkningen”. Och det är ju så att antalet faktiskt har ökat – med 100 personer per år i hela Östergötland. När den branta kurvan sedan visas fram till år 2030 går det ofta ett sus bland åhörarna. Mellan 2020 och 2030 ökar antalet 80 år och äldre i genomsnitt med 1200 per år. Ökningen är tio gånger mer än tio

år bakåt och nästan en ökning med 50 procent av antalet 80 år och äldre under en tioårsperiod. För en av Östergötlands kommuner fördubblas antalet och för två kommuner är ökningen 70 procent. För en av kommunerna kommer 80-åringarna att utgöra 15 procent av invånarna år 2030. Även om man inte vill höra det så är befolkningsprognosen om antalet äldre mycket säkrare än andra förutsägelser om framtiden. De som blir äldre är redan födda. Andelen kan minska om antalet invånare i yngre åldrar ökar. Men antalet finns kvar om det inte skulle hända något oförutsett med dödligheten eller att många flyttar utomlands.

Demensen slår till

Över 80-årsåldern är var femte person drabbad av en demenssjukdom. Drygt 40 procent av personer med demenssjukdom har plats på särskilt boende. Läget kan upplevas som ansträngt idag men runt hörnet väntar ännu större utmaningar för äldreomsorgen. Antalet personer med demenssjukdom beräknas i Sverige öka till 230 000 år 2030. Till det kommer att livslängden ökar och att färre dör i yngre åldrar av hjärtsjukdomar. Konsekvensen är att fler lever upp till en högriskålder för demens. Demenssjukdomar är med dagens kunskap obotliga, långvariga och resurskrävande. Demenssjuka upptar en majoritet av platserna på särskilt boende. Övriga som bor där är multisjuka, ofta med kort överlevnadstid som gör att platserna omsätts. De demenssjuka bor ofta i flera år och ger en låg omsättning av platser. Demenssjuka behöver särskilt boende i ett stadie där de ofta är ganska kroppsligt friska. Därför överlever de demenssjuka flera år jämfört med sköra äldre utan demenssjukdom som är så dåliga att de behöver vård och omsorg i särskilt boende.

Krav på snabb och kraftig kapacitetsökning

Prognoserna visar att den snabba demografiska förändringen med fler äldre får stora effekter för regionens sjukvård och för kommunernas hemsjukvård och äldreomsorg. För regionens del handlar det framför allt om ökat tryck inom den ineliggande sjukhusvården. Säkra historiska data visar att antal vård dygn och kostnader för äldre på sjukhus nästan på decimalen har följt den demografiska utvecklingen. För kommunerna handlar det

om att öka kapaciteten på alla områden. Äldreomsorgen slukar i Sverige redan idag mest resurser av alla kommunala verksamheter. Äldreomsorgens andel har ökat från 28 procent år 1998 till 32 procent år 2013. Men det handlar inte bara om pengar. Ett ökat behov av äldreomsorg på cirka 30 procent inom femton år kräver planering och agerande inom organisation, utbyggnad och inte minst – personal. Det går inte att fortsätta på samma sätt att bedriva omsorg. Det gäller att hitta nya och kreativa lösningar på kort tid.

Svarte Petter ur leken

Kommunerna och regionen har ett gemensamt ansvar för vård och omsorg av äldre. Det finns förstås reglerat i olika bestämmelser vad de båda huvudmännen ska ansvara för och var gränserna går sinsemellan. Det handlar här till exempel om hemsjukvård och utskrivningsklara patienter. Men de olika vårdgivarna måste hela tiden ha de sjuka äldres bästa framför ögonen utan att i alla lägen hänvisa till lagar och bestämmelser. Och det innebär att samverkan och samordningen mellan regionens sjukvård och kommunernas vård och omsorg måste förstärkas. Ökad ledningskraft med nya lösningar behövs på flera nivåer. Det gäller på den politiska nivån, inom den övergripande planeringsnivån mellan ledande tjänstemän och verksamhetschefer samt i den dagliga verksamheten inom vård och omsorg.

Förhoppningar och verklighet

Vi vill ju gärna leva längre men inte bli gamla och sjuka. Och denna förhoppning har ju också blivit en av politikens önskedrömmar. De flesta äldre vi ser omkring oss är ju ganska friska och självständiga. När man pratar om äldre är det ofta fyrtiotaliser vi ser som aktiva kravställare och som har ett framgångsrikt hälsosamt åldrande. Den femtedel av de äldsta som har särskilt boende är kanske inte de vi tänker på eller lägger märke till. Det är inte demens, inkontinens och liggsår som vi vill höra talas om. En nyligen publicerad studie visar att de friska åren inte har ökat lika mycket som livslängden. En del av politikerna när ändå en from förhoppning att leva frisk tills man dör och att sjukvårdens insatser och kostnader på ett enkelt sätt kan reduceras. En av politikens högtidsstunder är att få höra om "Health Aging". Att föreläsa om de snabbt kommande behoven i vård och äldreomsorg ger sällan några applåder. Men de som tror att de framtida utmaningarna inom äldres vård och omsorg har en kvick och enkel lösning kommer att bli väldigt besvikna.

Sjukvård ger friskare liv

De flesta undersökningar talar starkt för att dagens pensionärer kan se fram emot fler friska levnadsår i det egna hemmet än gårdagens pensionärer. Det finns flera förklaringar: Bättre standard i boende och olika stödssystem i vård och omsorg. Många har haft en sund livsstil med bra kost och riklig motion. Men sannolikt beror ett fortsatt friskt liv i huvudsak på att sjukvården kan göra allt mer genom att bota eller lindra sjukdomar och också så att funktionshinder kan förebyggas. Dessa insatser fordrar i sin tur behandlingar, läkemedel, personal, teknik, kapacitet och pengar. Redan i tredje åldern kan man studera sina vänner varav de flesta levtt ett sunt och aktivt liv. Det är inte många som är fria från sjukdom även om man klarar sin vardag på ett hyggligt sätt. Färska internationella studier visar att vi lever längre tid med ohälsa i dag än vad vi gjorde för drygt 20 år sedan. Nästan alla har att tacka sjukvården för att ha fått hjälp när kroppens maskineri börjar bli slitet. Det kan handla om värk i leder och muskler,

hjärtbesvär, diabetes och högt blodtryck. Några har fått mekaniska leder i sina knän och höfter. Andra rehabiliteras för sin stroke eller går på kontroller efter operation för grå starr eller cancer.

Medicinska perspektivet måste säkerställas

Åldersprocesserna manifesteras i hög utsträckning av sjukdomar och skador. När man då bygger upp samhällets äldrevård och äldreomsorg så kan man inte bara se till det praktiska omvårdnads-perspektivet. Det måste också kompletteras med det medicinska perspektivet som är själva motorn till vården och omsorgen. När man i massmedia i debatten talar om äldres vård och omsorg är det de kommunala insatserna som står i centrum. I åldersgruppen 65 år och äldre har i genomsnitt nio procent hemtjänst och fem procent särskilt boende. Denna grupp har ju insatser varje dag men av de äldre har nio av tio någon eller flera gånger under ett år kontakt med sjukvården. I gruppen 75 år och äldre är mer än 25 procent inlagda på sjukhus en eller flera gånger under ett år. Så de äldre patienterna är de vanligaste i sängarna på sjukhusen och blir allt vanligare. År 2030 beräknas en tredjedel av patienterna vara 75 år och äldre.

Dom har varit som vi, vi blir som dom

Det är när man passerat 80 år som krämporna blir allt fler, allvarigare och mer kroniska. Oviljan att kännas vid åldrandets mörka sidor och att bli äldre och sjuk finns på ett personligt plan hos oss alla. Många som är medelålders inser också att det snart blir ett nytt kapitel i livet där man behöver hjälp. Men det känns väldigt svårt att tänka sig i en situation där man kissar på sig, blir demenssjuk och inte har sin beslutsförmåga kvar. Även pensionerade geriatriker vill inte kännas vid att man tillhör gruppen – de pratar oftast om *dom* äldre. Ett tecken i tiden är hur ålderdomen är en del av underhållningen. Artister i den tredje åldern sjunger och uppträder som stand up i "Sjung så du stupar", "Bäst före" och "Morsning och Good-bye". De nationella teaterscenerna ger tragikomiska föreställningar som heter "Dödspatrullen", "I sista minuten" och "Slutspel". Den överåriga publiken skrattar förtjust i den drastiska sorgesången åt minnessvagheter och andra tillkortakommanden hos Solveig, Marianne, Annlouise, Staffan och Kurt.

Då, nu och sedan – bättre eller sämre?

"Karin är en av alla som inte får plats på ett äldreboende" var ett nyhetsinlag i SVT-rapport i början av år 2014. Folkpartiets slogan inför valet 1985 var "Eget rum på långvården". Det är inte så många år sedan – men då vårdades många äldre på landstingets långvårdskliniker, sjukhem och mentalsjukhus i just lååång vård i salar där bara fyra bäddar var en lyx. Den förändring som skedde efter Ädel-reformen innebar inte bara i ord utan också i handling ett eget rum eller boende. De boende har olika behov av vård och omsorg men det är en helt annan livssituation än på de gamla långvårdsklinikerna och sjukhemmen. Men hur blir det om tio år? Kommer vi att säga att "Tänk 2015, då fick i alla de flesta som behövde det en plats på ett äldreboende. Och det fanns personal som var utbildad". Alla hoppas väl att man inte kommer säga så men de flesta kurvor krokvar fel. Vi ökar snabbare än någonsin tidigare den äldsta befolkningen för vi kan ju inte göra oss av med dem som redan har fötts. Vård och omsorgsbehovet verkar vara ganska konstant ökande när man blir äldre. De ekonomiska påfrestningarna för kommunerna är stora idag och kommer att öka ännu mer. Och slutligen personalen. Det är ett omfattande behov av utbildad personal i omsorgen på grund av pensioneringar och

ökat behov av fler anställda för att sköta ännu fler äldre. Det är samtidigt ett stort glapp mellan behovet och de som examineras som undersköterska i Sverige.

Fyrtioåringarnas sista kamp

Man får utgå ifrån att kommunerna gör sina befolkningsprognoser och har kontroll över vad man har framför sig. Man har ju den befolkning man har och ska nog inte räkna med att när vi behöver vård och omsorg att vi då i första hand flyttar någon annan stans från den invanda tryggheten. Det känns lite oroligt att det i debatten inte kommer upp så mycket lösningar hur man ska ta sig an och klara en god vård och omsorg åt så många fler äldre. Man får hoppas att kommunerna har hemliga planer i byrålådan att ta fram när nu äldreboomen slår till med full kraft. Så frågan är vad som blir tuffast om några år: Att ansvara för äldreomsorgen eller att bli utsatt för den? Den generation som gick i bräsch för frihet från krig samt dagis åt alla kanske återigen ska ta fram plakaten från 1967 och demonstrera, ”Ropen skalla, Äldrehem åt alla”.



Citaten

”Fler 70-åringar åker Vasaloppet än tidigare – men även de blir sjuka en dag och behöver vård och omsorg.”

”Kanske behöver man hjälp senare, men man lever längre och det är osannolikt att fler dör friska knall och fall”

Mats Thorslund Äldrecentrum

”Äldre människor är i genomsnitt mer avspända. De slipper en del av bördan med att tänka på framtiden”

David Brooks, amerikansk journalist och författare

”Så länge vi lever åldras vi”

”Acceptera ditt åldrande och gläds åt att du blir äldre – betänk alternativet!”

Barbro Beck Friis, läkare och professor i Geriatrik

”Att människor blir äldre det visste jag. Att det skulle drabba mig var jag inte beredd på.”

Seriestrip Medelålders plus

”Det ska fan vara omsorgschef”

”Det ska fan vara teaterdirektör”, skrev August Blanche i sin komedi Ett resande teatersällskap. En symbolisk replik för alla mödor som möter konstnärer, skådespelare, dansare, författare. Det kostar på att skapa; blod, svett och tårar, eller grubblerier och spända axlar.

Källor

Region Östergötland,

- Behovsanalys sköra äldre, 2014
- Äldrerapporten, 2012
- Att åldras i Östergötland, 2010
- Östgötarnas åldrande 2010–2030
- Statistik från vårddatalagret och KPP

Socialstyrelsen

- Vård och omsorg om äldre, jämförelse mellan kommuner och län, januari 2014
- Statistik om kommunal vård och omsorg om äldre 1998–2012
- Rapport Äldre – vård och omsorg den 1 oktober 2012
- Hemvårdens brytpunkter, december 2000

SCB

- Befolkningsprognos, april 2014
- Statistik om befolkningen 1860–2013

SKL

- Kvalitetsportal utskrivningsklara patienter

Övrigt

- Tidningsartiklar från dags- och fackpress
- Nyhetsinslag från TV och radio

Vårdbehov och förväntningar

Den demografiska utvecklingen med allt fler och större andel äldre i befolkningen medför att vårdbehoven förväntas öka mer fram till år 2025 än den föregående tioårsperioden. Den medicinska utvecklingen innebär dessutom att fler människor allt mer avancerat kan få behandling av sina sjukdomar. Härutöver kommer standardutvecklingen och människors ökade förväntningar på vårdens tillgänglighet, likvärdighet och kvalitet. För att möta och tillgodose behoven krävs genomtänkta strategier, mod och handlingskraft från politik och tjänstemannaledning.

Pressen från pressen

- Mer våld och fler skottskador en utmaning för vården
- Sjukvården utmanas av livsfarlig nätdrog
- Lång väntan på hjälp för krigstrauman
- Trycket på psykvården ökar stort
- Bästa vården kan inte längre ges
- Diabetes är världens snabbast växande sjukdom
- Allt fler överlever cancer
- Friska nollåttor går oftast till doktorn

Fakta i korthet

- Vårdbehovet kommer att öka inom de stora folksjukdomarna. Den största ökningen beräknas ske inom hjärt- och kärlsjukdomar
- Antal läkarbesök, sjukvårdande behandlingar samt vårdtillfällen och vårdtid vid sjukhus beräknas öka mellan 10 och 16 procent fram till år 2025
- Åldersgruppen 75 år och äldre står för huvuddelen av ökningen av vårdkontaktarna

Varför ett kapitel om vårdbehov?

Att tillgodose invånarnas och patienternas vårdbehov kan sägas vara sjukvårdspolitikens grunduppgift. Nya effektiva metoder för diagnos och behandling innebär att hälso- och sjukvården kan förebygga, bota och lindra en större mängd av sjuklighet i befolkningen. Aldrig tidigare har så mycket gjorts för så många, en utveckling som med största sannolikhet kommer att fortsätta. Den demografiska förändringen och utveckling av nya behandlingsmetoder och läkemedel är de tyngsta kostnadsdrivande faktorerna inom hälso- och sjukvården. Dessa faktorer kommer att än mer än tidigare sätta fokus på planering, prioritering,

kapacitet och resurser.

De inledande elva sidorna har ett mer generellt innehåll och är i huvudsak tillämpligt för samtliga landsting och regioner. Avsnitten som börjar med "Fokus Östergötland" handlar om förhållandena i Region Östergötland. Ålderspyramiden för Östergötland är nära nog densamma som ålderpyramiden för Sverige. Det innebär att diagram om till exempel östgötarnas nuvarande sjukdomsmönster och framtida vårdkonsumtion i många avseenden torde vara densamma som för Sveriges befolkning i sin helhet.

Vilka frågor ger kapitlet svar på?

- Vad menas egentligen med vårdbehov?
- På vilka nivåer bedöms vårdbehoven?
- Hur ser det ut när det gäller befolkningens vårdkontakter, hälsa och sjukdomar?
- På vilket sätt ska vårdbehovet mötas?
- Hur sker arbetet med behovsanalyser och resursfördelning?
- Vad menas med de stigande förväntningarnas missnöje?
- Hur förändras det framtida vårdbehovet för olika sjukdomar?

- Vilka effekter för vårdbehovet medför den demografiska utvecklingen?

Grundläggande principer

Vården och omsorgen ska vara behovsbaserad. Med detta menas att resurserna ska styras till de områden där behoven är störst och inom ett givet område ska den som har störst behov ha företräde. Hälso- och sjukvårdslagen är inte en rättighetslag. Det är en ramlag som fastställer mål och krav. Målet är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde. Det är sjukvårdshuvudmännens uppgift att efter förmåga och vilja försöka verkställa det lagen är till för. Regeringens prioriteringsutredning tog under 1990-talet fram grundläggande etiska principer som ska vägleda och ligga till grund för öppna diskussioner om prioriteringar inom hälso- och sjukvård. De tre principerna är:

Människovärdesprincipen. Alla människor har lika värde, oavsett personliga egenskaper, samhällsställning, bakgrund eller annat. Detta värde ger rätt till vård på lika villkor.

Behovs- och solidaritetsprincipen. Den som har det största behovet av vård går alltid före kraven på tillgänglighet, kontinuitet och valmöjlighet. Den som är sjukast går först.

Kostnadseffektivitetsprincipen. Av likvärdiga behandlingar väljs den som kostar minst och som bedöms ha en rimlig relation mellan kostnader och effekt.

Behov på tre nivåer

Bedömning av vårdbehov kan ske på olika nivåer. Det är vanligt att göra indelningen på tre nivåer: befolkningsnivå (macro), gruppnivå (meso) och individnivå (micro). Ansvaret att bedöma vårdbehovet för befolkning och olika grupper ligger oftast på den politiska nivån. Här finns emellertid också situationer där behoven bedöms av verksamhetsansvariga. Ansvaret för bedömningar av vårdbehovet för enskilda patienter ligger hos den medicinska professionen.

Oberoende av nivån omfattar behovsbedömningen tre steg:

- Identifiering av behov.
- Bedömning av nödvändiga åtgärder för att tillgodose behovet.
- Bedömning av nödvändiga resurser för att genomföra de nödvändiga åtgärderna.

Befolkning

Behovet av primär och sekundär prevention mot olika sjukdomar bedöms med utgångspunkt från det potentiella vårdbehovet, dvs. risken att få en given sjukdom. Primär prevention söker förhindra att viss sjukdom uppkommer hos personer som inte har sjukdomen i fråga. Sekundär prevention avser att förhindra upprepning av till exempel akut hjärtinfarkt eller stroke. Det kan också finnas behov av mer omfattande preventiva åtgärder på befolkningsnivå, t.ex. screening i syfte att upptäcka bröstcancer i tidigt skede.

Grupp

Bedömning av behov på gruppnivå baserar sig i stor utsträckning på demografiska och epidemiologiska underlag. För "tunga" sjukdomsgrupper som t.ex. cancer, hjärtinfarkt och stroke är incidensen och prevalensen därför av stor betydelse vid bedöm-

ning av vårdbehoven. För andra sjukdomsgrupper har synen på utbud och tillgänglighet en större påverkan på vårderingen av vårdbehovet.

Individ

Bedömningen av sjukvårdsbehovet på individnivå sker med utgångspunkt från patientens aktuella tillstånd och det tillstånd som eftersträvas. Gapet mellan dessa nivåer utgör individens behov. Bedömningen av det aktuella tillståndet kräver en professionell insats samt olika undersökningar och bedömningar för att fastställa en diagnos.

Befolkningens vårdkontakter, hälsa och sjukdomar

Vårdkontakter

Under år 2014 hade 79 procent av östgötarna (enskilda personer) kontakt med sjukvården i ett personligt möte som patient. Av de som hade kontakt med vården hade 84 procent kontakt med läkare. Tio procent av invånarna var under året inlagda på sjukhus. Ju äldre man är desto mer har man kontakt med sjukvården. Bland befolkningen 75 år och äldre hade i stort sett samtliga personer kontakt med vården. Mellan år 2006 och 2014 ökade andelen invånare som haft vårdkontakt från 73 till 79 procent.

Utveckling av sjukdomsördan

Sjukdomsördan är ett sammanfattande mått som används för att beskriva och följa upp sjukdomars förekomst och allvarlighetsgrad samt för att beskriva folkhälsoutvecklingen. Rapporteringen av insjuknande berör de stora folkhälsosjukdomarna såsom cancer, hjärt- och kärlsjukdomar och stroke. Ryggvärk, depression, alzheimer och fallolyckor är också sjuklighet som förekommer i stor omfattning. Det finns ett antal riskfaktorer för sjukdomsördan. Hit hör till exempel rökning, riskabel alkoholkonsumtion, luftföroreningar, ohälsosamma matvanor och stillasittande fritid. Trots att insjuknandet i hjärt- och kärlsjukdomar har fortsatt att minska är det dessa sjukdomar som orsakar störst sjukdomsörda i Sverige. Insjuknande i cancer har ökat samtidigt som dödligheten i cancer har minskat. Denna förändring ses i ökningen av den relativa fem respektive tioårsöverlevnaden efter att diagnos fastställts. Det kan förklaras med förbättrad screening, diagnostik och behandling.

Befolkningens hälsa

Hälsoutvecklingen i befolkningen är av grundläggande betydelse för välfärden i stort och påverkar också direkt behoven av hälso- och sjukvård. I Sverige har vi tillgång till en mängd data om befolkningens hälsotillstånd. Tillsammans med kunskap om metoder för diagnostik, behandling, rehabilitering och förebyggande arbete skapar dessa data ett gott underlag för diskussioner om hur en behovs- och kunskapsstyrd vård ska utformas. Med uppgifter från datakällor om befolkningens självupplevda hälsa, livsvillkor, levnadsvanor och sjuklighet samt uppgifter om konsumtion av vård kan vi forma en bild över hälsoläget i länet. Hälsoläget beror till stor del av yttre villkor som till exempel utbildningsnivå, inkomst, hur man bor och om man har arbete eller inte. Hälsan styrs även av villkor som man inte kan påverka, bland annat var man är född, kön, ålder och arv. Till detta ska läggas levnadsvanor och livsstilar som på olika sätt påverkar den enskildes hälsa.

Hur man bedömer sitt allmänna hälsotillstånd varierar med ålder. Med stigande ålder minskar andelen personer som tycker

att deras hälsotillstånd är bra. Andelen med bra hälsotillstånd är något högre bland män än bland kvinnor. Efterfrågan på hälso- och sjukvård har förändrats över tid. Skillnaden mellan vad som kan konstateras vid kliniska undersökningar och vad patienten upplever kan ibland vara stor. Även om inga undersökningar kan påvisa sjukdom så upplever en stor del av patienterna "att man inte mår bra". Eftersom befolkningen av tradition hyser en stor tilltro till sjukvården att hantera olika slags symtom och tillstånd får hälso- och sjukvården också ta emot dessa grupper av människor. Symtom som dessa människor uppvisar kan vara samma som vid medicinska tillstånd.

I nationella undersökningar tillfrågas befolkningen om de har "några kroniska eller långvariga sjukdomar eller besvär" eller om man "regelbundet tar medicin för någonting". I svaren nämns oftast sjukdomar i cirkulationsorganen (t.ex. högt blodtryck och hjärtinfarkt) och rörelseorganen (t.ex. reumatism). Sjukdomar som kan hänföras till endokrina systemet (t.ex. diabetes och struma) eller andningsorganen (t.ex. kronisk luftrörskatarr) är andra ofta nämnda sjukdomar eller besvär. Drygt hälften (52 %) av kvinnorna i åldern 16 år och äldre uppger att de har någon långvarig sjukdom eller något långvarigt besvär. Motsvarande andel bland män är något lägre (44 %). Av kvinnorna uppger 17 procent att de har svåra besvär av långvarig sjukdom. Bland männen är andelen 10 procent. Hur man bedömer sitt allmänna hälsotillstånd har ett visst samband med sjukdomar och besvär. Men det är inte samma sak att konstatera att man har en sjukdom som att uppleva sitt hälsotillstånd som dåligt. Mer än hälften av dem som har någon långvarig sjukdom, 69 procent av männen och 60 procent av kvinnorna, bedömer ändå sitt hälsotillstånd som bra.

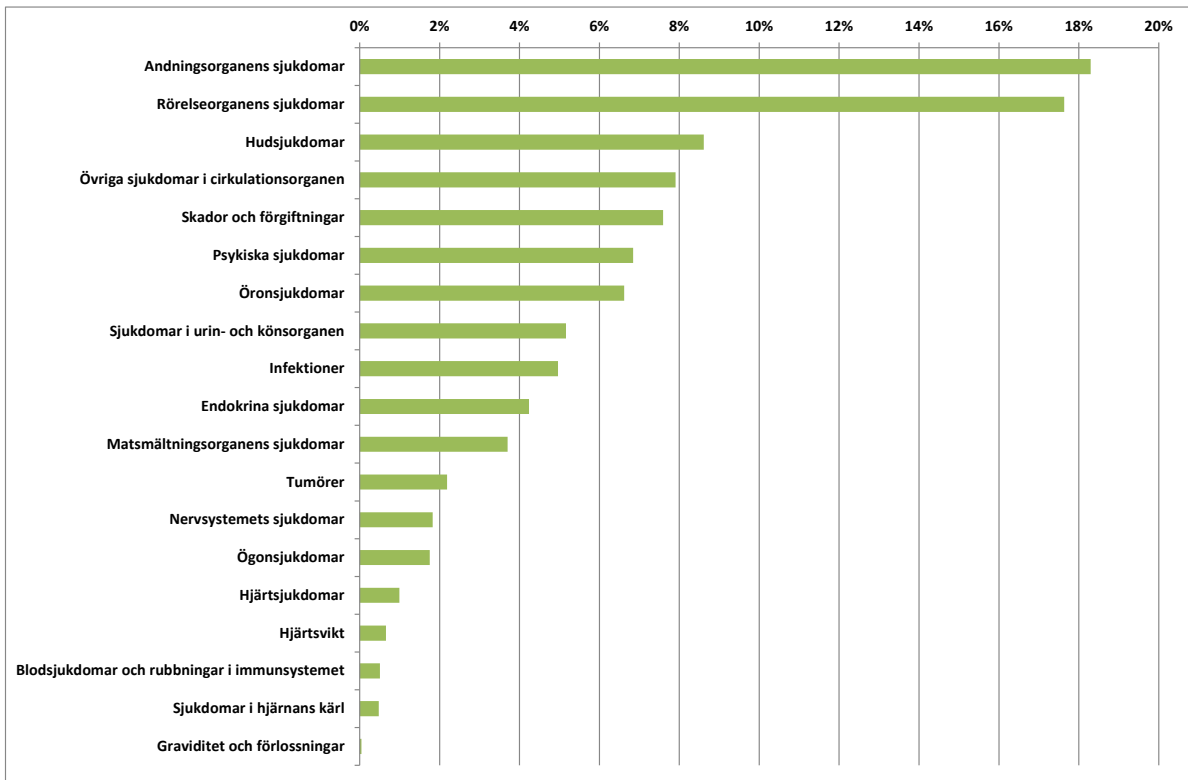
Huvuddiagnoser vid läkarbesök

I figurerna 1 och 2 illustreras sjukligheten med de huvuddiagnoser som under år 2013 sattes vid läkarbesök i primärvård respektive i den specialiserade vården i Östergötland. Diagrammen visar andelen av totalt antal läkarbesök och anger inte vårdtyngd eller tidslängden på besöket. I slutet av detta kapitel visas på motsvarande sätt också diagnoser för vårdtillfällen vid sjukhus. I nedanstående figurer ingår inte huvuddiagnosen "Symtom och sjukdomstillstånd" och inte heller "Faktorer av hälsobetydelse". Dessa två diagnoser utgör 25 procent av samtliga läkarbesök.

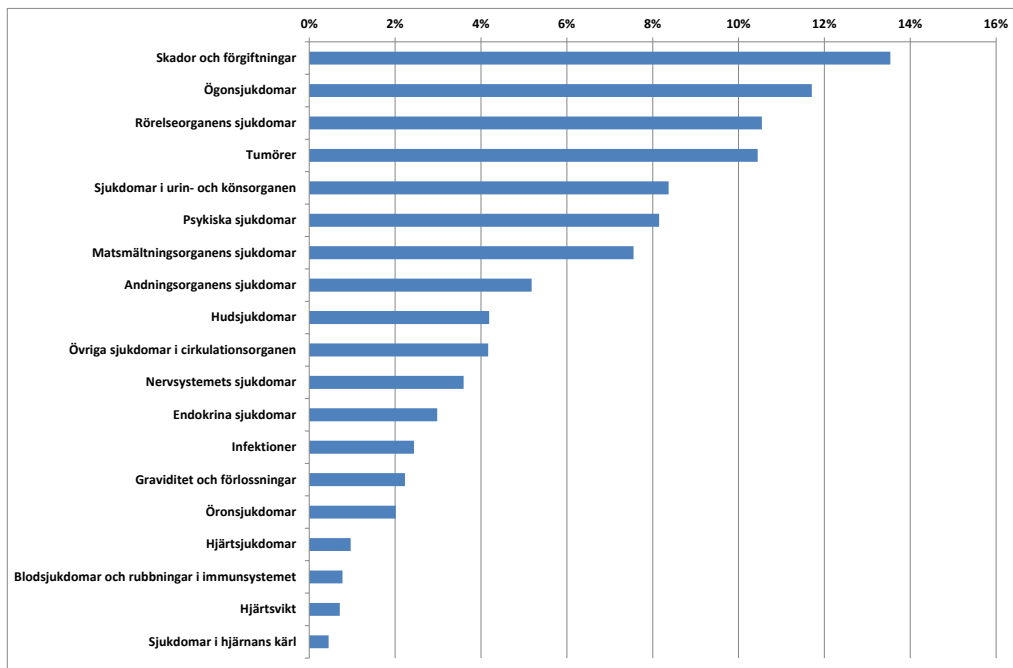
Huvuddiagnoserna är klassificerade enligt ICD-10. Den internationella sjukdomsklassifikationen ICD är en statistisk klassifikation med diagnoskoder för att gruppera sjukdomar och dödsorsaker för att kunna göra översiktliga statistiska sammanställningar och analyser.

Patienternas läkarbesök på vårdcentralerna inom primärvård toppas av andningsorganens sjukdomar (t.ex. övre luftvägsinfektioner) och rörelseorganens sjukdomar (t.ex. ryggskador och ledsjukdomar).

Patienter med de tre huvuddiagnoserna skador och förgiftningar, ögonsjukdomar och rörelseorganens sjukdomar står för mer än en tredjedel av läkarbesöken i sjukhusvården. Därefter följer patienter med tumörer, sjukdomar i urin- och könsorganen samt psykiska sjukdomar. Patienter med sjukdomar i cirkulationsorganen är i diagrammet underindelade i hjärtsjukdomar, hjärtsvikt sjukdomar i hjärnans kärl och övriga sjukdomar i cirkulationsorganen. Om dessa underdiagnoser läggs samman utgör patienter



Figur 1. Huvuddiagnoser vid läkarbesök inom primärvård 2013, Östergötland. Källa: UtdataVård, Region Östergötland



Figur 2. Huvuddiagnoser vid läkarbesök inom specialiserad vård 2013, Östergötland. Källa: UtdataVård, Region Östergötland

med sjukdomar i cirkulationsorganen (hjärt- och kärlsjukdomar) drygt sex procent av läkarbesöken.

Att möta vårdbehov

Förbättrad folkhälsa – snabb nutidshistoria

När Sverige byggdes upp under efterkrigstiden blev staten allt rikare och reformtakten allt snabbare. Nu skulle samhället hjälpa medborgarna att må bättre. Genom satsningar på mödravård, utbildning, trafiksäkerhet, bättre arbetsmiljö och inte minst högre levnadsstandard lyckades man snabbt förbättra folkhälsan och förlänga vår medellivslängd. Under 1970- och 80-talen fortsatte folkhälsoarbetet. Det var nu mer folkbildning och informationskampanjer än reformer. Välkända är Tallriksmodellen, Spola kröken samt Socialstyrelsens och Brödinstitutets kampanj om 6–8 brödsvisor om dagen. De som gick i skolan under denna tid minns hur lärarna i avskräckande syfte visade cancerbilder av rökarens lungor.

Under 1990-talet kommer staten och landstingen i ekonomisk kris. När politikerna genomför besparingar finns tecken på att folkhälsan försämrades. Våra tänder blir till exempel sämre när vi får betala tandläkaren själva. Samtidigt försöker man lösa resursbristen med att konkurrensutsätta vården. Och man hoppas att valfrihet kan göra oss mer hälsomedvetna. Så börjar ansvaret alltmer läggas på individen. Med mer tv och datorer sitter vi allt längre och får allt mer livsstilsrelaterade sjukdomar som astma och diabetes. Satsning sker på företag inom friskvård: gymkedjor, sport och träning, livsmedel, kosttillskott och andra hälsoprodukter. En ny stor kommersiell marknad föds och medier och forskarsamhället hakar på. Nu dränks vi i en flod av ny forskning, nya metoder och hälsoprodukter. Rön och metoder som dessutom motsäger varandra och gör oss ibland förvirrade. Begreppet ”friskvårdsängest” myntas.

Lagens krav på hälso- och sjukvården

I hälso- och sjukvårdslagen anges kraven på landstingens hälso- och sjukvård. Det handlar bland annat om trygghet i vård och behandling, lättillgänglighet samt respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vården ska främja goda kontakter mellan patient och personal, verka för kontinuitet och säkerhet, utforma vården så långt som möjligt i samråd med patienten. Där det finns hälso- och sjukvård skall det finnas personal, utrustning samt lokaler för att en god vård ska kunna ges.

Hälsoinriktning

Det primära målet för hälso- och sjukvårdens insatser är att åstadkomma hälsa. Detta sker genom sjukvårdsinsatser men också genom att stödja den enskilde länsinwånaren att själv bevara och erhålla så god hälsa som möjligt. Så har historiskt skett inom flera områden som till exempel barnavårdscentraler, mödravårdscentraler, tandhälsovården för barn- och ungdomar, tobakspreventiva enheter och i enskilda möten med patienter.

Kunskapsbaserad

Att landstingets insatser ska vara kunskapsbaserade kan ses från minst två utgångspunkter. Den första är att den politiska processen grundar beslut om prioriteringar och styrning utifrån så goda kunskapsunderlag som möjligt. Den andra är att alla åtgärder inom hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen ska vila på vetenskap och beprövad erfarenhet. På

senare år har detta utvecklats och förtydligats i det som benämns evidensbaserad vård. Evidensbaserad vård innebär en medveten och systematisk strävan att bygga vården på bästa tillgängliga vetenskapliga grund. Att tillämpa evidensbaserad vård innebär att bygga behandlingsbeslut på bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap, som ett komplement till annan kunskap, och i samråd mellan patient och vårdpersonal.

Hur förändras vårdbehovet framöver?

De stigande förväntningarnas missnöje

Vi befinner oss i januari 1956. Riksdagens remissdebatt i andra kammaren har just börjat. Statsminister Tage Erlander reflekterar öppenlydligt om partiets strategiska situation i ett samhälle som har vant sig vid ett ständigt ökande välbefinnande. Fattigdomen tycks en gång för alla vara förpassad till historien. Reformerna har duggat tätt och den materiella levnadsstandarden har ökat oavbrutet. Ändå straffar väljarna socialdemokratin. Varför? Erlanders svar är att människor är missnöjda med att det inte gick tillräckligt fort. De ville ha mer och snabbare.

Tesen om de stigande förväntningarnas missnöje hämtar inspiration från Abraham Maslows berömda teori om behovstrappa. Det är en förklaringsmodell inom psykologin för hur människor prioriterar sina behov. Modellen innebär att behoven på en lägre nivå måste vara tillfredsställda innan högre mål blir viktiga för individen. När fattigdomen är utrotad och de grundläggande materiella behoven är tillgodosedda riktar människorna blicken mot nya mål.

En doktorsavhandling från 1970-talet kastade ett nytt ljus över tesen om de stigande förväntningarnas missnöje. Avhandlingen visade att missnöjet med den kommunala servicen var störst i de kommuner där den var som bäst utbyggd. Det paradoxala resultatet indikerade att missnöjet var av dynamisk karaktär precis av det slag som Erlander tidigare kunnat konstatera; efterfrågan på offentlig service ökade ju mer sådant som fanns. Liknande slutsatser finns i boken ”Alltid mer aldrig nog” från 1994. Bokens budskap var att staten aldrig kunde tillfredsställa medborgarnas behov utan endast – och i bästa fall – tillfälligt stilla dem. Det sociala kontraktet var gränslöst: anspråken skulle växa oavbrutet.

Ökade anspråk

Den nivå som bestäms av den demografiska utvecklingen och en sjukvård baserad på bästa tillgängliga medicinska teknik kan betraktas som en basnivå. Idag är patienterna väl pålästa och vet vilka behandlingsalternativ som finns tillgängliga genom till exempel information på Internet. Patienten kommer i allt högre grad ställa krav på den nyaste tekniken, vilket är en faktor som kan få ökad betydelse och kommer att driva på behoven och kostnadsökningen. Härutöver finns andra exempel. Det handlar om krav på tillgänglighet, valfrihet, bemötande, tidpunkt för insatser, förmåga att hantera sammansatta och komplexa hälso- och sjukvårdsproblem, individuellt utformade vårdtjänster och fullgod rehabilitering. Det är ju också så att våra sociala nätverk har förändrats. Barn lever i högre grad längre från sina föräldrar och det blir svårare att få råd och stöd när man blir sjuk. Och då är det vården som blir tryggheten.

Denna utveckling, tillsammans med ökad köpkraft, driver upp förväntningarna på våra välfärdstjänster. Under perioden 1980–2005 ökade kostnaderna för välfärdstjänster årligen med cirka

en procent mer än de demografiskt betingade behoven. Det är därmed inte realistiskt att tro att hälso- och sjukvården skulle stanna på nuvarande års nivå. Det är inte trovärdigt att hävda att standarden inom vård och omsorg är så god att någon ytterligare betydande höjning av denna inte behövs. Det skulle i så fall innebära att den historiska trenden med ständigt förbättrad standard skulle brytas just nu. Det är svårt att hitta något skäl till att medborgarna skulle prioritera konsumtion av välfärdstjänster lägre än annan konsumtion.

Göra mer för fler

Den enorma samhällsutvecklingen med oanade möjligheter har skapat förutsättningar för att hälso- och sjukvården mer och mer avancerat kan hjälpa människor med sjukdomar och ohälsotillstånd. Nya effektiva metoder för diagnos och behandling innebär att hälso- och sjukvården kan förebygga, bota och lindra en större mängd av sjuklighet i befolkningen. Aldrig tidigare har så mycket gjorts för så många. En utveckling som med största sannolikhet kommer att fortsätta. Denna utveckling av nya behandlingsmetoder och läkemedel, är den största kostnadsdrivande faktorn inom hälso- och sjukvården och har ökat prioriteringsfrågans aktualitet. För att möjliggöra en behovsstyrd hälso- och sjukvård måste man alltid hålla aktuell diskussionen om vilka behov som hälso- och sjukvården ska tillgodose.

Sjukdomar – bedömning av framtida vårdbehov

I bilaga 1 i detta kapitel redovisas en bedömning av det framtida vårdbehovet för 18 olika sjukdomar som täcker de vanligaste så kallade folksjukdomarna. Det gäller bland annat hjärt- och kärlsjukdomar, stroke, diabetes, cancer, astma, artros, höftfrakturer, psykiska sjukdomar och demens. Innehållet är hämtat från rapporten ”Underlag för behovsanalys 2014”, Örebro läns landsting. I det följande görs en sammanfattande analys av innehållet i bilagan.

I huvudsak ökat vårdbehov

Av de 18 sjukdomarna i analysen bedöms ett framtida ökat vårdbehov inom 11 sjukdomar. För övriga sjukdomar visar bedömningen på en mer osäkerhet mellan ett konstant och ökat vårdbehov. Orsaken till ökningen är i huvudsak högre antal och andel äldre personer i befolkningen. Och även om utveckling i sjukvården leder till ett tidigare omhändertagande, mer öppen vård och effektivare läkemedel minskar inte vårdbehovet. Fler patienter överlever och lever med kroniska sjukdomar. Detta förhållande ställer höga krav på vården när fler personer blir föremål för livslång behandling, rehabilitering och medicinsk uppföljning. Det gäller till exempel patienter med astma, cancer, stroke, hjärtsjukdomar samt multisjuka äldre.

Förebyggande insatser kan mildra utvecklingen

Ett framgångsrikt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete kan mildra det ökade vårdbehovet. Analysen visar att det långt ifrån gäller för alla sjukdomar men det finns ändå exempel. Det gäller levnadsvanor för att förhindra eller lindra hjärt- och kärlsjukdomar, minskad fetma för att undvika diabetes, rökstutstöd för att undvika KOL, screening för att upptäcka cancer och ökad kondomanvändning för att minska sexuellt överförbara infektioner.

Nya mönster av vårdbehov

Utöver behov av vård för de ”vanliga” sjukdomarna – varav flera

folksjukdomar är beskrivna i bilaga 1 – så sker det förstås hela tiden andra förändring av mönstret för behov, ohälsa och sjukdomar. En del sjukdomar minskar i omfattning och en del ökar. Ytterligare andra kan betraktas som sjukdomar som tidigare har förekommit i mindre omfattning eller inte alls. I det följande ges några exempel på sådana vårdbehov.

Antibiotikaresistens

Bakteriers förmåga att utveckla resistens mot antibiotika är ett globalt hot mot hälso- och sjukvården. Jämfört med andra länder har Sverige än så länge ett gynnsamt resistensläge. På mindre än tio år har ändå antal personer som bär på resistent bakterier femdubblats. Mest tänker man på ”sjukhusjuka” genom smittspridning på sjukhus. De senaste åren finns dessa bakterier alltmer utanför sjukhusen som så kallade samhällsförvärvade infektioner. Orsaken är i fler kontakter i länder där smittan finns i mat och vatten. Allt fler personer bär på resistent bakterier i sin normala bakteriefloa. Detta gör det till en epidemi i det tysta där de sjuka representerar toppen på isberget.

Influensapandemi

Forskarna är i princip överens om att nya pandemier av smittsamma sjukdomar är oundvikliga. Nya smittämnen dyker också upp och orsakar infektioner hos människor med allt högre frekvens. Frågan är inte *om* utan *när* Sverige och världen drabbas av en svår pandemi. Ingen av de tidigare pandemierna har varit den andra lik. Det har skilt sig åt vad gäller virus, allvarlighet, drabbade människor och påverkan på samhället. Det som utmärker en situation med influensapandemi jämfört med många andra allvarliga störningar är att:

- Det är en smittsam sjukdom. Varje fall genererar nya fall, vilket innebär att situationen försvåras gradvis och att många människor insjuknar.
- Sjukvård och kommunal omsorg utsätts för mycket stor belastning under en längre tid, samtidigt som personalen utsätts för smitta.
- Pandemin kan pågå under flera månader samt återkomma i en eller flera vågor.

Mer om antibiotikaresistens och influensapandemi finns att läsa i kapitlet i denna rapport: ”Det globala hälsohotet”.

Asylsökande

År 2015 sökte 163 000 personer asyl i Sverige. Det är en fördubbling jämfört med år 2014. Mellan åren 2002 och 2011 uppgick antalet asylsökande till mellan 25 000 och drygt 30 000 per år. För hälso- och sjukvården innebär ökningen en förändrad situation när det gäller att tillgodose vårdbehovet. Landstingens skyldigheter att erbjuda hälso- och sjukvård för asylsökande regleras sedan 2008 i lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Barn och unga upp till 18 års ålder ska erbjudas hälso- och sjukvård i samma omfattning som bosatta. De som har fyllt 18 år ska erbjudas vård som inte kan anstå, mödravård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning. Landstingen ska också erbjuda nya asylsökande en hälsoundersökning. Varje år följer SKL upp hälso- och sjukvården för asylsökande. Den senaste undersökningen som gäller år 2013 visar att de asylsökande gör färre läkarbesök på vårdcentraler och i specialiserad öppen vård än de bosatta. De har dock fler vård dagar i slutna somatisk vård och betydligt fler vård dagar inom slutna psykiatrisk vård. Hos asylsökande barn och ungdomar finns ett markant större behov av vård inom den slutna barn- och ungdomspsykiatri än hos de bosatta.

Asylsökande, kvotflyktingar, nyanlända, personer som kommer till Sverige på familjanknytning har rätt till en kostnadsfri hälsoundersökning. Undersökningen är frivillig. Syftet med hälsoundersökningen är att upptäcka behov av vård, både somatisk och psykisk, samt smittskyddsåtgärder. Av de som kallas till hälsoundersökning i Östergötland uteblir mellan 18–20 procent. Det ökade antalet asylsökande och nyanlända har också gjort att väntetiden till hälsoundersökning förlängts. Lång väntetid kan innebära att smittsamma sjukdomar riskerar att spridas eller att hälsoproblem hinner förvärras. Väntetiden, samt bristande kommunikation, påverkar också andra verksamheter exempelvis primärvård och elevhälsa. Dessa verksamheter uttrycker osäkerhet kring hur de ska hantera en person som söker vård, exempelvis vad gäller eventuella smittsamma sjukdomar, utan att personen först har varit på hälsoundersökning. Väntetiderna försvårar också elevhälsans arbete med bland annat vaccinationer.

Myndigheteten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har regeringens uppdrag att på nationell nivå samordna ansvariga aktörers hantering av flyktingsituationen. I samband med detta uppdrag har Länsstyrelsen ställt tio frågor till Region Östergötland om nulägesbeskrivning samt bedömningar om två scenarior. I det nedanstående görs en sammanfattning av regionens svar om nuläget samt i det fall situationen fortgår upp till ett år med nuvarande antal inkommande flyktingar och migranter.

- Många asylsökande har medicinska behov som de behöver hjälp med ganska omgående. Belastningen på vårdcentraler med asylboenden i upptagningsområdet innebär att man redan nu fått prioritera hårdare och anställa hyrläkare.
- 1177 har ökande antal samtal främst från personal på länets flyktingboenden. Det är svårt att ge råd och göra bedömningar i dessa situationer eftersom personalen tolkar åt patienten och detta kan också påverka patientsäkerheten.
- Flyktingmedicinskt centrum har en växande köproblematik.
- På infektionskliniken har belastningen ökat på grund av omfattande smittspårning och lång behandlingstid. Antibiotikaresistenta bakterier är mycket vanligare bland flyktingar vilket påverkar all verksamhet.
- Många flyktingar är traumatiserade och har posttraumatiska stresssymptom. Belastningen på första linjens psykiatri kommer att öka. Prioriteringar kommer att behöva göras eftersom psykiatrin redan nu har en hög belastning. Tillgängligheten kan påverkas.
- Det ökade vårdbehovet gör att fler enheter kommer att få ett ökat tryck. Hit hör akutmottagningar, akutklinikerna, mödravård och förllossningsvård och barnsjukvård.
- Om en fördubbling sker av antal flyktingar kommer hela hälso- och sjukvårdssystemet utsättas för ett ökat tryck. En sådan situation kan komma innebära undanträngningseffekter, tillgänglighetsproblematik och ökade kostnader.

Fokus Östergötland

Behovsanalyser

Sedan år 1992 bygger den politiska organisationen i Region Östergötland på att politikerna i första hand är befolkningsföreträdare. Begreppet behovsstyrning växte då fram och avtal och överenskommelser om uppdrag skrivs med vårdgivarna. System skapades för att följa upp beslutade uppdrag, avtal och överenskommelser. Detta utvecklingsarbete hade ett nationellt anslag och gjordes tillsammans med flera andra landsting och i nationella nätverk med politiker och tjänstemän. Tillsammans

byggde man upp gemensamma begrepp och arbetsmetoder. I slutet av 1990-talet inleddes arbetet i Östergötland med att ta fram behovsanalyser som ska identifiera behov hos befolkningen eller hos vissa patientgrupper. Fram till år 2015 har 50 behovsanalyser gjorts. Exempel på rapporter är infektionssjukdomar, övervikt och fetma, rehabilitering, äldre med cancer och barn och ungdomar med depression och ångest. Behovsanalyserna har i princip varit upplagda på följande sätt:

- Sjukdomsburda – förekomst och kostnader
- Patient- och anhörigupplevelser
- Hälsofrämjande- och sjukdomsförebyggande
- Förhållande till evidens och riktlinjer
- Medicinsk kvalitet
- Tillgänglighet

Från behovsanalys till uppdrag

Behovsanalysen summerar nuläget med starka och svaga sidor för sjukdomsgrupper (t.ex. cancer) eller behovsgrupper (t.ex. rehabilitering). När rapporten är klar påbörjas arbetet att analysera vilka problemområden som ska tas om hand av hälso- och sjukvårdsnämnd respektive regionstyrelse. Politiken beslutar om uppdrag uttryckt i målsättningar och mätbara indikatorer. Uppdragen läggs därefter in i överenskommelser och avtal med regionens egna respektive privata vårdgivare. Dokumenten anger också det totala uppdraget, generella villkor, ersättning och uppföljningsplan.

Prioriteringar och resursfördelning

Östergötland har sedan år 2003 haft olika modeller för årlig prioritering och resursfördelning på övergripande politisk nivå. År 2004 blev vi kända i sjukvårdsverige som det landsting som var först ut med politiska beslut om öppna och tydliga prioriteringar. Resurserna för hälso- och sjukvården skulle fördelas skarpt med hänsyn till medborgarnas och patienternas behov. När vi här talar om resursfördelning var det i början i form av besparingar. Efter några år hade ekonomin blivit bättre och resursfördelningen innebar att hälso- och sjukvårdsnämnden varje år fick tillskott på ett antal miljoner som skulle fördelas på behovs- och sjukdomsgrupper. Beslutsunderlaget byggde på en omfattande genomgång från verksamheten, som lyfte fram områden där man bedömde stora behov av utveckling och resursförstärkningar.

Inför budgetåret 2010 infördes en ny modell för resursfördelning som leds av landstingsdirektören. Processen inleddes med att verksamhetsföreträdare i grupper arbetar fram listor över nya metoder eller insatser man vill satsa på, men också över åtgärder som kan utmönstras. Listorna vägs därefter mot varandra under en tvådagarskonferens där bland annat samtliga centrumchefer deltar. Chefernas uppdrag är att komma överens om en gemensamt lista, det vill säga en sammanvägning av alla föreslagna åtgärder. Därefter bearbetas den gemensamma listan av tjänstemännen. Slutligen lämnar landstingsdirektören ett förslag till hälso- och sjukvårdsnämnden. Då är det också klart om det finns extra ekonomiska resurser att fördela. Finns det inga extramedel, eller om de inte räcker, kan det krävas omfördelning av befintliga resurser. Denna modell har under åren reviderats och också under något år gjorts i en "light"-variant. I regionens strategiska inriktning för åren 2015–2017 ska ett utredningsarbete göras om prioriteringar och effektiviseringar i vården. En plan och en metodik ska tas fram för att utveckla den årliga resursfördelningen. Syftet är att en ökad andel av de totala resurserna ska fördelas på detta sätt.

Två processer synkroniseras

De två processerna behovsanalys och resursfördelning går i två spår med en viss synkronisering. I behovsanalyserna har politiken en framträdande roll på olika sätt. Till varje behovsanalys är en brukardialogberedning kopplad med sju politiker. Huvuduppgiften är att göra intervjuer med patienter och anhöriga inom det område som behovsanalysen omfattar. Beredningen för behovsstyrning har det samlade ansvaret för arbetet med behovsanalyserna. Om behovsanalyserna visar på behov av resursförstärkning ska detta område finnas med i arbetet med resursfördelning. Överenskommelserna och avtalen med vårdgivarna innehåller både uppdrag från behovsanalyserna och beslut om resursfördelning.

Demografiska effekter

Antal invånare och andel äldre

De viktigaste demografiska förutsättningarna för det framtida sjukvårdsbehovet är att antalet invånare blir fler och att antalet och andelen invånare i befolkningen 75 år och äldre ökar kraftigt. Det är den stora gruppen fyrttioåringar som nu pensioneras och andelen 65 år och äldre kommer att uppgå till nästan en fjärdedel av befolkningen år 2030. Invånarnas kontakter med hälso- och sjukvården ökar med stigande ålder.

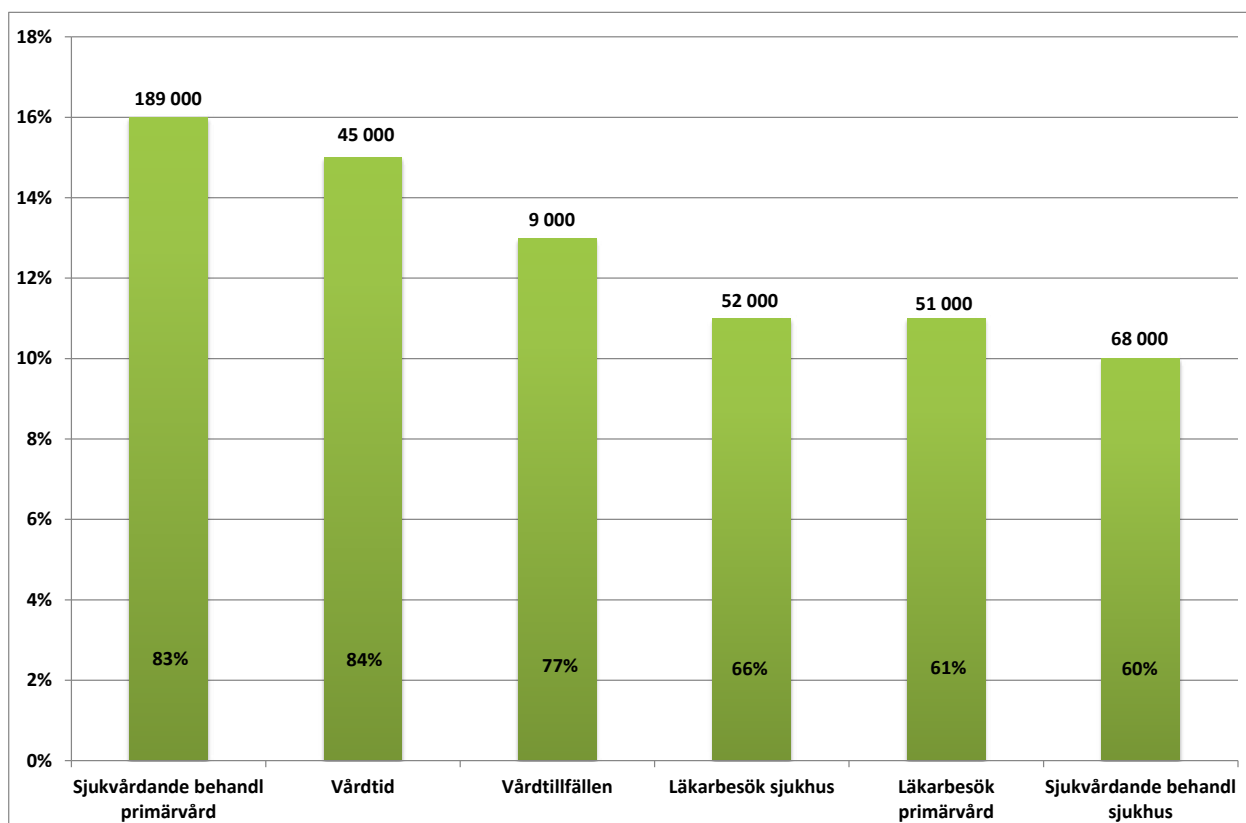
Mellan åren 2003 och 2013 ökade antalet invånare i Östergötland totalt med 21 000 eller 5,5 procent. Antalet personer 75 år och äldre ökade med 700 eller 2 procent till 39 000. Mellan åren 2020 och 2030 ökar antalet invånare enligt prognosen totalt med

30 000 eller 6,5 procent. Antalet invånare 75 år och äldre ökar med 12 000 eller 26 procent till 59 000. Den största skillnaden mellan de två tioårsperioderna gäller invånarna 75 år och äldre. Under perioden 2003–2013 var det knappt någon ökning alls. Under perioden 2020–2030 ökar denna åldersgrupp 17 (sju) gånger mer. Mer om de demografiska förutsättningarna redovisas i kapitlen i denna rapport "Demografisk utveckling" samt "Äldres hälsa, vård och omsorg".

Patienter och vårdkontakter

I figur 3 redovisas prognosen för patienternas vårdkontakter år 2025 med underlag enbart från den demografiska utvecklingen. Prognosen är gjord enligt den metod som beskrivs i bilaga 2 i detta kapitel. Stapelns längd anger den procentuella ökningen mellan år 2013 och 2025. Över stapeln anges ökningen i antal, till exempel antal vårdtillfällen. Procentsatsen i stapeln anger andelen av ökningen som utgörs av patienter som är 75 år och äldre.

Prognosen visar att patientkontakterna ökar mellan 10 och 16 procent mellan år 2013 och 2025 beroende på vårdform. Ökningen av vårdtid och vårdtillfällen beror på det tydliga sambandet mellan ökad ålder, sjuklighet och inläggande sjukhusvård. När det gäller sjukvårdande behandlingar i primärvård är denna prognos beräknad på underlag innan kommunerna tog över ansvaret för hemsjukvården. Om man endast räknar på sjukvårdande behandlingar inom Region Östergötland är därför ökningen i diagrammet för hög. I tabell 1 visas den antalsmässiga ökningen av vårdkonsumtionen.



Figur 3. Prognos för invånarnas antal vårdkontakter år 2025, Region Östergötland (Procentsatsen i stapeln anger andelen av ökningen som utgörs av patienter som är 75 år och äldre. Stapelns längd anger den procentuella ökningen mellan år 2013 och 2025).

Källa: UtdataVård, Region Östergötland

	Antal			Förändring			
	2013	2025	2030	2013-2025		2013-2030	
				Antal	Procent	Antal	Procent
Vårdtillfällen	67 000	76 000	79100	9 000	13%	12 100	18%
Vårddygn	296 000	340 800	360100	44 800	15%	64 100	22%
Läkarbesök sjukhus	461 100	513 000	530800	51 900	11%	69 700	15%
Läkarbesök primärvård	463 700	514 300	531400	50 600	11%	67 700	15%
Sjukvårdande behandl sjukhus	655 500	723 800	743900	68 300	10%	88 400	13%
Sjukvårdande behandl primärvård	1 195 500	1 384 700	1465900	189 200	16%	270 400	23%
Inkl hemsjukvård							

Tabell 1. Prognos över förändring av antalet vårdkontakter 2013–2030, Region Östergötland. Källa: UtdataVård, Region Östergötland

Andel vårdtillfällen i åldersgrupper

I tabell 2 visas andelen vårdtillfällen på sjukhus mellan år 2013 och 2030 fördelade på åldersgrupper. År 2013 är faktiska värden och åren 2025 och 2030 är en prognos.

Åldersgrupp	2013	2025	2030
0-19	15%	14%	13%
20-44	21%	19%	19%
45-64	19%	18%	17%
65-74	17%	16%	16%
75-	28%	33%	35%
80-	19%	22%	25%

Tabell 2. Andel vårdtillfällen av totalt antal vårdtillfällen i olika åldersgrupper 2013–2030, Östergötland. Källa: UtdataVård, Region Östergötland

Personer 75 år och äldre har fyra gånger fler vårdtillfällen per invånare jämfört med personer 45–64 år. År 2013 stod gruppen 75 år och äldre för 28 procent av alla vårdtillfällen för att öka till 35 procent år 2030. Fler invånare med en större andel äldre ökar således vårdkonsumtionen mer jämfört med om den ökade befolkningen skulle ha kvar samma andelar i respektive åldersgrupp som idag.

Sjukdomsgrupper och vårdtillfällen

Figur 4 visar prognosen för ökningen av antal vårdtillfällen (inläggningar på sjukhus) mellan år 2013 och 2025, fördelat på 23 sjukdomsgrupper. Prognosen är beräknad enbart på grundval av den demografiska utvecklingen. Stapelns totallängd visar beräknat antal vårdtillfällen år 2025. Den röda delen av stapeln visar ökningen av antalet mellan 2013 och 2025. Siffran efter stapeln anger den procentuella ökningen mellan 2013 och 2025.

Prognosen visar att antal vårdtillfällen totalt vid sjukhusen i Östergötland ökar med 9000 eller 13 procent mellan år 2013 och 2025. Den största ökningen i antal och procent sker inom diagnoserna hjärt- och kärlsjukdomar (hjärtsjukdomar, hjärtsvikt och övriga sjukdomar i cirkulationsorganen). Prognosen inom dessa diagnosområden visar på en ökning av 19 procent vilket utgör 18 procent av den totala ökningen av antalet vårdtillfällen.

Säkerhet i prognosen

Hur säker är då prognosen? I tabell 3 jämförs utvecklingen åren 2006–2013 med 2013–2025 vad gäller demografi och vårdtillfällen. Den första perioden omfattar sju år och den andra perioden tolv år. 2006–2013 visar faktiska värden och 2013–2025 bygger på en prognos.

Den stora skillnaden mellan de två perioderna är ökningen av antalet invånare 75 år och äldre vars effekter på vårdkontakterna beskrivs ovan i texten under tabell 2. Antal vårdtillfällen förväntas därför öka en och en halv gång mer per år fram till år 2025 jämfört med åren 2006–2013.

I bilaga 2 i detta kapitel beskrivs metoden att göra prognoser för framtida vårdkonsumtion. Här redovisas också hur säker prognosen är för vårdtillfällen. Analysen visar att ökningen av vårdtillfällen följer den demografiska utvecklingen av antalet invånare och också indelat i åldersgrupper. Däremot blir prognosen mer osäker när man bryter ned den på olika diagnoser. Uppföljningen från tidigare år visar här större variationer. De flesta diagnoser visar öknings av vårdtillfällen i olika grad medan andra visar minskningar. Helhetsprognosen för 2013–2025 i ovanstående tabell kan emellertid bedömas som tillförlitlig; ”allt annat lika”.

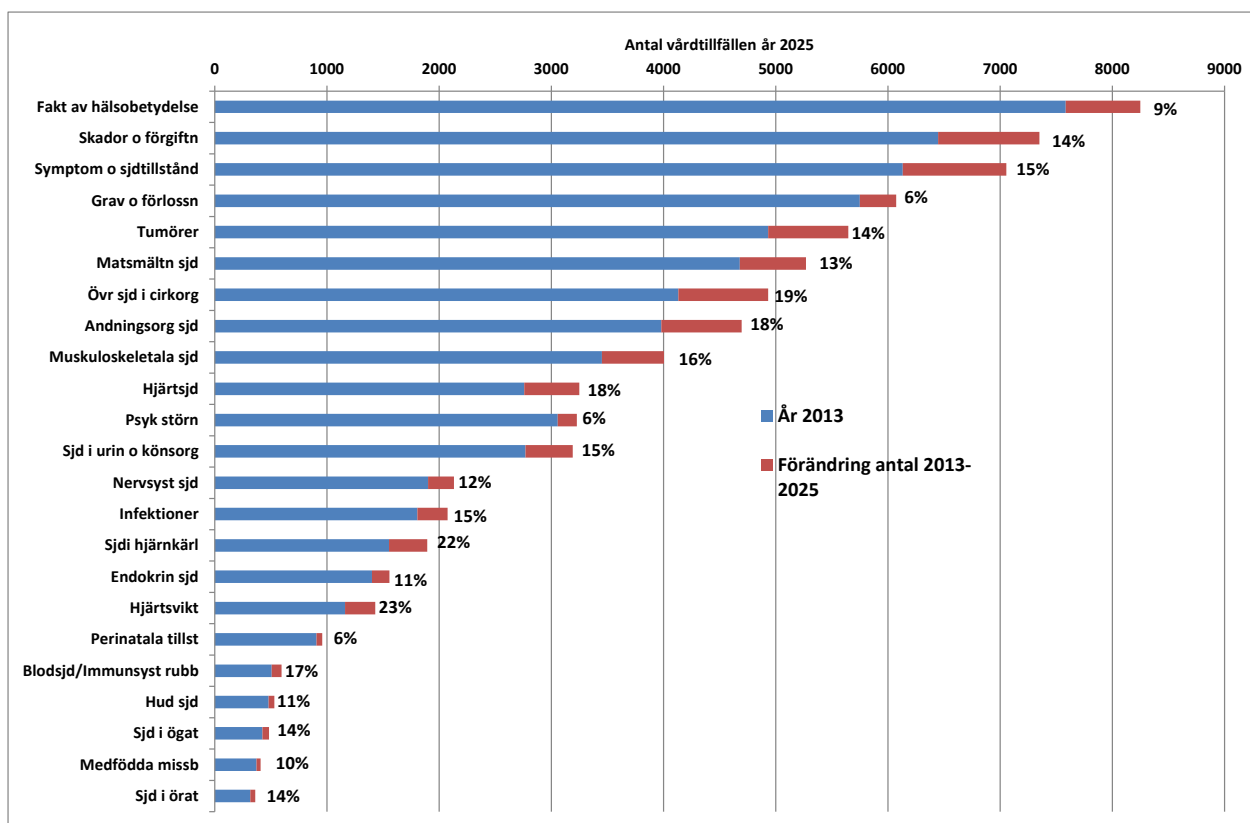
Iakttagelser och reflektioner

Olika sätt att fånga ohälsan

Befolkningens ohälsa och sjukdomar kan beskrivas ur olika perspektiv. I regionens vårddatalager finns avidentifierade uppgifter om patienternas vårdkontakter. Det handlar till exempel om hur många läkarbesök och vårdtillfällen vid sjukhus östgötarna gör. Uppdelning kan göras på män och kvinnor, åldersgrupper och i vilken kommun man bor i. Undersökningar görs regelbundet om befolkningens självupplevda hälsa, livsvillkor och levnadsvanor. I nationella studier tillfrågas befolkningen om de har några kroniska sjukdomar eller besvär och om man regelbundet tar medicin. Vid läkarbesök och inläggning på sjukhus registrerar vårdgivaren diagnoser. Det är inte helt enkelt att göra direkta kopplingar mellan dessa olika underlag. Man får snarare se resultaten som olika titthål där man kan studera invånarnas ohälsa och vårdbehov.

Att bestämma vad som är vårdbehov

Hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om att ge vård efter behov har funnits långt innan man skapade politikerrollen som befolkningsföreträdare. I de landsting med en uttalad behovsstyrning har politiken stärkt sin ställning att uttolka vårdbehovet och



Figur 4. Prognos över förändring av antal vårdtillfällen mellan år 2013 och 2025, Region Östergötland.
Källa: UtdataVård, Region Östergötland

bestämma hur det ska tillgodoses för invånarna. I andra landsting är denna roll för politiken inte lika tydlig, mer eller mindre medvetet. Det verkar ändå vara så att en viss styrningsmodell inte är avgörande för vårdens utbud, tillgänglighet och kvalitet. Det finns exempel på landsting med mer traditionell politisk styrning av sjukvården som har en väl fungerande sjukvård och där invånare och patienter är nöjda. Kanske ligger förklaringen i att bedömningen av sjukvårdsbehovet på gruppnivå och individnivå i verksamheten har den största genomslagskraften? Att det är mycket svårare att avgöra i vilken grad politiska beslut på befolkningsnivå ger effekter för en bättre hälsa?

Behov, begär och standardökning

Vad är ett behov? Vem definierar det? Hur beskriver man det? De senaste 20 åren har politiker och tjänstemän på konferenser och i interna nätverk haft evigt uppkomna diskussioner om skillnaden mellan behov av och efterfrågan på sjukvård. Ibland uttrycker politiken att man är bäst på att avgöra vad som är människors

behov av vård och vilket som i stället bara är efterfrågan. I ett historiskt perspektiv har våra värderingar och förväntningar skiftat. Från att överleva, till att leva längre, och må bättre än bra. Kanske kan man använda Maslows behovstrappa som förklaringsmodell att det alltid finns nya behov som människor vill ha tillgodosedda. Så politiska uttalanden om att man har en del kvar att göra i sjukvården får nog betraktas som "never ending story". För våra föräldrar var motgångar och ont i kroppen en del av det som hörde till livet. Är det så att vi idag vägrar acceptera sjukdom och smärta och ser det som något onaturligt? Vi har alltid haft generationsklyftor och motsättningar och så blir det väl även i fortsättningen. En del av oss tillhör ju en generation som har vant oss att ha det bra, att kunna välja och vill inte avstå någon standard och medicintekniska framsteg i fortsättningen. Våra barn är uppfostrade till "jag vill ha hjälp nu". Man nöjer sig inte med att vården ringer upp. Man har behov att veta att man inte har något behov och rätt till det mesta. Det blir en viktig uppgift för sjukvården att klara både personer med mera enkla medicinska tillstånd och de med störst vårdbehov.

	Förändring mellan perioder	
	2006-2013	2013-2025
Antal invånare totalt	4,8%	8,4%
Antal invånare 75 år och äldre	1,6%	41,0%
Antal vårdtillfällen	5,0%	13,0%

Tabell 3. Förändring av antalet invånare och vårdtillfällen under två perioder, Region Östergötland

Snabba förändringar

År 2015 sökte 163 000 personer asyl i Sverige. För hälso- och sjukvården innebär denna situation stora utmaningar när det gäller att tillgodose vårdbehovet. Väntetiden till hälsoundersökning förlängs, vilket kan innebära att smittsamma sjukdomar riskerar att spridas eller att hälsoproblem hinner förvärras. Många asylsökande har medicinska behov som de behöver hjälp med ganska omgående. På infektionskliniken har belastningen ökat på grund av omfattande smittspårning och lång behandlingstid. Antibiotikaresistenta bakterier är mycket vanligare bland flyktingar vilket påverkar all verksamhet. Många flyktingar är traumatiserade och har posttraumatiska stresssymptom. Belastningen på första linjens psykiatri kommer att öka. Prioriteringar kommer att behövas eftersom psykiatrin redan nu har en hög belastning och även tillgängligheten kan påverkas. Om en fördubbling sker av antal flyktingar kommer hela hälso- och sjukvårdssystemet ut-sättas för ett ökat tryck. En sådan situation kan komma innebära undanträngningseffekter, tillgänglighetsproblematik och ökade kostnader.

Vårdbehovet växer och måste mötas

I detta kapitel beskrivs det framtida vårdbehovet från två underlag. Det är effekterna av den demografiska utvecklingen och en bedömning av utvecklingen inom 18 folksjukdomar. En intressant iakttagelse är att dessa analyser från två olika perspektiv stödjer varandra. Båda analyserna påvisar en ökning av vårdbehovet, såväl utifrån en medicinsk bedömning och en statistisk beräkning. Analyserna pekar inte på några stora genombrott inom de redovisade sjukdomarna. För att möta befolkningens förväntningar och tillgodose patienternas vårdbehov krävs genomtänkta strategier från landstingsledning och politiken. En god balans måste hållas mellan den politiska viljan och den verksamhetsmässiga förmågan. Det handlar om att styra kapaciteten till de områden där behoven är störst. Det krävs mod och handlingskraft att genomföra nödvändiga åtgärder. Och man måste nog vara beredda på att i vissa lägen prioritera och fokusera på sådant som är allra viktigast.

Citaten

”Varför är jag aldrig riktigt nöjd? Är jag nöjd vill jag alltid bli lite nöjdare. Har jag kul vill jag alltid ha lite roligare. Blir något bra så vill jag ha det lite bättre. Perfektion tror jag inte finns riktigt.”
Tidningsintervju inför födelsedagen med Maria, 25 år

”Alla kommer aldrig att bli nöjda. Polisen är som vården, behovet av oss kommer alltid att vara större än våra resurser”
Tidningsintervju med nyttillträdde polisområdeschefen i Östergötland

Källor

Region Östergötland

- Enkät svar till Länsstyrelsen om flyktingsituationen, oktober 2015
- Nära och likvärdig vård, 2013.
- Behovsanalys asylsökande, 2014.
- Vårdbehov, bildspel för utbildning till landstingsfullmäktige, oktober 2014.

Socialstyrelsen.

- Öppna jämförelser, 2014.
- Folkhälsorapport, 2014.
- Nationella folkhälsoenkäten, 2012
- Metod för behovsbedömning, Rapport från InfoVU-projektets kunskapsnätverk för behov, 2006.

Övrigt

- SCB. Statistisk årsbok, 2014
- SKL. Ekonomirapporten. Om kommunernas och landstingens ekonomi, december 2014
- Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi. Metoder för bedömning och rangordning av vårdbehov, en översikt, 2003.
- Örebro läns landsting. Underlag för behovsanalys 2014, mars 2014.
- Tidskriften Axess nr 2, Staten – är det vi, 2014.
- Tidningen Kupé. Hälsans historia, 2013.

Bilaga 1. Sjukdomar – Framtida vårdbehov

Utdrag ur rapporten ”Underlag för behovsanalys 2014”, Örebro läns landsting, ledningskansliet, mars 2014.

Hjärt- och kärlsjukdomar

Trots att antalet personer som insjuknar eller dör i hjärtinfarkt minskar kan det inte förväntas att behovet av vårdinsatser inom kranskärlssjukvården kommer att minska i framtiden. Även om organisation av omhändertagande av patienter kan komma att organiseras annorlunda än i dag så kommer fler patienter att tas om hand i ett tidigare skede av sin kranskärlssjukdom. Detta innebär i sin tur att fler kommer att vara föremål för livslång behandling och medicinsk uppföljning. En ökande andel äldre i befolkningen medför också att det totala behovet av kranskärlssjukvård inte kommer att minska. Ett framgångsrikt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete kan mildra denna utveckling.

Stroke

Insjuknandefrekvensen i olika åldrar ligger ganska stabil. Kommande demografiska förändringar, med ökat antal äldre, medför dock att antalet patienter som insjuknar i stroke kommer att öka. Fler patienter kommer även att komma ifråga för mer aktiv behandling i form av trombolys och andra nya metoder som prövas just nu. Inom primärvården kommer behovet av efterkontroller att öka eftersom nya mediciner för att förebygga återfallsstroke håller på att introduceras. Rehabiliteringsbehovet kommer att fortsätta öka, på sjukhusen, inom primärvården och i kommunerna.

Diabetes

Typ 1-diabetes ökar i förekomst medan ökningstakten för typ 2-diabetes i Sverige tycks ha avtagit något. Förekomsten av typ 2-diabetes är fortfarande hög och det finns skäl att fortsätta ett preventivt arbete, framförallt för att minska övervikt och fetma hos barn och yngre vuxna. På grund av den långa symtomfria perioden räknar man med att sjukdomen är oupptäckt hos varannan till var tredje person som har den och är i åldern 25–65 år. Bland äldre personer är den siffran sannolikt högre. En uppskattning byggd på trender i befolkningen tyder på att antalet personer med diabetes som har sjukvårdskontakt kommer att öka med närmare 10 procent fram till år 2025. Hälften av den ökningen beror på en förändrad ålderssammansättning och hälften på befolkningsökningen.

Bröstcancer

Den demografiska utvecklingen av Sveriges befolkning med allt fler kvinnor som lever till hög ålder innebär i sig den viktigaste anledningen till att antalet fall av bröstcancer förutses öka med 10–20 procent fram till 2025. En viss andel av dessa tumörer kommer, om de upptäcks tidigt, att kunna behandlas utan nyttjande av strålbehandlingsresurser då risken för lokalt återfall är lägre för äldre än för yngre kvinnor. När det gäller nya medicinska behandlingsmetoder är utvecklingen svårare att förutse. Flera nya och dyrare läkemedel som har en något bättre effekt än nuvarande behandling kommer troligen snart att börja användas i rutinsjukvården. Detta gäller såväl patienter som får tilläggsbehandling efter bröstoperation som patienter som drabbats av cancerspridning till andra organ i kroppen.

Kolorektal cancer (grovtarm och ändtarm)

Screening införs i omfattande utsträckning i Sverige. Nya biologiska markörer i avföringsprov har förbättrat den diagnostiska träffsäkerheten. En allt större andel av kirurgin utförs med så kallad tithålskirurgi (laparoskopi), vilket ger en snabbare återhämtning efter operationen och minskar risken för så kallade ärrbräck i operationsårren. Kirurgisk behandling av dottertumörer (metastaser) framför allt belägna i lever och lungor, utvecklas och chansen till sådan botande kirurgi ökar.

Prostatacancer

För en del män som får prostatacancer kommer sjukdomen trots olika behandlingsinsatser att försämrats och behovet av lindrande insatser att öka. Olika smärtlindrande åtgärder är viktiga och ibland kan även cellgiftsbehandling komma i fråga, till exempel i palliativt syfte till patienter som har spridd sjukdom och som sviktat på hormonbehandling. Det är viktigt att vården i livets slutskede blir bra och att den sker utifrån medicinska bedömningar och personliga önskemål. En del mår bäst av att vårdas i hemmet medan andra behöver vårdas på till exempel hospice. Även i vården i livet slutskede krävs goda kunskaper i psykosocialt omhändertagande.

Lungcancer

Antalet lungcancerfall ökar varje år. Vi har alltför många medicinska metoder för behandling. Antalet behandlingar med cellgifter har stadigt stigit från att 1990 varit 200 per år till att 2012 vara 800 per år. Detta ställer stora krav på vården att hitta nya arbets sätt och metoder för att kunna möta detta ökade behov. Trots all behandling som kan erbjudas har patienter som insjuknar i lungcancer en mycket allvarlig och oftast en dödlig sjukdom. En sjukdom där många patienter har en kort beräknad överlevnad.

Astma

Förekomsten av astma ökar successivt och undersökningar i yngre åldrar visar att ungefär vart tolfte barn drabbas av astma. Bland dem som fötts under de senaste decennierna är förekomsten av sjukdomen högre än hos äldre personer. Underdiagnostisering och underbehandling är idag fortfarande betydande. I Sverige dör varje år 2–6 personer yngre än 35 år av astma. Men trots att antalet astmatiker har ökat har såväl dödligheten som sjukligheten mätt i antalet inläggningar på sjukhus minskat. Orsaken är införande av modern behandling med bättre patientomhändertagande och förbättrad läkemedelsbehandling.

KOL (Kroniskt obstruktiv lungsjukdom)

KOL är en mycket allvarlig sjukdom som kan leda till svår invaliditet och förtida död, mer än 2 000 personer per år avlider av sjukdomen. Dödsfallen har ökat stadigt ända sedan 70-talet och mycket talar för fortsatt ökning särskilt bland kvinnor beroende på rökvanor. Då sjukdomen är rökrelaterad är det av stor vikt att resurser satsas på olika typer av rökstutstöd. Det är mycket viktigt att på olika sätt verka för att ungdomar idag inte börjar röka.

Artros – ledsvikt

På grund av att antalet äldre kommer att fortsätta öka – och för att det inte finns några klarlagda specifika förebyggande åtgärder att sätta in för att förhindra uppkomst av artros – så kommer antalet patienter att öka. Även om effektiva icke-kirurgiska behandlingsmetoder som läkemedel, hjälpmedel och fysisk träning kan förbättra situationen för många artrospatienter så kommer behovet av kirurgiska ingrepp att öka. Det är en utmaning för vården att inte bara förkorta väntetider till operation utan också att ge adekvat behandling i tidigare skeden av sjukdomen och under väntan på operation.

Höftfrakturer

Det ökande antalet äldre under de närmaste decennierna kommer att innebära en ökad mängd patienter med höftfraktur. För att kunna ta hand om dessa patienter med tillgängliga sjukvårdsresurser är det nödvändigt att optimera behandlingen ytterligare. Trots patienternas höga ålder och förekomst av andra sjukdomar är det dock ändå sannolikt att vården på akutsjukhus kan förkortas med ytterligare några dygn. För närvarande ligger medelvårdtiden på ortopedkliniker i Sverige på cirka nio dygn.

Depression

Sjukdomen har blivit allt vanligare de senaste decennierna. Debutåldern har sjunkit och antalet äldre individer stiger i populationen vilket medför att vårdbehovet sannolikt kommer att öka. Ett mål bör vara att kunna erbjuda patienten möjlighet att välja behandling enligt de nationella riktlinjerna för depression. Integrerad behandling inom primärvården med bland annat psykoedukativa inslag (undervisning om den psykiska sjukdomen till patienter och anhöriga), specialutbildad sjuksköterska, datorbaserade påminnelser kring behandlingen och psykiatriska konsultinsatser har gett förbättrat behandlingsresultat i studier utomlands. Detta har ej prövats i Sverige.

Ångest

Det finns ingenting som pekar på en minskning av ångeststörningarna, och därmed finns ingen grund för ett antagande om ett minskat framtida vårdbehov.

Psykosor

Idag finns det inget som talar för att andelen personer i befolkningen med psykosor och schizofreni varken kommer att öka eller minska i framtiden. Vi kommer dock att få en alltmer åldrande befolkning, vilket gör att vi får allt fler äldre med psykosor och schizofreni. Förmodligen kommer vi att behöva en ökad samverkan mellan psykiatri, socialpsykiatri, geriatrik, primärvård och äldreomsorg. För våra yngre patienter kommer samverkan med arbetsförmedlingen och försäkringskassan att bli allt viktigare.

Psykisk ohälsa med beroende av alkohol/droger

Det finns inget som tyder på att det framtida vårdbehovet för personer med ett beroendesyndrom skulle minska. Alkoholkonsumtionen i riket är nu den högsta på mer än 100 år och verkar fortsätta öka. Internationaliseringen i samhället tenderar att göra både alkohol och narkotika mer tillgängliga än tidigare. Alkohol är storleksmässigt fortfarande den största utmaningen inom missbruksvården och alkohol ingår dessutom ofta i olika blandberoenden. På narkotikasidan är det internetdroger och cannabis som förutom heroinet oroar mest och som ökat snabbt under senare år och då inte minst i ungdomsgruppen. Evidensbaserade behandlingsalternativ finns sedan ett antal år tillbaka för heroinberoende så kallade LARO-program som är kombinationsinsatser av läkemedel och psykosocial behandling. Dessa behandlingar innebär täta sköterskekontakter och drogkontroller. Behandlingsformen fordrar intimt samarbete med framförallt socialtjänsten. Avseende diagnostiken av psykiska störningar står vi inför ett systemskifte med ökad tonvikt lagd på den neuropsykiatriska diagnostiken. Många ”gamla” patienter ifrågasätter sin diagnos och kräver en neuropsykiatrisk utredning för att i viss mening få upprättelse och hjälp utifrån nya mer effektiva behandlingsmetoder.

Sexuellt överförbara infektioner

Trenden över tid har varit uppgång och nedgång i antal rapporterade positiva fall av sexuellt överförbara infektioner och framtiden kommer med stor sannolikhet att vara på samma sätt. Med satsningar på sjukdomsförebyggande insatser kan det finnas möjlighet att minska antalet klamydiafall och hitta fler obehandlade personer. I förlängningen kan detta minska det lidande som komplikationer av obehandlad klamydia kan få som följd, t ex infertilitet. Om kondom användning bland ungdomar och unga vuxna inte ökar vid tillfälliga kontakter och kortare förhållanden så kan man befara att vi i framtiden även kommer att se fler fall av HIV i denna grupp.

Demenssjukdomar

Demenssjukdomarna är typiska ålderssjukdomar. Vi vet att andelen och antalet äldre-äldre kommer att öka avsevärt de kommande 20 åren. År 2020 är de första 40-talisterna 80 år. Detta medför att både incidens (nyinsjuknade) och prevalens (förekomst av personer med demens) kommer att öka avsevärt.

Multisjuka/mest sjuka äldre

Ökningen av personer i gruppen 80+ är störst av alla åldersgrupper. Den har fyrfaldigats sedan 1950 och antalet 100-åringar har tjugofaldigats. Enligt WHO kommer andelen kroniskt sjuka av andelen sjuka i befolkningen att öka från 45 procent år 2000 till 64 procent år 2020. Ökningen beror till stor del på sjukvårdens utveckling som möjliggör fler överlevande i kroniska sjukdomar. Detta kommer att ställa ännu högre krav på landsting och kommuner, dels i form av ökad kunskap genom forskning och utbildning, dels ett bättre samarbete mellan organisationerna för att kunna utnyttja resurserna på rätt sätt. Befolkningsutvecklingen med fler äldre kommer att öka det totala sjukvårdsbehovet under det sista levnadsåret. Det är under det sista levnadsåret och då främst i högre åldrar som sjukvårdskonsumtionen för en individ är som högst.

Bilaga 2. Metodbeskrivning för prognos av invånarnas vårdkontakter

Prognosmodell

Scenariorna i diagrammen och tabellerna baseras på en matematisk framskrivning av invånarnas nuvarande vårdkonsumtion. Det innebär att patienterna antas ta om hand och behandlas på samma sätt framöver som i dagsläget, och bortsett också från om sjukligheten har ett nytt mönster eller om vården är annorlunda organiserad. Beräkningen av invånarnas vårdkonsumtion utgår från läget år 2013 och beräknas för åren 2020, 2025 och 2030. I framskrivningen används endast ålderssammansättningen i befolkningsutvecklingen. Beräkningen är gjord i följande fyra steg:

1. Vårdkonsumtion år 2013 vårddatalagret Region Östergötland. Vårdkonsumtionen är uppdelad i sex vårdformer:
 - Vårdtillfällen på sjukhus (En inläggning = Ett vårdtillfälle)
 - Vårddygn/vårdtid på sjukhus (Antal vårddygn som sker för ett vårdtillfälle)
 - Läkarbesök på sjukhus
 - Läkarbesök i primärvård
 - Sjukvårdande behandlingar på sjukhus
 - Sjukvårdande behandlingar i primärvård
2. För varje åldersklass räknas samtlig vårdkonsumtion fram i olika sjukdomsgrupper och totalt. Åldersklasserna är ettårs-klasser, till exempel. samtliga läkarbesök i primärvård för alla personer som är 0–1 år, 1–2 år och så vidare upp till 100 år och äldre.
3. Vårdkonsumtionen (t.ex. antal läkarbesök) år 2013 per invånare i varje åldersklass multipliceras med motsvarande antal invånare i varje åldersklass med ”framtidens år” år 2025. På så sätt får man en kalkyl på tänkt vårdkonsumtion utifrån länets befolkningsantal och ålderssammansättning.
4. Sammanräkning görs i fem olika åldersklasser: 0–19 år, 20–44, 45–64, 65–74 och 75 år och äldre.

Vid simulering av framtiden är det brukligt att hålla så många faktorer som möjligt oförändrade för att tydligare se konsekvenserna av att variera de parametrar man undersöker. I detta fall är det den demografiska utvecklingen som påverkar invånarnas vårdkonsumtion. I metoden används landstingets register över vårddata tillsammans med SCB:s befolkningsprognos från år 2014 över antal invånare i ettårsåldersklasser fram till år 2030. Denna kalkyl utgör således en bas och tar inte hänsyn till eventuella förändringar av dagens vårdstruktur och vårdkedjor. På samma sätt görs inga bedömningar i kalkylen om förändringar i befolkningens epidemiologi, hälsa, vårdbehov, attitydförändring, mönster för vårdsökande, medicinteknisk utveckling och i sätt att bedriva vård.

Den valda metoden:

- Renodlar konsekvenser av befolkningsutvecklingen
- Ger möjlighet till olika simuleringar. Om interventioner sker för ett förbättrat hälsotillstånd, t.ex. minskad rökning, hur påverkar sådana insatser vårdbehovet?
- Visar vilka verksamheter där vårdbehoven ökar mest under perioden på grund av den demografiska utvecklingen
- Är inte för komplicerad och ska kunna förklaras på ett begripligt sätt så den är rimligt lätt att förstå
- Har oberoende av varandra valts av fyra landsting för att göra prognos för den framtida vårdkonsumtionen. Dessa landsting har så långt som möjligt validerat metoden.

Skillnad faktiskt och beräknat resultat 2006-2012, träffsäkerhet						BGE 19 aug 2013
Ålder	0-19	20-44	45-64	65-74	75-	Totalt
Vårdtillfällen	92%	105%	99%	102%	99%	100%
Vård dagar	95%	100%	94%	97%	87%	93%

Tabell 4. Träffsäkerhet mellan prognos och verklighet. Förändring av vårdkonsumtion per invånare för vårdtillfällen och vårdtid mellan åren 2006 och 201, Region Östergötland

Efterkontroll av beräkningen

(Beräkning 2006–2012 jämfört med facit)

En efterkontroll av prognos och beräkning har gjorts för en prognos mellan år 2006 och 2013. Skillnaden mellan faktiskt och beräknat resultat visas i nedanstående tabell.

Ovanstående tabell är resultatet av en prognos där vi har facit i hand. En beräkning har gjorts där vi placerat oss i år 2006 och gjort en prognos över vårdtillfällen och vårdtid för år 2012. I stället för befolkningsprognos så användes de faktiska värdena över antal invånare i åldersklasser.

I tabellen redovisas skillnaden mellan faktiskt och beräknat resultat. På totalnivå är överensstämmelsen 100 procent för vårdtillfäl-

len och 93 procent för vårdtid. Det innebär att vårdtiden har ökat sju procent mindre än beräknat i den raka framskrivningen. Mest skillnad för vårdtid gäller åldersgruppen 75 år och äldre, med 13 procent färre vård dygn än prognosen.

Träffsäkerheten mellan åldersutveckling och slutet sjukhusvård när det gäller vårdtillfällen, både totalt och för åldersgrupper, är ett intressant och viktigt fynd. Man kan tolka resultaten som slumpmässiga men mer troligt är att behov av slutet sjukhusvård följer människans biologiska klocka. Det innebär också att man kan vara mer säker på att de prognoser vi nu gör för år 2025 ger ett rimligt tillförlitligt resultat.

Det globala hälsohotet

De två största omvärldshoten och utmaningarna för människors hälsa och sjukvårdens funktion stavas Resistent bakterier och Pandemier. Spridningen ökar som en tyst och långsam pandemi av bakterier som inte antibiotikan biter på. Det kan därför bli allt svårare att utföra behandlingar som innebär infektionsrisker för patienten. En influensapandemi kan plötsligt utsätta sjukvården för en övermäktig belastning under en begränsad tid. Svåra prioriteringar måste göras på övergripande nivå i sjukvårdssystemet, inom verksamheten och av sjukvårdspersonalen.

Pressen från pressen

- Fler drabbas av resistent bakterier
- Bakteriesmittan kommer att kräva fler vårdplatser
- Risk för återgång till 40-talet
- Hon äter antibiotika fyra gånger om dagen
- Räcker inte att dra åt antibiotikakranen
- Svenskar i tävling mot superbakterier
- Så är Sveriges skydd mot en allvarlig pandemi
- Vi har inte sjukvård idag för 10 000 smittade i Säfte. Så är det bara.

Korta fakta

- Två av de viktigaste orsakerna till antibiotikaresistens är hög antibiotikaanvändning och spridning av resistent bakterier
- Jämfört med andra länder har Sverige både en låg antibiotikaförbrukning och än så länge ett gynnsamt resistensläge
- Under 2013 minskade antibiotikaförsäljningen i Sverige med åtta procent
- Nästan en procent av alla inläggande patienter på sjukhus behandlas för en bakterie som är resistent mot antibiotika
- I Östergötland har två av hundra smittade patienter av MRSA fått smittan på sjukhus i Sverige
- Den vanligaste smittvägen är samhällsförvärd smitta. Av de som är smittade av MRSA bedöms 40 procent ha smittats utomlands
- Antibiotikaresistens försvårar inte bara behandlingen av infektionssjukdomar. Den påverkar också övrig sjukvård som kan bli så riskfylld att man inte kan utföra den
- Inom EU dör 25000 personer per år på grund av antibiotikaresistent bakterier.
- Pandemier av smittsamma sjukdomar drabbar världen regelbundet. Under de senaste hundra åren har det förekommit fyra pandemier
- Resandet mellan länder ökar vilket gör att smittspridningen troligen går snabbare vid en framtida pandemi
- Vi är nu mer förberedda än vid tidigare utbrott. Den internationella övervakningen har stärkts och beredningsplaner har utarbetats nationellt och i landstingen

Varför ett kapitel om resistent bakterier och pandemier?

Allt fler och fler bakterier lyckas överlista antibiotikan och bli livsfarliga igen. När de sprider sig blir det ett växande allvarligt problem i hela världen. Om inget görs är vi snart tillbaka i en tid när ett vanligt skrubbsår eller en halsinfektion återigen kan leda till döden precis som hos våra förfäder. En pandemi (av grekiska pandemia, "hela folket") är en epidemi som drabbar och får spridning över stora delar av världen. Drabbas bara ett enskilt land så talar man om en epidemi. Gemensamt för resistent bakterier och pandemi är att smittspridningen inte har några nationella gränser och sprids mellan människor som rör sig mellan länder. Detta

kapitel innehåller sådant som man som läsare nog helst inte skulle vilja veta. Om, eller när, följderna av ökande bakterieresistens och/eller en pandemi drabbar Sverige får det konsekvenser för sjukvården som ställer övriga utmaningar åt sidan. Den vård vi är vana vid att få kan vi glömma. Dessutom kommer kapacitet och tillgång på personal att sättas på hårda prov och kräva prioriteringar som svensk sjukvård aldrig tidigare varit utsatt för.

Vilka frågor ger kapitlet svar på?

- Vilka resistent bakterier pratar vi om?
- Vilka är orsakerna till spridning?
- Hur ser läget och utvecklingen ut för Sverige och Östergötland?
- Vilka konsekvenser får antibiotikaresistens i sjukvården och för patienterna?
- Hur kan man minska spridningen?
- Hur kan man bedöma den framtida utvecklingen?
- Vad utmärker en situation med pandemi?
- Vilka pandemier har vi varit med om?
- Vilka är orsakerna?
- Vilka kan konsekvenserna bli av en pandemi?
- Vad finns det för strategier att hantera ett utbrott?

Beskrivningen i detta kapitel har i huvudsak ett generellt perspektiv utifrån svenska förhållanden. I avsnittet Östergötland i fokus redovisas fakta för Östergötland.

Resistent bakterier

Infektionssjukdomar är en av de främsta orsakerna till ohälsa och dödlighet i världen. En av de stora globala hälsoutmaningarna är ökningen av antibiotikaresistens hos bakterier och den snabba spridningen av dessa bakterier bland människor och djur. Det är viktigt att bevara möjligheten att effektivt använda antibiotika vid bakteriella infektioner men med en ökande antibiotikaresistens försvåras detta betydligt. Situationen är nu internationellt erkänd som ett folkhälsoproblem. Världshälsoorganisationen, WHO, har nyligen slagit fast att resistent bakterier är ett av de största hoten mot människors hälsa. Risken är att vi inom en snar framtid kommer stå utan effektiv behandling vid infektioner med antibiotikaresistent bakterier. När det gäller de vanligaste sjukdomsframkallande bakterierna har vi i Sverige i dagsläget ett förhållandevis gynnsamt resistensläge, jämfört med Europa och världen i övrigt. Under senare år har vi emellertid sett att antalet bakterier med resistens mot våra vanligaste antibiotika har ökat.

Antibiotikaresistens är ett av de största hoten mot folkhälsan och sjukvården. Det är också en patientsäkerhetsfråga och en ökad utbredning innebär stora kostnader, ökad sjuklighet och dödlighet. För att hantera problemet krävs övervakning, samordning av förebyggande åtgärder nationellt och lokalt samt beredskap för att hantera utbrott.

Bakteriernas kamp

Ständig anpassning

I debatten hör vi ofta att det bara är genom överanvändning av antibiotika som antibiotikaresistensen har uppkommit och att det är ett nutidsfenomen. Det är inte fullt så enkelt. Kampen mellan bakterierna och läkemedlen kan liknas vid en strid för överlevnad. Vi utvecklar antibiotika för att förhindra bakterier att orsaka sjukdom och bakterierna svarar hela tiden med att hitta strategier för att undvika antibiotikans effekter. Bakterierna har många

trumfess i denna kamp. De har kort generationstid och kan när så är möjligt snabbt öka i antal. Dessutom har många bakterier en stor förmåga att förändra sin genetiska skepnad och anpassa sig till förändringar i den miljö de befinner sig i. Bakterierna delar gärna med sig av sina nya förmågor. De plockar upp gener i omgivningen, använder egna tysta gener eller parar sig och utbyter gener med en annan bakterie.

Barriärer och immunförsvar

De flesta av bakterierna är våra bästa vänner och försvarar oss mot allvarliga infektioner. De utsöndrar ämnen som förhindrar mer aggressiva bakterier att infektera oss. Men våra vänskapliga bakterier kan också bli elaka om de hamnar på fel plats i kroppen. Kroppen har skyddsbarriärer som gränsar av omgivningen. Dessa barriärer kan rubbas på olika sätt. När man får ett sår kan en i vanliga fall harmlös stafylokokbakterie bryta igenom huden och orsaka skada. På liknande sätt bryts barriären när man får insatt en kateter eller slang i luftstrupen i samband med att man ska sövas. Balansen mellan vårt eget immunförsvar och bakterierna kan rubbas hos patienter som till exempel har genomgått transplantationer eller avancerad cancerkirurgi. Vissa läkemedel mot svåra sjukdomar samt kortison och cytostatika sätter ned patienternas immunförsvar och ökar risken för patienterna att drabbas av infektioner som orsakas av resistenta bakterier.

Trängsel och hygien

I takt med den snabba befolkningsökningen har vi kommit att leva allt närmare varandra. Vi lever också tätare och tätare med husdjuren. Samma faktorer som styr överföring av influensavirus mellan arter styr överföring av antibiotikaresistenta bakterier mellan arter, människan inräknad. Överbeläggningar på sjukhusen kan vara en spridningsfaktor för bakterier. Till skillnad från luftvägsvirus som smittar genom hosta och nysningar överförs bakterier mycket svårare från person till person. Men det sker ändå genom hjälp. Det kan till exempel ske genom bristande hygienhantering från personalen. Om smitta sker till en nyligen opererad cancerpatient eller till en person som fått en ny knäled inopererad kan följderna bli fatala. Att personalen följer hygienrutinerna ger således ett grundskydd mot att de elaka bakterierna överförs i sjukhusmiljön. Det är således viktigt med noggrann följsamhet till hygienreglerna för att förhindra överföring av bakterier och uppkomst av vårdrelaterade infektioner som då kan kräva en "onödig" antibiotikabehandling. Men tyvärr löser inte dessa åtgärder ensamt det grundläggande problemet med den globala smygande ökningen av bakterier som inte antibiotikan biter på.

Antibiotikan – några fakta

Antibiotika (från grekiska anti – mot, bios – liv) betyder ämnen som producerats av levande organismer i syfte att hålla andra organismer borta. I dagligt tal syftar man på läkemedel mot bakterier i allmänhet, även preparat som är syntetiska, det vill säga som saknar motsvarighet i naturen. Läkemedlen kan vara antingen baktericida (avdödande) eller bakteriostatiska (tillväxthämmande).

Tiden innan antibiotikan var infektioner en vanlig dödsorsak. Värst utsatta var barn och äldre, men ingen gick säker. Det är därför inte förvånande att fokus i den medicinska utvecklingen för mer än hundra år sedan låg just på de smittsamma sjukdomarna. Men det var inte förrän på 1930-talet som man på allvar kunde behandla dem. Först ut i behandlingsarsenalen kom

sulfan, ett färgämne med en olycklig brist i verkningsprofilen: det fungerade inte på grupp A-streptokocker, en av de ledande bakterierna i sårsmammanhang. Med upptäckten av penicillin förändrades bilden drastiskt. Med penicillinet, och de antibiotika som snabbt följde, kunde akuta och dödliga infektioner för första gången botas. I dag räknas denna upptäckt till en av de viktigaste inom den moderna medicinen. Så småningom uppstod resistens mot antibiotika och under 1960-talet började den antibiotikaresistenta bakterien MRSA dyka upp.

Förutsättningarna i Sverige

I Sverige har antibiotikaförbrukningen minskat kraftigt sedan mitten av 1990-talet. I ett internationellt perspektiv har Sverige både en låg antibiotikaförbrukning per capita och ett gynnsamt resistensläge. Sverige var tidigt ute med att bedriva ett strategiskt arbete mot antibiotikaresistens på både nationell och lokal nivå koordinerat genom nätverket Strama (Strategigruppen för rationell användning och minskad antibiotikaresistens).

Viktiga bidragande orsaker till Sveriges relativt sett goda läge är en reglerad försäljning av antibiotika och en god övervakning av antibiotikaförsäljningen. Inom sjukvården är man förhållandevis frikostig med att ta odlingar på patienter vilket genererar data till kontinuerlig resistensövervakning. Sverige har också satsat på väl fungerande standardiserade laboratorier. Det finns behandlingsrekommendationer som ger stöd till läkare att använda antibiotika på rätt sätt. För att minska kontaktsmitta finns även föreskrifter om basala hygienrutiner som all vårdpersonal ska tillämpa. Sverige har dessutom en stark specialistkår inom infektionsmedicin och klinisk mikrobiologi som från ett tidigt stadium spelat en stor roll för en rationell antibiotikaanvändning.

Vanligaste resistenta bakterier

Oftast talar man om fyra slag av antibiotikaresistenta bakterier: ESBL, MRSA, VRE och PNSP. Dessa bakterier är också är anmälningspliktiga enligt smittskyddslagstiftningen.

- ESBL (Extended spectrum betalactamase) är den grupp bakterier som utgör den största andelen och som ökar snabbast. De finns ute i samhället, särskilt i länder med dålig hygien. Smittan sker oftast genom tarmen, där E-colibakterien dominerar helt. ESBL hittas framförallt i samband med urinvägsinfektion.
- MRSA (Meticillinresistenta S.aureus) tillhör vår normala hudflora, men finns ofta mer långvarigt i näsa och svalg. Den ger framförallt upphov till hudinfektioner som bölder och svinkoppor. Smittan fanns tidigare främst i vården, men nu även ute i samhället och kan överföras mellan människa och djur.
- VRE (Vankomycinresistenta enterokocker) är oftast sjukvårdsrelaterade och drabbar främst sjukhuspatienter som redan antibiotikabehandlas. Flera län har haft stora utbrott av VRE på sjukhus under de senaste åren.
- PNSP (Pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin) är luftvägsbakterier som kan orsaka öroninflammation och lunginflammation. De kan också orsaka allvarliga infektioner som blodförgiftning som hjärninflammation. Ett vaccin mot pneumokocker infördes i det svenska allmänna barnvaccinationsprogrammet år 2009.

Läget och utvecklingen i Sverige

Under år 2014 smittades 2 300 patienter av MRSA och 8 900 patienter av ESBL. Det innebär sammanlagt knappt en (0,8) procent av samtliga vårdtillfällen i Sverige. Sedan år 2007 har antalet

Resistent bakterie		År 2014		Ökning mellan de enskilda åren 2007 och 2014	
		Antal	Antal per 100 000 invån	Antal	Procent
MRSA	Sverige	2921	30	1792	159%
	Östergötland	94	21	45	92%
ESBL	Sverige	8902	91	6804	324%
	Östergötland	241	55	188	355%

Tabell 1. MRSA och ESBL, Östergötland och Sverige 2007–2014. Källa: Folkhälsomyndighetens hemsida

smittade patienter av MRSA mer än fördubblats och av ESBL tredubblats. För MRSA har ökningen varit störst mellan åren 2013 och 2015. För ESBL var ökningen procentuellt störst mellan åren 2007 och 2010. Antalet smittade patienter per 100 000 invånare varierar mellan landstingen. År 2014 var antalet för MRSA lägst 15 och högst 59. För ESBL var motsvarande siffror 49 och 120 (Gotland undantaget).

Fokus Östergötland

I tabell 1 redovisas fakta om MRSA och ESBL för Östergötland och Sverige vad gäller läget 2014 och utvecklingen mellan 2007 och 2014.

När det gäller MRSA hade Östergötland år 2014 lägre antal smittade per invånare än riksnittet. Ökningen sedan år 2007 har också varit lägre än riksnittet. Även när det gäller ESBL hade Östergötland lägre antal smittade lägre än riksnittet. Ökningstakten har varit ungefär densamma som för riket. Det är svårt att mejsla ut orsakerna till den lägre nivån i Östergötland. Det kan vara olika faktorer som påverkar den samhällsförvärvade smittan. Det

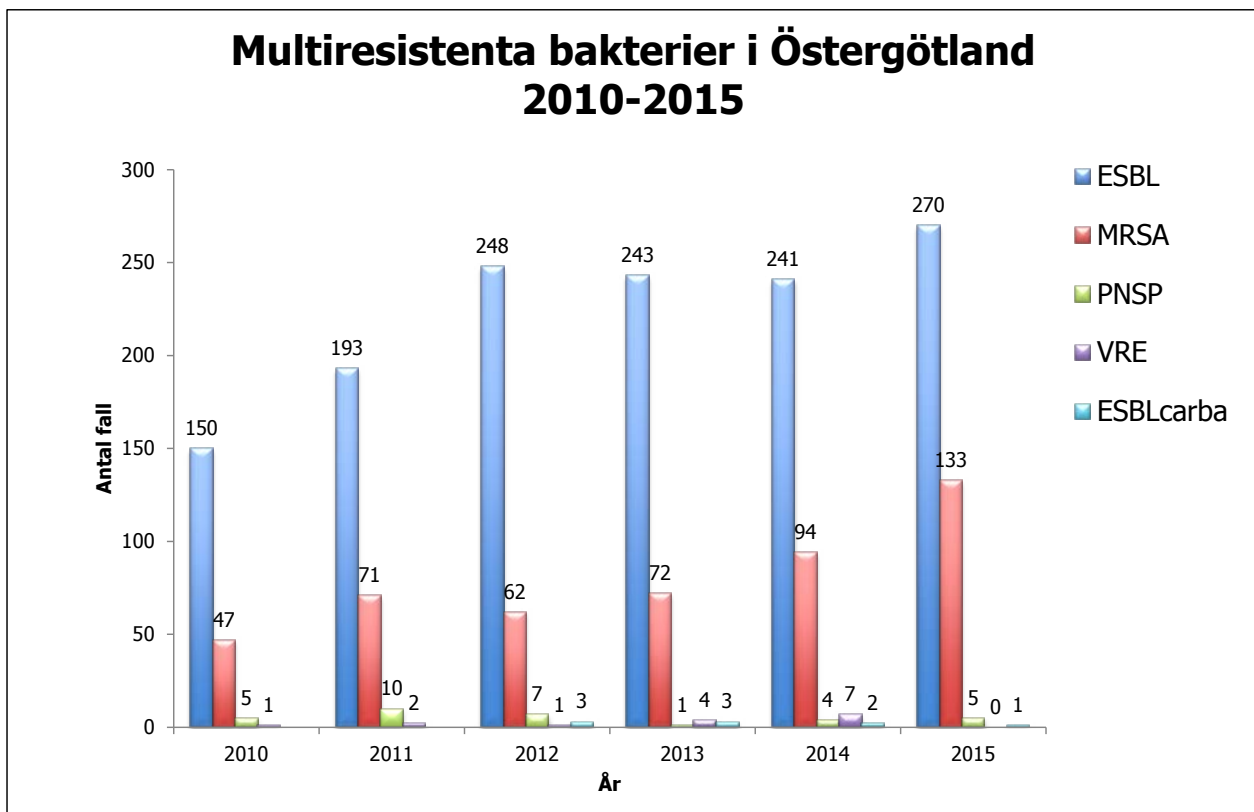
kan också vara åtgärder som vidtagits inom vårdorganisationen. I figur 1 visas utvecklingen av smittade av fem olika multiresistenta bakterier mellan åren 2010 och 2015.

ESBL och MRSA är de helt dominerande multiresistenta bakterierna. Smittspridningen av ESBL har legat på ungefär på samma nivå under åren 2012–2014. En ökning har skett år 2015. MRSA har nästan fördubblats mellan 2013 och 2015. I figur 2 visas utvecklingen av MRSA mellan åren 1997 samt på vilket sätt spridningen skett.

Den rosa delen av stapeln visar om Östergötland haft någon känd smittspridning i vård och omsorg. Utbrottet i vården år 2005 syns tydligt i diagrammet. I övrigt beror smittspridningen i huvudsak på så kallad samhällsförvärvad smitta.

Ålder, smittvägar och smittland MRSA

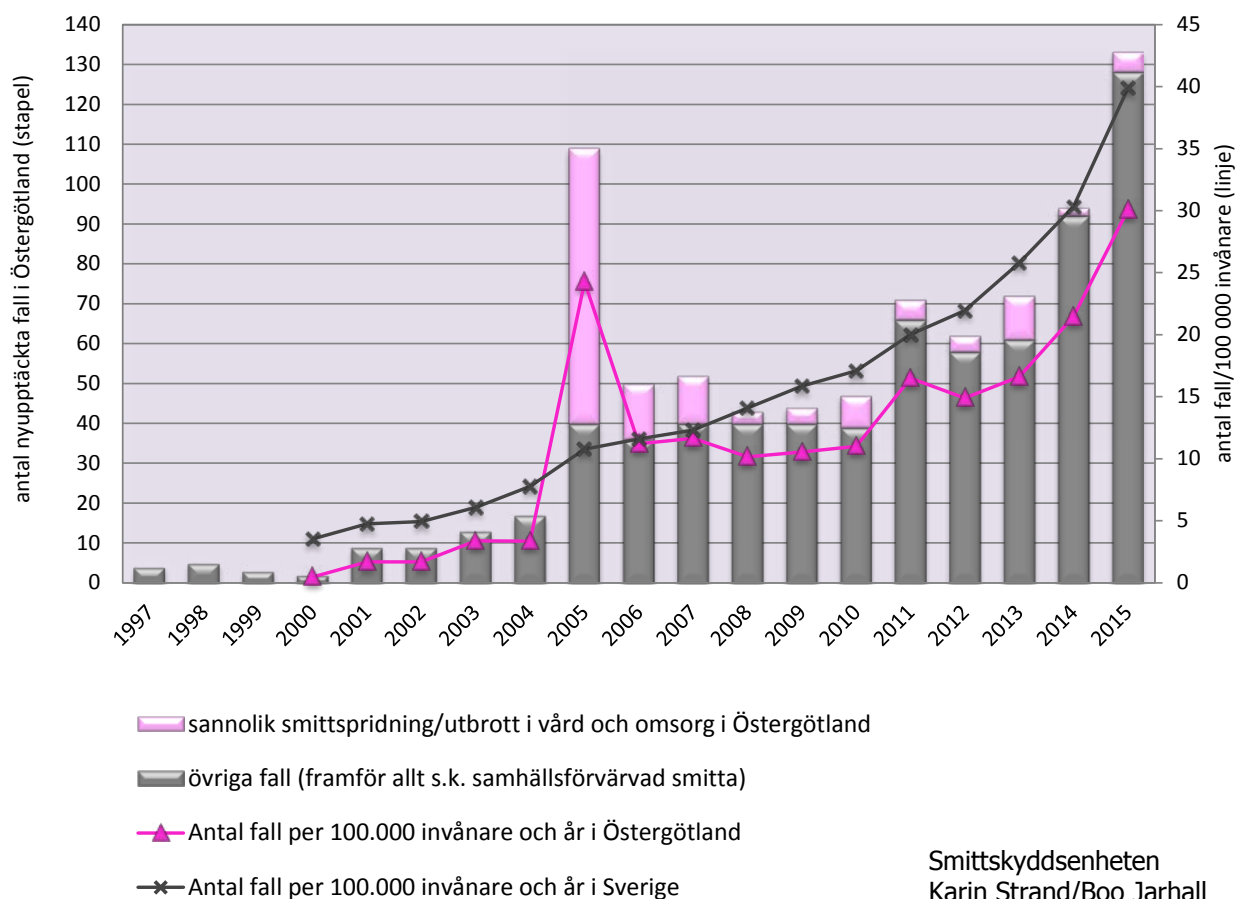
Det är något fler män än kvinnor som smittas av MRSA. År 2014 var medianåldern för män 35 år och för kvinnor 24 år. Flest fall har påvisats i åldersgruppen 0–9 år (20 fall) följt av åldersgruppen 20–29 år (15 fall). Vid smittspårning i barnfamiljer hittas



Figur 1. Antal fall av resistent bakterier i Östergötland år 2010–2014. Källa: Smittskyddsenheten, Region Östergötland

MRSA-trend i Östergötland 1997 - 2015

antal nyupptäckta fall/år i Östergötland (vä axel/staplar)
 antal nyupptäckta fall/100 000 invånare i Östergötland och Sverige (hö axel/linjer)



Smittskyddsenheten
 Karin Strand/Boo Jarhall

Figur 2. Antal fall av MRSA mellan åren 1997 och 2015. Källa: Smittskyddsenheten Region Östergötland

ofta fler fall. Som framgår av figur 2 är den vanligaste smittvägen samhällsförvärd smitta. Av de 94 smittade år 2014 är 14 sjukhusmittade. Två fall bedöms ha smittats i sjukvården i Sverige. De andra 12 fallen har antingen arbetat inom vård utomlands eller vårdats utomlands. Knappt 40 procent av samtliga smittade patienter bedöms ha smittats utomlands.

ESBL

Av samtliga smittade år 2014 var sex av tio kvinnor. Antalet fall i olika åldersgrupper varierar lite från år till år. Under de senaste två åren hittades flest smittade i gruppen 60–79 år. Tre fjärdedelar av smittfallen påvisades i urin och tio procent i sårsekret.

Fakta och konsekvenser

Orsaker

Två av de främsta orsakerna till ökad resistensproblematik är hög antibiotikaanvändning och spridning av bakterier med resistens i samhället och inom sjukvården. Den höga användningen av antibiotika till både djur och människor driver på utvecklingen av resistenta bakterier. Generös användning av antibiotika är fortfarande ett stort problem i många länder. Både människor och djur får antibiotika helt i onödan. På många håll ger bönder

antibiotika till djur som inte alls är sjuka, bara för att de ska växa bättre och ge högre inkomster. Ett annat internationellt problem är läkemedelsföretag som lägger sin tillverkning i länder med låga eller obefintliga krav på avfallshantering. Rester av mediciner åker rakt ut i vattendragen. Denna vattenblandning blir en perfekt miljö för bakterier att utveckla antibiotikaresistens.

Spridning

Resistenta bakterier som MRSA, ESBL och VRE fortsätter att öka i Sverige. Under senare år har det varit flera utbrott på olika sjukhus runt om i landet. Den senaste årsstatistiken från Folkhälsomyndigheten visar att resistenta bakterier blir ett allt större problem i den svenska sjukvården och i samhället. De resistenta bakterierna VRE och MRSA ökade mest under år 2013. VRE ökade med 49 procent och MRSA med 17 procent. Ökningen av VRE beror på flera utbrott inom vården varav ett större som fortfarande pågick under år 2014. Trots att det finns åtgärdsprogram inom vården uppstår nya utbrott. Fall av tarmbakterier med ESBL ökade med 13 procent och den mycket elakartade ESBL-CARBA ökade från 23 fall år 2012 till 39 fall år 2013. Andra viktiga händelser under 2013 var ett 20-tal utbrott på olika neonatalavdelningar i Sverige och ett utbrott med fyra dödsfall av den allvarliga *Clostridium difficile* typ 27.

Antibiotikaförsäljning

Under 2013 minskade antibiotikaförsäljningen med åtta procent. Det är den största nedgången under 2000-talet. Antibiotika mot luftvägsinfektioner minskade med 14 procent och försäljningen av antibiotika till små barn 0–6 år minskade med hela 19 procent. Förbrukningen går inte bara ner, undersökningar visar också att antibiotikan används på ett bättre sätt. Orsaken är att de som skriver ut antibiotika i större utsträckning nu följer de behandlingsrekommendationer som finns.

Konsekvenser

Den moderna sjukvården är beroende av effektiva antibiotika vid exempelvis cancerbehandlingar, transplantationer och operationer som innebär en ökad infektionsrisk. Inom intensivvården förekommer det redan i dag bakterieinfektioner där effektiv behandling saknas. I vissa länder kan förekomsten av resistens för antibiotika som är verksamma mot flera olika typer av bakterier vara över 50 procent. Ibland förekommer dessutom multiresistens, det vill säga resistens mot flera antibiotika samtidigt. Det innebär redan i dagsläget att svåra infektioner inte alltid kan botas, vilket i sin tur leder till förhöjd dödlighet. Det finns även ett tydligt samband mellan hög konsumtion av antibiotika och hög nivå av resistenta bakteriestammar. De studier som gjorts visar att infektioner orsakade av MRSA troligen medför ökad dödlighet. Infektionerna är också förknippade med förlängd vårdtid och ökade kostnader. Antibiotikaresistens äventyrar inte bara behandlingen av infektionssjukdomar utan påverkar även annan vård. Anledningen är att andelen resistenta bakterier kan bli så stor att ingrepp som vi idag uppfattar som rutinsjukvård blir så riskfyllda att man inte längre vågar utföra dem. Exempel på sådan vård som inte går att utföra utan understöd av antibiotika är:

- Stora kirurgiska ingrepp i bukregionen på grund av i princip oundviklig förorening från tarmfloran
- Transplantationer eftersom patientens immunförsvaret måste tryckas ner för att förhindra avstötning av transplanterade organ
- Avancerad cancerterapi där immunförsvaret påverkas
- Vård av för tidigt födda barn som ännu inte utvecklat något eget immunförsvaret.

Kostnader och vårdtid

Den europeiska smittskyddsmyndigheten, ECDC, har beräknat att cirka 25 000 personer årligen dör på grund av antibiotikaresistenta bakterier inom den europeiska unionen. Infektioner med antibiotikaresistenta bakterier inom EU resulterade årligen i cirka 2,5 miljoner extra slutenvårdsdygn och beräknas medföra extra slutenvårdskostnader på mer än 900 miljoner euro. Öppenvårdskostnader beräknas vara runt 10 miljoner euro. Produktionsbortfall på grund av frånvaro från arbetet för infektionssjukdomar med resistenta bakterier beräknas vara mer än 150 miljoner euro per år inom EU.

Folkhälsomyndigheten har i sina analyser kommit fram till att antibiotikaresistenta bakterier hos människor kostar det svenska samhället i dagsläget drygt 160 miljoner kronor per år i sjukvårds- och antibiotikakostnader. De största kostnaderna gäller slutenvård och smittspårningar. I dessa kostnader inkluderas inte produktionsbortfall i termer av sjukfrånvaro och sjukpension eller andra indirekta kostnader. En svensk studie har gjorts där man följde en patient och beräknade vårdkostnaden. Notan för prover, odlingar, behandling, extra personal och förlängd vårdtid landade på cirka 1 miljon kronor.

Effekter för patienter och vårdgivare

Bakterier med motståndskraft mot antibiotika orsakar ofta svåra och mer långdragna infektioner samt mer lidande för patienten. Detta sker på flera olika sätt:

- Tiden mellan diagnos och insättandet av effektiv behandling riskerar att förlängas när första linjens terapi inte har effekt mot bakterien. Denna situation resulterar i ökad risk för allvarliga konsekvenser samt längre vårdtid.
- De preparat som fortfarande har effekt mot de motståndskraftiga bakterierna är i stor utsträckning sådana preparat som har övergivits på grund bland annat ogynnsam biverkningsprofil och krånglig dosering. Detta leder till att läkemedelsbehandlingen blir svårare för såväl patient som vårdgivare. Ibland kan det vara så att sjukvården har lagt undan ett enskilt läkemedel som sista livlina för patienten.
- Behandling av enklare infektioner såsom nedre urinvägsinfektioner kan kräva vård på sjukhus, om bakterierna blivit resistenta mot de antibiotika som ges i tablettform.

En ökad förekomst av resistenta bakterier i samhället och inom sjukvården medför såväl direkta som indirekta kostnader. Det beror på att fler och svårare sjuka patienter konsumerar mer vård samtidigt som de producerar minde. Dessa kostnader belastar:

- Patienten, i form av ”krångligare” läkemedelsbehandling (se punkterna ovan), ökat antal sjukdagar vilket medför ökat lidande, samt ökad risk för komplikationer eller död.
- Vårdapparaten, som åläggs att producera fler vård dagar samt ställa om rutiner för att patienter behöver vårdas på enkelrum eller ökad personalbemanning.
- Staten, i form av produktionsbortfall till följd av sjukdom.

Sjukvårdens direkta kostnadsökning utgörs av fler och i många fall dyrare läkemedel, längre vårdtider vilket belastar med ”undvikbara vård dagar”. Dessutom ökar antal diagnostiska tester såsom bakterieodlingar samt ökat antal ingrepp som till exempel reoperationer. Behandlingarna blir mer komplicerade och ökat behov av bemanning när patienter med resistenta bakterier behöver isoleras. Härutöver tillkommer indirekta kostnader i form av den vård som inte kan utföras när vårdplatser är upptagna.

Att minska spridningen

Minskad antibiotikaanvändning är oftast det som nämns i debatten som möjlighet att minska spridningen av antibiotikaresistens. Det handlar här om att minska nuvarande användning så att kroppens bakterier svarar på antibiotikan utan att de blir motståndskraftiga mot antibiotikan. Användningen i Sverige har minskat med 15 procent de senaste fyra åren. Hos barn under fyra år har den minskat med 70 procent. Det är viktigt att minska antibiotikaförskrivningen. Det stoppar inte spridningen men minskad användning av antibiotika gör att själva ökningstakten av resistens blir lägre.

Det räcker således inte att dra åt antibiotikakranen. Tidigare har det utvecklats nya antibiotika som har fyllt upp behovet när de äldre preparaten blivit verkningslösa. På senare år har det inte kommit fram några nya läkemedel med nya verkningsmekanismer. Olika initiativ är på gång för att försöka ta fram nya mediciner som ska vara verksamma när de gamla inte är det. Uppåt 20 olika forskarlag i Europa samarbetar för att snabbt kunna ta fram nya mediciner. I ett BBC-program för ett år sedan fick allmänheten rösta om vilket världsproblem som just nu är viktigast att lösa. Det vinnande alternativet blev antibiotikaresistenta bakterier.

Världens främsta forskare tävlar nu om att utveckla något som hjälper till att lösa problemet. Ett pris kommer att delas ut till den som utvecklar ett test som snabbt visar om någon som är sjuk verkligen behöver antibiotika, och vilket preparat som i så fall är bäst.

Olika strategier

Problemet med resistenta bakterier kommer med stor sannolikhet att öka i alla delar av världen - inklusive Sverige. Det finns dock en chans för svensk sjukvård att hålla ställningarna och begränsa konsekvenserna. Det förutsätter dock att alla inblandade aktörer inser allvaret och satsar de resurser som krävs. Det finns en bred arsenal av strategier och åtgärder på olika nivåer.

Internationellt

Problemet kan inte lösas av enskilda landsting eller länder. Det är nödvändigt med internationell kraftsamling, samordning och politiska överenskommelser. Dessutom krävs en ny finansieringsmekanism för att stödja fattiga länder. I december 2014 ägde ett internationellt toppmöte rum i Stockholm om antibiotikaresistens. Mötet arrangerades tillsammans med Världshälsoorganisationen (WHO) och representanter från ett 30-tal länders regeringar deltog. Experterna diskuterade hur resistenta bakterier ska spåras och övervakas. Den största utmaningen är hur de olika huvudområdena ska hanteras: Övervakning, forskning, bruket av dagens läkemedel, utveckling av nya produkter och föra samma dessa olika delar till en helhet. Dessa områden ingår i det globala handlingsprogram som WHO beslutade om i maj 2015.

Lokalt och nationellt

Karakteristiskt för Sverige är att arbetet bedrivs både lokalt och nationellt och att det finns forum för att utbyta information mellan de olika nivåerna. Det finns ett starkt politiskt stöd och många olika aktörer arbetar med frågan. En nationell handlingsplan publicerades år 2000 och blev en viktig bas för Sveriges vidare arbete. Sverige deltar även i internationella insatser mot antibiotikaresistens genom samarbeten med aktörer i andra länder, EU och WHO, vilket är av stor vikt för utbyte av erfarenheter och kunskap. En ny nationell plan blir troligen klar våren 2016.

SKL

För att förbättra patientsäkerheten startade ett samarbete mellan staten och SKL år 2011. Målet var att minska antibiotikaförskrivningen till 250 recept per 1000 invånare. Sverige som helhet har minskat förskrivningen med 15 procent. Målet nåddes inte helt, men generellt har antibiotikaförskrivningen minskat betydligt i alla län.

Strama

Strama (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens) har varit en samlande kraft på nationell och lokal nivå som stått bakom många initiativ och som spelar en central roll för arbetet. Strama bildades 1995 och till en början bedrevs arbetet till stor del på frivillig basis. Strama är nu inordnat organisatoriskt under Folkhälsomyndigheten. Genom åren har såväl organisationen som finansieringen formaliserats. I varje län finns lokala Strama-grupper, oftast under ledning av smittskyddsläkaren. En förutsättning för ett effektivt preventivt arbete är att olika yrkesgrupper arbetar tillsammans för att utbyta erfarenheter och lösa problem. Sammansättningen av grupperna kan variera. Där ingår bland annat läkare från primärvård och slutenvård, apotekare och kliniska bakteriologer. Samverkan sker också lokalt med vårdhygienheter och läkemedelskommittéer

Stramas 10-punktsprogram för minskad antibiotikaresistens

Förhindra smittspridning

1. Smittspridningen i sjukvården måste minimeras
2. Basala hygienrutiner ska alltid tillämpas

Minska behovet av antibiotika

3. Vårdrelaterade infektioner måste begränsas
4. Samhällsvärvade infektioner ska förebyggas

Optimera bakteriologisk diagnostik och säkerställ tillgången till epidemiologiska data

5. Bakteriologisk odling ska tas före antibiotikabehandling
6. Mikrobiologiska laboratoriet måste övervaka det epidemiologiska läget och bistå behandlande läkare, vårdhygien, smittskydd samt lokala Stramagrupper

Använd antibiotika rationellt

7. Lokala förskrivnings- och resistensdata måste analyseras ihop och återkopplas
8. Riktlinjer för handläggning av infektioner ska finnas och följsamheten ska mätas
9. Antibiotikaprofylax inför kirurgi ska ges på rätt sätt
10. Antibiotika ska användas rationellt

Vårdplatser, överbeläggningar och fler enkelrum

Att allt fler patienter bär på resistenta bakterier betyder att det kommer att krävas fler enkelrum i vården. Inte bara tillgången till enkelrum utan även tillgången på vårdplatser är betydelsefull när det gäller smittspridning. När beläggningsgraden är för hög och det förekommer överbeläggningar ökar risken för smittspridning.

Laboratorieteknik, samspel och läkemedel

- Mer satsning på laboratorieteknik för snabbare diagnostik
- Förbättra samspelet mellan kliniker och laboratorier
- Lära mer hur olika befintliga preparat kan kombineras och därigenom hitta synergieffekter i väntan på nya läkemedel
- Satsa på grundforskning och förebyggande behandling – vacciner eller andra typer av läkemedel som inte dödar men oskadliggör oönskade bakterier

Att bedöma framtiden

Sverige har i jämförelse med övriga EU hittills haft ett gynnsamt läge när det gäller antibiotikaresistenta bakterier. Globalisering och utökade reseströmmar medför emellertid att det med stor sannolikhet blir allt fler patienter som drabbas av svårbehandlade infektioner. De resistenta E-colie-tarmbakterierna sprider sig som en löpeld i världen. I Sverige har det varit en tiodubbling under de senaste tio åren. En uppskattning är att fyra av fem som reser till Indien drabbas av att bära på bakterier, varannan som åker till Egypten och var tredje till Thailand. En åldrande befolkning bidrar till en ökad förekomst, eftersom riskerna är högre i takt med tilltagande ålder.

Folkhälsomyndigheten har räknat fram resultat för utveckling av antibiotikaresistens. I framskrivningarna tittar man tio år framåt. I modellen används i beräkningarna "dagens risker" utan trender samt "dagens trender". Modellen gör det således möjligt att se på utvecklingen i olika framtidsscenarior. Det gäller både personer som drabbas av infektioner och bärarskap med antibiotikaresistenta bakterier samt de kostnader som då uppstår. I modellen kan olika scenarior beskrivas, från bästa tänkbara situation som

idag, till sämsta tänkbara med en katastrofal utveckling. Man kan också beskriva ett mellanscenario som då visar på ett utrymme att agera. I det värsta scenariot visar resultatet, om dagens utveckling fortsätter, att de dryga 1000 fall av MRSA-bärare idag om tio år har ökat till 40 000 bärare.

Pandemier

Forskarna är i princip överens om att nya pandemier av smittsamma sjukdomar är oundvikliga. Nya smittämnen dyker också upp och orsakar infektioner hos människor med allt högre frekvens. Frågan är inte *om* utan *när* Sverige och världen drabbas av en svår pandemi. Ingen av de tidigare pandemierna har varit den andra lik. Det har skilt sig åt vad gäller mikrobiologiskt agens, allvarlighet, drabbade människor och påverkan på samhället. Det som utmärker en situation med till exempel influensapandemi jämfört med många andra allvarliga störningar är att:

- Det är en mycket smittsam sjukdom. Varje fall genererar nya fall, vilket innebär att situationen försvåras gradvis och att många människor insjuknar.
- Sjukvård och kommunal omsorg utsätts för mycket stor belastning under en längre tid, samtidigt som personalen utsätts för smitta.
- Pandemin kan pågå under flera månader samt återkomma i en eller flera vågor.

Historik

Influensapandemier har drabbat världen med oregelbundna intervall åtminstone sedan 1500-talet. Forskare har identifierat minst tolv influensapandemier sedan dess, men periodiciteten följer inte något mönster. Det är därför omöjligt att på grundval av historiska erfarenheter avgöra när nästa pandemi kommer att bryta ut. Historiskt har det ofta varit influensa, pest, kolera eller tyfus som orsakat pandemier. Pandemier av pest har utbrutit tre gånger, varje gång med start i Kina. En känd pandemi var digerdöden i mitten av 1300-talet. De senaste hundra åren har det förekommit fyra pandemier, samtliga med varianter av influensa:

- Spanska sjukan 1918–1919. En ovanligt svår influensa orsakad av virus. Uppskattningsarna hur många som insjuknade globalt varierar mellan 23 och 50 procent. Mellan 50 och 100 miljoner människor dog, varav 37 000 i Sverige. Många som dog var 20–40 åringar som tidigare varit friska. På vissa orter i Sverige uppges andelen sjuka ha uppgått till tre fjärdedelar av befolkningen.
- Asiaten 1957–1958. En relativt mild pandemi jämfört med Spanska sjukan. Närmare fem miljoner människor dog. Minst 300 000 svenskar insjuknade.
- Hong Kong-influensan, 1968–1969. Det uppskattas att 1 miljon människor kan ha insjuknat mellan 1968–70. Det var färre sjuka än under Asiaten.
- Svininfluensan 2009–2010. Svininfluensan orsakade cirka 30 000 dödsfall i världen. Denna gång fanns tillgång till preventivt vaccin.

Det skiljer sig åt hur många som insjuknade men vid samtliga pandemier utsattes sjukvården för en stor belastning.

SARS år 2003

Den svenska beredskapen sattes på prov våren 2003 när lungsjukdomen SARS orsakade epidemier i Kina, Hongkong, Kanada, Vietnam och Singapore. Sammanlagt smittades 8 000 personer

och 800 dog av den svåra och mycket dödliga lunginflammationen. Myndigheterna i de drabbade länderna lyckades stoppa spridningen på bara några månader. Ingen svensk insjuknade i SARS.

Fågelinfluensan år 2005

Runt om i landet på stränder och mitt i städer arbetade personal i vita skyddsoveraller med att omhänderta döda fåglar. Sverige hade drabbats av fågelinfluensan, som hade smittat enstaka människor i Europa med hög dödlighet. Däremot kunde viruset inte smitta mellan människor och därför blev det aldrig någon storskalig pandemi.

Orsaker

Det finns flera förklaringar till att pandemier uppstår. Människor och djur lever allt tätare in på varandra i storstäder, vilket ökar förutsättningarna för till exempel ett virus att ta steget från djur till människa. Ökat resande gör att virus kan förflytta sig över världen på mindre än ett dygn. Den globala handeln med livsmedel och levande djur medför att smittämnen lättare sprids. När det gäller influensa uppkommer ett pandemiskt virus oftast genom att ett virus från en fågel och ett annat virus från en människa eller annat djur kombineras. Ett virus sprids från en vild fågel till tamfåglar. En tamfågel smittar en gris. Grisen blir förkyld och smittar grisskötaren. När virus uppstår med en speciell uppbyggnad kan människor smittas och sedan kan smittan spridas mellan människor. Då har en pandemi uppstått. I fallet fågelinfluensa har viruset hittills endast smittat direkt från fågel till människa. En följd av en influensapandemi kan vara att bakterier och även att multiresistenta bakterier kan få en ökad spridning.

Hälsa- och sjukvården vid en pandemi

På samma sätt som vid andra former av influensa kommer principen vara att de som insjuknar ska kureras sig hemma, men om allvarliga symptom uppstår ska man söka läkarvård. Landstingen har förberett sig på att kunna ta emot ett stort antal influensapatienter och kunna sprida information om hur och var patienterna kan få vård.

Vaccin mot influensa

Vaccin är den enda preventiva åtgärden som kan ge människor immunitet mot virus. Men vaccin mot ett virus som orsakar en pandemi kan inte tas fram förrän det specifika viruset är känt. Trots att flera förberedelser har gjorts för att kunna snabba på processen med att utveckla ett vaccin, kan det ta flera månader innan ett vaccin finns i produktion. Under den första tiden av en pandemi kan man därför inte räkna med att vaccin finns tillgängligt. När vaccin finns ska hela landets befolkning ges tillgång till det så fort som möjligt. De första leveranserna ska gå till dem som är i särskilt stort behov av vaccin.

Andra läkemedel

Det finns läkemedel som kan användas för att minska effekterna av influensa, så kallade antivirala läkemedel eller antiviraler. Tamiflu är ett av de antivirala läkemedel som varit mest omtalat. Om en person börjar ta antiviraler i samband med symptomdebut vid influensa kan sjukdomsförloppet bli lite mildare. Men smittsamheten och sjukdomstiden förkortas endast med en eller ett par dagar. Antivirala läkemedel kan också användas i förebyggande syfte. De måste då tas dagligen och så länge smittrisk finns eftersom effekten försvinner när medicineringen avbryts.

Hur skulle vi klara en pandemi i dag?

På många sätt är världen bättre förberedd i dag än vid någon av de föregående pandemierna. Sjukvården har utvecklats väsentligt liksom systemen för influensaövervakning. Vi har i dag en beredskapsplanering vilket vi i hög grad saknat tidigare. Kunskap om smittspridning och virus har ökat och nya läkemedel har utvecklats. Många av dem som dog under Spanska sjukan avled i bakteriell lunginflammation. I dag kan behandling ske med antibiotika. Det allmänna tillståndet i Sverige i fråga om hygien och hälsa är också bättre nu än 1918. Förutsättningarna i dag att i Sverige hantera en influensa som Spanska sjukan är därför betydligt bättre.

Samtidigt finns andra faktorer som verkar i en försvårande riktning. Världens befolkning har ökat och graden av urbanisering är högre än vid tidigare pandemier. Det globala förflyttandet har ökat både i antal resande och i hastighet, vilket gör att smittspridningen sannolikt kommer att gå snabbare vid en framtida pandemi. Samhället är i dag betydligt mer komplext och därmed sårbart vid stor frånvaro på arbetsplatser, i synnerhet de som bedriver samhällsviktig verksamhet. Olika studier och arbeten pågår för att vi ska kunna få bättre kunskap om hur en pandemi kan påverka samhället i stort. EU-kommissionen har tagit fram en ekonomisk modell som kan användas för att simulera möjliga effekter av en pandemi inom EU. Vid en beräkning uppskattades en pandemi medföra en nedgång i EU:s ekonomi mellan två och fyra procent av den gemensamma bruttonationalprodukten. En pandemi kan ge upphov till en konjunkturnedgång och påverka hela världsekonomin.

Konsekvenser – ett scenario

MSB (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap) har tagit fram ett scenario om en pandemi drabbar Sverige. Scenariot är en svår fågelinfluensapandemi som pågår i åtta månader och toppar efter fyra månader. Var tredje invånare, eller tre miljoner, insjuknar i influensan. Omkring 190 000 blir svårt sjuka. Mellan 8 000 och 10 000 personer dör av influensan.

Sjukvården

Hälso- och sjukvården blir sannolikt den svaga länken. Sjukvården är hårt belastad redan i nuläget. Idag finns ungefär 25 000 vårdplatser vid svenska sjukhus. De räcker inte långt till alla svårt sjuka, även när alternativa lokaler som skolor och idrottssalar används. Sjukvårdens förmåga att prioritera och ta hand om sjuka blir därför central under pandemin. En annan faktor är att den egna personalen insjuknar.

Ledningsbeslut

Pandemin kommer att kräva viktiga prioriteringsbeslut på högsta nationella nivå. Dessa beslut gäller bland annat prioritering av resurser, vaccinationsstrategier och hur statliga beredskapslager kan användas.

Nationella strategier

Internationell övervakning

Utbrottet av SARS blev starten för en internationell övervakning av spridningen av olika virus. De drabbade länderna skickar virusprover till WHO som rutin med alla nya virus som dyker upp. Två år efter utbrottet av SARS startades också den europeiska smittskyddsmyndigheten ECDC, som fick sitt säte i Stockholm. ECDC övervakar nya infektionssjukdomar som kan bli ett hot mot människor

Beredskapsplan

Fågelinfluensan gav myndigheterna en föraning om vad som kunde komma och arbetet med en nationell pandemiplan drog igång. Planen visar hur hälso- och sjukvården och samhället ska förbereda sig inför en pandemi. Beredskapsplanen poängterar vikten av ett fungerande vaccin och att så många som möjligt får tillgång till vaccinet. Den visar också vilka som i första hand ska få tillgång till antivirala läkemedel från ett statligt beredskapslager. Vårdplatserna inom sjukvården ska kompletteras med särskilda influensamottagningar och hembesöksgrupper, som består av en läkare och sjuksköterska.

Högisoleringseenheten

Sedan år 1995 finns den så kallade Högisoleringseenheten vid Universitetssjukhuset i Linköping. Uppbyggnaden grundar sig från erfarenheterna från en patient med blödarfeber. Om en person i Sverige får en smittsam allvarlig infektionssjukdom, som till exempel Ebola, kommer patienten att vårdas på denna enhet. Den sjuke hämtas med en särskild ambulans som är utrustad och isolerad för transporter av smittsamma patienter.

Varningssystem

Sveriges beredskap för farliga smittor har steg för steg blivit bättre sedan 1990-talet, inte minst tack vare samarbete med andra länder. I slutet av 1990-talet fick EU för första gången ett gemensamt varningssystem för nya smittor, som kallas Early warning and response system. Då hade ett influensavirus i Hongkong för första gången tagit språnget från tama fåglar direkt till människa, utan att först behöva anpassa sig via ett däggdjur. Några år senare öppnades det så kallade P4-laboratoriet vid nuvarande Folkhälsomyndigheten. P4 står för protection level 4. Laboratoriet är ett av sju i Europa som har den högsta av fyra skyddsnivåer. Varje dag träffas experterna på Folkhälsomyndigheten och diskuterar både händelser runtom i världen och smittor som kan bli ett hot mot Sverige.

Vägledning för verksamhetsansvariga

MSB och Socialstyrelsen har tagit fram en vägledning för verksamhetsansvariga. Den innehåller i korthet fyra steg:

- 1. Värdera.** Måste verksamheten fungera utan avbrott eller ställs särskilda krav på funktionalitet vid en pandemi?
- 2. Avgränsa.** Vilka delar av verksamheten är särskilt viktiga att upprätthålla?
- 3. Minimera.** Vilken är den lägsta möjliga nivån som verksamheten kan bedrivas på? Vilka resurser kräver det?
- 4. Prioritera.** Om inte all viktig verksamhet kan bedrivas, vilken är viktigast? Vilken kommer närmast?

Iakttagelser och reflektioner

Snabb spridning och åter till 1940-talet?

I Sverige har antalet personer som diagnostiseras för resistent bakterier ökat från 2 000 till 10 000 på mindre än tio år. De ledande experterna är oroliga för vad som kommer att hända de närmaste fem åren. Problemet med antibiotikaresistens går fort, fortare än vi någonsin trott när det gäller vissa bakterier. De drivande personer som flera år varnat för resistensen har nu höjt tonläget. Sedan penicillinet upptäcktes har världen vant sig vid att infektioner kan botas. Men idag dör människor i infektioner som antibiotikan inte biter på. Det finns länder där gonorré nästan inte längre går att behandla. Det obehagliga som händer nu är att stora delar av grunden för behandlingar som bygger upp hela sjukvården håller på att vittra sönder. Risken finns att vi åter

hamnar på 1940-talets nivå. Att vi kommer tillbaka till en värld där friska människor dör av banala infektioner, där sjuka och svaga löper ännu större risk och många operationer blir otänkbara. Där medellivslängden sjunker med åtskilliga år och barnadödligheten ökar. Vi riskerar att slarva bort den enastående tillgång som antibiotikan har varit de senaste 60 åren.

Mesta smittan från samhället

Oftast önskar man enkla lösningar på komplicerade problem. I ett TV-inslag våren 2015 berättade en patient hur hon smittats av en resistent bakterie i samband med en avancerad kirurgisk behandling. Fallet drogs vidare in i nyhetsprogrammets debatter om vårdhygien. En nationell expert i studion försökte förklara att det är viktigt att personalen noga följer hygienreglerna men att det också finns andra faktorer som gör att patienterna blir smittade. Programledarna återkom dock gång på gång till hygien på sjukhus. Nationellt ansvarig politiker uttalade att ”den här typen av smittspridning kan stoppas om man följer dom hygienregler som redan finns på plats.” De smarta bakterierna gör att frågan är mer komplicerad än så. Patienter som genomgår avancerade behandlingar kan få nedsatt immunförsvar och ökar risken att drabbas av infektioner som orsakas av resistent bakterier. Under de senaste sju åren har antalet smittade patienter av MRSA mer än fördubblats och av ESBL tredubblats. Av de smittade patienterna av MRSA i Östergötland smittades två procent på svenska sjukhus år 2014. Lite mer än tio procent av de smittade hade antingen arbetat inom vård utomlands eller vårdats utomlands. För de övriga patienterna var smittvägen samhällsförvärd smitta. Knappt 40 procent hade smittats utomlands. De resistent bakterier ökar genom vårt stora utbyte med andra länder. Vi reser mycket och tar emot många nyanlända. I vår omvärld är resistent bakterier mycket vanliga.

Mångdubbling av smitta och kostnader

Det är svårt att få ett grepp om hur stora extra vårdtider och kostnader är för antibiotikaresistens i Sverige i dag. Och då också förstås om den framtida utvecklingen och effekter. Folkhälsomyndigheten har gjort ett antal scenarier om den framtida utvecklingen av antibiotikaresistens. I det värsta scenariot ökar antalet fall av bärare av resistent bakterier med 40 gånger inom tio år. Mer dynamik behövs därför mellan lokal och nationell nivå. Om vi inte vidtar åtgärder kommer infektioner med resistent bakterier att medföra ökad kostnad och dödlighet. Det är ett stort ökande tryck från övriga länder i Europa så det gäller att öppna till så att smittan inte tränger in till vården i de svenska sjukhusen. Utvecklingen av läkemedel har stått still och diagnosen har inte hängt med och tar tid. Det är därför viktigt med gemensamma genomtänkta processer på det lokala planet för att hålla smittspridningen stängd så långt som det är möjligt. Det handlar till exempel om satsningar på vårdhygien där hög kvalitet på städningen kan vara en avgörande faktor. Sjukvårdsledningarna kan också bidra med att det finns fysiskt kapacitet på vårdavdelningarna med utrymme och toaletter. Det kommer att ställas helt andra krav och ny standard när vi bygger om och bygger nytt på sjukhusen.

Sverige har ett bra utgångsläge

I ett internationellt perspektiv har Sverige både en låg antibiotikaförbrukning och ett gynnsamt resistensläge. Vi har ett system som många länder tittar på och gärna skulle ta efter:

- Nätverket Strama

- Reglerad försäljning av antibiotika och en god övervakning av antibiotikaförsäljningen
- Frikostig med att ta odlingar på patienter som bidrar till kontinuerlig resistensövervakning.
- Väl fungerande standardiserade laboratorier
- Behandlingsrekommendationer som ger stöd till läkare att använda antibiotika på rätt sätt
- Föreskrifter om basala hygienrutiner för att minska kontaktsmitta
- En stark specialistkår inom infektionsmedicin och klinisk mikrobiologi

Några steg framåt

I 60 år har vi haft ett försprång gentemot många farliga bakterier. Det försprånget får inte slarvas bort. Nu gäller det att jaga smittsamma bakterier så att de inte jagar oss. Vad kan man göra som privatperson? Ett första steg är att sluta tjata på läkare att skriva ut antibiotika i onödan. Respektera att ansvarsfulla läkare numera är mycket restriktiva. De har goda skäl, alternativet är att antibiotikan tappar sin kraft. Då och då rapporteras om att forskare upptäckt ett nytt antibiotikum. En av upptäckterna publicerades i början av år 2015. Forskarna har hittat ett ämne som heter Teixobactin efter att man gått igenom 10 000 olika bakterier som växer i vanlig jord. Genombrottet gäller inte bara fyndet utan också tillvägagångssättet. Metoden innebär att forskarna denna gång grävde i jorden i stället för att odla i labbet.

Pandemier uppkommer regelbundet

Nya pandemier av smittsamma sjukdomar är oundvikliga och det handlar mer om *när* vi drabbas än *om* vi drabbas. Resandet mellan länder ökar som gör att smittspridningen troligen går snabbare vid en framtida pandemi. Samhället blir dessutom mer och mer komplext och sårbart. Vi är på många sätt ändå mer förberedda än vid tidigare utbrott. Den internationella övervakningen har stärkts och beredskapsplaner har utarbetats nationellt och i landstingen. Kliniska övervakningssystem och högisoleringssystem har utvecklats. Influensapandemi är klassat som det näst största hotet mot mänskligheten efter miljöförstörelsen. Konsekvenserna kan bli ödesdigra för de delar av världen som inte planerat för en pandemi. För samhället kan en hög personalförbrukning få stora konsekvenser. Idag är företag och organisationer mer slimmade. Personal är i större utsträckning specialiserade och svårare att ersätta. Den nationella pandemiplanen om samhällets beredskap sträcker sig bara till en viss gräns. Planen omfattar det som är hanterbart. Efter denna situation gäller det att agera pragmatiskt utefter de förutsättningar som finns. Sjukvården är inte uppbyggd för tio tusen smittade som behöver vård i ett län. Det främsta skälet är att vi inte kommer att ha tillräckligt mycket sjukvårdspersonal.

Svåra prioriteringar i sjukvården

Svensk sjukvård har ingen erfarenhet av att göra svåra prioriteringar i utsatta lägen. En orsak kan vara att vi under lång tid har varit forskonade från krig och andra större katastrofer. När en pandemi inträffar behövs färdiga modeller för prioritering av vilka som ska få vård. En granskning har gjorts av lokala pandemiplaner från två sjukhus för att se vad som händer när sjukvårdens resurser tar slut. Det finns en lång åtgärdslista för läkare som ska göra hembesök hos sjuka tillsammans med en sjuksköterska. Men ingenstans talas konkret om de svåra prioriteringar man tvingas göra när resurserna inte räcker till. Ska man behandla 5-åring-

en eller 65-åringen när man måste välja? En sådan diskussion saknas idag. Det beror förmodligen på att frågan är för besvärlig för att någon ska ta tag i den. Prioriteringarna kommer därför att lämnas till den enskilda verksamheten och den personal som arbetar i vården.

Citaten

"Bland de olika hälsofrågor som berör mina barn så är antibiotikaresistens en av dem som oroar mig mest" Keiji Fukuda, biträdande generalsekreterare för WHO, december 2014

"Våra pandemiplaner bygger på att allt går enligt planen. Den sträcker sig bara tills läget blir tufft, sedan finns ingen plan att följa" Björn Olsen, professor i infektionssjukdomar vid Uppsala universitet

Källor

Region Östergötland

- Smittskydds-enheten, statistik och faktaunderlag

Folkhälsomyndigheten

- Samhällsekonomiska konsekvenser av antibiotikaresistens, 2014
- Svenskt arbete mot antibiotikaresistens, april 2014
- Pressmeddelande, juni 2014

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

- Att planera för en epidemi, information till verksamhetsansvariga samt Vägledning för verksamhetsansvariga, 2007

Övriga källor

- Pandemi – Myterna, fakta, hoten. Björn Olsen, 2010
- Information Strama, 2014
- Föredragning Otto Cars vid Nätverk hälso- och sjukvårdsdirektörer, maj 2010
- Artiklar Dagens Nyheter, Svenska Dagbladet och Östgöta Correspondenten, hösten 2014
- SVT Rapport, december 2014

Tillgång till vårdplatser

Vårdplatser på sjukhus har en lång historik och är en fråga som ofta debatteras. Platserna har minskat kraftigt i samband med utveckling av öppna vårdformer och överföring av ansvar till kommunerna. Sverige har nu lägst antal vårdplatser per invånare i Europa. Vårdtiden på sjukhus och därmed behovet av vårdplatser påverkas av många faktorer. En av de viktigaste för framtiden är den demografiska utvecklingen med en stor ökning av antal äldre. Ett omfattande strategiskt nytänkande krävs för att sjukhusvården framöver ska klara sig med vårdplatserna på nuvarande nivå.

Pressen från pressen

- Sjukhusen förväntas lösa alla problem
- Osäker vård på fulla sjukhus
- Det fanns ingen plats för pappa
- ”Värsta sommaren på flera år” på US
- Behoven motsvarar nytt sjukhus
- Bakteriesmittan kommer att kräva fler vårdplatser
- Tuffare regler ska frigöra vårdplatser
- Platsbristen går att lösa

Fakta i korthet

- Antalet vårdplatser på Sveriges sjukhus minskade i genomsnitt med 35 procent mellan år 1996 och 2013. År 2013 fanns 2,6 vårdplatser per 1000 invånare.
- Skillnaden i vårdtid per invånare mellan det landsting med högst och lägst vårdtid var 51 procent år 2013
- Östergötland har låga siffror för den ineliggande vården per invånare i jämförelse med övriga landsting. Vårdtiden är 19 procent lägre än sverigesnittet och 9 procent lägre än det landsting med den näst lägsta vårdtiden. Medelvårdtid och antal vårdtillfällen per invånare är näst lägst bland landstingen.
- Under de senaste två åren har sjukhusen i Sverige i genomsnitt per dygn haft fyra överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 vårdplatser
- Medelbeläggningen var 93 procent sammantaget för Östergötlands fyra sjukhus år 2015, en ökning med tre procentenheter sedan år 2011. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter har ökat sedan år 2013 och ligger över genomsnittet för sjukhusen i Sverige.
- Jämfört med genomsnittet för landstingen har Östergötland lägre andel undvikbar slutenvård men högre andel utskrivningsklara patienter och högre andel patienter vid sjukhus med vårdrelaterade infektioner.
- Beräkningar visar att antalet vårddygn kan komma att öka i Östergötland med 22 procent mellan år 2013 och 2030.

Varför kapitel om vårdplatser?

Över hela världen minskar antalet vårdplatser. Förebyggande arbete, högre kvalitet i vården, nya behandlingssätt har minskat behovet av ineliggande vård. Ingen ska ligga i en sjukhussäng om det inte är nödvändigt. Den medicinteknologiska utvecklingen möjliggör kortare vårdtider för de patienter som behöver sjukhusvård och en övergång till vård utanför sjukhusen. Sverige ligger långt fram i denna modernisering av vården och har därför i internationella jämförelser få vårdplatser. Det är ett uttryck för att vi i Sverige är duktiga att ta tillvara nya, mer effektiva metoder. Det avspeglar sig också i de höga placeringar Sverige får när det kommer till internationella jämförelser av vårdens kvalitet. Det handlar om sprången om nya läkemedel och mer skonsamma operationsmetoder. Framåt spelar också IT-utvecklingen en allt större roll. Vården kommer att i ännu större utsträckning kunna

flytta ut från sjukhusen till vårdmottagningar, äldreboenden och till patienternas hem.

Sjukhusen är dominerande inom vården i flera perspektiv. Här sker avancerade vårdinsatser i en komplex logistik med krav på hög säkerhet. Av sjukvårdens totala kostnader i Östergötland år 2013 stod den slutna sjukhusvården för 39 procent. Vårdplatser och överbeläggningar är ständigt föremål för debatt i den nationella politiken, i massmedia och bland verksamhetsföreträdare. Ämnet är inte nytt, även i tider med dubbelt så många vårdplatser diskuteras dessa frågor. Till skillnad mot primärvård och annan öppen vård innebär den slutna sjukhusvården och vårdplatser en mer fysisk begränsande kapacitet. Snabba behov av att öka vårdplatser är svåra att lösa på kort tid. Det är således viktigt att fördjupa och analysera hur läget med vårdplatser ser ut just nu. Men det är ännu viktigare är att beskriva och analysera de faktorer som påverkar det framtida behovet. Hit hör den snabba och kraftiga ökningen av äldre som har fyra gånger högre genomsnittlig vårdtid än totalt för befolkningen. En annan faktor är att fler patienter kan komma att drabbas av bakterier som inte kan botas med antibiotika. I kapitlet beskrivs samtidigt möjligheterna: Förbättrade hälsofrämjande insatser, öppnare vårdformer, effektivare vårdprocesser inom sjukhusen och ökad samverkan med kommunerna.

Faktadelen i detta kapitel handlar i huvudsak om förhållandena i Östergötland. I avsnittet ”Nationell överblick” redovisas fakta och utveckling på nationell nivå och för samtliga landsting. Även det inledande avsnittet om historisk utveckling tar sin utgångspunkt i den nationella utvecklingen av vårdplatser. Också de två sista avsnitten ”Analys av framtida utveckling av vårdtid” och ”Iakttagelser och reflektioner” har ett mer generellt anslag.

Vilka frågor ger kapitlet svar på?

- I vilka tre faser har vårdplatsminskningen skett?
- Inom vilka medicinska huvudområden har reduceringen varit minst och störst?
- Vad låg bakom färre vårdplatser och sänkta vårdtider mellan 1996 och 2013?
- Kan man se några samband mellan landstingen när det gäller antalet vårdplatser och överbeläggningar?
- Vilka är beläggningssiffrorna för Östergötlands sjukhus?
- Vilka variationer finns mellan landstingen i olika nyckeltal när det gäller den ineliggande vården?
- Vilka är scenariorna för utvecklingen fram till år 2030?
- Vilka faktorer styr inläggning och vårdtid vid sjukhusen?
- Vad talar för och emot ökad vårdtid framöver?
- Vilka iakttagelser och reflektioner kan man göra över dåtid, samtid och framtid?

Historisk utveckling

Sverige har en lång historia med många sjukhus och vårdplatser. År 1920 fanns 25 000 vårdplatser på lasarett, förlossningsanstalter, epidemisjukhus och tuberkulossjukhus. Härutöver fanns 10 000 vårdplatser på sinnessjukhus. Sammanlagt fanns 6 vårdplatser per invånare. När vi går fram till vår nutidshistoria år 1964 var situationen:

- 133 lasarett med 51 000 vårdplatser (ej inräknat sjukhem mm)
- Medelvårdtid 15 dagar
- 32 mentalsjukhus med 27 000 vårdplatser – och cirka 300 anställda läkare
- Sammanlagt 165 sjukhus med 78 000 vårdplatser eller 10 vårdplatser per invånare

Sjukvårdsstrukturen var uppbyggd kring sjukhusen och Östergötland var inget undantag. Om vi går tillbaks till början av 1970-talet hade Östergötland sju sjukhus: Linköping, Norrköping, Motala, Kisa, Söderköping och Vadstena (mentalsjukhus med 1000 vårdplatser för hela länet; ”En enkel Vadstena – kom man dit blev man kvar”). Att få vård innebar att ta sig till lasarettet och det gällde också vid mer banala sjukdomstillstånd. När barnen hade feber eller ont i öronen var det vid barnkliniken eller öronkliniken föräldrarna sökte vård.

Försumbar öppenvård

År 1950 bestod våra dagars öppenvård utanför sjukhus i Sverige av 800 provinsialläkare och stadsläkare samt 1300 sjuksköterskor i distriktsvård. Av sjukvårdens totala kostnader stod distriktsvården för tre procent jämfört med till exempel sinnessjukhusens andel 20 procent. Första vårdcentralen öppnades år 1968 i Dalby och år 1972 omvandlades provinsialläkartjänsterna till distriktsläkartjänster. Under 1970-talet startade utvecklingen av distriktsindelning med upptagningsområde för vårdcentralerna. År 1978 definierade Socialstyrelsen primärvård som all vård som kunde bedrivas utanför lasarett.

Den ”Öppna vården” i Östergötland bestod av läkarmottagningar och distriktsköterskeverksamhet med ledningsansvar från landstingets kansli. I Linköping fanns i början på 1970-talet en flerläkarstation på Torkelbergsgatan och i övrigt tre enläkarstationer i Johannelund, Abisko och Ljungsbro. År 1973 införde landstinget den nya indelningen i tre sjukvårdsdistrikt; centrala, östra och västra. Det innebar att läkarstationer och distriktsvård samordnades i ett nytt begrepp – primärvård – och integrerades organisatoriskt med den somatiska sjukhusvården och psykiatrin. Samtidigt upphörde Kisa som lasarett och akutmottagningen vid Söderköpings lasarett lades ned. Den nya distriktsorganisationen var också startskottet på en omfattande utbyggnad av primärvården som var tänkt att avlasta sjukhusen. Under 15 år invigdes vårdcentraler på löpande band och det finns nu 43 vårdcentraler i Östergötland.

Vårdplatsminskning i tre faser

Den kraftiga minskningen av vårdplatser i Sverige och Östergötland har skett i tre faser:

- Mentalsjukhusen som försvann 1980–1990
- Ädel- och psykiatrireformen 1992–1995
- Medicin- teknisk utveckling och öppna vårdformer 1980-

Mentalsjukhusen som försvann

1959 döptes de statliga sinnessjukhusen om till mentalsjukhus och 1967 lämnade staten över de 23 sjukhusen med 27 000 vårdplatser till landstingen. Nästan alla var byggda efter samma mall eller ombyggda gamla regementen. Men 15 år senare tog ett nytt tänkande fart. Människor och patienter skulle inte vårdas år efter år på slutna institutioner. Vården skulle bli mänskligare och ske i öppnare vårdformer. Inom psykiatrisk vård fanns i Sverige 15 000 vårdplatser år 1990 och 4 400 vårdplatser år 2013.

Ädel- och psykiatrireformen

Man kan nog säga att äldrevårdens skifte till kommunerna startade inför riksdagsvalet 1985. Folkpartiet med Bengt Westerberg som partiledare drev då frågan om eget rum på långvården. Ädelreformen genomfördes 1992 och innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för långvarig service, vård och omsorg för äldre och handikappade. Härigenom tog kommunerna över en

del ansvar som tidigare legat på landstingen. Samtidigt infördes i socialtjänstlagen en skyldighet för kommunerna att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för personer med behov av särskilt stöd. För Östergötlands del minskade antalet långvårdplatser i landstinget med cirka 700 i samband med denna reform.

Psykiatrireformen genomfördes år 1995 med ett utökat ansvar för kommunerna. Psykiatriutredningen hade visat att personer med psykisk ohälsa hade mycket dålig samverkan med övriga i samhället. Tanken var att psykiskt sjuka personer i högre grad skulle integreras med resten av samhället. Psykiatrin i Östergötland minskade med cirka 60 vårdplatser i samband med psykiatrireformen.

Medicin- teknisk utveckling och öppna vårdformer

Det går ju förstås inte att fastställa något enskilt år när den medicintekniska utvecklingen tog fart och nya öppna vårdformer utvecklades på en bredare front. Den nationella statistiken visar dock att den genomsnittliga medelvårdtiden för lasarettsvården var ungefär densamma från 1950-talet ända in på 1980-talet. Då började medelvårdtiden raskt att minska både för medicinsk och kirurgisk korttidsvård. Mellan 1982 och 1993 minskade medelvårdtiden för medicinpatienter från 9,4 till 6,1 dagar och för kirurgpatienter från 7,3 till 5,1 dagar. Antal vårdplatser mellan år 1993 och 1996 minskade med nästan 30 procent. Därefter fortsatte minskningen med ytterligare 35 procent fram till år 2013. Längre fram i detta kapitel beskrivs mer utförligt orsakerna till denna vårdplatsminskning.

Nationell överblick

Minskning av vårdplatser

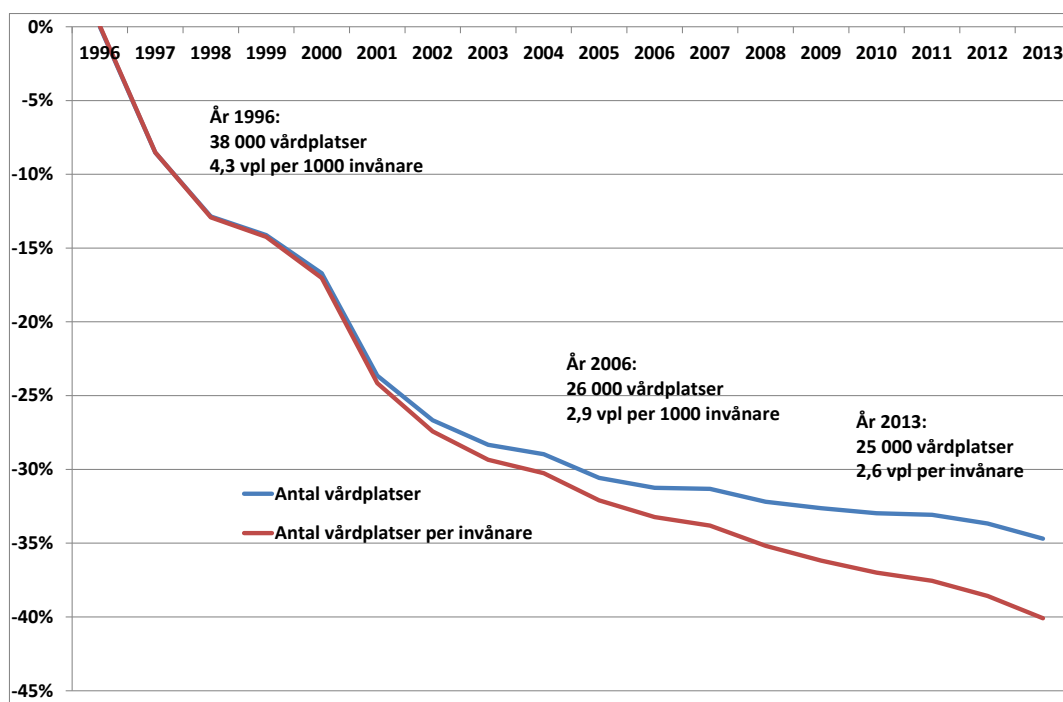
Antalet vårdplatser på sjukhus i Sverige minskade med 13 000 stycken eller 35 procent mellan åren 1996 och 2013. I figur 1 visas minskningen av både antalet vårdplatser och antalet vårdplatser per 1000 invånare.

Den kraftigaste minskningen skedde under tio år fram till år 2006, 12 000 vårdplatser eller 31 procent. Därefter har takten i minskningen avtagit. Under de sju åren mellan 2006 och 2013 minskade vårdplatserna med 1 300 eller 5 procent. De två kurvorna över antal vårdplatser och antal vårdplatser per invånare följs åt fram till år 2000. Det beror på att antal invånare i Sverige i stort sett var detsamma under åren 1996–2000. Därefter har antalet invånare ökat och dessutom ökat mer för varje år. Denna effekt medför att antal vårdplatser per invånare minskade mellan 2006 och 2013 från 2,9 platser till 2,6 platser per invånare. Spridningen mellan de 21 landstingen var från 2,27 till 3,26 vårdplatser per 1000 invånare år 2013.

Förändring inom medicinska huvudgrupper

Under mätperioden finns också uppgifter om antalet vårdplatser uppdelade på medicinsk korttidsvård, kirurgisk korttidsvård, geriatrisk vård samt specialiserad psykiatrisk vård. I nedanstående tabell 1 redovisas antalet vårdplatser och förändringarna i procent mellan åren 1996–2006–2013.

Av tabellen framgår att den minsta reduceringen har skett inom medicinklinikerna och den mesta reduceringen inom den geriatriska vården. Mellan år 2006–2013 ökade antalet vårdplatser inom medicin. Inom psykiatrin har antalet vårdplatser under samma tid minskat marginellt.



Figur 1. Förändring av antal vårdplatser på sjukhus i Sverige totalt år 1996–2013. Källa: Statistisk årsbok SCB och SKL

Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

Enligt en överenskommelse mellan SKL och staten mäter landstingen varje månad sedan januari 2013 överbeläggningar, utlokaliserade patienter och disponibla vårdplatser. SKL presenterar resultaten på hemsidan vantetider.se. Överbeläggning definieras som en situation när en inskriven patient vårdas på vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats. Med en utlokaliserad patient menas en patient som är inskriven och vårdas på annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.

Indikatorn beräknas på antal överbeläggningar (och utlokaliserade patienter) per 100 disponibla vårdplatser. Ett värde på till exempel 5 innebär att överbeläggningarna har varit fem procent av de disponibla vårdplatserna. Om landstinget till exempel har 1000 vårdplatser innebär värdet 5 att sjukhusen i landstinget sammanlagt har haft 50 överbeläggningar i genomsnitt varje dygn under den aktuella månaden. I figur 2 visas för landstingen och riket antal vårdplatser per 1000 invånare samt sammanlagt antal överbeläggningar och utlokaliserade patienter enligt den mätmetod som beskrivs ovan.

Under mätperioden hade sjukhusen sammanlagt i Sverige i genomsnitt 2,7 överbeläggningar och 1,3 utlokaliserade patienter (sammanlagt 4 patienter) per 100 vårdplatser och dygn. På de sammanlagt 25 000 vårdplatserna i Sverige var således 1000 patienter föremål för en överbeläggning eller utlokalisering i genomsnitt per dag. En jämförelse av genomsnittet för Sverige januari–augusti för åren 2013 och 2014 visar på en ökning av överbeläggningarna med tio procent och en minskning av utlokaliserade patienter med tre procent. Genomsnittsvärdet sammanlagt för överbeläggningar och utlokaliserade patienter varierar mellan landstingen från 1,2 patienter (Kronoberg) till 6,4 (Norrbotten). I figur 2 kan man se att av de tolv landsting med högre vårdplatsantal per invånare än riket hade åtta landsting färre överbeläggningar än genomsnittet för riket.

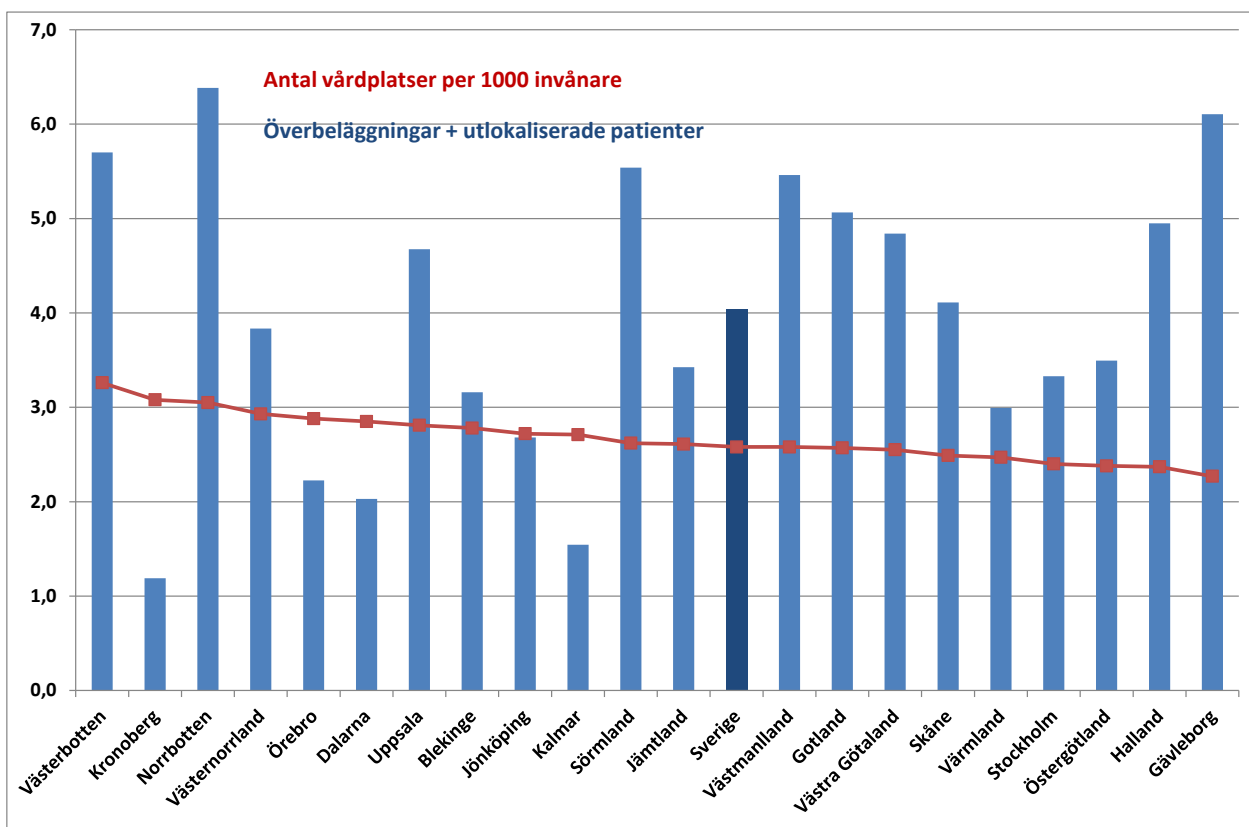
Effekter för patientsäkerhet

Den vetenskapliga litteraturen visar att en rad vårdskador kan uppkomma vid överbeläggningar och vid utlokalisering av patienter. Exempel på sådana vårdskador är:

- Vårdrelaterade infektioner
- Otillräcklig smärtlindring och felmedicinering
- Försenad behandling eller medicinering
- Ökad dödlighet för vissa tillstånd

År	Totalt	Medicin	Kirurgi	Geriatrik	Psykiatri
År 1996	38139	11148	10603	4699	7276
År 2006	26223	9909	7874	2376	4477
År 2013	24905	10172	7353	1799	4394
Förändring i procent					
1996–2006	-31,2%	-11,1%	-25,7%	-49,4%	-38,5%
2006–2013	-5,0%	2,7%	-6,6%	-24,3%	-1,9%
1996–2013	-34,7%	-8,8%	-30,7%	-61,7%	-39,6%

Tabell 1. Antal vårdplatser på sjukhus i Sverige samt förändringar år 1996–2006–2013. Källa: Statistisk årsbok SCB och SKL



Figur 2. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter i genomsnitt per dygn och 100 vårdplatser för tiden januari 2013 – augusti 2014 (blå staplar). Antal vårdplatser per 1000 invånare år 2013 (röd kurva). Källa: SKL, vantetider.se

- Minskad nöjdhet med vården hos patienter och med arbetsmiljö hos personalen

En analys av Socialstyrelsens egna tillsynsärenden har identifierat ett antal faktorer vid överbeläggningar och utlokaliseringar som innebär risker för patientsäkerheten:

- Överbeläggningar betraktas som ett normaltillstånd
- Bristande samsyn om patientens vård, otydlig ansvarsfördelning, otillräckliga rutiner och ofullständig dokumentation
- Bristfällig muntlig och skriftlig kommunikation
- Brist i lokaler, utrustning och medicinsk kompetens
- Stress och otrygg arbetsmiljö

Vårdtillfällen, vårdtid och medelvårdtid

Antalet vårdplatser är ett nyckeltal om den ineliggande vården på sjukhus. Det anger dock bara strukturen och inte patienternas vårdutnyttjande eller beläggning av vårdplatserna. I figur 3 görs en mer utförlig beskrivning av den ineliggande sjukhusvården i Sverige i form av patienter, vårdtillfällen (antal inläggningar), vårdtid (vårddygn) och medelvårdtid (vårdtid:vårdtillfällen). Ingångsvårdena för år 1996 är basen och utgör utgångspunkten för den fortsatta procentuella utvecklingen.

Kurvorna för minskningen av vårdtid och medelvårdtid är ungefär desamma som för minskningen av antal vårdplatser. Vårdtiden minskade med 29 procent mellan åren 1996 och 2013. I början av 2000-talet minskade även antal patienter och vårdtillfällen trots att antal invånare ökade (Förklaringar till denna förändring finns längre fram under avsnittet Östergötland). I mitten av 2000-talet ökade antal patienter och vårdtillfällen med

fortsatt sjunkande medelvårdtid. Från år 2010 till år 2013 låg vårdtid, medelvårdtid samt antalet patienter och vårdtillfällen på ungefär samma nivå.

Variationer mellan landstingen

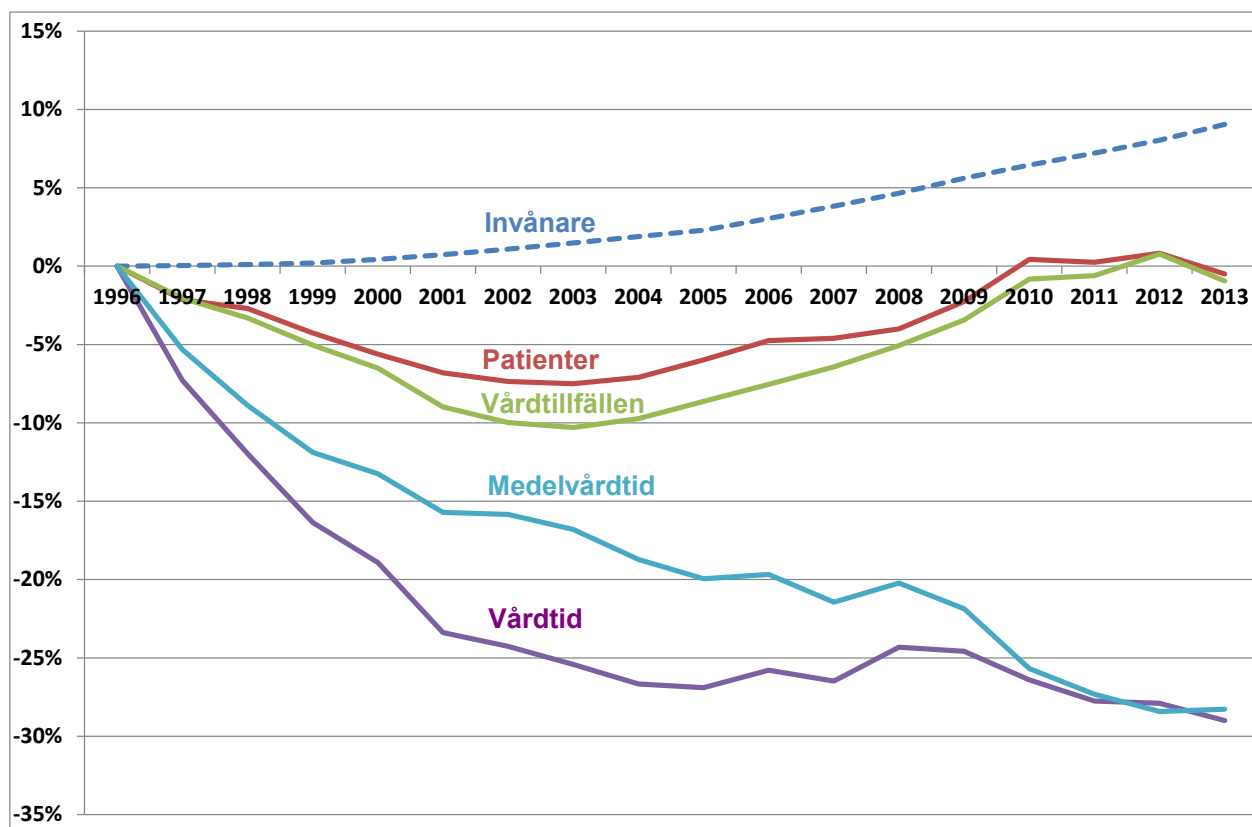
Den ineliggande sjukhusvården visar upp stora skillnader mellan landstingen. När det gäller vårdtid per 100 000 invånare kan följande iakttagelser göras:

- Skillnad mellan det landsting med högst och lägst värde var 60 procent år 1996 och 51 procent år 2013.
- Skillnad år 2013 mellan riket och det landsting med högst antal var 22 procent. Skillnaden mellan riket och det landsting med lägst antal var 19 procent.
- Mellan år 1996 och 2013 minskade vårdtiden mest i Kronoberg (51%) samt i Kalmar, Blekinge, Gävleborg, Västernorrland och Norrbotten (42–41%).
- Mellan år 1996 och 2013 minskade vårdtiden minst i Örebro (18%) samt i Dalarna (22%) och Värmland (28%).

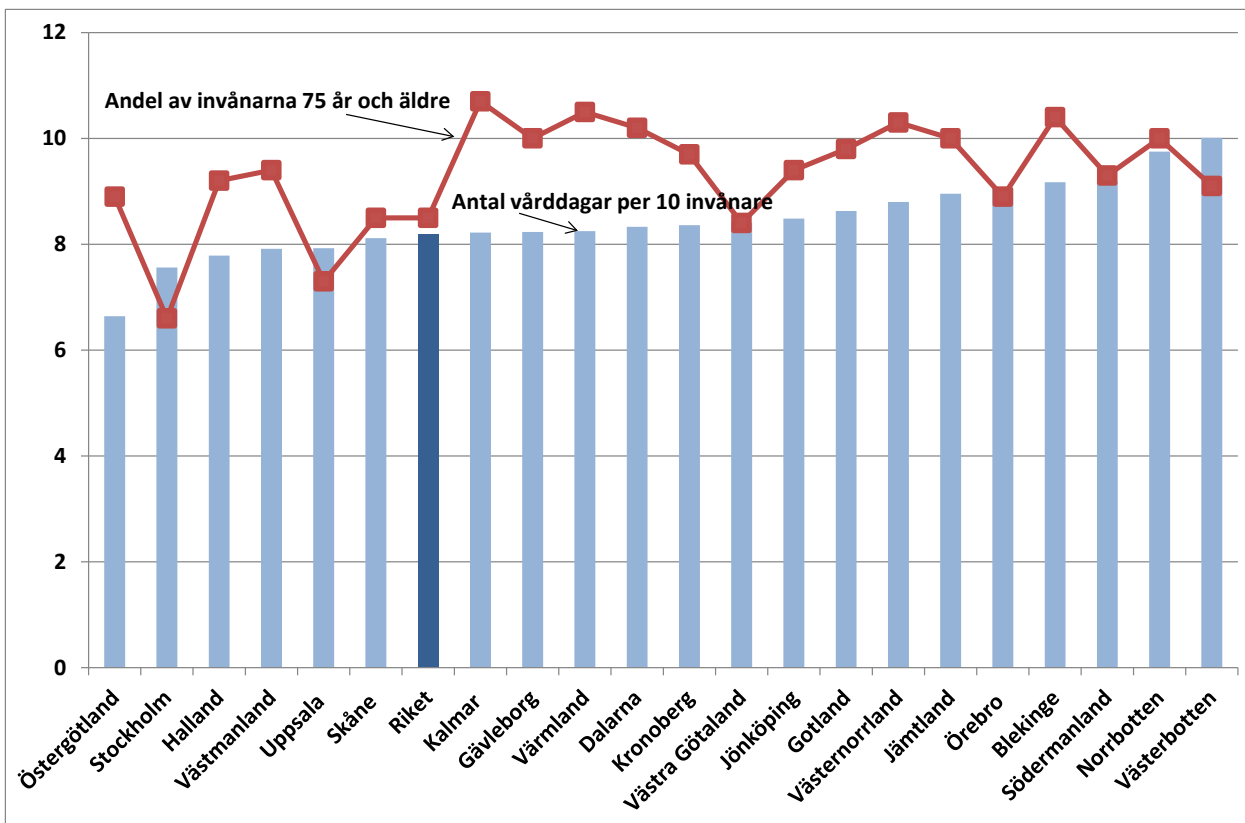
Vård dagar och andelen äldre i befolkningen

I figur 4 visas för varje landsting och riket antal vård dagar per 10 invånare (blå stapel) och andel invånare i befolkningen som är 75 år och äldre (röd kurva) år 2013.

Vårdtiden per invånare varierar mellan landstingen. Skillnaden är 51 procent mellan lägst och högst (Östergötland respektive Västerbotten). Åtta av landstingen ligger dock ganska jämnt mellan 8,1 och 8,4 dagar per tio invånare. Andelen invånare i befolkningen som är 75 år och äldre varierar mellan landstingen från 6,6 procent (Stockholm) till 10,7 (Kalmar). Stockholm har i särklass lägst antal äldre (6,6%) men har ändå inte lägst vårdtid. Stock-



Figur 3. Förändring av den ineliggande sjukhusvården i Sverige mellan åren 1996 och 2013. Samtliga värden är faktiskt antal (inte per invånare) Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas



Figur 4. Antal vård dagar per tio invånare samt andelen av invånarna 75 år och äldre år 2013. Källa: Socialstyrelsen och SCB

holm ligger på samma nivå som Halland, som har 9,2 procent äldre i befolkningen. Kalmar har den äldsta befolkningen men ligger på riksgenomsnittet för vårdtiden. Gränslänen Östergötland och Örebro har samma åldersandel (8,9%) men Örebro har 38 procent högre vårdtid per invånare än Östergötland. Det verkar således vara andra faktorer än bara demografi som spelar roll för antalet vård dagar.

Östergötland

Vårdplatser

Sedan år 2008 har Östergötland haft sammanlagt strax under 1100 vårdplatser på de fyra sjukhusen. År 2013 var antalet 1091 och 1090 år 2014. I tabell 2 framgår fördelning av vårdplatserna på olika centrum och på sjukhus.

Förändring i nationell jämförelse

Som framgår av det tidigare avsnittet om den historiska utvecklingen är dagens vårdplatsinnehåll inte densamma som gårdagens. I början av 1990-talet fanns betydligt fler vårdplatser i långtidsvård och inom psykiatri. Vårdplatserna minskade framförallt genom ett ökat ansvar för kommunerna inom dessa områden. Mätningen av vårdplatser mellan 1990 och 1996 visar att Östergötland följde nästan exakt samma utveckling som genomsnittet för landstingen i Sverige. År 1990 fanns 11,4 vårdplatser per 100 000 invånare både i Sverige och i Östergötland. Fram till år 1996 minskade antalet till 4,3 för Sverige och 4,2 för Östergötland. Därefter har antalet vårdplatser i Östergötland minskat något mer än Sverige i genomsnitt. År 2013 hade Östergötland 2,4 vårdplatser per 100 000 invånare jämfört med 2,6 för Sverige. Gävleborg hade år 2013 lägst antal, därefter Halland och Östergötland.

Beläggning

Medelbeläggning

I de politiska uppdragen för landstingets specialistkliniker anges

att en medelbeläggning på akuta vårdplatser på 90 procent är eftersträvarvärd för att effektivt och patientsäkert möta de akuta variationerna i vårdflöde inom akutvården. Medelbeläggning över 90 procent indikerar överbeläggningssituationer samt behov av utlokalisering av patienter till andra kliniker för att parera tillfälliga brister på vårdplatser vid enskilda kliniker. Östergötland följer sedan år 2011 varje månad medelbeläggningen på samtliga kliniker. Mätningen grundar sig på samma definitioner som i den nationella mätningen av överbeläggningar. Beläggningsgraden beräknas på antal upptagna sängar (inskrivna patienter) klockan 06.00 varje dygn i förhållande till disponibla vårdplatser. I tabell 3 redovisas medelbeläggningen beräknat sammantaget för varje sjukhus och för landstinget.

Resultaten för de sjukhusen totalt visar på en ökad medelbeläggning med 3,3 procentenhet mellan år 2011 och 2015. Den största ökningen har skett på US. I figur 5 visas den genomsnittliga medelbeläggningen månadsvis för Östergötland under åren 2012–2014.

Mätningen omfattar 36 månader. Det är bara under tre månader som medelbeläggningen legat under 90 procent. Kurvorna visar upp ett liknande mönster varje år; medelbeläggningarna är högst i början av året och under sommaren.

Överbeläggningar

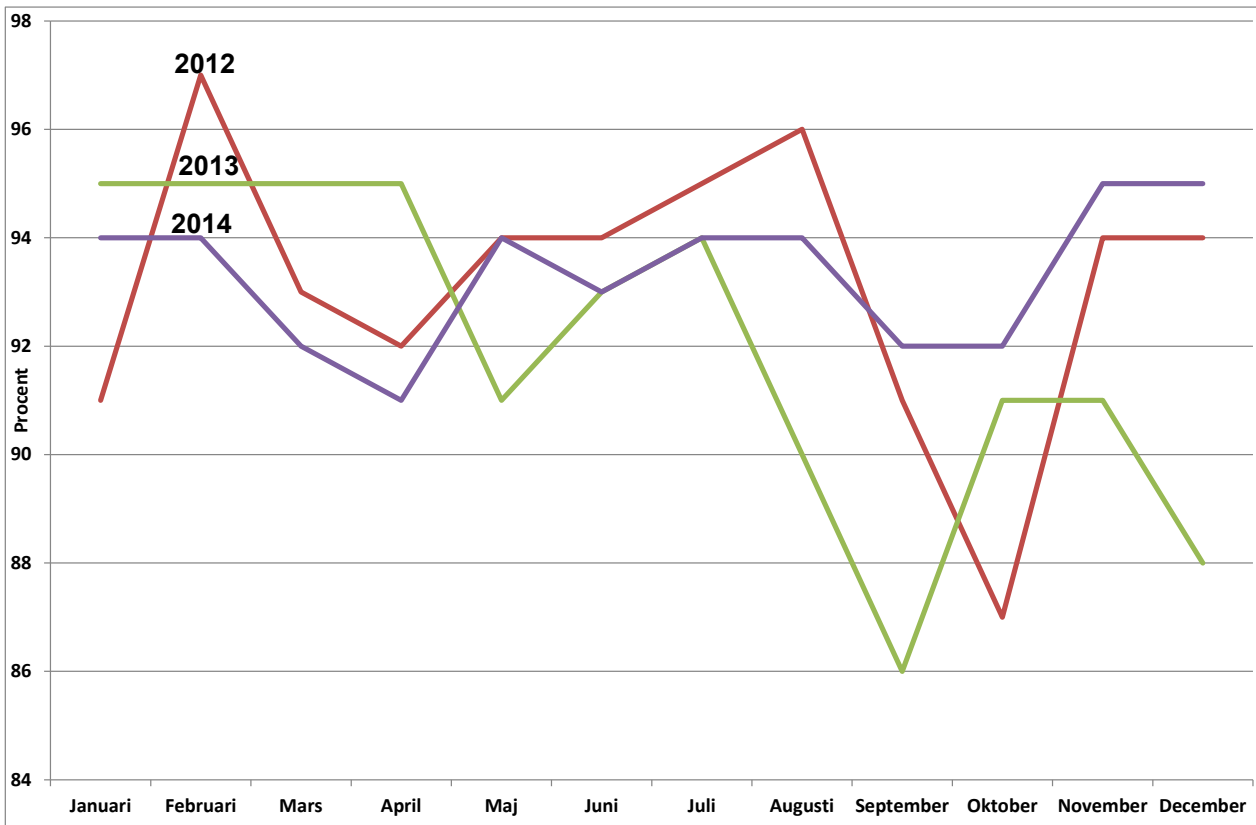
I figur 6 visas sammanlagt antal överbeläggningar och utlokaliserade patienter i genomsnitt för Sverige och för Östergötland från januari 2013 till och med maj 2015. Mätningen är gjord enligt den modell som finns beskriven i ett tidigare avsnitt i detta kapitel. Värdet antal innebär sammanlagt antal överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 vårdplatser i genomsnitt varje dygn under den aktuella månaden. Kurvorna över överbeläggning och utlokaliserade patienter toppar under sommaren och under vintern. Östergötland låg klart under sverigesnittet år 2013. Mellan åren 2013 och 2015 (i medeltal för varje år) har överbeläggningarna för sverigesnittet ökat med nio procent och utlokaliserade patienter med sex procent.

Centrum	US	ViN	LiM	NiF	Summa
Närsjukvård	128	134	167	14	443
Hjärt- och medicin	113	40			153
Barn- och kvinno	83	44			127
Kirurgi, ortopedi o cancer	146	60			206
Sinnes	108	30			138
Aleris			24		24
Summa	578	308	191	14	1091

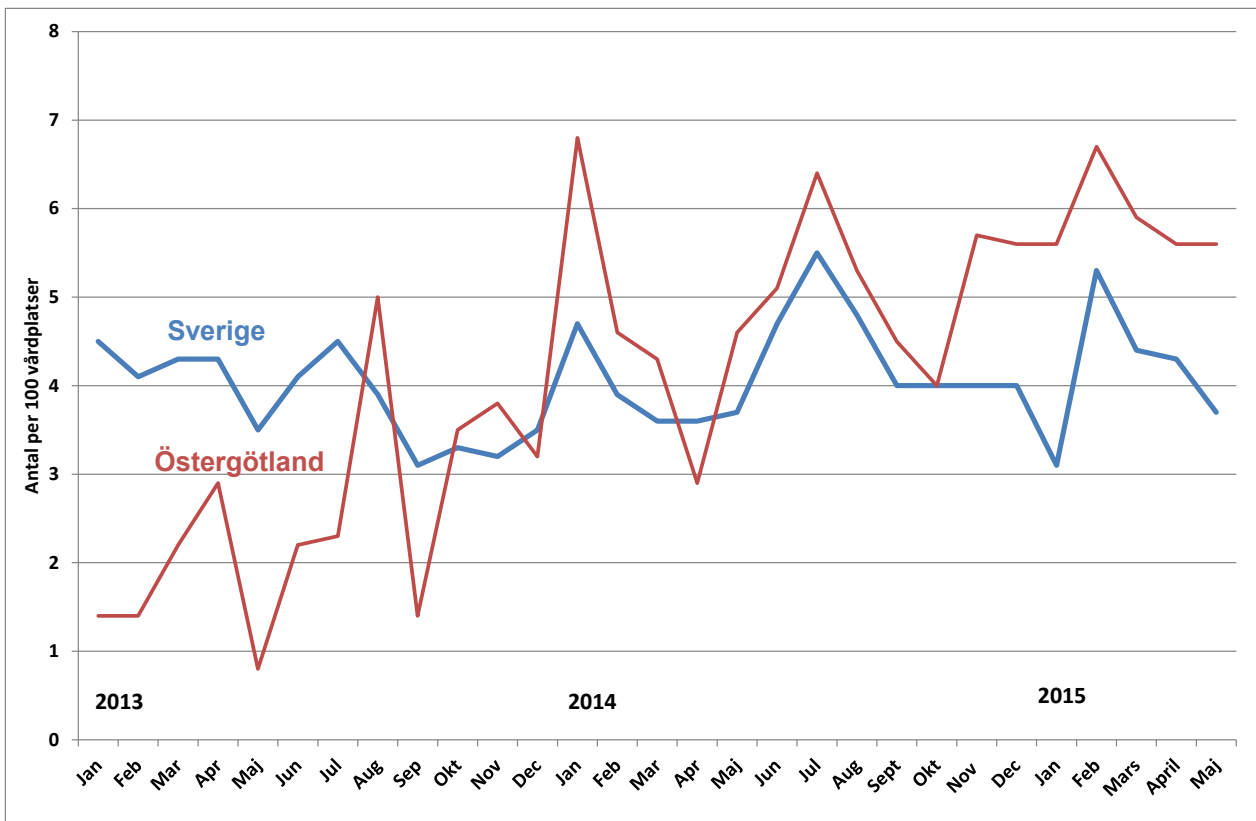
Tabell 2. Antal vårdplatser Östergötland per centrum och sjukhus år 2013

	År			
	2011	2013	2014	2015
US	87,9	92,2	93,5	94,5
ViN	93,7	92,1	93,2	91,8
LiM	92,5	92,0	93,7	91,6
NiF	84,8	83,6	79,3	74,5
Region Östergötland	89,7	92,0	93,2	93,0

Tabell 3. Medelbeläggning Region Östergötland 2011–2015 Källa: Region Östergötland (För år 2012 saknas jämförbar data)



Figur 5. Medelbeläggning Östergötland år 2011–2014. Källa: Region Östergötland



Figur 6. Antal överbeläggningar och utlokaliserade patienter vid sjukhus, genomsnitt för Sverige och Östergötland 2013–2015. Källa: SKL, Väntetider i vården (hemsida)

För Östergötland har överbeläggningarna ökat med 140 procent och utlokaliserade patienter fördubblats. Perioden januari–maj 2015 var sverigesnittet för överbeläggningar och utlokaliserade patienter 4,2 och för Östergötland 5,9. När man räknar på ett medelvärde för hela perioden 2013–2015 hade Universitetssjukhuset i Linköping högst antal överbeläggningar och utlokaliserade patienter i jämförelse mellan de tre akutsjukhusen i länet.

Patienter, vårdtid, vårdtillfällen och medelvårdtid

Östergötland följer samma mönster som Sverigesnittet när det gäller den ineliggande vården vid sjukhus under perioden 1996–2013. Vårdtid och medelvårdtid har minskat kraftigt medan antal vårdtillfällen ligger på samma nivå åren 1996 och 2013. I tabell 4 redovisas dessa mått i jämförelse med Sverigesnittet samt förändringen mellan 1996 och 2013.

Utgångsläget 1996 visar att Östergötland hade lägre värden än Sverigesnittet på samtliga mått: patienter, vårdtillfällen, vårdtid och medelvårdtid. Mellan 1996 och 2013 har Östergötland sänkt vårdtiden och medelvårdtiden mer än Sverigesnittet och skillnaden har här således ökat. Östergötland har emellertid inte minskat antal patienter och vårdtillfällen lika mycket som Sverigesnittet så här har skillnaden istället minskat.

På samma sätt som när det gäller vårdplatser har Östergötland i tabellen låga siffror per invånare i jämförelse med övriga landsting. Framförallt gäller det vårdtiden. Den är lägst av alla landsting, 19 procent lägre än sverigesnittet och nio procent lägre än det landsting med näst lägsta vårdtiden (Stockholm). Vårdtillfällen och medelvårdtid är näst lägst bland landstingen och när det gäller antalet patienter är Östergötland tredje lägst.

Färre vårdplatser och sänkta vårdtider – vad låg bakom?

Svag ekonomisk utveckling

Under den första halvan av 1990-talet hade Sverige en mycket svag ekonomisk utveckling. Åren 1990–1993 föll BNP med fem procent. Denna period betraktas av många mer som en depressionsliknande utveckling än en vanlig rejäl lågkonjunktur. En bred majoritet i riksdagen enades om flera sparpaket. Den svaga ekonomiska utvecklingen drabbade också hälso- och sjukvården. Skatteintäkterna i landstingen hade därtills hela tiden ökat och på samma sätt hade volymen och resurserna ökat. Mellan år 1994 och 1998 var skatteintäkterna oförändrade och minskade dessutom mellan några enskilda år. Landstingens volymökning i fasta priser blev negativ under åren 1994–1997.

Effektiviseringar i sjukhusvården

I Östergötland kom ekonomin i obalans och skulderna blev större än tillgångarna. ”Enda möjligheten att kunna hantera detta ansvarsfullt är att genom effektiviseringar och besparingar nå goda ekonomiska resultat de närmaste åren” (Från landstingets årsredovisning 1993). Den ineliggande sjukhusvården sågs som den största besparingspotentialen. En stor förändring av sjukhusvården var redan påbörjad genom att kommunerna hade tagit över ansvaret för stora delar av äldre vården och delar inom psykiatri.

Tekniksprång

Under 90-talet fortsatte de medicinska framstegen och förbättrade resultat. Inom kirurgin blev kostnadstrycket stort i samband smidigare operations- och behandlingsmetoder. Dagkirurgin utvecklades till exempel inom ögon- och kvinnosjukvården. Nya läkemedel minskade behovet av operationer.

Uppsägningar

Besparingar gjordes genom färre vårdavdelningar och reducering av personal. Varsel och uppsägningar inleddes under år 1993 fram till år 1996. Under perioden lämnade 800 personer i landstinget i Östergötland sina anställningar på grund av uppsägning. När man räknar in den naturliga avgången blev den sammanlagda reduceringen 1200 personer eller tio procent. Minskningen skedde i alla yrken förutom läkare som ökade med tre procent.

Antal per 100 000 invånare (förutom medelvårdtid)				
1996	Patienter	Vårdtillfällen	Vårdtid	Medelvårdtid
Sverige	10305	17087	125149	7,32
Östergötland	9660	15011	105224	7,01
2013	Patienter	Vårdtillfällen	Vårdtid	Medelvårdtid
Sverige	9446	15592	81861	5,25
Östergötland	8976	14013	66413	4,74
Förändring mellan 1996 och 2013				
Antal	Patienter	Vårdtillfällen	Vårdtid	Medelvårdtid
Sverige	-859	-1495	-43288	-2,07
Östergötland	-684	-998	-38811	-2,27
Procent	Patienter	Vårdtillfällen	Vårdtid	Medelvårdtid
Sverige	-8,3%	-8,7%	-34,6%	-28,3%
Östergötland	-7,1%	-6,6%	-36,9%	-32,4%

Tabell 4. Ineliggande vård vid sjukhus, jämförelse mellan Sverigesnitt och Östergötland åren 1996 och 2013. Källa: Socialstyrelsen

Den största minskningen i antal och procent skedde bland sjukvårdsbiträden, 415 anställda eller 60 procent.

Kortare medelvårdtid

Den stora minskningen av vårdplatser motsvarades inte av någon större minskning av inlagda patienter på sjukhus. Däremot förändrades behandlingsstrategin mot öppnare vårdformer. Vårdtiderna minskade genom att patienterna skrevs ut tidigare till hemmet eller andra vårdformer. Denna förändring ställde i sin tur krav på att det skulle vara lätt att åter få kontakt med sjukhuset vid förändrat medicinskt tillstånd. Ansatsen var att öka flexibiliteten mellan slutet och öppen vård genom att öka den specialiserade öppenvården. Ett sådant område var den psykiatriska vården.

Vård i hemmet

Tidig hemgång efter förlossning hade redan inletts och enstaka vård dagar på sjukhus blev nu det normala för nyförlösta mammor. Den avancerade hemsjukvården utvecklades ytterligare. Den palliativa vården för framförallt cancerpatienter i livets slutskede fick en större omfattning i länet. Men den avancerade hemsjukvården kom också att omfatta andra sjukdomar för patienter som tidigare hade behövt ligga inne på sjukhus. Det gällde till exempel patienter med hjärtsjukdomar, KOL-patienter och andra sjukdomstillstånd som kunde skötas i patientens hem. Andra byggstenar var olika former av tidig rehabilitering som dagpatient eller i det egna hemmet samt öppenvårdsteam och mottagningsar för patienter med demenssjukdomar och psykisk ohälsa. En utbyggnad skedde också av primärvården i samband med att husläkarsystemet infördes 1994.

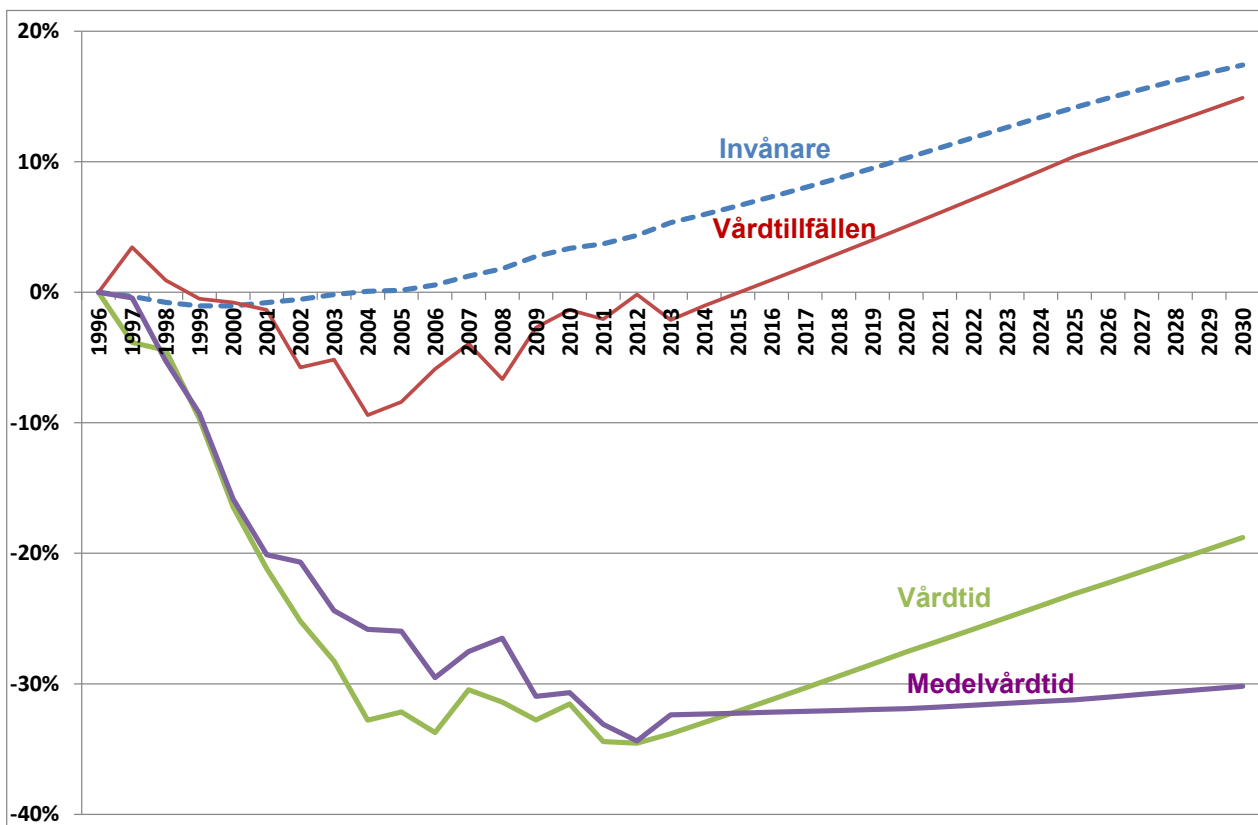
Scenarier för utvecklingen fram till år 2030

1996–2030

I detta avsnitt görs volymeräkningar om utvecklingen i Östergötland av den inlagda vården mellan 2014 och 2030 och som kopplas på den faktiska utvecklingen mellan 1996 och 2013. I slutet av det tidigare kapitlet "Vårdbehov och förväntningar" redovisas metoden mer utförligt. Följande kan här sägas om metoden:

Vid simulering av framtiden är det brukligt att hålla så många faktorer som möjligt oförändrade för att tydligare se konsekvenserna av att variera de parametrar man undersöker. I detta fall är det vårdtid som påverkar antal vårdplatser. I metoden används landstingets register över vårddata tillsammans med SCB:s befolkningsprognos från år 2014 över antal invånare i ettårsåldersklasser fram till år 2030. Beräkningarna bygger på patienter och invånare boende i Östergötland. Scenariorna i diagrammen och tabellerna baseras på dagens vårdstruktur och vårdkedjor. Det innebär att patienterna antas ta om hand och behandlas på samma sätt framöver som i dagsläget, oavsett om sjukligheten har ett nytt mönster eller om vården är annorlunda organiserad. Figur 7 visar den "raka beräkningen" av framtida vårdtillfällen, vårdtid och medelvårdtid. Ingångsvärdena för år 1996 är basen och utgör utgångspunkten för den fortsatta procentuella utvecklingen.

Utvecklingen fram till och med år 2013 bygger på faktiska värden. Scenariot för den framtida utvecklingen bygger på den demografiska prognosen samt att sjukdomsförekomst och behandlingsstrategier är samma som idag. I delrapportens två kapitel "Demografisk utveckling" och "Äldres hälsa, vård och omsorg" finns fakta om den demografiska utvecklingen och den snabba



Figur 7. Förändring av den inlagda vården och antal invånare Östergötland 1996–2030. Källa Socialstyrelsen, SCB samt Utdatavård, Region Östergötland

ökning som nu startar av antalet och andelen personer 75 år och äldre. Kurvorna i figur 7 över vårdtillfällena och vårdtid speglar denna förändring mellan åren 2013 och 2030. Beräkningarna visar en ökning av:

- 50 000 invånare, eller 12 procent
- 12 000 vårdtillfällen, 12 procent
- 64 000 vårdtygn, 22 procent
- Medelvårdtiden med 0,13 dag eller 3 procent

Detta scenario innebär att vårdtiden skulle vara tillbaka på samma nivå som år 2000 och medelvårdtiden på samma nivå som år 2009. Längre fram i detta kapitel analyseras hur ökat antal äldre påverkar den ineliggande vården i denna prognos.

Fyra scenarier om vårdtid

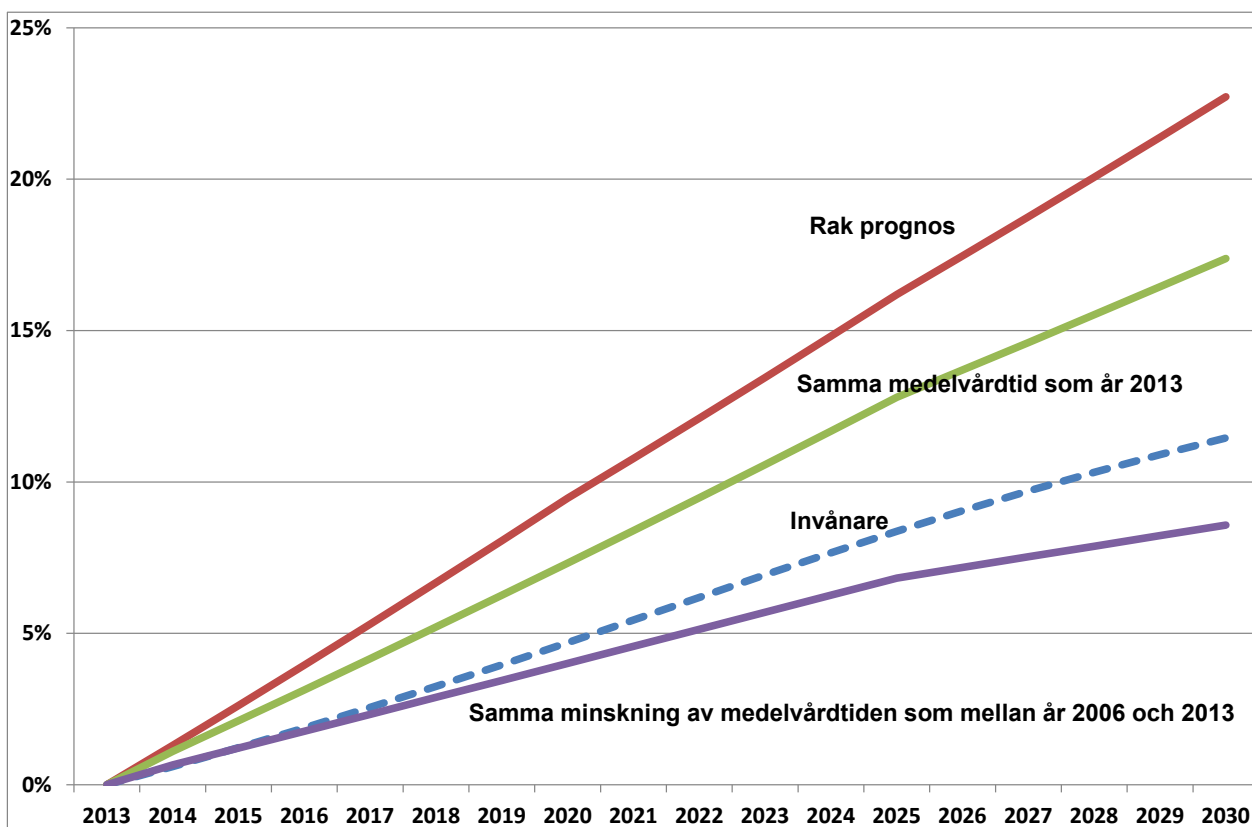
Analys av tidigare prognoser har visat att framtidsberäkningar av vårdtillfällen har stämt med den demografiska utvecklingen när det verkliga utfallet har jämförts med den prognos som togs fram. I figur 8 beskrivs tre scenarier om utvecklingen av vårdtiden fram

till år 2030. För samtliga kurvor i diagrammet är det samma ökning av antal invånare och vårdtillfällen som i figur 7 ovan.

Utöver den raka prognosen som även finns i figur 7 illustreras även två andra prognoser. I tabell 5 redovisas effekter för de tre prognoserna samt en fjärde prognos där vårdtiden förblir densamma som år 2013 genom att medelvårdtiden minskas.

I de fyra prognoserna i tabellen är det samma värden för invånare och vårdtillfällen som i ovanstående figurer 7 och 8.

- I den **raka prognosen** ökar medelvårdtiden med 0,13 dygn till 4,55. Vårdtiden ökar med 22 procent vilket motsvarar 240 vårdplatser (1100 befintliga vårdplatser multiplicerat med 22 procent)
- Om **medelvårdtiden hålls kvar** på samma nivå som år 2013 ökar vårdtiden med 18 procent vilket motsvarar 195 vårdplatser
- Om **medelvårdtiden minskar** till 4,00 vårdtygn ökar vård-



Figur 8. Tre scenarier om utveckling av vårdtid Östergötland 2013–2030

Alternativa scenarier	År 2013			År 2030			Förändring mellan år 2013-2030		
	Vårdtillfällen	Vårdtid	Medelvårdtid	Vårdtillfällen	Vårdtid	Medelvårdtid	Vårdtid Antal	Procent	Vårdplatser Antal
Rak prognos	67 000	296 000	4,42	79 000	360 000	4,55	64 000	22%	240
Samma medelvårdtid som år 2013	67 000	296 000	4,42	79 000	349 000	4,42	53 000	18%	195
Minskning av medelvårdtiden	67 000	296 000	4,42	79 000	316 000	4,00	20 000	7%	85
Samma vårdtid som år 2013	67 000	296 000	4,42	79 000	296 000	3,75	0	0%	0

Tabell 5. Effekter beräknat i fyra prognoser om vårdtid Östergötland 2013–2030

tiden med 7 procent vilket motsvarar 85 vårdplatser

- Om **vårdtiden ska hållas kvar** på samma nivå måste medelvårdtiden minska från nuvarande 4,42 vårddygn till 3,75 vårddygn

Medelvårdtid

I tabell 6 redovisas medelvårdtid för olika sjukdomsgrupper uppdelat i fem åldersgrupper samt totalt sorterat från högst till lägst medelvårdtid. I den sista kolumnen längst till höger anges för varje sjukdomsgrupp andelen av den totala vårdtiden. I den sista raden anges för varje sjukdomsgrupp andelen av den totala vårdtiden. Medelvårdtiden är kvoten av antal vårddygn och antal vårdtillfällen.

Huvuddiagnoserna är klassificerade enligt ICD-10. Den internationella sjukdomsklassifikationen ICD är en statistisk klassifikation med diagnoskoder för att gruppera sjukdomar och dödsorsaker för att kunna göra översiktliga statistiska sammanställningar och analyser. I åldersgruppen 0–19 år står huvuddelen av Faktorer av hälsobetydelse för nyfödda barn. Tabellen bygger på 68 000 vårdtillfällen och 300 000 vårddygn för patienter boende i Östergötland. Vårdtillfällen för patienter inom Rättspsykiatri är

exkluderade (28 vårdtillfällen och 10 600 vårddygn). Medelvårdtid för Psykiska störningar redovisas därför enbart på totalnivå

Den genomsnittliga medelvårdtiden beräknad på samtliga sjukdomsgrupper var 4,5 dygn år 2014 (År 2013 var medelvårdtiden 4,4, se tabell 5). Den högsta medelvårdtiden hade patienter med psykiska sjukdomar (11,3) och den lägsta hade patienter med öronsjukdomar (2,0). Medelvårdtiden ökar med högre ålder. En analys har gjorts av vårdtid för utskrivningsklara patienter vilka ingår som underlag i tabellen. Den sammanlagda vårdtiden var 20 500 vårddygn. Om dessa vårddygn reduceras i tabellen blir medelvårdtiden för åldersgruppen 75 år och äldre 4,7 och för gruppen totalt 4,1.

Analys av framtida utveckling av vårdtid

Utvecklingen i Östergötland från 1996 och framåt visar att antal inläggningar på sjukhus (vårdtillfällen) någorlunda följer den demografiska utvecklingen. Och det gäller när både antalet invånare blir fler och när andelen äldre i befolkningen ökar. När man följer förändringen av vårdtiden uppstår inte samma konsekventa förändring. En remarkabel minskning skedde under tio år mellan 1996 och 2006. Därefter och fram till år 2013 har

Sjukdomsgrupp	Åldersgrupp och medelvårdtid					Totalt	Andel vårdtid av total vårdtid
	0-19 år	20-44 år	45-64 år	65-74 år	75 år-		
Psykiska störn						11,3	12,4%
Sjdi hjärnkärl	2,0	8,2	9,2	7,9	8,8	8,6	4,3%
Hud sjd	2,4	3,6	4,4	8,1	10,8	6,4	1,2%
Perinatale tillst	6,4					6,4	1,9%
Hjärtsvikt	2,6	2,9	5,6	5,4	6,6	6,2	2,3%
Tumörer	6,3	4,1	5,2	6,3	6,7	6,0	10,0%
Infektioner	2,7	4,0	4,3	6,8	8,0	5,9	3,3%
Andningsorg sjd	2,5	3,4	4,3	5,8	6,6	5,2	6,7%
Skador o förgiftn	1,4	2,5	3,7	5,7	7,7	4,9	10,5%
Sjd i urin o könsorg	2,3	3,0	3,7	4,3	5,8	4,4	4,5%
Övr sjd i cirkorg	9,5	4,1	3,2	3,8	4,8	4,3	5,7%
Matsmäln sjd	3,3	2,8	3,8	5,0	5,4	4,2	6,8%
Muskuloskeletala sjd	3,9	3,1	3,5	3,5	5,1	4,0	4,6%
Medfödda missb	4,2	2,4	3,5	6,6	1,5	3,9	0,7%
Hjärtsjd		2,8	3,4	3,9	4,3	3,9	3,2%
Nervsyst sjd	3,1	2,5	3,7	4,7	5,1	3,8	2,7%
Endokrina sjd	4,0	2,3	3,1	4,9	5,8	3,8	1,8%
Blodsjd/Immunsyst rubbn	5,5	3,0	3,9	3,3	3,9	3,7	0,7%
Symptom o sjdtillstånd	1,7	1,6	1,9	2,7	3,5	2,6	5,2%
Sjd i ögat	1,6	3,1	2,2	2,3	3,1	2,5	0,4%
Fakt av hälsobetydelse	1,9	2,2	2,6	3,4	4,2	2,3	6,4%
Grav o förlossn	2,1	2,1	3,5			2,1	4,2%
Sjd i örat	1,7	1,5	2,1	1,7	2,8	2,0	0,2%
Totalt	2,9	3,8	4,3	4,9	5,9	4,5	100,0%
Andel vårdtid av total vårdtid	10%	17%	17%	19%	37%	100%	

Tabell 6. Medelvårdtid för sjukdomsgrupper uppdelat på åldrar, Region Östergötland år 2014. Källa: UtdataVård, Region Östergötland

För fler vård dagar	Faktor	Mot fler vård dagar
	Befolkningsansvar	
Utvidgning av vårdåtagandet		Begränsning av vårdåtagandet
	Demografisk utveckling	
Fler invånare		
Kraftig ökning av äldre		
	Hälsa	
Ökad ohälsa		Förebyggande insatser
Nytt sjukdomsmönster		
	Undvikbar slutenvård	
Undvikbar slutenvård ökar		Undvikbar slutenvård minskar
	Nya behandlingsmöjligheter	
Fler patienter behandlas		Fler i dagkirurgi
		Nya effektiva läkemedel
	Öppnare vårdformer	
		Fokus på hemsjukvård och andra öppna vårdformer
	Vårdprocesser	
Ökad vårdtyngd		Bättre planering och snabbare genomströmning
Mer arbetskrävande insatser		
	Överbeläggningar	
Försenad behandling		
	Vårdskador	
Vårdskadorna ökar		Vårdskadorna minskar
	Antibiotikaresistens	
Längre vårdtider		
Tidigare behandlingar i öppen vård kräver sjukhusvård		
	Personal och kompetens	
Högre personalomsättning		
Brist på kompetent personal		
	Samverkan med kommunerna	
Utskrivningsklara ökar		Utskrivningsklara minskar
		Rehabilitering och hemsjukvård

Figur 9. Faktorer som talar för och mot minskade vårdtider i framtidens inläggande sjukhusvård

vårdtiden varit ganska konstant medan antal vårdtillfällen ökat ungefär lika mycket i procent som antal invånare. Det innebär att medelvårdtiden samtidigt minskade. Mellan år 2013 och 2014 ökade vårdtiden procentuellt mer än vårdtillfällen och samma utveckling syns för år 2015. Det innebär att medelvårdtiden har ökat, liksom vårdtid per vårdplats.

Vad är mest sannolikt framöver? Vilka faktorer talar för att vårdtiden vid sjukhusen ökar? Vilka förutsättningar finns och vad krävs för att hålla nere vårdtiden? I nedanstående sammanställning i figur 9 görs en analys och reflektioner vad som ligger i vågskålarna för och emot ökad vårdtid. Många faktorer är dock av en sådan karaktär att det är svårt att avgöra hur stor tyngden är och i vilken grad påverkan kan ske. Det finns heller ingen som har talang att förutsäga genombrott – eller sammanbrott – som ställer förutsättningarna och prognoserna på ända. Efter den inledande analysen görs en fördjupning inom några strategiska områden som har betydelse för den kommande utvecklingen av vårdtid och vårdplatser. Figur 9 illustrerar de faktorer som påverkar för och mot ökad vårdtid. Faktorerna ligger inom tre block: in, under och ut från sjukhus.

Figuren illustrerar att det finns många faktorer som påverkar vårdtiden på sjukhus. Den första rutan innehåller faktorer som styr själva intagningen på sjukhus. Hur många individer som läggs in påverkar förstas den sammantagna vårdtiden. Ju fler som läggs in desto större sannolikhet är det att den sammanlagda vårdtiden ökar och därigenom också behovet av vårdplatser. I den andra rutan finns sådana faktorer som sker under vårdtiden och i den sista rutan i samband med att patienterna är utskrivningsklara.

Vem styr vårdtiden?

Det finns också ytterligare ett perspektiv i ovanstående modell: Vem styr och äger möjligheten att förändra – i de fall det finns en sådan möjlighet?

- Befolkningsansvaret styrs av lagar och regler samt av nationella överenskommelser mellan landstingen. Men befolkningsansvaret styrs också av politiska tillämpningar i det enskilda landstinget. Det kan handla om en begränsning av vårdåtagandet genom till exempel prioriteringsbeslut, likaså en utvidgning av vårdåtagandet.
- Den andra nivån i ansvaret kan sägas ligga både på politiken och på landstingsledning. Exempel är att skapa öppnare vårdformer vilket ofta fordrar system- och resursförändringar där såväl slutet som öppen vård är involverade. Ett välkänt faktum är också att vårdplatsutbudet också styr möjlighet till inläggning och vårdtid.
- Den tredje nivån är samverkan med kommunerna. Det handlar till exempel om utskrivningsklara patienter där åtgärder måste ske både mer övergripande på tjänstemannanivå och i samarbetet mellan vårdgivare inom landstinget och kommunerna.
- Den fjärde nivån finns inom den verksamhetsanknutna kliniska vardagen, ibland tillsammans med andra vårdgivare. Hit hör förebyggande insatser, minska vårdskador och undvikbar slutenvård samt bättre planering och snabbare genomströmning av patienter.
- Den femte nivån kan benämnas omvärldsfaktorer som det är svårt att styra över. Exempel är fler invånare, ökning av antalet äldre samt ökad smittspridning orsakade av bakterier som inte klaras med vanlig antibiotika.

Vilka möjligheter och vilken potential finns att korta vårdtiden? Beräkningar visar att en reduktion av vårdtiden med 20 pro-

cent av vardera gruppen utskrivningsklara patienter, undvikbar slutenvård och vårdrelaterade infektioner skulle minska den sammanlagda vårdtiden med cirka 15 000 vårddygn eller cirka fem procent av vårdtiden år 2014.

Bakomliggande faktorer

I det nedanstående beskrivs först ett antal av faktorerna från figur 9 mer översiktligt. Därefter görs en mer ingående analys av faktorer som har särskild betydelse för den framtida vårdtiden och vårdplatserna. Det gäller demografisk utveckling, utskrivningsklara patienter, undvikbar slutenvård, vårdrelaterade infektioner, antibiotikaresistens och utbrott av pandemi.

Hälsa

Mer uppmärksamhet och tidiga förebyggande satsningar kan få stor betydelse inom sjukdomsgrupper med stor volym och höga kostnader. Förbättrade hälsofrämjande insatser inom till exempel hjärtsjukvården, cancersjukvården och inom ortopedin kan möjligen skjuta upp och komprimera vårdbehoven. Många av de äldre som kommer till akutmottagningen är väldigt sjuka men det skulle de inte behöva bli om man arbetar mer proaktivt. Det är här viktigt att vässa kommunens och primärvårdens insatser för de äldre.

Nya behandlingsmöjligheter

Nya behandlingsmetoder kan betyda att behandlingar kan göras i öppnare vårdformer. Det kan också innebära genombrott för patientgrupper som inte tidigare kunnat behandlas får avancerad behandling i den ineliggande sjukhusvården. Även indikationer kan förändras så att till exempel allt äldre patienter kan genomgå behandlingar som tidigare inte utförts i denna åldersgrupp. Antal operationer i slutet vård per invånare har ökat med 30 procent mellan år 1998 och 2012 och antalet vårdtillfällen med 18 procent. Många behandlingar som förut inneburit att patienten behövt läggas in på sjukhus klaras i allt högre grad utan att patienten behöver läggas in. En jämförelse kan göras mellan operationer i slutet vård och i dagkirurgi för åren 2006–2012. Siffrorna visar att operationerna i slutet vård ökade med 13 procent och dagkirurgi med 56 procent. Av samtliga 20 700 operationer per 100 000 invånare år 1998 stod dagkirurgi för 62 procent. Motsvarande andel av samtliga 27 500 operationer år 2012 var 69 procent.

Öppnare vårdformer

Mer vård kan ske i hemmet och ökad flexibilitet mellan slutet och öppen vård genom nya behandlingssätt, läkemedel och medicinteknisk behandling. Läkare åker hem till äldre med stora vårdbehov i stället för att de äldre ska behöva åka in till sjukhuset.

Effektivare vårdprocesser

Korta vårdtider är eftersträfvansvärt för de flesta. Ett antal olika åtgärder har prövats för att förbättra vårdflödet när väl patienten är inlagd på sjukhuset för behandling. Det handlar om vårdplatskoordinatörer, triage, biståndsbedömare, lean-metoder och vårdkedjor. Särskilda team tar hand om de äldre som kommer in på akutmottagningen och försöker genom olika åtgärder se till att inläggningar undviks. Nya individuella rondrutiner skapas så att patienter skrivs ut kontinuerligt över dygnet. Planeringen för hemgång startar direkt när patienten läggs in. En bedömning görs av vilket behov av vård och omsorg som förväntas finnas vid

hemgång och vilka kontakter som behöver tas för att ordna detta. Kontakterna tas med anhöriga, patientens hemkommun och andra vårdgivare så tidigt som möjligt. Då kan allt vara förberett och klart för hemgång när patienten är medicinskt redo för det.

Samverkan med kommunerna

Det finns många exempel där sjukhus och kommunerna har hittat samverkansformer som minskar onödig vårdtid på sjukhus. Ett exempel är korttidsenheter som öppnar i sjukhusets lokaler där utskrivningsklara patienter vistas upp till två veckor. Kommunens sjuksköterskor och undersköterskor tar över ansvaret, de äldre rehabiliteras och deras bostäder anpassas till nya behov.

Demografisk utveckling

Vad innebär den demografiska utvecklingen?

De viktigaste demografiska faktorerna för den ineliggande sjukhusvården är att antalet invånare blir fler och att antalet och andelen invånare i befolkningen 75 år och äldre ökar kraftigt (Se kapitel "Demografisk utveckling"). Man kan belysa skillnaden mellan två tioårsperioder i Östergötland enligt följande:

- Mellan åren 2003 och 2013 ökade antalet invånare:
- Totalt med 21 000 eller 5,5 procent till 438 000 invånare
 - 75 år och äldre med 1 000 eller 2 procent till 39 000 invånare

- Mellan åren 2020 och 2030 beräknas antalet invånare öka:
- Totalt med 30 000 eller 6,5 procent till 488 000 invånare
 - 75 år och äldre med 12 000 eller 26 procent till 59 000 invånare

Den största skillnaden mellan de två tioårsperioderna gäller invånarna 75 år och äldre. Under perioden 2003–2013 var det knappt någon ökning alls (709 personer för att vara mer exakt). Under perioden 2020–2030 ökar enligt prognosen denna åldersgrupp 17 (sju) gånger mer. Figur 10 visar vårdtiden per invånare för fem åldersgrupper samt totalt för åren 2010–2013.

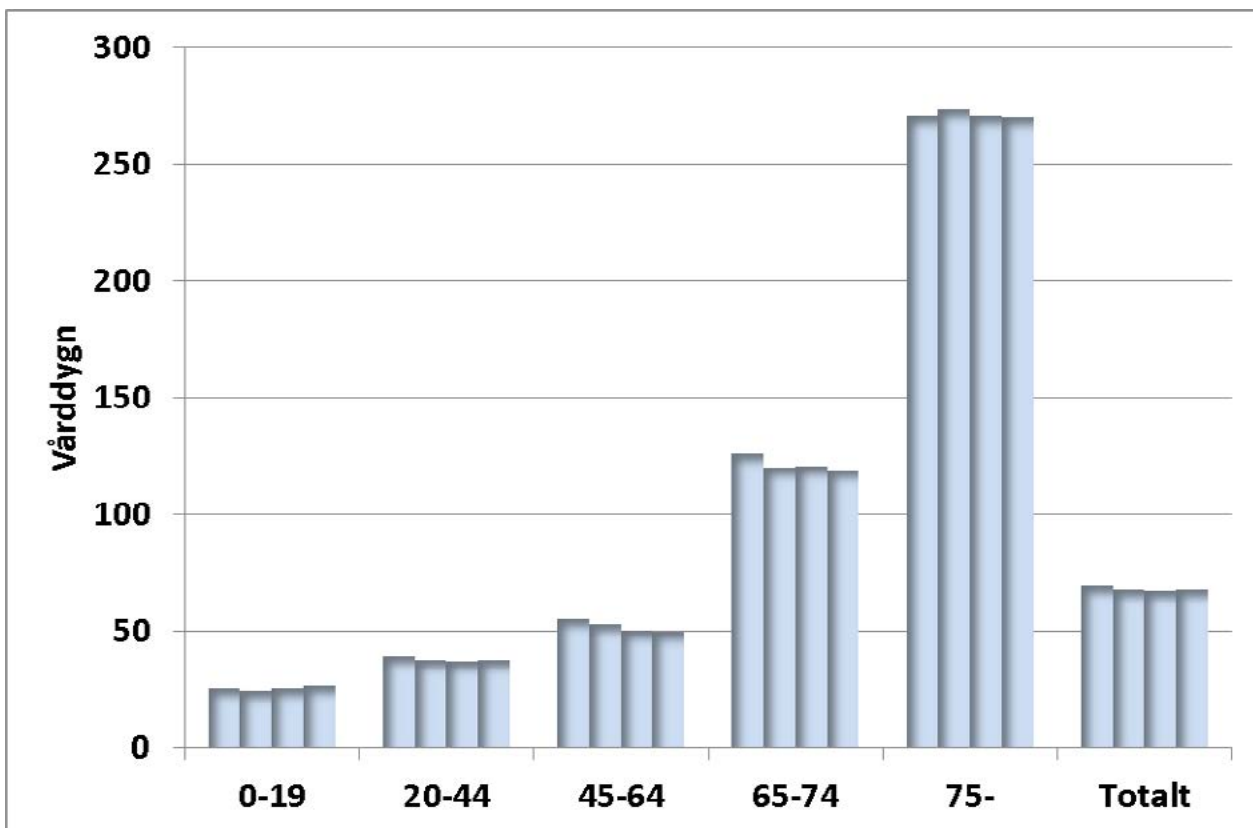
Vad är viktigast för prognosen?

Ovanstående staplar illustrerar två grundläggande förhållanden som har betydelse för prognosen om framtida vårdtid. Det första kan man kalla "den biologiska konstanten". Vårdtiden har varit i stort sett densamma under de fyra senaste åren totalt per invånare men också när analysen görs i åldersgrupper. Samma konstanta resultat gäller för hur många individer per invånare som läggs in, antal vårdtillfällen och medelvårdtid.

Det andra förhållandet tydliggör något som kan sägas motsvara en så kallad exponentiell effekt, vilket i huvudsak styr ökningen av vårdtiden. Det innebär att en stor ökning av antal invånare med hög vårdtid får ett stort genomslag på den totala vårdtiden. Den genomsnittliga vårdtiden per 100 invånare för åldersgruppen 45–64 år har legat på omkring 50 dagar de senaste åren. För åldersgruppen 75 år och äldre har motsvarande vårdtid varit 270 dagar, det vill säga mer än fem gånger högre.

Hur stor är ålderseffekterna för vårdtiden?

I den inledande texten i detta avsnitt visades den framtida ökningen mellan åren 2020 och 2030 av antal invånare totalt och i åldersgruppen 75 år och äldre. Denna åldersgrupp står för 40 procent av den totala befolkningsökningen. Andelen 75-åringar



Figur 10. Antal vårddygn (vårdtid) per 100 invånare i åldersgrupper under fyra år mellan 2010 och 2013, Region Östergötland. Källa: UtdataVård, Region Östergötland

i befolkningen ökar från 10 procent år 2020 till 12 procent år 2030. Motsvarande andelar vad gäller vårdtid för 75 år och äldre på sjukhusen beräknas bli från 38 till 44 procent. Att vårdtidsandelen ökar mer än befolkningsandelen beror således på att äldre har längre vårdtid än invånarna i genomsnitt. Prognosen för åren 2020–2030 innebär att vårdtiden i Östergötland ökar med 38 000 vårddygn varav åldersgruppen 75 år och äldre står för 97 procent av denna totala ökning.

Utskrivningsklara patienter

Vad innebär utskrivningsklara patienter?

Ädel-reformen genomfördes 1992 och innebar att kommunerna fick det samlade ansvaret för såväl omsorgen som den långvariga somatiska vården till äldre. Samtidigt infördes ett kommunalt betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Kommunen har betalningsansvar för patienter som är utskrivningsklara och för vilka en vårdplan upprättats. Ligger patienten kvar på sjukhus när fem vardagar har gått måste kommunen betala för vårddyggen. En patient är utskrivningsklar om den behandlande läkaren bedömer att patienten inte längre behöver vård vid en enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård. Avgiften för vårdplatsen fastställs av regeringen. Syftet med lagen är att stimulera kommuner och landsting att använda tillgängliga resurser på bästa sätt. Hälso- och sjukvård, omsorg och stöd i öppna former ska finnas i sådan omfattning, inom landstinget och i kommunen, så att patienter inte blir kvar inom slutenvården längre än nödvändigt.

Vilka är Östergötlands resultat?

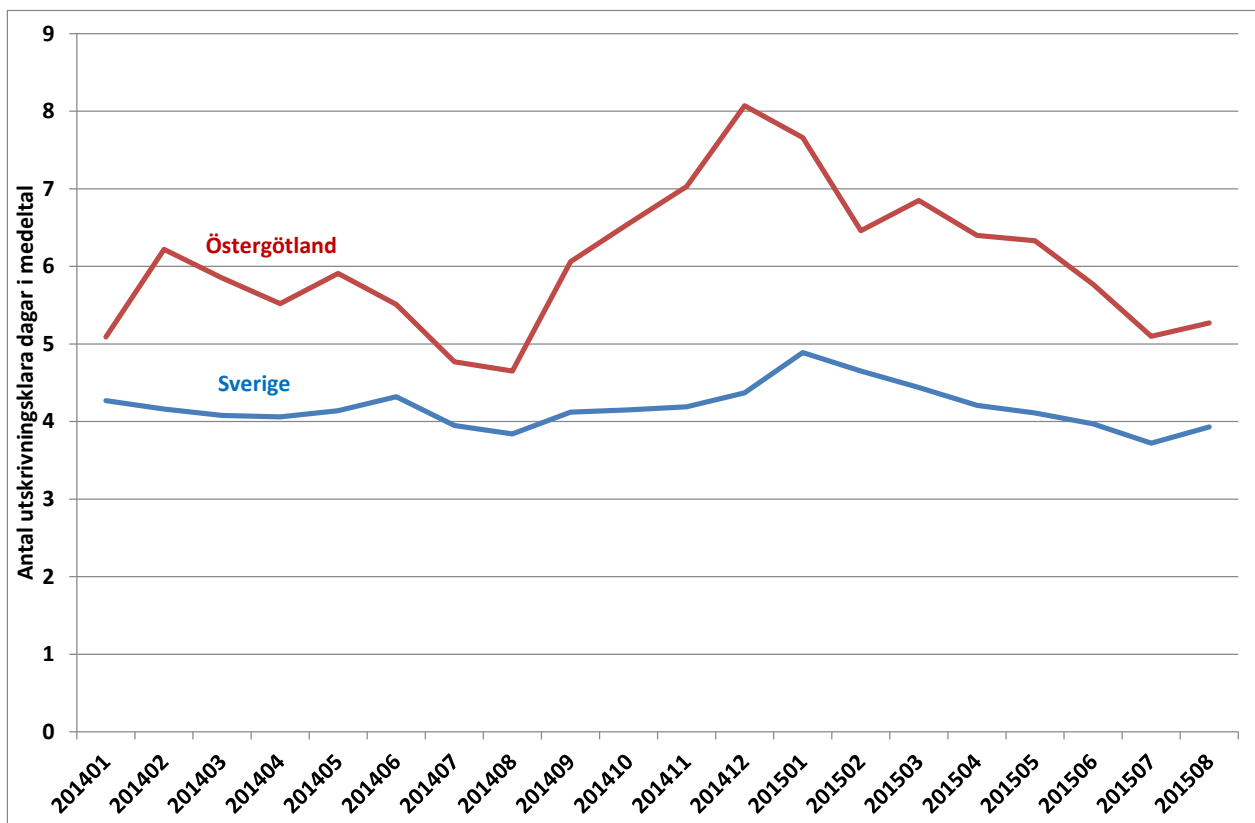
Sedan år 2014 rapporterar alla landsting till SKL antalet vårddygn på sjukhus för utskrivningsklara patienter över 65 år. Under

år 2014 hade sjukhusen i Östergötland 3 500 vårdtillfällen med sammanlagt 20 600 vårddygn där patienterna varit utskrivningsklara. Den genomsnittliga vårdtiden var 6 dagar. Vårdtillfällen vid sjukhusen för utskrivningsklara patienter utgjorde fem procent av samtliga vårdtillfällen och sex procent av vårdtiden. Man kan också räkna på enbart patienter 75 år och äldre. Då utgjorde utskrivningsklara patienter 18 procent av vårdtiden för denna åldersgrupp. Figur 11 illustrerar utvecklingen av antal utskrivningsklara dagar i medeltal per månad för Östergötland och Sverige mellan januari 2014 och augusti 2015.

Östergötland har under samtliga månader haft fler utskrivningsklara dagar i medeltal än genomsnittet för samtliga landsting. Räknat på samtliga månader var snittet per månad 6,1 dagar för Östergötland och 4,2 dagar för Sverige.

Vad kan man iaktta?

I de flesta landsting pågår samverkansarbete med kommunerna, men utskrivningsklara patienter är fortfarande en källa till irritation mellan huvudmännen. En ytterligare utmaning är att hantera den stora snabba ökningen av 40-talister som närmar sig 80 år – den fjärde åldern då man blir allt mer beroende av kommunens insatser för att få ett drägligt liv. De vanligaste orsakerna till att patienter ligger kvar på sjukhus är väntetid till plats på korttidsboende. Men rutinen att skicka patienter till korttidsboende kan vara en del av problemet. En del kommuner har bytt strategi för att snabbare lyckas ta hem sina invånare från sjukhus. Man låter patienterna återvända till sina egna hem och sätter in mycket hemtjänst. Än viktigare än kostnader är vad som är bäst för patienterna. Sjukhus är ingen bra plats att vara på. Personalen har god kompetens på att ställa diagnos och inleda behandling



Figur 11. Antal utskrivningsklara dagar i medeltal per månad för Östergötland och Sverige mellan januari 2014 och augusti 2015. Källa: Kvalitetsportal (hemsida)

men har mindre erfarenhet att rehabilitera och ge palliativ vård. Patienternas fortsatta behov bedöms bäst i sin hemmiljö.

Vad innebär förslaget från den statliga utredningen?

En särskild regeringsutredare har genomfört en översyn av lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, förkortat betalningsansvarslagen. Utredningen lämnade sitt betänkande våren 2015, "Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård". I det följande görs en kort sammanfattning av utredningens förslag.

Det finns en tämligen bred enighet om behovet av att åtgärda problemen med patienter som blir kvar onödigt länge i slutenvården. Samtidigt finns intressekonflikter mellan olika parter avseende vad som behöver åtgärdas för att komma tillrätta med problemen. Den nuvarande betalningsansvarslagen ger inte huvudmännen tillräckliga incitament och verktyg för att åtgärda problemen. Lagen ger för svaga incitament för kortare väntetider och vårdplaneringsprocessen är inte anpassad efter de arbetssätt och behov som finns i dag. Planeringen blir inte det effektiva sätt att hålla samman den enskildes insatser som skulle behövas. Utredningen föreslår att nuvarande betalningsansvarslag upphävs och ersätts av en ny lag – Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård. Syftet med den nya lagen är att patienter som inte längre har behov av den slutna vårdens resurser så snart som möjligt ska kunna lämna slutenvården på ett tryggt sätt. Patienter ska inte vara på sjukhus när de inte behöver. Målgruppen för den föreslagna lagen är patienter som efter utskrivning från den slutna vården behöver insatser från den kommunalt finansierade socialtjänsten eller hälso- och sjukvården och som också kan ha behov av insatser från den landstingsfinansierade öppna vården, inklusive primärvården.

I den nya lagen föreslås en förändrad planeringsprocess. Behandlande läkare i slutenvård ska inom 24 timmar efter att patienten skrivits in underrätta berörda enheter genom ett inskrivningsmeddelande. En samordnad individuell plan ska tillämpas i planeringsarbetet. Den enhet i den öppna vården som har fått ett inskrivningsmeddelande ska svara för att patienten har en fast vårdkontakt. Den fasta vårdkontakten ansvarar för att kalla berörda enheter till samordnad individuell planering. Lagen ska säkerställa vissa nödvändiga principer och regler. I första hand ska huvudmännen komma överens om gemensamma riktlinjer för samverkan. Om inte huvudmännen kommer överens föreslår utredningen en "back-up-lösning". Den innebär att det kommunala betalningsansvaret inträder tre dagar (för närvarande fem vardagar) efter att behandlande läkare i slutenvård underrättat berörda enheter om att patienten är utskrivningsklar. Regelverket kring fristdagar blir lika för alla patienter. Det innebär att patienter som vårdas i psykiatrisk slutenvård (undantaget Rättpsykiatri) inte längre får avvikande regler. Varje år ska det finnas ett nationellt fastställt belopp som kommunerna ska betala om huvudmännen inte kommit överens om annat.

Undvikbar slutenvård

Vad innebär undvikbar slutenvård?

Indikatorn undvikbar slutenvård bygger på antagandet att om patienter med de utvalda sjukdomstillstånden/diagnoserna får ett optimalt omhändertagande i den öppna vården, så kan man generellt sett eventuellt förhindra vissa inläggningar på sjukhus. Det kan handla om både förebyggande arbete, primärvård och annan öppen vård.

Vilka tillstånd ingår?

De kroniska sjukdomstillstånd som ingår är anemi, astma, diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) och kärlkramp. Härutöver ingår även några akuta tillstånd, där rätt behandling bedöms kunna förhindra inläggning på sjukhus. De akuta tillstånd som ingår är blödande magsår, diarré, epileptiska krampanfall, inflammatoriska sjukdomar i de kvinnliga bäckenorganen, njurbäckeninflammation och öron-näsa-halsinfektioner.

Antal undvikbara slutenvårdstillfällen på sverigenivå år 2014 var 127 000, åtta procent av samtliga vårdtillfällen. Generellt sett vårdas männen i högre utsträckning än kvinnor, med de diagnoser som ingår i måttet. Att män vårdas i högre utsträckning för dessa diagnoser beror troligen på att det är vanligare att män drabbas av några av de stora sjukdomar som ingår, snarare än att männen ges sämre insatser i öppen vård.

Omfattningen av undvikbar slutenvård i landstingen påverkas även av att förekomsten av vissa sjukdomstillstånd skiljer sig åt mellan olika landsting och genom att diagnosättning och registrering kan variera. Även tillgången på platser i slutenvård spelar sannolikt in. Om slutenvårdsplatserna är många, är trösklarna för att skrivas in vid sjukhus lägre, och vice versa. Dessa potentiellt undvikbara inläggningar kommer aldrig helt att kunna undvikas; dock tyder skillnaderna mellan landstingen på att det finns förutsättningar till ett förbättrat omhändertagande i den öppna vården.

Vilka är Östergötlands resultat?

År 2014 hade Östergötland 6 000 vårdtillfällen i undvikbar slutenvård. Det innebär nio procent av samtliga vårdtillfällen. I jämförelse mellan landstingen hade Östergötland tredje lägst sådana inläggningar (ju lägre desto mer eftersträvärt). De vanligaste sjukdomarna var hjärtsvikt, njurbäckeninflammation, KOL och diabetes. Dessa fyra sjukdomar stod för 80 procent av samtliga undvikbara vårdtillfällen.

Vårdrelaterade infektioner

Vad är en vårdrelaterad infektion?

En vårdrelaterad infektion (VRI) definieras som "varje infektionstillstånd som drabbar patienter till följd av sjukhusvistelse eller behandling i öppenvård, oavsett om det sjukdomsframkallande ämnet tillförts i samband med vården eller härrör från patienten själv, samt oavsett om infektionstillståndet yppas under eller efter vården". Urinvägsinfektioner, lunginflammation och hud- och sårinfektioner är de vanligaste vårdrelaterade infektionerna. Det finns evidens för att en hög följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler hos vårdpersonalen bidrar till en minskad smittspridning.

Vad mäts?

Nationella observationsstudier har genomförts av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler inom landstingen. Dessa mätningar innefattar hälso- och sjukvård inom landsting och kommuner. Mätningarna sker parallellt med punktprevalensmätningen av vårdrelaterade infektioner. Indikatorn visar hur stor andel av alla inskrivna patienter som är drabbade av VRI inom somatisk slutenvård vid tidpunkten för mätningen.

Vad görs för att minska infektionerna?

Inom ramen för Nationell satsning för ökad patientsäkerhet läggs det ner ett omfattande arbete i

landsting och regioner på att tillämpa de tre åtgärds paket som förebygger VRI inom områdena urinvägsinfektioner, postoperativa sårinfektioner samt vid centrala venösa infarter. Under den tredje mätningen år 2009 sjönk andelen patienter med VRI från elva till knappt tio procent. Därefter har andelen på sverigenivå varit densamma med mindre variationer. Andelen brukar variera mellan landstingen från drygt 4 till knappt 13 procent. VRI är vanligare i regionsjukvård, vilket påverkar utfallen för landsting med regionsjukhus. Hösten 2015 startade i Östergötland ett förbättringsarbete för att minska de vårdrelaterade infektionerna. Under 2016 är det tänkt att det ska finnas många goda idéer att sprida för hela regionen.

Vilka är effekterna?

Varje VRI beräknas förlänga vårdtiden med i genomsnitt fyra extra vård dygn. Förutom det direkta lidande som drabbar varje enskild patient så tas betydande resurser i anspråk. Vid mätningen våren 2013 hade 1 765 patienter i riket drabbats av en vårdrelaterad infektion. Genomsnittskostnaden för ett vård dygn uppskattas till cirka 8 000 kr. Detta innebär att vårdrelaterade infektioner ger en ökad kostnad totalt i riket med cirka 56 miljoner kronor.

Vilka är Östergötlands resultat?

Östergötland hör till de landsting som har de sämsta resultaten sedan mätningarna började år 2008. Under 11 av 13 mätningar av patienter med vårdrelaterade infektioner har Östergötland tillhört de sju landsting med högst andel VRI. Andelen för Östergötland har varierat mellan 9,2 och 14,3. Trots omfattande och långvariga insatser har Östergötlands resultat inte förbättrats utan ligger på samma nivå sedan flera år.

Iakttagelser och reflektioner

En historia av slutna sjukhusvård

När man söker i de statistiska årsböckerna från SCB (finns på SCB:s hemsida) hittar man detaljerade redovisningar långt tillbaka i tiden om verksamheter och vårdplatser i sjukvården. Så sent som på 1950-talet räknas antalet anstalter upp för epidemivård, lungtuberkulos, kroniskt sjuka, vanföra, psykiskt efterblivna och sinnessjuka. Antalet vårdplatser per invånare var då fyra gånger fler än idag. Bakom torra tabellfakta döljer sig ofta förvaring mer än vård och människor som låstes in, hospitaliserades, och aldrig kom ut i samhället. Av sjukvårdens totala kostnader år 1954 stod lasarettsvården för 50 procent, sinnessjukhusen för 20 procent och distriktsvård samt mödravård och barnvård för 3 procent. Det var först i mitten av 1980-talet som stora strukturförändringar gjordes inom psykiatri och äldre vården. Samtidigt medförde medicintekniska landvinningar att medelvårdtiderna kunde kortas parallellt med att öppnare vårdformer och primär vården utvecklades. Sverige har nu 2,6 vårdplatser per 100 000 invånare, lägst i Europa.

Undvik tidsfällan

Det är viktigt att inte falla i tidsfällan när man mäter och jämför förändringar av vårdplatser. Under åren 1992–1995 fick kommunerna ett ökat ansvar för äldre och psykiskt sjuka. Långvårdplatser på sjukhus och sjukhem i landstingen försvann och kommunerna byggde upp nya former av äldreboenden. Öppna vårdformer skapades med bland annat psykiatriska team på mottagning och i hemmet. Då och då gör intresseföreningar och andra aktörer inom vården analyser och kommunicerar ut budskap där man visar på stora minskningar av vårdplatser mellan

år 1991 och nutid och dessutom sätter samband mellan färre vårdplatser och ökad sjuklighet. Sådana jämförelser visar att man antingen har begränsad kunskap om sjukvårdens historia och utveckling eller att man vill missleda massmedia och allmänhet för att förstärka sitt budskap.

Kraftig minskning från mitten av 1990-talet



Foto: Bengt Göran Emtinger

Under tio år mellan 1996 och 2006 minskade antalet vårdplatser i Sverige med över 30 procent. Den största minskningen skedde inom den geriatriska vården och den minsta inom medicinklinikerna. Även efter år 2006 har reduceringen fortsatt men i lugnare takt. Minskningen i Östergötland har varit större än Sverige i övrigt och 2,4 vårdplatser är nu näst lägst bland landstingen. Den kraftiga förändringen gjordes i en tid där många faktorer sammanföll. Delar av 1990-talet präglades av en svag ekonomisk utveckling med sparpaket, krav på effektiviseringar och uppsägning av personal. Den slutna sjukhusvården var det område som blev mest föremål för effektiviseringar och nedskärningar. Men dessa förändringar hade inte kunnat göras om de inte hade sammanfallit med tekniksprång och medicinska framsteg. Dagkirurgin utvecklades och behandlingsstrategin förändrades i sin helhet mot öppnare vårdformer. Medelvårdtiderna kortades och avancerad hemsjukvård tog hand om patientgrupper som tidigare varit tvungna att få sin vård inlagd på sjukhus. Reduceringen av vårdplatser är således i första hand kopplad till minskad medelvårdtid och därmed också minskad vårdtid. Antalet patienter och vårdtillfällen följer en annan kurva och ligger på ungefär samma nivå år 2013 som 1996.

Beläggningen ökar

Vårdplatser och överbeläggningar är ständigt föremål för debatt i den nationella politiken, i massmedia och bland verksamhetsföreträdare. Ämnet är inte nytt, även i tider med dubbelt så många vårdplatser diskuterades dessa problem. Det visar att antalet vårdplatser inte är någon garanti för god sjukvård. Sedan år 2013 redovisar alla landsting överbeläggningar och utlokaliserade patienter på annan klinik. Det sammanlagda genomsnittsvärdet för de senaste två åren visar att sjukhusen hade 4 överbeläggningar (inklusive utlokaliserade patienter) per 100 vårdplatser och dygn. På de sammanlagt 25 000 vårdplatserna är således 1000 patienter föremål för en överbeläggning. Överbeläggningarna varierar mellan landstingen från 1,2 till 6,4. Antalet vårdplatser varierar också, från 2,3 till 3,3 – men man kan inte utläsa något säkert statistiskt samband mellan antalet överbeläggningar och vårdplatser. Mätningarna visar på att överbeläggningarna har ökat under år 2014 jämfört med 2013. Östergötland följer sedan flera år medelbeläggningen på sjukhusen. Den sammantagna medelbeläggningen för sjukhusen har ökat från 90 procent år 2011 till 93 procent år 2015. Även i den nationella mätningen har överbeläggningar och utlokaliserade patienter ökat i Östergötland och ligger nu strax över sverigesnittet. I Östergötland liksom i de flesta andra landsting är situationen kronisk och skör vid sjukhusen. Det gör det svårt att klara inflödet av akuta patienter och den planerade vården.

Stor variation mellan landstingen

Den inläggande sjukhusvården visar upp stora variationer mellan landstingen. För vårdtiden är skillnaden 50 procent mellan det landsting med högst och lägst värde. Analysen visar att det är andra faktorer än bara demografin som spelar roll för inläggning. Även när det gäller förändringar över tid skiljer det mycket. Mellan år 1996 och 2013 minskade vårdtiden som mest i ett landsting med 51 procent och som minst med 18 procent. Det är svårt att se några entydiga förklaringarna till skillnaderna. En äldre befolkning skulle kunna vara en sådan förklaring, men det verkar inte finnas några sådana direkta samband. Stockholm har bland landstingen den klart lägsta andelen äldre i befolkningen men har ändå inte lägst vårdtid. Kalmar har den äldsta befolkningen men ligger på sverigesnittet för vårdtiden. Östergötland har låga nyckeltal i jämförelse med andra landsting. Vårdtiden är lägst av alla landsting och 19 procent lägre än sverigesnittet. Även för patienter, vårdtillfällen och medelvårdtid hör Östergötland till de landsting med lägst värden.

Scenarior om framtiden

I kapitlet finns volymbäräkningar om den inläggande sjukhusvården fram till år 2030. Scenariorna bygger enbart på den demografiska utvecklingen. En kraftig ökning sker av antalet äldre i befolkningen och med den en förväntad ökad vårdtid. Den mest säkra prognosen gäller ökningen av invånare och vårdtillfällen. När det gäller medelvårdtid och vårdtid, som påverkar behovet av vårdplatser, finns inte samma säkerhet i prognosen. Fyra olika scenarior har därför ställts samman. Om vårdtid och vårdplatserna ska hållas kvar på samma nivå som idag måste medelvärdtiden minskas till 3,75 vårddygn. De tre övriga resultaten visar ett behov av mellan ytterligare 85 och 240 vårdplatser i Östergötland år 2030. Det högsta antalet innebär lika många vårdplatser som Lasarettet i Motala har idag.

Många faktorer avgör vårdtiden

När det sker ett misstag på sjukhusen så är det ofta att man

skyller på för få vårdplatser. Att brister i vården beror på antalet vårdplatser är väldigt enkelt att ta till. Det är någonting anonymt som det är lite oklart vem det är som har ansvaret. Tillgången till vårdplatser är beroende av väl fungerande vårdprocesser inom sjukhusen. Under senare tid har också brist på kompetent personal stängt ner vårdplatser fast det finns avsatta pengar. Vårdtiden på sjukhus påverkas av olika faktorer. Under tre faser, inläggning, under vistelsen på sjukhus och vid utskrivning innebär vissa faktorer ökad vårdtid och vissa minskad vårdtid. Ansvaret för styrning är också av betydelse. En del åtgärder styrs av nationella beslut och en del av politiska beslut i det egna landstinget. Det handlar här också om den kliniska vardagen och samverkan med kommunerna, men också sådant som är svårare att styra: fler invånare, fler äldre och nytt sjukdomspanorama. För några faktorer kan man göra teoretiska uppskattningar hur förändringar skulle minska vårdtiden. Exempel är färre vårdrelaterade infektioner, patienter som skulle kunnat behandlas i öppen vård samt kortare vårdtid för utskrivningsklara patienter som ska överföras till vård och omsorg i kommunen. Andra faktorer styr åt andra hållet och kan också komma plötsligt, till exempel en influensapandemi. Vilka patientgrupper flyttas ut i öppen vård? Sannolikt de med de kortaste vårdtiderna som medför att medelvärdtiden riskerar att öka. Alla får det tyngre. Slutenvården har kvar de tyngsta patienterna och öppen vård i primärvård och specialiserad vård får ta emot patienter som tidigare ansågs behöva inläggande vård.

All time low?

Östergötland har visat på möjligheten att hålla nere vårdtiden samtidigt med god medicinsk kvalitet och att det borde finnas en sådan potential även för andra landsting. Men kan Östergötland med den lägsta vårdtiden åstadkomma ännu lägre vårdtid? Kan vi med vår tradition och erfarenheter i ryggen hitta ännu smartare lösningar? Eller är det så att det är alltför många faktorer som talar för ökad vårdtid framöver? Beläggningsgraden på sjukhusen i Östergötland tangerar den maximala kapaciteten. Siffrorna för år 2014 i jämförelse med år 2013 visar att samtliga mått har ökat: antal patienter, vårdtillfällen, vårdtid och medelvårdtid. Vi vet att de som kommer in i 80-årsåldern redan är födda och stannar nog kvar i sin hembygd när ohälsa och sjukdomar tränger på. Och vi vet inte om det händer som vi vet kan hända men vi inte vill att det händer: utbrott av pandemi och en utbredning av bakterier som inte antibiotikan rår på.

Genombrott eller många bäckar små

Det är inte självklart att trängseln på sjukhusen avhjälpas med fler vårdplatser. Strategin är i första hand att färre patienter läggs in och att de som läggs inte stannar onödigt länge. Här finns stora fördelar ur ett humant perspektiv och minskar också risken för infektioner. Lösningar är att vårda sjuka i hemmet i större omfattning än idag och hitta vårdformer som gör att patienten inte behöver stanna över natten. Vi måste arbeta med att förbättra patientflödet, få till mer samarbete med kommunernas äldre- och psykiatri, ha effektivare vårdplanering och en aktivare styrning av patienterna. Många bäckar små kan minska trycket på sjukhusens befintliga vårdplatser. Kommer vi få ytterligare en tioårsperiod med genombrott som löser vårdplatsfrågan? Operationer som ersätts med medicin? Med det klassiska exemplet losemedicinen upphörde magsårsoperationerna. Men nya behov och möjligheter tillkommer ständigt inom alla medicinska områden och antalet operationer har ökat hela tiden. Ingen har talang att förutsäga framtiden och så är det förstas också med genombrott, vi vet inte vilka innovationer som kommer att förverkligas.

Ombyggnad av sjukhus

Kanske är trenden med minskat antal vårdplatser på väg att brytas. Och det kommer sannolikt behövas även i andra lands-ting med en växande befolkning. De flesta framtidsscenariorna i detta kapitel visar på ett ökat behov av vårdplatser, även om det är svårt att bedöma det exakta antalet. Sjukhusen har lovats fler vårdplatser och lovats pengar till det, men planerna har inte helt kunnat sättas i verket. Man har inte lyckats rekrytera den personal som krävs för att bemanna platserna. Ombyggnad och nybyggnad på de två stora sjukhusen i Östergötland anpassas till de nya behoven. En inriktning sker mot patientrum som enkelrum. Patienterna får en lugnare vårdmiljö och risken för vårdrelaterade infektioner antas minska. Verksamheter som hör ihop och som patienterna ofta flyttas emellan placeras tillsammans. Vårdplatserna blir emellertid inte fler i de nya sjukhusen och byggnadsplaneringen har inte tagit höjd för behov av fler vårdplatser. Desto större är anledningen att söka vägar för att minska behovet av ineliggande vård genom olika vägar som beskrivs i detta kapitel. Samtidigt kan Regionen behöva ha beredskap för utökade lokaler för fler vårdplatser. Och i så fall behövs också finansiering och utbildad vårdpersonal.

Vilken är den troligaste utvecklingen?

Enligt en legend fanns i den grekiska staden Gordion en knut som satt på en oxkärra och var så pass komplicerad att ingen förmodade lösa upp den. Den som lyckades lösa knuten skulle enligt en spådom bli herre över Asien. Alexander den store lockades att försöka men misslyckades. Han drog då sitt svärd och högg sönder knuten. Vårdplatsfrågan är sannolikt en av de viktigaste strategiska utmaningarna men det är nog inte troligt att på kort sikt lösa frågan med ett alexanderhugg.

Till skillnad mot primärvård och annan öppen vård innebär den slutna sjukhusvården och vårdplatser en komplex logistik och en mer fysisk begränsande kapacitet. Att öka antalet vårdplatser kan liknas vid att öka spårkapaciteten för järnvägen från Linköping till Stockholm – det är dyrt och det tar lång tid. Också ur ett patientperspektiv bör ineliggande vård så mycket som möjligt undvikas. Och när det är det nödvändigt ska det vara effektiva processer så att man ligger inne så kort tid som möjligt. Under de senaste fem åren har antalet vård dagar planat ut och nu ökat, samtidigt som vi nu bara är i början av en allt äldre befolkning. Att i detta läge ytterligare minska vårdtiden på sjukhus kräver många åtgärder. Det finns också, med dagens kända teknik, troligen en borte gräns för den vårdtid den ineliggande patienten behöver för behandling och mobilisering. En möjlig ambitionsnivå är att klara den ineliggande vården på de vårdplatser som finns idag – men även denna ambition kräver omfattande strate-

giskt nytänkande och insatser. I denna fas måste också mer analyser göras. En viktig fråga är här hur mycket man måste sänka medelvårdtiden om vi behåller de vårdplatser som finns idag och för vilka sjukdomsgrupper och behandlingar detta kan vara rimligt. Tidigare har besparingar och effektivisering inom sjukvården skett genom att minska vårdplatserna. Det blir sannolikt svårare att öppna dörren för effektiviseringar via sådana vägar.

Citaten

”De typiska flaskhalsarna uppstår under för- och eftermiddag. De vanligaste orsakerna till trafikpropparna är för många bilar i förhållande till trafikkapaciteten, vägarbeten, olyckor, trasiga trafiksignaler och stillastående fordon”
Trafikanalys, Trafik Stockholm

”Hoppas på det bästa men planera för det värsta! För den som färdas i fjällen är det viktigt att alltid ha en plan för hur man ska handla om vädret blir sämre och gruppen behöver lä. Genom att studera kartan och se dig omkring noterar du under färdens gång lämpliga platser att gräva på, samt lämpliga färdvägar ner från fjället. När du överraskas av sämre väder är ni förberedda och vet hur ni ska handla.”

Källor

Region Östergötland

- Årsredovisningar och landstingsfakta
- Beläggningsstatistik
- Vårdatalagret
- Landstinget i Östergötland 150 år

SKL statistik

- Vårdplatser
- Överbeläggningar
- Utskrivningsklara patienter

SCB

- Årsböcker
- Befolkningsprognoser

Socialstyrelsen

- Statistik slutna vård mm

Övriga

- Öppna jämförelser hälso- och sjukvård, SKL och Socialstyrelsen
- Trygg och effektiv utskrivning från slutna vård, SOU 2015:20
- Nyhets- och debattartiklar från dags- och fackpress

Likvärdig vård i landet

Det finns en utbredd förväntan hos människor att landstingen ska erbjuda samma vård oavsett var man bor i Sverige. Mycket kraft läggs för att vården ska bli mer likvärdig i landet. På nationell nivå har sjukvårdspolitiska reformer genomförts. Patientlagen ger möjlighet för patienterna att välja öppen vård över landstingsgränserna. Gemensamma nationella utvecklingsinsatser sker vad gäller tillgänglighet, äldreomsorg och kunskapsstöd. Landstingen har ökat sin samordning av olika strategiska frågor för invånare och patienter. Regeringen har tagit nya initiativ till att förändra dagens sjukvårdssystem så att det på ett bättre sätt motsvarar medborgarnas behov och förväntningar.

Pressen från pressen

- Våra 21 landsting med rötter i 1600-talets stormaktstid har tjänat ut sin tid
- Landstingens självstyrelse leder till ojämlig vård
- Inga gränser för var patienter kan få vård
- Sjukvården måste byggas om
- Gör specialistvården statlig
- Ett förstatligande skulle vara en villoväg för vården
- Staten gör sig bäst som morot och piska för sjukvården
- Att bilda en region löser inte alla sjukvårdens problem
- Sex större regioner kan bli den lösning som sjukvården behöver
- Farväl till landstingen

Fakta i korthet

- Staten har enligt regeringsformen det övergripande ansvaret för medborgarnas grundläggande rättigheter och därmed också för hälso- och sjukvården.
- Statens styrning av hälso- och sjukvården sker i huvudsak genom lagstiftning, regelsystem, statsbidrag och utvecklingsinsatser samt tillsyn, uppföljning och utvärdering.
- Socialdepartementet och sjukvårdsmyndigheterna är statens redskap att skapa förutsättningar och följa upp att en god och likvärdig vård sker i kommuner och landsting.
- Det finns olika processer för att ge invånarna en likvärdig vård oavsett var man bor i Sverige. De viktigaste är sjukvårdspolitiska nationella beslut, nationella överenskommelser, nationell kunskapsstyrning och samordning mellan landstingen.
- Uppdelningen i 21 självstyrande landsting medför skillnader i resurser, ambitioner och prioriteringar. Det blir därmed också skillnader för invånare och patienter vad gäller vårdens utbud, tillgänglighet och kvalitet.
- En analys har i denna rapport gjorts av morgondagens sjukvårdssystem utifrån den offentliga debatten de senaste två åren. Resultatet visar på en inriktning mot färre större sjukvårdsregioner som har ungefär samma funktion som landstingen har idag.
- Under de senaste tio åren har två omfattande utredningar lagts fram om regionalt utvecklingsansvar, sjukvårdsstruktur och statlig styrning. Regeringen har utsett en kommitté, bestående av en ordförande och en vice ordförande, som ska föreslå en ny läns- och landstingsindelning som innebär att Sverige delas in i väsentligt färre län och landsting.

Varför ett kapitel om likvärdig vård i landet?

Under de senaste åren har fokus och kraft lagts på att åstadkomma en god och mer likvärdig vård för invånarna oavsett i vilket landsting de bor. En kraftfullare och mer omfattande styrning har åstadkommit från den nationella politiska nivån liksom från de statliga sjukvårdsmyndigheterna. En ökad praktisk samordning

har skett mellan de 21 landstingen i frågor som rör såväl strategiska områden som insatser av mer operativ karaktär. Sjukvårdspolitiska reformer har genomförts som vårdval och regelsystem för upphandling av privata vårdgivare. Patientlagen ger möjlighet för patienterna att välja öppen vård över landstingsgränserna. Nationella utvecklingsinsatser har genomförts inom tillgänglighet, äldreomsorg och kunskapsstyrning. Öppna jämförelser har visat på skillnader i resultat mellan landstingen. Undersökningar visar att det finns en utbredd förväntan hos invånarna i Sverige att landstingen ska erbjuda samma vård i hela landet. Genomslaget för detta synsätt är den ökade tillgången via digitala kanaler till källor om vårdens utbud, tillgänglighet, avgifter och kvalitet. Andra skäl är människors förväntan på ökad mångfald, valfrihet och internationalisering.

Dagens sjukvårdssystem med landsting har funnits i över 150 år. Statliga utredningar har pekat på olika faktorer som medför att den nuvarande organisationen inte är hållbar inför framtidens utmaningar. Många röster i debatten och inte så få företrädare för vården delar denna uppfattning och förespråkar olika lösningar. Regeringen har nu tagit initiativ till att uppdatera Sveriges geografiska indelning och skapa regionala organisationer som bättre motsvarar den moderna människans behov och förväntningar. En sådan förändring påverkar och får omfattande konsekvenser för den framtida politiska organisationen och styrningen av hälso- och sjukvården. Det gäller både för de nuvarande landstingen och de kommande regionerna. Det gäller sannolikt också för den nationella nivån som får förändrade förutsättningar och nya möjligheter att åstadkomma en mer likvärdig vård i landet.

Vilka frågor ger kapitlet svar på?

- Vad innebär statlig styrning av hälso- och sjukvården och kommunal självstyrelse?
- Vilka är parterna i dagens sjukvårdssystem?
- Vilka processer finns för att vården ska bli mer likvärdig i landet?
- Vad är det som är lika och olika i landstingen och varför?
- Hur sker styrningen av hälso- och sjukvård i andra länder?
- Vilka utredningar har gjorts och kommer att göras för att få en mer likvärdig vård i landet?
- Hur kan morgondagens sjukvårdssystem utformas?

Beskrivningen i detta kapitel har ett generellt perspektiv och gäller således inte specifikt för Östergötland. Beskrivningen och analysen utgår från förhållandet mellan den nationella nivån, samordningsprocesser och de enskilda landstingen.

Statlig styrning och kommunal självstyrelse

Staten har ansvaret för offentlig verksamhet som har en given anknytning till hela riket. Staten har det övergripande ansvaret för medborgarnas grundläggande rättigheter enligt regeringsformen och därmed också för hälso- och sjukvården. Statens styrning är inte bara ett utslag av den politiska majoritetsuppfattning som gäller för tillfället utan makten vilar på och har stöd i regeringsformen. Ytterligare ett skäl som motiverar statlig styrning är statens ansvar för fördelningspolitiken. Växande krav från allmänheten på likvärdig och rättvis samhällsservice har blivit ett viktigt skäl till statlig styrning och därmed skäl för begränsning av den kommunala självstyrelsen.

Den kommunala sektorn står för merparten av de offentliga utgifterna. Kommunernas och landstingens ekonomi är därför

avgörande för statens möjligheter att påverka landets ekonomi i dess helhet. I detta ligger också att den kommunala verksamheten ska drivas rationellt men inte hur resurserna fördelas inom den kommunala sektorn. Särskilt i ekonomiskt svåra tider har staten intresse av att på olika sätt styra den kommunala sektorns ekonomi så att de nationella kraven på balans i ekonomin kan nås. Minskade intäkter för kommuner och landsting framtvingar i sin tur begränsningar i verksamheterna som kan betyda att andra krav som staten ställer påverkar vad gäller till exempel kvalitet eller fördelningspolitik.

Motiv för kommunal självstyrelse

Kommunal självstyrelse innebär ett beslutsfattande som sker nära människorna och med deras medverkan. Det skapar förutsättningar för medborgarna att påverka och direkt utöva inflytande över verksamheten samt utkräva ansvar. Staten har emellertid inte övergivit sitt ansvar att utöva tillsyn över den kommunala verksamheten. Den kommunala självstyrelsen är alltså till sin natur begränsad. Ansvars- och uppgiftsfördelningen mellan staten och de kommunala självstyrelseorganen har i stor utsträckning grundats på praktiska överväganden. Statlig förvaltning har framför allt kommit att användas för uppgifter som kräver stor enhetlighet eller överblick över hela landet. Kommuner och landsting har fått ansvar för sådana uppgifter där det ansetts angeläget att låta lokala eller regionala önskemål få genomslag eller där närhetsfaktorer varit av betydelse. Hit hör sådana välfärdsfunktioner som vård, skola och omsorg. Dessa områden regleras i lag och är för kommuner och landsting tvingande att ombesörja.

Gränsen mellan statligt och kommunalt ansvar är emellertid inte en gång för alla given. En strikt avgränsning av de kommunala uppgifterna har varit både olämplig och svår genomförbar. Generellt har förhållandet mellan stat, kommun och landsting i allt större utsträckning kommit att präglas av samverkan för att uppnå gemensamma samhällliga mål. Uppgifter har flyttats från staten till kommunala självstyrelseorgan och vice versa under ständig anpassning till nya förhållanden och bedömningar.

Decentralistiskt synsätt

I samband med uppbyggnaden av den moderna välfärdsstaten har kommunernas och landstingens uppgifter successivt ökat. Utvecklingen av den offentliga förvaltningen har präglats av ett decentralistiskt synsätt. Det innebär att det ansetts angeläget att en stor del av den offentliga verksamheten ombesörjs av kommuner och landsting. Detaljregleringen av den kommunala verksamheten har minskat sedan mitten av 1970-talet. Kommuner och landsting har efterhand fått allt större frihet att utforma verksamheten efter lokala och regionala förhållanden. Svårigheterna att från central nivå styra den alltmer omfattande och komplexa kommunala sektorn, har medfört behov av decentralisering, avreglering och en ökad organisationsfrihet för kommuner och landsting.

Sedan början av 1980-talet har detaljerade bestämmelser i lagar och förordningar ersatts av övergripande mål och ramar. Exempel är ramlagarna i hälso- och sjukvårdslagen från år 1982 och socialtjänstlagen från år 1980. Detaljstyrningen har ersatts av vad som kallas mål- och resultatstyrning. Det innebär en styrning via uppföljning, utvärdering, utvecklingsinsatser och tillsyn. Vårdorganisationen har under 1990-talet decentraliserats genom att verksamheter förts över från staten till landsting och från landsting till kommuner genom huvudmannaskapsreformer.

Genom den så kallade Ädelreformen år 1992 fick kommunerna huvudansvaret för vården och omsorgen om äldre. Handikappreformen år 1994 och psykiatrireformen år 1995 medförde också betydligt utökat kommunalt ansvar. Läkemedelsreformen år 1997 innebar att landstingen fick ett kostnadsansvar för läkemedel i öppen vård.

Även inom landsting och kommuner har en decentralisering av organisationen skett till bland annat sjukhus och kliniker. Motivet är att den som i praktiken utformar verksamhetens innehåll också ska ha ansvar för verksamhetens resultat. Föreställningen är att en decentraliserad organisation lättare kan fånga upp olika patientgruppers behov och förväntningar och att man därigenom kan åstadkomma en effektivare verksamhet. En annan utveckling är att kommuner och landsting har lagt ut verksamheter på entreprenad till privata vårdgivare och andra vårdproducenter.

Statliga styrmedel

Hälso- och sjukvården styrs av nationella mål och krav som är formulerade i hälso- och sjukvårdslagen. Denna lag är en ramlag och syftet är att lämna stort utrymme för den lokala nivån att organisera och utforma vårdens innehåll. För att säkerställa de nationella målen använder sig staten av tillgängliga styrmedel. Statens styrmedel för den kommunala ekonomin är och har varit statsbidrag, lagstadgat krav på balans i ekonomin, begränsningar att öka verksamheter och skattesatser samt skattestopp åren 1991–1993.

För staten är det angeläget att ge förutsättningar för medborgarna att få vård på lika villkor. Medel för detta är statsbidrags- och utjämningsystemet som ska ge kommuner och landsting ekonomiska förutsättningar för att kunna erbjuda ett utbud av vård som är jämnt fördelat i landet. Andra medel är att genom uppföljning, utvärdering och olika former av informationsinsatser påverka att vårdgivaren på ett jämlikt sätt bemöter och behandlar olika grupper i samhället. En annan statlig angelägenhet är att bevaka att patienten erbjuds en god vård på lika villkor och att de etiska principerna om prioriteringar i vården upprätthålls. För personer med vissa allvarliga funktionshinder har staten utökat kraven genom att i lag fastställa vissa rättigheter. Staten lägger stor vikt vid medicinsk säkerhet och kvalitet. En stor del av styrningen syftar till att en god kvalitet på vården skall upprätthållas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Staten svarar för en stor del av utbildningen av medicinsk personal och har sedan länge i lag ställt krav på skyldigheter, behörighet och legitimation för denna personal, till vilken också är kopplad disciplinpåföljd om kraven inte uppfylls.

Dagens sjukvårdssystem

Ansvarsnivåer

I det svenska sjukvårdssystemet är ansvaret för hälso- och sjukvården delat mellan stat, landsting/regioner och kommun. I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) regleras vad som är landstingens respektive kommunernas ansvar inom hälso- och sjukvården. Lagen är utformad så att den ger landstingen och kommunerna stor frihet när det gäller hur den egna hälso- och sjukvården ska organiseras.

Staten har övergripande ansvar



Staten är ansvarig för den övergripande hälso- och sjukvårdspolitik. Regeringen fördelar ekonomiskt bidrag till landstingen i det statliga utjämningsystemet. För år 2015 är beloppet sammanlagt 25 miljarder kronor. (Mer om utjämningsystemet finns i kapitlet "Ekonomiska förutsättningar"). Dessutom riktar staten särskilda medel till landstingen för att öka tillgängligheten i vården och till läkemedelsförmånerna. Staten har ansvar för att skapa likvärdiga förutsättningar, främst genom det kommunala utjämningsystemet. Staten ansvarar också genom till exempel högskoleutbildning, forskning och kunskapsutveckling, infrastruktursatsningar och regelverk som underlättar samverkan. Socialdepartementet är statens ansvariga departement för frågor inom hälso- och sjukvård.

Landstingen organiserar vården

Landstingen ansvarar för att organisera vården så att alla medborgare har tillgång till en god vård. Landstingens verksamhet finansieras till största delen av landstingsskatten. Varje landsting beslutar själva över hur stor landstingsskatten ska vara och hur den ska fördelas. Därutöver får landstingen inkomster från patientavgifter och försäljning av tjänster.

Kommunen ansvarar för bland annat vård och omsorg av äldre

Kommunerna ansvarar för hälso- och sjukvård av äldre inom kommunens omsorger samt stöd och service till dem som är utskrivningsklara från sjukhusvård. Kommunerna ansvarar också för skönhälsovården samt för boende, sysselsättning och stöd till personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Sjukvårdsmyndigheter

Till Socialdepartementets ansvarsområde hör ett antal statliga myndigheter. Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten är två exempel. Det är myndigheterna som ska tillämpa de lagar och utföra den verksamhet som riksdag och regering har beslutat om. Riksdag och regering bestämmer vilken inriktning myndigheternas arbete ska ha.

Socialstyrelsen



Socialstyrelsen har en mycket bred verksamhet som rör socialtjänst, hälso- och sjukvård, hälsoskydd och epidemiologi. Större delen av Socialstyrelsens arbete är riktad till personal samt ansvariga och beslutsfattare inom dessa områden. Socialstyrelsen ger stöd, påverkar och granskar på flera olika sätt.

Folkhälsomyndigheten



Folkhälsomyndigheten har ett nationellt ansvar för folkhälsofrågor. Folkhälsomyndigheten bildades år 2014 och har övertagit de uppgifter som de avvecklade myndigheterna Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut tidigare ansvarade för. Folkhälsomyndigheten har till uppgift att främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador.

Läkemedelsverket



Läkemedelsverket har till uppgift att ansvara för godkännande och kontroll av läkemedel, naturläkemedel och utöva tillsyn över medicintekniska produkter. Läkemedelsverkets uppgift är att se till att den enskilde patienten, hälso- och sjukvården samt djursjukvården får tillgång till säkra och effektiva produkter och att dessa används ändamålsenligt och kostnadseffektivt.

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU



Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, har till uppgift att utvärdera hälso- och sjukvårdens metoder. SBU analyserar metodernas nytta, risker och kostnader och jämför vetenskapliga fakta med svensk vårdpraxis. SBU:s arbete syftar till att ta fram ett opartiskt och vetenskapligt baserat beslutsunderlag för alla som avgör hur vården ska utformas.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV



Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, har till uppgift att pröva om ett läkemedel, en förbrukningsartikel eller en tandvårdsbehandling ska subventioneras av samhället. TLV:s uppgift är också att bidra till ökad service och tillgänglighet på apotek.

Inspektionen för vård och omsorg, IVO



Inspektionen för vård och omsorg utövar tillsyn över hälso- och

sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). IVO ansvarar också för tillståndsprövning inom dessa områden. Tillsynsuppdraget omfattar även handläggning av anmälningar, till exempel lex Sarah och lex Maria samt kommunernas skyldighet att rapportera ej verkställda beslut.

Myndigheten för vårdanalys



Myndigheten för vårdanalys (MYVA) har till huvuduppgift att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvården samt tandvården.

Statens Medicinsk-etiska råd, SMER



Statens medicinsk-etiska råd är ett av regeringen tillsatt organ som har till uppgift att belysa medicinsk-etiska frågor ur ett övergripande samhällsperspektiv. I rådet ingår ordförande, åtta företrädare för de politiska partierna och tio sakkunniga.

Sveriges Kommuner och Landsting, SKL



Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, är en arbetsgivar- och intresseorganisation. SKL arbetar på uppdrag av sina medlemmar; kommunerna, landstingen och regionerna i Sverige. SKL har till uppgift att utifrån verksamhetsidé och fastlagd inriktning på bästa sätt företräda och stödja sina medlemmar. Det är enbart i rollen som nationell arbetsgivarorganisation som förbundet kan ta beslut som är förpliktigande för medlemmarna.

Landsting, regioner och sjukvårdsregioner

I Sverige finns 290 kommuner och 21 landsting/regioner. Av landstingen är det tio stycken som har ett utökat ansvar för regional utveckling och därmed har rätt att kalla sig regioner, även om de formellt är landsting. Dessa regioner är Gotland, Gävleborg, Halland, Jämtland, Jönköping, Kronoberg, Skåne, Västra Götaland, Örebro och Östergötland. (Gotland är kommun med landstingsuppgifter och regionalt utvecklingsansvar och har också rätt att kalla sig region).

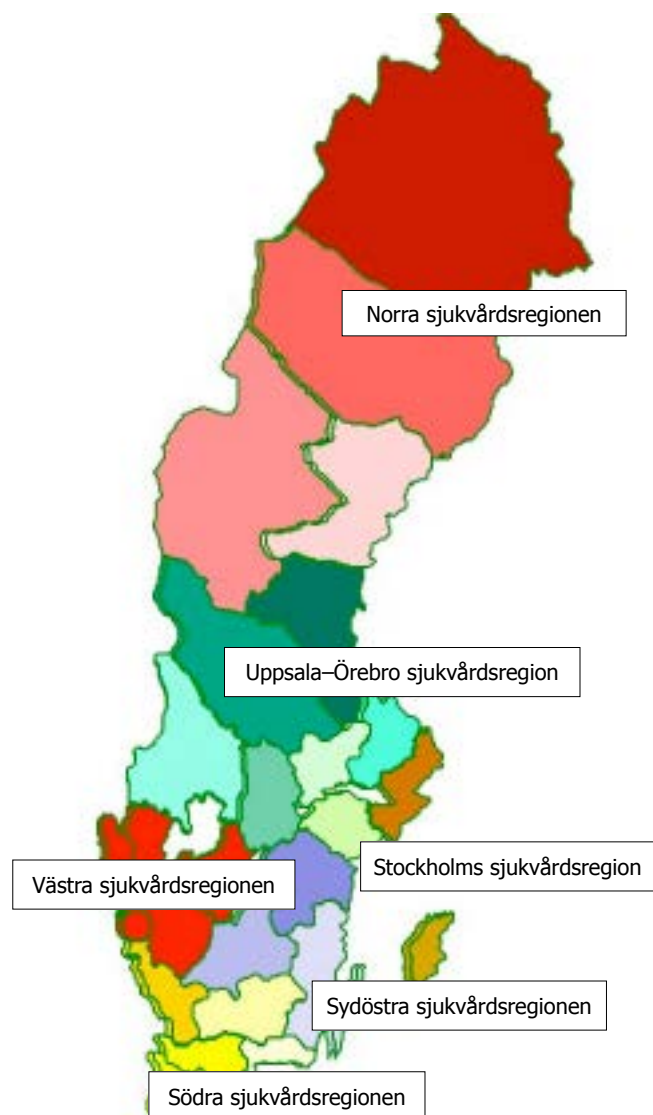
Regionsjukvård

I takt med en intensifierad utveckling av medicinska metoder och medicinsk teknik under åren efter andra världskriget började en allt djupare specialisering växa fram inom svensk sjukvård. De förbättrade möjligheterna till säker diagnos och effektiv behand-

ling kom att innebära en kraftig expansion av sjukvården. Kungl. Maj:t beslutade därför i november 1956 att tillkalla en utredningsman med uppdrag att utarbeta en plan för den specialiserade kroppssjukvårdens utbyggnad regionvis. Den så kallade Regionvårdsutredningen föreslog år 1958 en riksplan för samarbete inom specialiserad sjukvård där en distinktion gjordes mellan regionspecialiteter (högspecialiserade) och länspecialiteter. Efter ytterligare en utredning av fem sakkunniga beslutade riksdagen år 1980 om indelning i sex sjukvårdsregioner. Innan dess vilade samarbetet på frivillig grund inom och mellan sjukvårdsregionerna. Inom regionsjukvården utgör varje universitetssjukhus med en utbyggd specialistvård ett resurscentrum för regionen.

Regionerna Skåne och Västra Götaland

Skåne och Västra Götaland bildades genom sammanslagningar av nya storlän respektive storlandsting under 1990-talet. Inom ramen för en försöksverksamhet med regionala självstyrelseorgan fick landstingen i Skåne och Västra Götaland status av regioner och övertog det regionala utvecklingsansvaret från länsstyrelserna. Efter ett antal år som regionförsök är Skåne och Västra Götaland sedan år 2011 permanenta regioner. I figur 1 visas



Figur 1. Landsting, regioner och sjukvårdsregioner Sverige år 2015

kartan över landstingen och regionerna. De sex färgerna markerar de landsting som ingår i respektive sjukvårdsregion. Halland är den enda region som ingår i två sjukvårdsregioner. De södra kommunerna ingår i Södra sjukvårdsregionen och norra i Västra sjukvårdsregionen.

Rikssjukvård

En resurseffektiv sjukvård handlar mycket om att varje vårdinsats ska utföras på rätt nivå. Sedan ett antal år finns den så kallade rikssjukvården, vilket innebär att ett landsting utför sjukvård som samordnas med hela landet som upptagningsområde. Sedan år 2007 ansvarar Socialstyrelsen för planeringen. Tolv vårdinsatser, mest av kirurgiskt slag, ingår i rikssjukvården idag. Exempel är behandling av svåra brännskador samt hjärtkirurgi på barn och ungdomar. Samordningen av rikssjukvården sköts av Rikssjukvårdsnämnden (RSN). I nämnden sitter representanter för landstingen, Vetenskapsrådet, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Kammarrätten i Stockholm. Ordförande är Socialstyrelsens generaldirektör. Socialstyrelsen bereder de underlag som nämnden behöver i sitt arbete. Rikssjukvårdsnämnden har två huvuduppgifter:

- Besluta vilka typer av verksamheter som ska definieras som rikssjukvård
- Besluta vilka enheter inom hälso- och sjukvården som får tillstånd att bedriva viss rikssjukvård

Utredningen om högspecialiserad vård lämnade sitt betänkande (SOU 2015:98) i november 2015.

Processer för lika vård i landet

Ansatsen i detta avsnitt är att beskriva vilka inslag och aktiviteter som funnits och finns för att invånarna och patienterna i Sverige ska få en ökad likvärdig vård oavsett i vilket landsting man bor i. Beskrivningen är inte uttömmande utan ska mer ses som några viktiga strukturer och processer för likvärdig vård. Indelningen är:

- Sjukvårdspolitiska nationella beslut
- Nationella överenskommelser
- Nationell kunskapsstyrning
- Ledningssamordning mellan landstingen

Sjukvårdspolitiska nationella beslut

Husläkarlagen

År 1994 trädde Lagen om husläkare i kraft. Syftet var att förbättra tillgängligheten och kontinuiteten i primärvården. Lagen angav på en detaljerad nivå hur husläkarsystemet skulle utformas i landstingen. Paragraferna handlade bland annat om etablering, val av husläkare (listning), vilka uppgifter husläkaren skulle ha samt ersättningssystem genom individersättning (kapitering). Landstingen hade sedan vissa möjligheter att utforma tillämpningar anpassade efter det egna landstingets förutsättningar. Husläkarlagen upphävdes av en ny politisk majoritet i riksdagen samma år som den trädde i kraft, år 1994. En del av ansatsen i lagen ersattes med ett tillägg till Hälso- och sjukvårdslagen om att landstingen skulle ge alla invånare möjlighet till en fast kontakt med en allmänläkare.

Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården

Under åren 2001–2004 fördelade staten ett resurstillskott till hälso- och sjukvården i landsting och kommuner om sammanlagt nio miljarder kronor. Socialstyrelsen fick i uppdrag att följa

satsningen med årlig rapportering till regeringen. Syftet var att genom resurstillskottet och uppföljningen komma till rätta med problemen med tillgänglighet, kvalitet och kompetens. Utvecklingsinsatserna gjordes i en överenskommelse med dåvarande Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet. Handlingsplanen var på en övergripande nivå inriktad på att utveckla hälso- och sjukvårdens grundläggande struktur och inriktning. Det gällde framför allt en förstärkning av primärvården, förstärkta hälso- och sjukvårdsinsatser för äldre i kommunerna samt förstärkta insatser för personer med psykisk ohälsa.

Rätt att välja vårdgivare

Landstingen är sedan år 2009 skyldiga att inom primärvården införa vårdvalssystem. Det innebär att alla vårdgivare som uppfyller landstingens krav har rätt att etablera verksamhet med offentlig ersättning. Landstingen tillämpar lagen om valfrihetssystem (LOV) när de inför vårdvalssystem. Patienter kan välja utförare av hälso- och sjukvård och dennes behov ska styra hur vården utformas. Det ska gå snabbt att komma i kontakt med vården, den ska vara av hög kvalitet och man ska själv få välja till exempel vilken vårdcentral man vill gå till. Det ger människor rätt att välja privat eller offentlig vårdcentral. Grunderna i ersättningsssystemen är att landstingets ersättning till vårdcentralerna följer patientens val samt att privata och offentliga vårdgivare behandlas lika. Det är upp till varje landsting att besluta om ersättningen och vårdvallets utformning. Landstingen kan också organisera den öppna specialiserade vården i enlighet med LOV och därmed erbjuda patienterna ökad valfrihet.

Rätt till vård inom en viss tid

Det finns en så kallad vårdgaranti som innebär att man har rätt att få vård inom en viss tid. Vårdgarantin regleras i hälso- och sjukvårdslagen och tydliggör att landstingen har en skyldighet att upprätthålla de krav på tillgänglighet som vårdgarantin innebär.

Förnyad medicinsk bedömning och fast vårdkontakt

Landstingen är skyldiga att medverka till att patienter, som önskar det, får en förnyad medicinsk bedömning. Patienter har även rätt till en samordnare, en så kallad fast vårdkontakt, om detta behövs för patientens trygghet, säkerhet och kontinuitet i vården.

Patientens säkerhet i vården

Patientsäkerhetslagen trädde i kraft år 2011. Syftet med lagen är att skapa en säkrare vård genom att få ned antalet vårdskador, oavsett om bristerna beror på systemfel hos vårdgivaren eller på att vårdpersonalen har begått misstag. Genom lagen är det lättare för patienter att anmäla skador som uppstått i vården till Socialstyrelsen. Patienten behöver inte själv ha kännedom om vem eller vad som har brustit i behandlingen, utan det räcker att anmäla händelsen som sådan. Dessutom innebär lagen ett skärpt ansvar för vårdgivaren att arbeta systematiskt med patientsäkerhet.

En nationell cancerstrategi

Regeringen har sedan år 2009 arbetat med genomförandet av en nationell cancerstrategi. I strategin ingår målinriktade insatser och åtgärder för att möta cancervårdens framtida behov och utmaningar. Inom ramen för cancerstrategin har regeringen gett uppdrag till bland annat Socialstyrelsen. Överenskommelser har också ingåtts med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om hur regeringen, landstingen och regionerna ska utveckla och förbättra den svenska cancervården. Cancervården är ett multidisciplinärt område och engagerar många specialiteter, som kirurger, onkologer, patologer, gynekologer, hematologer och lungmedicinare.

Patientlag

År 2015 trädde Patientlagen i kraft. Syftet med lagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning och främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Patienter får välja en fast läkarkontakt i ett annat landsting. Patienterna kan också vända sig till vilken offentligt finansierad vårdgivare som helst i Sverige och få sin öppenvård betald av hemlandstinget. Landstingen ska behandla alla patienter lika oavsett var man är bosatt i landet. De egna invånarna får inte prioriteras; medicinska bedömningar avgör turordningen.

Nationella överenskommelser

Dagmarreformen i Sverige år 1984 innebar att läkare i allmän tjänst som på sin fritid önskar utöva praktik och få ersättning från försäkringskassan måste ha tillstånd av respektive landsting. Reformen beslutades av riksdagen Dagmardagen (27 september) 1984. Härigenom kom ”Dagmarförhandlingar” att beteckna regeringens förhandlingar med SKL om vilka områden inom hälso- och sjukvården som ska stå i fokus för statliga stimulansmedel. Varje år sluts en så kallad Dagmaröverenskommelse mellan parterna. Överenskommelserna har olika upplägg och karaktär; en del gäller ett år, andra löper under flera år och omförhandlas årligen. Huvuddelen av pengarna fördelas till landets kommuner och landsting efter att de efter utvärderingar klarat vissa bestämda krav på resultat. En mindre del av den totala ekonomiska satsningen hanteras av SKL för till exempel arbete med konferenser, expertstöd och projektledning. I det följande beskrivs kortfattat överenskommelserna för år 2015. Det sammanlagda stödet uppgick till 1 209 miljoner kronor.

Insatser för kunskapsstöd och uppföljning inom hälso- och sjukvården (68 miljoner kronor)

Insatser inom ramen för satsningen på kroniska sjukdomar
Nationella programråd, samordna landstingens kunskapsstöd, uppföljning i primärvård, ledarskap och patientcentrerade arbetssätt

Tillgänglighet

Väntetidsdatabas, kortare väntetider i cancervården och primärvården samt samordning och erfarenhetsutbyte

Patientsäkerhet

Strukturerad journalgranskning, databaser, samordning och projektledning

Förbättrad kunskap och uppföljning av läkemedel

Läkemedel för barn och individualiserad läkemedelsbehandling slutna vård

Utveckling av öppna jämförelser

Indikatorutveckling, analysstöd och utveckling av KPP

Samordning av beskrivningssystem för patientinformation

Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa (696 miljoner kronor)

Genom årliga överenskommelser mellan 2012 och 2014 finns överenskommelser om stöd till riktade insatser för att förbättra vården för omsorgen för barn och unga med psykisk ohälsa och för personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik. För år 2015 avsätts större delen av miljonerna

till kommunerna och landstingen enligt en prestations- och resultatbaserad modell. En mindre del avsätts till en samordningsfunktion och stödfunktioner på SKL. Områdena är samverkansöverenskommelser, webbaserad information till barn och ungdomar, tillgänglighet barn och unga, samordnade individuella planer, kvalitetsregister och hälsofrämjande insatser samt minska behovet av tvångsätgärder samt inventeringar.

Satsning på kortare väntetider i cancervården (445 miljoner kronor)

En överenskommelse finns att under år 2015 genomföra första steget i en fyraårig satsning på att arbeta bort omotiverade väntetider, minska regionala skillnader och på så sätt skapa en mer jämlik cancervård. Arbetet ska ske genom införande av ett mer standardiserat arbetssätt efter dansk förlaga, så kallade standardiserade vårdförlopp. Huvuddelen av miljonerna avsätts som stimulansmedel till landstingen. En mindre del avsätts till SKL och Regionala cancercentra (RCC).

Nationell kunskapsstyrning

Sedan flera år har aktiviteter pågått på nationell nivå, med SKL som samordnare, att systematiskt arbeta för att sluta gapet mellan bästa tillgängliga kunskap och praxis inom olika områden. Exempel är kvalitetsregister, Öppna jämförelser och olika så kallade genombrottsprojekt. År 2008 tog nätverket hälso- och sjukvårdsdirektörer initiativ till NSK – Nationell samverkan för kunskapsstyrning. Efter hand har detta arbete utvecklats i sina strukturer och processer till ett viktigt system för att åstadkomma vägar till en kunskapsbaserad och likvärdig vård i Sverige.

Styr- och stödsystem

Kunskapsstyrning är ett styr- och stödsystem för att bidra till att bästa tillgängliga kunskap används i mötet med patienten på tre nivåer:

- Mikro – vårdteamet, använda kunskap, följer upp och förbättrar
 - Meso – landsting/region, leder, frågar efter och skapar förutsättningar
 - Makro – samverkan och förutsättningar på nationell nivå
- Huvudkomponenterna är kunskapsunderlag, mätsystem och stöd till förbättring. I NSK:s grupperingar deltar representanter från de sex sjukvårdsregionerna, sjukvårdsmyndigheterna samt Läkarsällskapet och Sjuksköterskeförbundet.

Samspel på makronivå

På makro/nationell nivå är uppgiften att

- Underlätta samverkan mellan huvudmän och myndigheter
- Skapa samverkan vid val av områden för nationella kunskapsunderlag
- Skapa samverkan i arbetet med nationella kunskapsunderlag
- Samverka i arbetet med indikatorer för god vård såsom Öppna jämförelser, utvärdering och lärandesystem
- Skapa samverkan för större nytta av kunskapsunderlag, beslutsstöd och implementering
- Skapa programrådsstruktur (se nedan)

Det handlar således om en kunskapsstyrning på nationell, regional och lokal nivå med målen:

- Kunskapsbaserad och mer jämlik hälso- och sjukvård (bästa tillgängliga kunskap, riktlinjer och vårdprogram)
- Snabbare och mer likvärdig tillgång till nya effektiva läkemedel och metoder

- Effektivare resursanvändning
- Samordning och samarbete på nationell, regional och lokal nivå

Programråd

Inom ramen för NSK har så kallade nationella programråd skapats. De nationella programråden arbetar på uppdrag av landsting och regioner att med kunskapsstyrning arbeta för en jämlik vård med samverkan på lokal, regional och nationell nivå. Sjukvårdsregionerna har etablerat en struktur med programråd för att gemensamt utarbeta nationella vårdprogram, ta initiativ till att förbättra vården, utarbeta mål/indikatorer för vårdens kvalitet och att följa upp vårdpraxis. År 2015 finns programråd inom diabetes, astma/KOL, hjärta/kärl, psykisk hälsa samt sjukdomsförebyggande metoder i primärvård. Skälen för att skapa programråd är:

- Det finns stora variationer i svensk hälso- och sjukvård och därmed möjligheter till kvalitetsförbättringar. Sådana förbättringar kan bidra till att tillgodose ökade krav på en mer likvärdig vård.
- Snabb kunskapsutveckling ställer höga krav på att effektivt omsätta ny kunskap till praktik
- Det har inte funnits någon nationell infrastruktur för en sammanhållen kunskapsstyrning och samordning.
- Huvudmännen saknar var för sig resurser att täcka in hela sjukdomspanoramata. Resurser behöver användas mer effektivt, till exempel genom att ta fram gemensamma vårdprogram och riktlinjer.

Ledningsamordning mellan landstingen

År 2006 tog chefspersoner inom landstingen initiativ till att skapa nationella ledningsnätverk för olika funktioner där samtliga landsting är representerade. Det finns nu fem sådana nätverk: Landstingsdirektörer samt ansvariga direktörer för funktionerna hälso- och sjukvård, ekonomi, personal och information. Dessutom är chefsrepresentanter från SKL representerade i nätverken. Härutöver finns en samordningsfunktion mellan de fem nätverken. Varje nätverk har inbokade möten cirka tio dagar under ett år.

Under de senaste åren har en mer kraftfull styrning av landstingen skett från den nationella politiska nivån via Socialdepartementet och statliga sjukvårdsmyndigheter. De aktuella besluten och områdena har beskrivits i texten ovan. Denna inriktning har inneburit att ledningsnätverken alltmer har utvecklats mot att ta emot och hantera strategiska frågor av samordnande karaktär för en mer likvärdig hälso- och sjukvård i Sverige. Nätverken är i allmänhet engagerade i den statliga styrningen, från början och hela vägen till praktiskt införande. Man har fått en utökad roll att tillsammans med SKL vara mottagare av det som ska göras av alla landsting och samverka med de statliga aktörerna på den nationella nivån. Det kan handla om information om direktiv och resultat av utredningar, pågående utvecklingsarbete samt diskussioner om hur man praktiskt ska implementera nationella myndighetskrav och sjukvårdspolitiska beslut.

Gemensamma utvecklingsaktiviteter

Nätverken har också själva initierat aktiviteter för att tillsammans utveckla svensk hälso- och sjukvård, både på innerplan i organisationen och för patienterna. Andra frågor handlar om samordning av frågor av mer operativt administrativ eller medicinsk karaktär:

- Vaccinationskampanj vid influensaepidemi
- Organdonation
- Nationell telefonrådgivning cancer
- Antibiotikautvecklingen
- Screeningprogram

Tolv i topp

En studie har gjorts av de ämnen som har avhandlats i det nationella nätverket hälso- och sjukvårdsdirektörer. Under de fem åren 2007–2012 avhandlades under 30 möten 100 olika ämnen under 400 dagordningspunkter. Generellt kan man konstatera att samtliga ämnen som avhandlades var av samordningskaraktär; det var mer sällan som ett ämne inte berörde samtliga landsting. Nedan följer tolv i topp räknat på antal gånger olika ämnen behandlades.

- Tillgänglighet och kömiljarden
- Nationell cancerstrategi
- Nationell patientenkät
- Patientsäkerhet
- Nationell äldresatsning
- LOV och LOU
- Strokekampanjen
- Fetmakirurgi
- Vårdval, ersättningssystem och uppföljning
- Sjukskrivningsmiljarden och rehabgarantin
- Vården på webben/CEHiS
- Psykiatri

Lika och olika

En partipolitiskt sammansatt programberedning inom SKL har diskuterat grundfrågan om avvägning mellan å ena sidan kommunal självstyrelse och å andra sidan nationell likvärdighet inom viktiga samhällsområden. Nedanstående är ett redigerat utdrag från programberedningens rapport från april 2014, ”Hur olika får det vara?”

Skillnader uppmärksammas

Hälso- och sjukvården rymmer ett spänningsförhållande mellan kommunal självstyrelse och nationell likvärdighet. Självstyrelsen innebär att beslut fattas nära medborgarna i landsting och regioner och att verksamheten utformas efter lokala förutsättningar. Likvärdighetsprincipen innebär att en offentlig tjänst ska vara av lika värde för alla medborgare oavsett ålder, kön, ekonomiska förutsättningar eller bostadsort. Det innebär en principiell begränsning av självstyrelsen: Skillnaderna mellan de tjänster som olika landsting erbjuder får inte bli allt för stora.

Dagligen kan man läsa, höra och se i media om skillnader i Sverige när det gäller det utbud och den service och kvalitet som sjukvården erbjuder medborgarna inom olika verksamheter – ofta med den underliggande värderingen att de är orättvisa. Man kan invända att skillnadernas betydelse ofta överdrivs. Hur skulle man kunna undvika skillnader inom så omfattande verksamheter som utförs av så många människor under så olika betingelser och på så platser? Och bör man verkligen sträva efter att verksamheter som ska tillgodose vitt skilda, individuella önskemål och behov ska vara lika?

Olika typer av skillnader

Skillnader ur ett individ- eller brukarperspektiv

För välfärdstjänsterna är det de skillnader som landstingets invånare möter som är de mest centrala. Man kan kortfattat säga att det handlar om: Vad får jag? Vad betalar jag? Hur länge måste jag vänta? Vilka blir effekterna för mig? I detta individ- eller brukarperspektiv kan skillnaderna delas in i tre kategorier:

Skillnader i erbjudanden

En kategori av skillnader är omfattningen på de tjänster som erbjuds. Detta är skillnader som är fastställda av landstingets beslutande organ.

Skillnader i tillgänglighet

Tillgängligheten – geografisk eller tidsmässig – spelar en stor roll för den enskilde brukarens bedömning av välfärdstjänsterna. Tjänster som innebär ett generöst erbjudande med hög kvalitet förlorar i värde om till exempel väntetiden för att få del av dem är lång eller om det är nödvändigt med långa resor.

Skillnader i resultat och kvalitet

Medan skillnader i erbjudanden är resultat av politiska prioriteringar och beslut så är skillnader i uppnådda resultat och kvalitet mer komplexa. Alla landsting vill erbjuda sina invånare det bästa möjliga med de resurser som står till förfogande. Men av flera skäl uppstår skillnader i vad som faktiskt uppnås. Man brukar i detta sammanhang tala om kvalitet respektive resultat.

Skillnader ur ett styrningsperspektiv

Om verksamheten istället betraktas ur landstingsledningarnas perspektiv kan skillnaderna delas in i fyra andra kategorier.

Skillnader i förutsättningar

Landstingen har olika förutsättningar att genomföra sitt uppdrag. Den kommunalekonomiska utjämnningen avser att kompensera ekonomiskt för sådana skillnader i förutsättningar som inte går att påverka. De faktorer som beaktas i utjämningsystemet är bland annat:

- Skillnader i invånarnas inkomstnivå.
- Demografiska skillnader: ålderssammansättning, befolkningsförändring.
- Socio-ekonomiska förhållanden: ensamstående föräldrar, utländsk bakgrund.
- Arbetsmarknad: förvärvsfrekvens, arbetslöshet.
- Geografi: glesbygd.

Syftet är att alla landsting ska ges liknande förutsättningar, i vart fall ut ekonomisk synvinkel. Observerade skillnader ska inte kunna skyllas på olika yttre förutsättningar. Men utjämnningen är ständigt ifrågasatt och många anser att systemet inte ger tillräcklig kompensation för deras specifika omständigheter. Därtill finns förhållanden som inte beaktas i utjämningsystemet, till exempel olika förutsättningar att rekrytera kompetent personal.

Skillnader i struktur och process

Skillnader i struktur tar fasta på de politiska besluten. Politikens uppgift är att skapa förutsättningar för en god verksamhet genom att ange dess ramar eller struktur. Strukturskillnader speglar olikheter i styrningen av den kommunala verksamheten. Det kan handla om utbud och lokalisering (t.ex. antal sjukhus) och andel verksamhet som utförs i egen regi respektive läggs ut på extern utförare. Det handlar också om samverkan med kommuner eller

ansvarsfördelning mellan olika nivåer i organisationen.

Skillnader i process tar fasta på verksamheten i sig och hur den utförs. Det kan gälla skillnader i rutiner och praxis. Inom sjukvården finns många exempel på mått som kan betecknas som processmått, till exempel andel förlossningar med kejsarsnitt eller vårdtider för olika behandlingar. Sådana skillnader kan ha vuxit fram av tradition eller vara medvetna skillnader i bedömning av vad som ger bäst vård.

Skillnader i resursinsats

Ofta förs debatten om skillnader i termer av resurser och om hur mycket olika landsting »satsar« på olika verksamheter. Med resurser menas personalens arbetsinsatser och dess kompetens och erfarenhet, liksom byggnader och utrustning. Ett samlat mått på insatta resurser är verksamhetens kostnader, men detta mått påverkas även av priser och löner.

Skillnader i politiska prioriteringar och ambition

Landstingen sätter upp mål för verksamheterna som kan skilja sig åt. Även om alla landsting skulle uppnå sina egna mål, skulle det finnas skillnader därför att målen är olika ambitiösa.

Vad tycker medborgarna om skillnader?

Svaren på enkäter visar att flertalet medborgare vill att välfärdstjänsterna ska vara lika i hela landet. En övervägande majoritet vill att utbud, väntetider och avgifter ska vara lika och även ekonomiska resurser, personaltätthet och personalens utbildning. Samtidigt tycker en del av medborgarna att det är acceptabelt att det uppstår skillnader inom dessa konkreta områden. Och det finns en tydlig önskan att verksamheten ska bedrivas efter lokala förutsättningar och att medborgarna ska få bestämma även om det leder till olikheter.

Resultaten rymmer en intressant paradox: Kommuner och landsting ska kunna bedriva vård, skola och omsorg efter sina egna förutsättningar och prioriteringar och medborgarna ska ha inflytande över verksamheten även om det leder till skillnader. Ändå förväntas kommuner och landsting erbjuda samma välfärd i hela landet.

Mediernas syn på skillnader

En studie gjordes på uppdrag av SKL år 2013 av mediernas syn på skillnader inom hälso- och sjukvård. Den visar att huvudintresset riktades mot medicinska resultat där flertalet artiklar uttrycker en kritisk syn på de skillnader som finns. Kraven på åtgärder handlar främst om att landsting med sämre resultat bör bedriva ett förbättringsarbete. Staten föreslås bidra med utbildningsplatser och spridning av nya kunskaper. I något fall föreslås att nationella riktlinjer och rekommendationer görs bindande. När det gäller frågan om erbjudanden redovisas önskemål om harmonisering – men också en oro för att nationellt bindande regler kan innebära minskad flexibilitet och försämrade erbjudanden. Aktuella frågor är assisterad befruktning, läkemedelssubventioner, subventioner av p-piller för ungdomar och flyktingars rätt till vård.

En stor fråga rör tillgänglighet i olika avseenden. Det handlar till exempel om var ambulanscentraler ska finnas, vart mammografi-bussen ska åka och hur resurserna inom ett landsting ska styras. Alltså en konkret politisk debatt om hur hälso- och sjukvården ska bli mer effektiv och hur resurser ska användas bäst. De landsting som inte har kvalificerat sig för medel från kömiljarden

avkrävs förklaring – liksom alla landsting med en låg ranking i öppna jämförelser. I flertalet av alla artiklar (58 procent) framhålls skillnader som någonting negativt. 38 procent av artiklarna har en neutral och endast 4 procent en positiv syn på skillnader.

Skillnader som inte är godtagbara

SKL argumenterar i sin rapport för att skillnader inte bara är oundvikliga utan många gånger även positiva. Samtidigt konstaterar man att det också kan finnas skäl att undvika alltför stora skillnader och att det kan finnas skillnader som inte är godtagbara. Rapporten tar upp fem områden där man bedömer att skillnaderna mellan landstingen inte är godtagbara.

Tillgång till nya läkemedel. Olika tillgång till nya läkemedel uppstår därför att införandet av dessa läkemedel sker utan samordning.

Assisterad befruktning. Erbjudandet om assisterad befruktning varierar beroende på ålder, kön och sexuell läggning. (Detta område har justerats avsevärt efter rapportens publicering.)

Hjälpmedel. Stora skillnader finns i avgifter för hjälpmedel. Dessa skillnader bör synliggöras och ett enhetligt högkostnads- skydd utredas.

Väntetider. Långa väntetider finns i många landsting till behandling för personer med livshotande sjukdomar.

Medicinska resultat. Stora skillnader i medicinsk kvalitet kan vara livsavgörande eller ha stor betydelse för livskvaliteten.

Styrning av sjukvård i andra länder

Skillnader i olika länders demografi, ekonomi, värderingar och traditioner är viktiga förklaringar till hur sjukvårdssystemen har utformats. Det som fungerar i ett land fungerar inte nödvändigtvis i ett annat land. I det följande görs en kort beskrivning om hur sjukvården styrs i sju länder.

Danmark har en stark central styrning av sjukhusvården och det är primärvården som styr vilka övriga vårdinsatser som ska sättas in. Fem regionråd, som väljs vart fjärde år, svarar för sjukhusvård, läkemedel, allmänläkarsystem samt tandvård. Regionerna saknar dock beskattningsrätt och finansiering sker i stället huvudsakligen via staten. Restande del sker genom uppdragsfinansiering från kommunerna. Större delen av den offentligfinansierade primärvården utförs av privatpraktiserande läkare. De har avtal med respektive region och ingår i socialförsäkringssystemet.

I **Finland** ligger ansvaret för all vård på kommunens socialtjänst med stöd från berörda myndigheter. De offentliga hälsocentralerna ansvarar för primärvård, rehabilitering, äldreomsorg och viss specialistvård. Kommuner måste ansluta sig till något av de 20 sjukvårdsdistrikten. Varje distrikt ska, förutom att tillhandahålla kvalificerad sjukvård, svara för utveckling och kontroll av de kommunala hälsocentralernas mest kvalificerade och kostnadsintensiva tjänster, som till exempel laboratorie- och röntgenundersökningar. Finland har ett av de mest decentraliserade sjukvårdssystemen i Europa. Det finns både offentliga och privata vårdgivare, men de privata utgör endast en liten del.

Norges välfärdssystem liknar övriga nordiska system med till stor del offentligfinansierad vård och omsorg. Stat och kommuner delar på ansvaret, där staten har ansvar för specialistsjukvården genom fyra regionala hälsomyndigheter. De 435 kommunerna ansvarar för primärvård och äldreomsorg. Den offentligfinansierade primärvården utförs till stor del av privatpraktiserande läkare som har avtal med kommunen. Statsbidrag finansierar numera hälsoregionernas sjukvårdsarbete, vilka leds av opolitiska styrelser.

Storbritannien har ett helstatligt sjukvårdssystem med stark ekonomisk styrning från regeringen. Ett tiotal regionala myndigheter sköter planering och styrning, medan ansvaret för utförande ligger på de mer än 150 lokala primärvårdsförvaltningarna. Alla som bor legalt i landet omfattas av det nationella hälso- och sjukvårdssystemet (NHS) med kostnadsfri sjukvård som till drygt 90 procent finansieras via skatten.

Sjukvårdssystemet i **Tyskland** kännetecknas av samarbete och ansvarsfördelning mellan hälsoministeriet på central och delstatsnivå samt det lagstadgade sjukförsäkringssystemet. Den centrala nivån är huvudaktör och ansvarig för genomförande av förändringar för den offentliga försäkringen. Delstaterna är ansvariga för planering och finansiering av sjukhusplatser och investeringar i sjukhus, vårdhem och andra institutioner för social omsorg.

I **Frankrike** utövar staten en stark styrning av sjukvården. Sjukvårdssystemet är komplicerat både avseende struktur och finansiering. Staten ansvarar för sjukhus och mediciner. Sjukhusvården utförs vid akutfall främst i offentlig regi och vid kirurgiska dagingrepp främst av privata vinstdrivande sjukhus. Långtidssjukvård inklusive viss cancervård och vård i livets slutskede utförs ofta med hemsjukvård men med ickevinstdrivande sjukhus som stöd. Sjukvården planeras på regionnivå. Det finns 22 regioner och 96 departement motsvarande Sveriges län/landsting. Primärvård och specialistsjukvård, som inte kräver sjukhusvård, utförs till övervägande delen av privatpraktiserande läkare i avtal med de centrala beslutsfattarna.

Sjukvårdssystemet i **Kanada** påminner i många avseenden om de nordiska systemen och erbjuder allomfattande skydd för hälso- och sjukvård som är medicinskt nödvändig. Regeringen samverkar med 10 provinser och 3 territorier inom hälso- och sjukvård, personalplanering och införande av ny teknologi. Provinserna ansvarar för sjukvården medan staten har en mer styrande roll genom att den bidrar till finansieringen. Cirka 75 procent av vården utförs i privat regi, främst av privata ickevinstdrivande sjukhus.

Kommunindelning och ökad nationell samordning

Kommunindelningsreformer

De indelningar som har genomförts av kommunerna i Sverige är grundläggande för att den kommunala självstyrelsen har kunnat behålla och utveckla sin ställning. År 1862 föreskrevs att varje socken skulle utgöra en kommun. Antalet landskommuner, köpingar och städer blev sammanlagt cirka 2500 av mycket skiftande karaktär. Samhällets förändringar medförde en nära nog avfolkning av vissa kommuner och år 1940 hade nästan hälften av landskommunerna färre än 1000 invånare. Konsekvenserna blev ett svagt skatteunderlag, brist på lämpliga förtroendemän och

hinder för skolans och socialvårdens expansion. År 1943 tillsattes en kommitté för att utreda frågan om en mer ändamålsenlig kommunal indelning. Den nya indelningen, "storkommunreformen", trädde i kraft 1952 och medförde att sammanlagt antal primärkommuner minskade till drygt 1000.

Kommunsammanläggningen 1974

Under 1950-talet fortsatte befolkningsströmmen från landsbygden. Kommunerna hade svårigheter att bära upp rollen som centra för den kommunala självstyrelsen och behovet började stiga av samverkan mellan kommunerna. År 1961 avgav indelningssakkunniga sitt betänkande. Man förordar en indelningsreform för att nå större ekonomisk bärkraft och större personella resurser. Principbeslutet i riksdagen år 1962 innebar bland annat att reformen skulle grundas på frivilliga sammanläggningar och innehöll en riksplan över de framtida kommunbildningarna. Varje kommun borde ha minst 8000 invånare och vara uppbyggd kring en centralort med tillräckliga servicefunktioner. Vid denna tidpunkt var frågan om och när kommunerna i ett block skulle slås samman till en enda kommun en angelägenhet för de berörda kommunerna.

Den föreslagna kommunsammanläggningen var under flera år föremål för en livlig aktivitet i riksdagen i form av propositioner, motioner, debatter och beslut. En av frågorna handlade om enhetliga kommunbeteckningar. Orden landskommun, köping och stad ersattes med beteckningen kommun. Den delfråga som var mest central var på vilket sätt kommunblocksreformen skulle förverkligas. År 1969 beslutade riksdagen att upphäva frivilligheten och införde kravet att sammanläggningarna skulle vara avslutade vid 1974 års början. Vid behov kunde detta ske genom tvångsmässiga sammanläggningar. Ett skäl till det förändrade synsättet var att antalet frivilliga kommunsammanläggningar blev färre än vad förväntades vid principbeslutet år 1962. Kommunblocksreformen verkställdes år 1974 med 278 kommuner.

Ansvarskommittén

Ansvarskommittén lade år 2007 fram betänkandet "Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft". Huvudförslaget var att dela in Sverige i regioner efter föregångarna Skåne och Västra Götaland. Betänkandet behandlade såväl det regionala utvecklingsansvaret och sjukvårdens behov som betydelsen av en bättre samordnad stat. Remissinstanserna hade ett halvår på sig att besvara betänkandet. Huvudförslagen var:

- De 21 landstingen ersätts av 6-9 direktvalda regionkommuner
- Regionkommunerna får ett samlat ansvar för sjukvård, regional utveckling och tillväxt
- Parallellt organiseras staten om i nya län som sammanfaller med regionerna. Länen blir också indelningen av statliga myndigheter
- Socialstyrelsen får i uppdrag att samordna arbetet med kunskapsutveckling och kunskapsförmedling på nationell nivå
- Regionala kunskapscentrum skapas för kunskapsbildning på regional nivå
- Bestämmelser i lagstiftningen som har betydelse för patientens ställning samlas i en ny patientlag

Processen i Östergötland

Att bilda större regioner drog igång intensiva aktiviteter våren och försommaren 2007. Det gällde både i massmedia och i politiken. Den politiska processen bedrevs gemensamt mellan

Landstinget i Östergötland, Regionförbundet Östsam och länets 13 kommuner. Även remissvaret i september hade i sina huvuddrag utarbetats i samverkan mellan dessa olika parter. Ett antal träffar initierades tillsammans med ledande politiker i omgivande landsting. Även företrädare för de enskilda politiska partierna hade diskussioner med sina kollegor i andra landsting. Bland rubrikerna i massmedia:

- Sondering visar att regiontanken har slagit rot
- Beslutsfattare eniga om regionindelningen
- "Vi måste bilda en slagkraftig region"
- Östra Götaland en region med förhinder

Det politiska grundarbetet inom Landstinget i Östergötland bedrevs i huvudsak inom den regionala beredningen. De mer formella besluten fattades i styrelse och fullmäktige. Det gällde i första hand yttrandet om betänkandet i två delar. Tillstyrkan eller avstyrkan på 34 frågor och ett remissvar på 17 sidor. I svaret inom området hälso- och sjukvård menar landstinget att den statliga styrningen bör renodlas och att kortsiktiga styrinslag som projektbidrag och handlingsplaner utmönstras. Man instämmer i att kunskapscentrum skapas för att bilda och sprida kunskap samt samspeja med den nationella nivån.

I juni håller landstingsfullmäktige en hearing om hur man ser på den framtida regionbildningen. Deltagare på scenen var politiker i den regionala beredningen som utfrågades av två samordnande tjänstemän.



Figur 2. Östergötland och omgivande län

Några axplock från svaren i den en timma långa hearingaktiviteten:

- En av de viktigaste förändringarna är ju det att de nya regionerna får ett vidgat ansvar och att man kopplar ihop tillväxt- och utvecklingsfrågorna med vården och omsorgen
- Det är mycket murar som måste rivas innan det här kommer på plats, så det är en tuff process
- Vi ska bygga något tillsammans med andra. Det är en väldig fara att alla börjar med att sätta sig själva i centrum. Sen är det några grannar som man vill ska vara med och så finns det några andra grannar som man inte vill ha med
- Vi ska vara lite självkritiska: Vi bjuder in men vi blir inte inbjudna av någon
- Samhället står inför ett behov av förändringar i välfärden. Sen har inte frågan lyfts medialt annat än att man har ritat en himla

massa kartor. Då är det svårt att förmedla till invånarna de bakomliggande stora frågorna. Resultatet blir: Fy, jag är smålänning och jag vill minsann inte bli östgöte eller tvärsom.

- Jag tror så här om närhet och specialiserad vård. Invånarna efterfrågar närhet och lättillgänglig vård att komma till. När det verkligen svåra och allvarliga sjukdomarna diskuteras så är det hög kompetens och specialisering som gäller. Det kan innebära att man får resa lite längre.
- Jag är mycket orolig för att vi inte kommer att klara ett genomförande den 1 januari 2011 som det ser ut nu. Men jag tror att när man väl har bestämt sig att det här ska genomföras, så är det bäst med ett ganska snabbt genomförande
- Är den nya regionen större än Landstinget i Östergötland? Alla på scenen är överens och visar gröna skyltar.

En viktig uppgift hade regeringens samordningsman som under kort tid skulle få ihop de initiativ som kom från de olika länen och bevaka helheten för landets bästa. Samordningsmannens inställning var "Bra med ett snabbt tempo – olyckligt att ha för lång tid". Östergötland hade ett antal genomgångar både före och efter att remissvar hade lämnats. I inbjudan till samordningsmannen hösten 2007 markerar de ledande politiska företrädarna att "från länet önskar vi snabbt starta en process för att komma vidare i praktisk handling". Samordningsmannen hade tre frågor som han alltid ställde vid sina samtal:

1. Ställer ni upp på ansvarskommitténs förslag?
2. Vill ni bilda regionkommittén?
3. Hur ska gränserna se ut?

Starkt stöd

Ansvarskommitténs förslag fick ett starkt stöd från såväl kommuner som landsting och följdes av livliga aktiviteter med syftet att bilda större regioner. Diskussionerna om större regioner ledde inte till några konkreta resultat. Även om det fanns en bred acceptans för kommitténs förslag om att bygga en ny indelning på funktionella arbetsmarknadsregioner fanns olika uppfattningar om hur gränserna skulle dras. Dessutom hade den dåvarande regeringen en avvaktande hållning när det gällde en ny regional

indelning. Av landstingen är det utöver Skåne och Västra Götaland åtta stycken som nu kallas regioner och har ett utökat ansvar för regional utveckling.

Gör det enklare! – statens vård- och omsorgsutredning

I Statens vård- och omsorgsutredning från år 2012 (SOU 2012:33) finns förslag om hur staten ska kunna förändra sin roll och styrning för att möta framtida förändringar. Det följande, fram till rubriken "Det färde steget", är hämtat från avsnittet under rubriken "Fokus i vårt fortsatta utredningsarbete".

Samordning för vård och omsorg på lika villkor

I arbetet har vi sett hur behoven av mer nationell samordning för lika villkor vuxit på senare tid, både inom vården och omsorgen. Ett av skälen till att diskussionen om lika villkor fått ökad kraft är den ökade tillgången på information om utbud, avgifter och resultat. Ett annat skäl är den ökade valfriheten och mångfalden inom vården och omsorgen. Rörligheten och internationaliseringen bidrar också, liksom den ekonomiska utmaning som vården och omsorgen står inför.

Bättre stöd till patienters och brukares inflytande

Patienter, brukare och anhöriga som kan och vill bestämma mer över sin vård och omsorg behöver information och stöd. Kommuner och landsting har ett grundläggande ansvar för stödet till patienter, brukare och anhöriga, men många typer av informationskällor och IT-system behöver utvecklas i nationell samverkan.

Samordning för kvalitet och effektivitet

Sverige är ett litet land sett till invånarantalet, men stort till ytan. Mer nationell samordning krävs för att klara några av vårdens och omsorgens utmaningar framöver. De möjligheter och problem som uppstår som en följd av IT-utvecklingen kräver tydliga regelverk, mer kompatibla och användarvänliga system, samt samordnade system för kontinuerligt lärande och utveckling, allt med bibehållen respekt för den personliga integriteten. På vissa områden behövs också nationell arbetsfördelning, främst för



Genomgång mellan samordningsmannen Jan-Åke Björklund och ledande politiker tillsammans med ansvariga tjänstemän. Foto: Bengt Göran Emtinger

att koncentrera sällan förekommande verksamhet som kräver specifik kompetens. Inom sjukvården finns idag ett system för att hantera så kallad Rikssjukvård, och kanske skulle likartade arbetssätt behövas för flera verksamhetsområden.

Vidareutveckling av kunskapsstyrningen

När det gäller kunskapsstyrning är ambitionen att lägga förslag som bidrar till att göra processerna med att ta fram kunskapsunderlag snabbare och mer samordnade och göra resultaten mer lättillgängliga för användaren. Inom vården och delvis inom omsorgen görs redan mycket, men man slås ändå av mängden önskemål om förbättringar. Processerna måste gå snabbare och mer utifrån mottagarnas perspektiv. I kartläggningen ser man att flera myndigheter har överlappande uppgifter. Resultaten måste dessutom bli mer lättillgängliga för användarna. Utöver detta är det viktigt att inse kunskapsstyrningens begränsningar. Komplexa verksamheter kan bara delvis värderas och styras med hjälp av nyckeltal och strikta riktlinjer.

Mer kraft behövs i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet

Det finns en stor enighet om vikten av ett sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetssätt inom vården och omsorgen och om att genomslaget behöver öka. I första hand handlar det om att detta synsätt mer måste integreras i vårdens och omsorgens löpande arbete och kunskapsutveckling. Det är också i denna del det fortsatta arbetet i utredningen kommer att fokuseras. Om möjligt kommer också förslag läggas hur det övergripande hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet kan ges bättre förutsättningar.

Mer samordnad hantering av de formella styrmedlen

Verksamheterna inom vården och omsorgen möter staten i olika sammanhang och vid många olika tillfällen. Det handlar om tillsyn, föreskrifter, tillstånd etc. Det finns brister i dessa delar när det gäller samordning, tempo, tydlighet, flexibilitet och service. Här är ambitionen att förslå en mer samlad hantering.

Vidareutvecklade arenor för gemensamt utvecklingsarbete

Det behövs långsiktigt hållbara arbetsformer för ett brett gemensamt utvecklingsarbete inom vården och omsorgen i Sverige. Staten kan här bidra med exempelvis kunskapsunderlag, metodstöd, stöd till genomförande samt politiska förslag från den nationella nivån. De positiva erfarenheterna från samverkan mellan Socialdepartementet och SKL behöver tas tillvara, men ansvarsfördelningen bör förtydligas och myndigheterna bör komma in i arbetet på ett bättre sätt.

Resursutmaningen kräver beredskap för att hantera prioriteringar, avgränsningar och strategiska satsningar

Staten behöver ha bättre kapacitet att följa och hantera den resursutmaning som framtiden bär med sig när det gäller vården och omsorgen. Staten behöver både kontinuerligt säkerställa en helhetsbild över vårdens och omsorgens samlade resursbehov och kunna föra en diskussion om prioriteringar och om innehållet i det offentliga åtagandet.

Ledarskap och medarbetarskap är nyckelfrågor för att klara sektorns utmaningar

De förändringar som påverkar vården och omsorgen i ett framtidsperspektiv kräver en ny slags ledare. Ett förändringsledarskap krävs som ger medarbetare större möjligheter att utvecklas kontinuerligt. Verksamheterna och deras medarbetare behöver större utrymme för innovation och egna initiativ. Medarbetarna behöver också förutsättningar för att ta större eget ansvar och för att kunna fatta egna beslut i det löpande arbetet. Verksamheternas ledarskap är i grunden ett ansvar för huvudmännen och de producenter de anlitar, men staten har här en viktig roll. Det gäller till exempel genom att erbjuda fler och vidareutvecklade utbildningar om ledarskap och organisation inom vård och omsorg. Staten behöver också bli bättre på att säkerställa att universitetet och högskolorna möter de generella utbildningsbehov som finns i sektorn.

Regeringens styrning behöver bli mer långsiktig och strategisk

I dag styr regeringen vård- och omsorgssektorn med många och täta initiativ. Uppdrag till myndigheterna, överenskommelser, strategier och handlingsplaner förekommer i stor omfattning. Genomslagskraften för de politiska prioriteringar som görs på nationell nivå kan öka med större långsiktighet, uthållighet och mer samlade strategiska beslut. Kraften att ta emot uppdrag och andra initiativ från regeringen är antagligen som störst när det finns utrymme för planering och koordinering med det egeninitierade arbetet i myndigheter, kommuner och landsting.

”Det fjärde steget”

I en PM från Socialdepartementet från år 2014 läggs förslag som ska leda till en förbättrad statlig kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Förslagen är en fortsatt utveckling av slutsatserna i utredningen ”Gör det enklare” som är beskrivet i ovanstående avsnitt. Myndigheternas kunskapsstyrning ska bli samordnad och effektiv samt anpassad till olika aktörers behov. Förslagen ska också leda till en stärkt samverkan mellan statliga myndigheter sinsemellan och med kommuner och landsting. Socialstyrelsen får nya centrala uppgifter i det myndighetsgemensamma kunskapsstyrningsarbetet. Generaldirektören blir ordförande i Kunskapsstyrningsrådet och Huvudmannagruppen.

Ny regionreform

Den 23 mars 2015 offentliggjorde regeringen i DN-debatt att man kommer att påbörja arbetet att minska antalet län och landsting i Sverige. Man anser i debattartikeln att det är uppenbart att den nuvarande indelningen inte är anpassad efter dagens behov och att Sveriges regionala indelning behöver moderniseras. Syftet är att skapa organisationer som är bättre rustade att klara av de uppgifter och utmaningar som ett modernt samhälle står inför. I juli 2015 fattade regeringen beslut om de direktiv som ska ligga till grund för arbetet med Sveriges framtida regionala indelning. En kommitté, bestående av en ordförande och en vice ordförande, ska föreslå en ny läns- och landstingsindelning som innebär att Sverige delas in i väsentligt färre län och landsting. Kommittén ska utgå från vilka behov medborgare och näringsliv har i olika frågor bl.a. transporter, arbetsmarknad, hälso- och sjukvård, utbildning, kultur och en god miljö. Indelningen ska också ge stabila ekonomiska förhållanden i de nybildade landstingen, bättre överensstämmelse

mellan medborgarnas behov och deras möjligheter att utöva demokratiskt inflytande samt ökade möjligheter till ansvarsutkrävande.

Kommittén ska senast i februari 2016 lämna en delredovisning till regeringen som innefattar en lägesbeskrivning av dialogen med berörda parter, förslag på den fortsatta processen och en redogörelse för behovet av eventuella kompletteringar av uppdraget. Kommittén ska lämna en motsvarande delredovisning i januari 2017. Om kommittén finner att det är möjligt att genomföra en eller flera indelningsändringar som kan träda i kraft den 1 januari 2019 ska kommittén lämna ett delbetänkande senast den 30 juni 2016. Uppdraget ska slutredovisas senast i augusti 2017. Förslagen ska vara utformade så att det kan genomföras senast den 1 januari 2023 med val till de nya landstingen år 2022. Kommittén ska också undersöka om det är lämpligt att några län och landsting går före. Det skulle i så fall innebära sammanläggning redan till 1 januari 2019.

Morgondagens sjukvårdssystem

De flesta aktörer inom hälso- och sjukvården har en gemensam syn på att vården måste bli mer likvärdig över landet. Det är inte några större åsiktsskillnader i denna fråga mellan politiker på nationell nivå och de som verkar i landstingen. Utredningen "Gör det enklare" har lyft fram vårdens behov av nationell samordning. Synsättet delas också av befolkningen och patienter samt företrädare för specialistföreningar och fackliga organisationer.

Den offentliga debatten

Under år 2013 blev debatten mer framträdande om vilket sjukvårdssystem vi vill ha i framtiden där likvärdig vård är ett bärande tema. I tabell 1 redovisas en kvalitativ analys byggd på nyhets- och debattartiklar i dagstidningar och fackpress under 2013 och 2014.

Analysen visar att det finns argument för och emot tre ansvarsnivåer för hälso- och sjukvården, landsting, större regioner och stat. De teman som framkommer och också ibland står emot varandra är:

- Demokrati: Närdemokrati och mångfald där man prövar olika lösningar och där det är nära till de politiska beslutsfattarna
- Effektivitet: Säkerställa kompetens och finansiering av medicinsk teknik för avancerade vårdinsatser samt för att klara nivåstrukturering och prioriteringar
- Likvärdig vård: Gemensamma nationella prioriteringar och mindre skillnader i utbud och kvalitet

Inriktning

I de analyserade artiklarna kan man urskilja förslag på aktiviteter som måste till för att åstadkomma en mer likvärdig vård i landet. Nedan har dessa förslag grupperats inom olika teman.

Patientorienterat

- Kunskapsstyrning inom olika sjukdomsgrupper som kan utveckla vården i vardagen
- Genom medicinskt grundade beslut samordna och centralisera delar av specialiserad vård
- Samordna införandet av nya läkemedel

Underlag och styrning

- Öppna jämförelser av vårdens kvalitet och effektivitet
- Ersättningsystem som får sjukvårdshuvudmännen att göra som staten vill
- Renodling av landstingens roll som medborgarföreträdare och beställare av vården

Gemensamt beslutsfattande

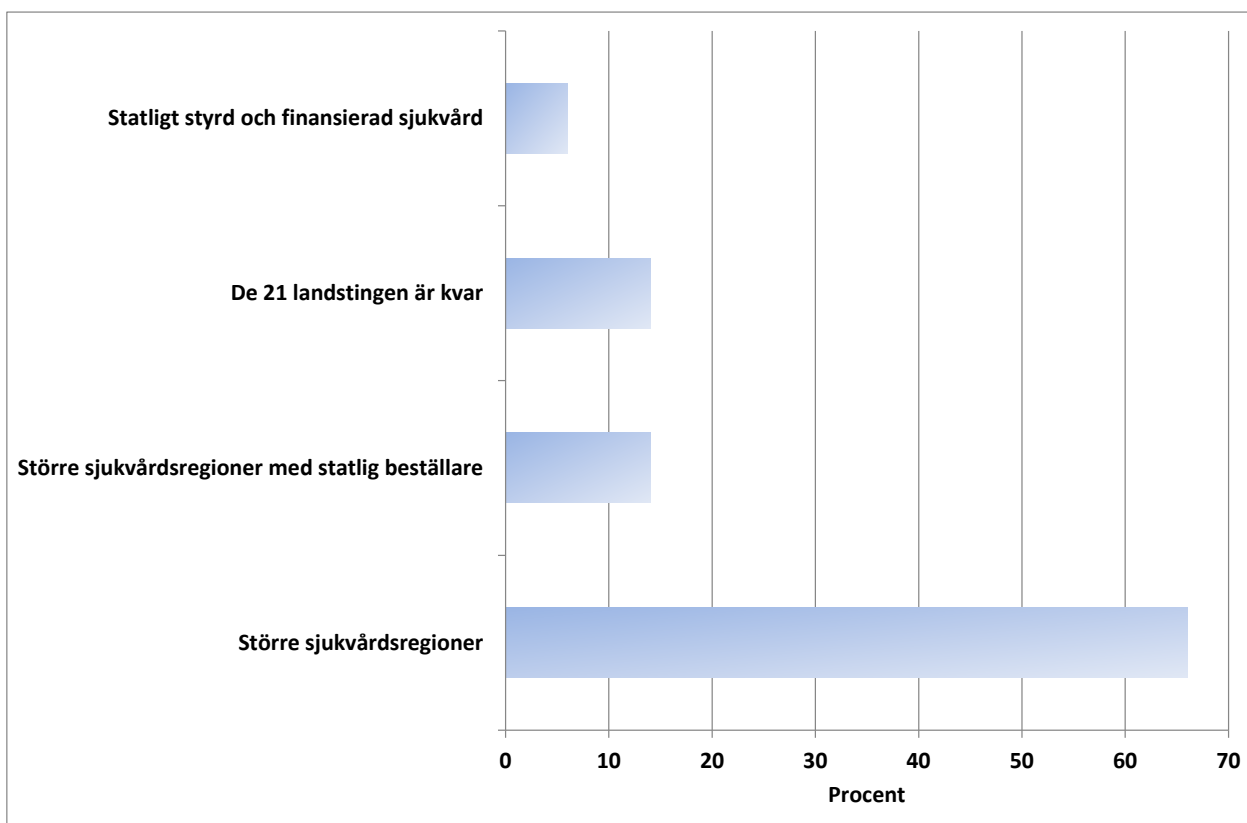
- Aktiviteter inom SKL för samordning mellan landstingen
- Hitta mer ändamålsenliga sätt att fatta gemensamma beslut som berör alla landsting

Nationellt ansvar

- Särskilt ekonomiskt stöd för att vården ska klara den kommande kraftfulla kommande demografiska förändringen
- Övergripande ansvar för utbildning av specialistsjuksköterskor och läkare inom vissa specialiteter
- Normerande funktion: "De här målen bör uppnås"
- Uppföljning, analys och kunskapsbevakning

	Landsting	Region	Stat
För	*Den kommunala självstyrelsen bidrar till närdemokrati och mångfald *Olika lösningar prövas att få fram god kvalitet till rimliga kostnader *Öppna jämförelser har ökat utvecklingskraften och minskat skillnader i kvalitet mellan landstingen	*Sjukvården blir allt mer högspecialiserad *Har kvar lokalt ansvar och samtidigt en storlek som krävs för framgångsrik vård *Klarar finansieringen av avancerad medicinsk teknik *Nödvändigt för den regionala utvecklingen	*Stark respons från medborgare *Ökar möjligheterna till likvärdig vård *Gemensamma medicinska prioriteringar *Starkt beslutsmandat *Lättare att genomföra nivåstrukturering *Enklare att fatta obekväma beslut
Mot	*Landstingsorganisationen leder till ojämlig vård i Sverige *Invånarna har liten förståelse för att vården ser olika ut i Sverige *Patientmaktsureddningens förslag om ökat vårdval försvårar landstingens självbestämmande *Många landsting är för små för att upprätthålla kompetens och kvalificerad vård *Centralisering för att höja kvaliteten är politisk omöjlig *Staten kan inte i längden tolerera ineffektivitet *Det är omöjligt att få 21 landsting att samordna sig	*Regionfrågan död, den fågeln flög inte *Staten fattar inte beslut om stora regioner, viktigt att initiativen kommer underifrån	*Högriskprojekt med stor strukturomvandling *Statligt huvudmannskap är inte förknippat med effektivitet och likvärdighet *Inget talar för att en gigantiska vårdorganisation skulle bli särskilt lyckad *Innovation och mångfald riskeras *Regionala behov kan komma att nedprioriteras *Besluten och ansvarskrävande längre från invånare och verksamhet *Byråkratisk organisation

Tabell 1. Kvalitativ analys av framtida organisation av hälso- och sjukvården. För och nackdelar med tre olika huvudsakliga vårdaktörer. Källa: Egen analys inom ramen för rapportarbetet



Figur 3. Vilken är din bedömning av hur organisationen av hälso- och sjukvården ser ut år 2030? Källa: Enkät ekonomidirektörer och hälso- och sjukvårdsdirektörer, oktober 2014. Källa: Enkät inom ramen för rapportarbetet

Synen från vårdens makthavare

Hösten 2014 besvarade landstingens representanter i de två nationella ledningsnätverken för ekonomidirektörer och hälso- och sjukvårdsdirektörer en webb-enkät med rubriken ”Makthavarnas bästa tips”. Tre frågor handlade uttryckligen om den nationella styrningen av hälso- och sjukvården i Sverige. Den första gäller hälso- och sjukvårdens framtida organisation med följande fråga och fem svarsalternativ: Vilken är din bedömning av hur organisationen av hälso- och sjukvården ser ut år 2030? Ange ett alternativ.

1. De 21 landstingen finns kvar med ungefär samma funktion som idag
2. En uppdelning har skett i färre större sjukvårdsregioner med ungefär samma funktion som landstingen har idag
3. En uppdelning har skett i färre större sjukvårdsregioner. Regionerna har var och en ett utföransvar gentemot en nationell/statlig beställare
4. Sjukhusvården är statligt driftstyrd och finansierad
5. Annat alternativ:

I figur 3 redovisas svarsresultatet.

Två tredjedelar av de svarande bedömde att det år 2030 har skett en uppdelning av landstingen i färre större sjukvårdsregioner med ungefär samma funktion som landstingen har idag. En av tio bedömde att landstingen finns kvar med ungefär samma funktion som idag. Lika många bedömde att en uppdelning har skett i större regioner med ett utföransvar gentemot en nationell/statlig beställare. Alternativet att sjukhusvården är statligt styrd och finansierad fick några enstaka svar. Direktörerna besvarade också

två frågor där de fick avge fria svar:

- Tänk dig att du har makten att styra hälso- och sjukvården. Vilka strategiska åtgärder skulle du satsa mest på för att klara utmaningarna inför år 2025 om du har nationellt ansvar?
- Du har blivit kallad till den nye sjukvårdsministern. Du ska ge förslag till hur den svenska sjukvården ska samordnas på ett bättre sätt så att den ger en mer likvärdig vård i landet. Vilka är dina förslag?

De fria svaren visar på en inriktning att utjämna nationella olikheter i vårdutbud och kvalitet för att på så sätt skapa en likvärdig vård över hela landet. I det följande redovisas en kvalitativ analys av teman och mer konkreta förslag. Svaren har bearbetats redaktionellt så att varje tema blir någorlunda sammanhängande. Direktörerna avger flest svar inom områdena kunskapsstyrning, kompetens och IT-samordning. Kompetensförsörjning nämns av var fjärde svarande även om det inte finns så många konkreta förslag.

Gemensamma utmaningar, mål och styrning

Det handlar om att stödja landstingen för gemensam syn på de största utmaningarna och gemensamma målbilder. Fokusera på patientmakten och patientdelaktigheten och samtidigt ha ansvar för befolkningens hälsa. ETT gemensamt system kan ge samlade resultatdata så att styrning kan ske mot att minimera oönskad variation. Patienten ska vara i centrum och det behövs gemensamma bedömningar av vårdbehovet innan patienten skickas vidare. Processerna bör vara likartade mellan landstingen och en nationell remisshantering. Vård ska ske på rätt nivå med centrala

direktiv om till exempel "gatekeeper". Ha en nära samverkan med kommunerna och ta med kommunerna i uppföljning av kvaliteten. Utnyttja befintliga nationella ledningsnätverk i det strategiska ledningsarbetet.

Nationella riktlinjer och uppföljningar

Fortsätt arbetet med att utveckla nationella riktlinjer och nationella uppföljningar. Fortsätt med transparenta jämförelser/kvalitetsregister inom övriga delar av vården. Gör en kraftfull satsning på en gemensam plattform för all kvalitetsregistrering. Använd sedan denna gemensamma plattform för att driva sjukvårdens utveckling framåt. Skarp uppföljning av vårdens resultat – inför målnivåer. Skapa bättre informationsförsörjning av resultat till befolkningen

Kunskapsstyrning

Skapa en gemensam infrastruktur för evidens, information och kunskapsstyrning. Genom den gemensamma infrastrukturen för information skulle till exempel nationella riktlinjer, ordnat läkemedelsinförande och beslutsstöd kunna implementeras nationellt och få mycket snabbt genomslag till fördel för patienternas vård. En del i denna utveckling är att vara mer innovativ om vilka personalkompetenser som ska utföra var och vad för patientens bästa. Ett gemensamt nationellt system med interaktivt beslutsstöd skulle skapa stora möjligheter till integrerad vård på ett helt annat sätt än idag och kunna förflytta hela sjukvårdsbranschen.

Samordning IT och vårdtjänster

Det finns ett stort behov av infrastrukturens satsning och samordning som stöd för landstingens IT-satsningar. Det handlar också om infrastruktur för ny paketering av e-hälsa och åtgärder för att underlätta informationsflödet mellan landsting. Ange tydliga krav på systemens funktionalitet och förmåga till informationsutbyte. Skapa vårdtjänster via nya kanaler, främst IT och särskilt mobil IT. Andra utvecklingsområden är att stödja utvecklingen av när-vård med fasta vårdkontakter. Inför ny lagstiftning enligt "Rätt information på rätt plats i rätt tid"

Kompetensförsörjning

Kompetensförsörjning är viktig att säkra genom att utöka läkarutbildningen och genom fler utbildningsplatser.

Finansiering

Hälso- och sjukvårdens långsiktiga finansiering och finansieringsmodeller är en del av det nationella ansvaret. Statsbidrag bör skapas som matchar ökade behov i demografi och för läkemedel. Utvärdera om dagens utjämningsystem i tillräcklig omfattning utjämnar mellan tillväxtområden och avfolkningsbygder. Lagg inte ekonomiska styrmedel på HUR-frågor.

Regionalisering och nivåstrukturering

Se över styrmodellen för vården, arbeta in incitament för definierad bra kvalitet på alla områden. Det krävs kompetens och kvalitet och samordning på grund av ökad specialisering för kritiska volymer. Utveckla benchmarkingsmöjligheterna. Regionalisera mera. Centralisera den mest högspecialiserade vården till färre ställen. Använd Regionala cancercentra som modell, lägg ansvar regionalt för olika processer. Nivåstrukturera specialiserad vård. Ta över drift av högspecialiserad vård och nivåstrukturera den tydligt

Iakttagelser och reflektioner

Decentraliserat sjukvårdssystem

Den svenska hälso- och sjukvården bygger på en tydlig ansvarsfördelning mellan stat, landsting och kommuner. Det som är utmärkande jämfört med de flesta andra länder är en långtgående decentralisering av ansvar och uppgifter. Det är mer än 150 år sedan landstingen bildades och vi har fortfarande ett Sverige med 21 sjukvårdssystem. Det innebär att varje landsting har sin egen "sjukvårdsminister" och bestämmer om sin organisation för ledning, styrning, vårdstruktur och processer. Och ingen har tagit reda på vilket system som fungerar bäst och inte heller drar man nytta av varandras erfarenheter på ett systematiskt sätt. Det handlar här om sådana processer som sker på innerplan i organisationen. Exempel är strukturer, processer och kraft för ledning och styrning, rollfördelning mellan politik och tjänstemän, prioritering och resursfördelning, uppdrag och uppföljning, samverkansarbete med kommunerna, ersättningssystem och kostnadseffektivitet. De nationella jämförelserna mellan landstingen visar även på olikheter i resultaten för patienter och invånare vad gäller utbud, tillgänglighet, medicinsk kvalitet, patientuppfattning och kostnader.

Starkt stöd för likvärdig vård i landet

Decentraliseringen medför ett spänningsförhållande mellan kommunal självstyrelse och nationell likvärdighet. Självstyrelsen innebär att beslut fattas nära medborgarna i landstingen och att verksamheten utformas efter lokala förutsättningar. Likvärdighetsprincipen innebär att en offentlig tjänst ska vara av lika värde för alla medborgare oavsett ålder, kön, ekonomiska förutsättningar eller bostadsort. Undersökningar visar att det finns en utbredd förväntan hos invånarna i Sverige att landstingen ska erbjuda samma vård i hela landet. Detta synsätt delas också av till exempel medicinska specialistföreningar som ibland talar i termer om "vårdens postkodlotteri". Att denna uppfattning och diskussion har fått mer genomslag de senaste åren beror på den ökade tillgången på information till invånarna om utbud, tillgänglighet, avgifter och resultat. Ett annat skäl är den ökade valfriheten och mångfalden inom vården och omsorgen. Rörligheten och internationaliseringen bidrar också, liksom de utmaningar som står inför dörren. När skillnader uppmärksammas i media så är grundanslaget att det inte är rimligt att invånare och patienter får olika vård beroende på var man bor i landet.

Kraftfullare nationell styrning

När man blickar 20 år bakåt finner man att staten gjort olika inbrytningar för att åstadkomma en mer likvärdig vård i landet utöver de formella regelverk som styr landstingens verksamhet. Husläkarlagen och Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården var två av de tidigaste inslagen. De senaste tio åren har en mer omfattande fokusering och kraft lagts på denna inriktning. Det handlar om statlig styrning med olika incitament från departement och sjukvårdsmyndigheter. Sjukvårdspolitiska reformer som vårdval och upphandlingsregler av vård har genomförts. Regeringen har utsett samordnare för olika områden. Exempel är äldresatsning, psykiatri, kroniska sjukdomar, kommunalt hemsjukvårdsansvar, vårdval i specialiserad vård och nationell cancerstrategi. Regeringen har tillsammans med SKL initierat utvecklingsaktiviteter och utformat ersättningssystem för att förbättra tillgänglighet, kunskapsstyrning och äldrevård. Regionala kompetenscentra för cancervård har skapats. Sjukvård-

smyndigheterna har aktiverat den nationella styrningen genom till exempel nationella medicinska riktlinjer. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet har visat på skillnader i landstingens resultat.

Under de senaste åtta åren har också det nationella lednings-samarbetet stärkts mellan landstingen. Landstingens nationella ledningsnätverk på högsta tjänstemannanivå har alltmer utvecklats till att hantera gemensamma frågor där en samordning blir alltmer nödvändig på nationell nivå. Det gäller utvecklingsområden, strategiska ledningsfrågor och frågor av mer operativ karaktär. Statens vård- och omsorgutredning betonar behovet av samordning för vård och omsorg på lika villkor. Patientlagen ger möjlighet för patienterna att välja vård över landstingsgränserna vilket innebär att det blir allt svårare för de enskilda landstingen att själv bestämma över utbud, prioriteringar och avgifter. En konsekvens av de nationella insatserna är att landstingens politiska utrymme för lokala beslut har begränsats. Det är inte längre några ledande landstingspolitiker som kan förverkliga sin uppfattning att "Vårdval, det är inget för invånarna i vårt landsting".

Under valrörelsen 2014 gjordes ovanligt många utspel och löften från tilltänkta ministrar och riksdagsmän om hur man från staten snabbt skulle fixa välfärdens framtida faror. Dessutom övertog man löneförhandlingarna genom att ge löften om pengar för högre löner till personal i kommuner och landsting. Men när valet var vunnit välldes verkligheten in och politikerna med nationellt ansvar ser nu gärna att den kommunala välfärden löser de praktiska problemen. En plötslig insikt om att den kommunala självstyrelsen är en utomordentlig uttänkt uppfinning verkar ha drabbat flera framstående politiker.

Enighet om färdriktning

Det verkar som de flesta är överens om färdriktningen mot en mer likvärdig vård i landet. Men det finns olika uppfattningar om vem som har ansvar för färden och vad slutmålet är. I den offentliga debatten om ansvar och organisation av den framtida svenska sjukvården finns argument för att behålla landstingen, öka storleken genom regioner eller låta staten ta över. Och just ropet på förstatligande är den enkla lösning som i debatten ofta föreslagits för att minska skillnaderna och minska orättvisorna för invånare och patienter. Men sannolikt är statlig sjukvård en tulipanaros – lätt att säga svårt att göra. I debatten om hur det skulle ske verkar man inte ha funderat speciellt mycket på hur det praktiskt skulle organiseras. Det ibland återkommande förslaget är att förstatliga universitetssjukhusen och låta kommunerna ta ansvar för övrig vård. Vi pratar här om en gigantisk komplex kunskapsorganisation med 200 000 högutbildade medarbetare, en årskostnad på 300 miljarder kronor, 60 sjukhus, 1000 vårdcentraler och flera tusen mottagningar för till exempel läkarvård och sjukgymnastik.

Regioner – haveri?...

För åtta år sedan lade Ansvarskommittén fram sitt betänkande. Det rädde stor optimism om att hälso- och sjukvården skulle utvecklas i större regioner som skulle innebära möjligheter till samordning och effektivisering. Stor kraft satsades från staten och SKL på att informera och engagera politiker och tjänstemän i kommuner och landsting. En statlig samordningsman åkte runt till samtliga län där han i en svart bok antecknade hur de lokala och regionala företrädarna såg på sina möjligheter att utforma en regional samordning över länsgränserna. De då nybildade regi-

onerna Skåne och Västra Götaland var förebilder och anordnade seminarier för intresserade representanter från övriga län. Man informerade hur man gått till väga, vilka stötestenar man träffat på och hur resultaten blivit. Mycket arbete och kraft lades ned för att ge sina nästan uteslutande positiva remissvar till ansvarskommitténs betänkande. Det innebar också aktiviteter runtom i landet där man öppnade upp och stängde gränser mellan länen. Visserligen har ett antal regioner bildats men mer till namn än förändring av storlek. Ansvarsområdet har ökat vad gäller regionala utvecklingsfrågor men inte berört sjukvården vad gäller samordning och effektivisering.

Det finns flera skäl till det snöpliga resultatet. Många intressenter inom stat, landsting och kommuner skulle hitta fram tillsammans i alla tåtar och vara överens "underifrån". Det viktigaste skälet är emellertid drivkraften från den nationella politiken. Att regionreformen för Skåne och Västra Götaland lyckades så bra berodde till stor del på en stark fackminister som drev frågan i samklang med tunga kommunpolitiker. Att regionprocessen inte lyckades efter Ansvarskommitténs betänkande var egentligen inte så överraskande. Ledande ministrar i regeringen hade bestämt att det inte skulle bli något. Det hjälpte inte med starkt stöd runt om i landet och hos ansvarigt departement. De landsting som inte ville kunde hänvisa till ministrar som inte ville släppa igenom någon reform med utvidgade regioner. När det började se ut som den tänkta regionreformen skulle kunna genomföras stoppades hela frågan på olika sätt.

... eller omstart?

Analysen av debatterna under de senaste åren om hur den framtida sjukvården ska organiseras visar inte på några sakliga nackdelar med en övergång till större regioner – till skillnad mot ansvar på nivå stat och landsting. De bärande argumenten är att man på regionnivå kan ha kvar ett lokalt ansvar men med en storlek som krävs för att bedriva en framgångsrik sjukvård. En sådan organisation med till exempel sex regioner ger förutsättningar att bygga en modern sjukvård för framtiden i hela landet. Kraftfulla och mer jämställda regioner skulle dessutom bli bättre samtalspartner för den nationella nivån så att beslut och implementering blir starkare. En majoritet av vårdens makthavare bedömer att det år 2030 har skett en uppdelning i färre större sjukvårdsregioner med ungefär samma funktion som landstingen har idag. Regeringen har aviserat att man kommer att påbörja arbetet att minska antalet län och landsting i Sverige. Syftet är att skapa en organisation med färre regioner som är bättre rustade att klara av de uppgifter och utmaningar som ett modernt samhälle står inför. Landstingen och kommande regioner kommer att ha kvar samma uppgifter som idag samt ett ansvar för den regionala utvecklingen.

Frivilligt eller med tvång?

Sverige har en historia med sammanslagning av kommuner. Skälen har varit desamma som har funnits och finns i debatten om färre regioner. Det handlar om befolkningsunderlag, behov av samordning, personalkompetens, effektivitet och styrka för att ta på sig nya uppgifter. Ett intressant exempel på själva processen i genomförandet är kommunblocksreformen år 1974. Den delfråga som var mest central i riksdagsbehandlingen var på vilket sätt kommunblocksreformen skulle förverkligas. I den första propositionen till riksdagen var principen att reformen skulle vara grundad på frivilliga sammanläggningar. Efter flera år av debatter beslutar riksdagen om vilka kommuner som ska slås samman.

278 stycken tvångsäktenskap som nästan alla håller efter mer än fyrtio år och där parterna fortfarande verkar trivas ihop.

Vart är vi på väg?

En minskning av antalet sjukvårdshuvudmän kan betraktas som ett steg på vägen till en mer nationellt styrd sjukvård för att invånarna ska få en likvärdig vård oavsett var man bor i landet. Ett intressant näraliggande exempel är den förändring som nyligen genomförts av svensk polis. Polisen ska liksom sjukvården skapa trygghet och hantera och lösa frågor för invånarna på lokal nivå. Den tidigare politiska förankringen med regionala polisstyrelser har försvunnit och svensk polis leds av en myndighetschef. De tidigare 21 fristående länspolismyndigheter är borta och ersatt av en sammanhållen polismyndighet med sju polisregioner som ska bli mer effektiv men ändå med ett regionalt och lokalt anslag. En springande punkt hos polisen liksom inom hälso- och sjukvården är själva organisationen och det gemensamma beslutsfattandet. På nationell nivå i hälso- och sjukvården finns nationella nätverk för olika ledningsfunktioner där samtliga landsting är representerade. Problemet är att nätverken är en sammanslutning av representanter för enskilda landsting. Var och en har den viktigaste arenan på hemmaplan inom politiken, ledning och för sina invånare. Man kan med fog säga att denna situation är som ett litet EU, en sammanslutning där man inte alltid är tvingad att vara överens.

Som det nu ser ut i landstingens gemensamma beslutsfattande finns det således formella och praktiska inbyggda motsättningar. Varje landsting har sitt eget självbestämmande och olika sätt att hantera strategiska beslut och fördela mandat mellan tjänstemän och politik. En del landsting har långtgående decentralisering på tjänstemannanivå medan många beslut i andra landsting ligger på politisk nivå. Vissa frågor känns enkla att besluta om gemensamt på nationell nivå. Andra frågor är besvärliga och det är då svårt att sätta ned foten. Det kan då vara bekvämast att i sann Svarte-Petter anda försöka skjuta beslutsfattande uppåt till någon annan. Men det finns oftast ingen annan. Här måste man utveckla processen för att få mer fungerande sätt att fatta gemensamma beslut på ledningsnivå. Och det gäller oberoende om man är 21 eller 6 regioner.

Citaten

"Jag har just återvänt från ett möte med mina generaldirektörskollegor i EU om organisation av sjukvården. Alla från länder med statliga sjukvårdssystem sa: Det här går inte längre, vi måste satsa på decentralisering. Alla med lokalt styrd sjukvård sa: Vi måste förstatliga, det är enda lösningen. Slutsats: Det finns inga enkla lösningar"
Kjell Asplund, Generaldirektör Socialstyrelsen 2004–2008. Reflektion i ett medarbetarbrev.

"Riksdagen skall inte godkänna någon form av diktatur i demokratisk förklädnad"
Riksdagsman Åkerlind som siste talare i debatten år 1969 om frivillighetslinjen i 1974 års kommunblocksreform.

"Genomförandekommittén för Sveriges nya sjukvård söker chefer"

Sjukvården står inför den största förändringen i modern tid. Dagens fristående 21 landsting ska bli en sammanhållen och mer effektiv sjukvårdsorganisation. Den nya sjukvården ska få

ökat förtroende genom att bli bättre på att förebygga och bota sjukdomar, verka närmare medborgarna – och på så sätt öka tryggheten i Sverige. Den nya sjukvården söker nu sex regionchefer samt chefer till samtliga sjukhusområden inom de sex regionerna. Chefer som har modet, viljan och förmågan att leda förändringen till den framgång den förväntas bli. Det handlar om en balansakt mellan helhet och delar, eget ansvar och delegering. Mellan orubblighet och inkänning. Tillsammans ska vi skapa en organisation som präglas av en miljö där kvalitet, processer och kompetens utvecklas i samma snabba takt som omvärlden"

Minimal omarbetning från genomförandekommitténs platsannonser om nya polischefer år 2014.

"Nya sjukvården snart här"

När det nya året rings in upphör dagens 21 landsting att existera. Men sjukvården uppstår omedelbart i ny form. Internt är förändringen stor, men för dig som medborgare förändras inget över natten. Alla vet det inte, men idag har varje landsting en egen ledningsorganisation med stort självbestämmande. Vi är väldigt olika i de geografiska landstingen. När vi inte varit eniga har det inte funnits någon som haft mandat att säga hur vi ska vara som organisation, säger en av landstingsdirektörerna. I praktiken har det inneburit ibland olika arbetsmetoder och bitvis även stora skillnader i resultat. Men när vi skålar in det nya året blir det en nyordning. De 21 landstingen upphör att existera. Det blir en svensk sjukvård. Då blir det en chef som bestämmer.

Syftet är att få till en enhetlighet som tidigare inte varit möjlig. Som vanlig medborgare vaknar du inte upp till ett radikalt förändrat Sjukvårdssverige den första januari. Allt kommer att se ut som vanligt. Närmaste vårdcentral och sjukhus ligger kvar. Första gången du märker av förändringen blir kanske när sjukvården bjuder in till medborgardialog för att ta fram medborgarlöften – en möjlighet att vara med och tycka till om vad sjukvården ska prioritera. Det ska vi börja jobba med rätt så snabbt säger en av de nya cheferna. De anställda i sjukvården själva då, vad händer med dem? Ett gäng nya chefer är redan utsedda, andra ska utses senare. Vissa medarbetare få nya jobb men majoriteten kommer att ha kvar i stort sett samma uppgifter som idag."

"Nya polisen snart här", minimal omarbetning från artikel i Svenska Dagbladet, 29 december 2014

Källor

- God vård på lika villkor – om statens styrning av hälso- och sjukvården. SOU 1999:66
- Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården. Prop. 1999/2000:149
- Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag. Ds 2003:56
- Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft, slutbetänkande av Ansvarskommittén. SOU 2007:10
- Gör det enklare! SOU 2012:33
- En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Ds 2014:9, Socialdepartementet
- Vård- och omsorgssystemens utformning och finansiering – en internationell utblick. Svensk Försäkrings rapportserie Vår framtida välfärd, februari 2013
- Nätverk, nutid, framtid, färd. Nationellt nätverk hälso- och

sjukvårdsdirektörer, november 2011

- Kommunal indelning och kommunal självstyrelse – Frågans behandling i riksdagen 1965–1970. Statsvetenskapliga institutionen, Göteborgs universitet 1972
- Kommunsammanläggningarna 1952–1974, Hur blev de politiskt möjliga? Linköpings universitet, Linnéuniversitetet och Uppsala universitet 2010
- ”Hur olika får det vara?” SKL, programberedningens rapport, april 2014
- 150 år av självstyrelse – kommuner och landsting i förändring. SKL 2013
- Kunskapsguiden webb, Socialstyrelsen i samverkan med sjukvårdsmyndigheter och SKL, 2015
- Ny regionreform ska göra landstingen färre från 2019. Ardalan Shekarabi, DN-debatt 23 mars 2015.

Personal och kompetensförsörjning

Under de närmaste åren uppnår många medarbetare inom vård och omsorg pensionsåldern. Samtidigt växer befolkningen och antalet och andelen äldre med stora vårdbehov ökar. Om inga drastiska förändringar sker i arbetssätt och bemanningsbehov kommer det att behövas 160 000 nya medarbetare med yrkesutbildning i vård och omsorg den närmaste tioårsperioden. Beräkningarna i detta kapitel visar att nuvarande utbildningskapacitet inte kommer att räcka till för att rekrytera personal fram till år 2025. Det gäller framförallt sjuksköterskor men också andra grupper som barnmorskor, arbetsterapeuter och biomedicinska analytiker. Den framtida tillgången på undersköterskor är svårbedömd.

Pressen från pressen

- Personalbrist hotar i vården
- Vem ska ta hand om gamla mamma?
- Specialistbristen förvärras
- Personalbrist stänger 900 vårdplatser
- Allt dyrare att hyra in vårdpersonal
- Sjukvården låter vårdens administratörer ta plats
- Stor ökning av arbetande seniorer
- Utbildning ska få fler att stanna
- Språket är bästa vägen till vården

Fakta i korthet

- Tillgången på läkare och sjuksköterskor har ökat i Sverige under de senaste fem åren. I förhållande till antalet invånare i befolkningen ökade antal läkare med tio procent och sjuksköterskor och barnmorskor med fyra procent. Antalet specialist-sjuksköterskor minskade med en procent.
- Jämfört med övriga EU/EES-länder ligger Sverige bland de tre med högst andel läkare och sjuksköterskor per invånare. Antalet är 410 läkare och 1110 sjuksköterskor per 100 000 invånare.
- Av samtliga nu sysselsatta läkare i Sverige har tre fjärdedelar en svensk utbildning. 16 procent har en utbildning i EU/EES-länder, framförallt svenska studenter som genomgått utbildning i ett sådant land. Åtta procent har utbildning i annat land.
- Inom landstingens hälso- och sjukvård har samtliga anställda som arbetar med patienter en vårdyrkesutbildning. Undersköterskor och skötare har utbildning på gymnasienivå och övriga 80 procent av de anställda har en högskoleutbildning på minst tre år.
- Det finns totalt 48 yrkesexamina på högskolenivå varav en tredjedel inom hälso- och sjukvård. Program med högst sökandetryck är psykolog, läkare, sjukgymnast och barnmorska.
- Nästan 30 procent av de anställda uppnår pensionsålder inom den närmaste tioårsperioden. Med ett ökat vårdbehov beräknas rekryteringsbehovet uppgå till 160 000 personer, varav hälften undersköterskor. Bedömningar av tillgång och efterfrågan på personal visar att nuvarande utbildningskapacitet inte räcker till för behovet av personal år 2025. Den största obalansen gäller sjuksköterskor, barnmorskor, arbetsterapeuter och biomedicinska analytiker.
- Mellan år 2005 och 2014 ökade antal anställda i Region Östergötland med nio procent medan befolkningen ökade med sex procent. Antal läkare ökade med 33 procent och antalet sjuksköterskor med 12 procent. Antalet undersköterskor och skötare minskade med 4 procent.
- Östergötland ligger på ungefär samma nivå som Sverige i genomsnitt vad gäller antal läkare och sjuksköterskor per invånare.

- Den genomsnittliga sysselsättningsgraden mellan år 1996 och 2014 ökade för de anställda från 89 procent till 97 procent.
- Fram till år 2025 beräknas 3 500 anställda i Region Östergötland gå i pension. Det är en ökning med nästan 50 procent jämfört med föregående tioårsperiod.

Varför ett kapitel om personal och kompetensförsörjning?

Idag arbetar ungefär en halv miljon personer i Sverige med vård och omsorg. Samtidigt som befolkningen växer och andelen äldre och behoven av välfärd ökar uppnår många medarbetare pensionsåldern. Beräkningarna i detta kapitel visar att det kommer att behövas omkring 160 000 nya medarbetare med yrkesutbildning i vård och omsorg den närmaste tioårsperioden. Härutöver tillkommer ett stort behov av personal utan formella utbildningskrav som vårdbiträden och personliga assistenter. Personalen utgör hälften av landstingets kostnader och fler anställda och högre löner ger påtagliga ekonomiska konsekvenser för landstingen. Det motsatta är ännu värre och kan inte lösas med pengar. Om sjukvårdshuvudmännen inte lyckas rekrytera och utveckla kompetensen hos personalen så blir det svårt att förverkliga politikens mål och planer om en utvidgad och bättre hälso- och sjukvård för befolkningen och patienterna.

Det viktigaste syftet i kapitlet är att visa på hur balansen ser ut mellan tillgång och efterfrågan på personal nu och fram till år 2025. Det handlar om en bedömning av rekryteringsbehoven och inte någon exakt prognos. Fakta om personalbehovet beskrivs i huvudsak på nationell nivå. Högskoleutbildningarna är på nationell nivå och likaså tillgången på personal. Därför redovisas läget så långt som möjligt för hela området hälso- och sjukvård som inkluderar landsting och kommun samt vård och omsorg i offentlig och i privat regi. Analyser visar dessutom att de beskrivna utmaningarna på nationell nivå är likartade för Region Östergötland.

Det statistiska underlaget och bedömningar under avsnittet Nationell överblick är i huvudsak hämtat från Socialstyrelsens rapporter Nationella planeringsstödet 2015 och Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal, 2014. Det statistiska underlaget under avsnittet Fokus Östergötland är hämtat från i huvudsak landstingsfakta och specialbeställd utdata från Region Östergötland. Utifrån statistiken har egna bearbetningar gjorts för detta kapitel.

Vilka frågor ger kapitlet svar på?

- Hur många av de anställda i olika yrkesgrupper arbetar inom hälso- och sjukvård i Sverige?
- Hur har antalet förändrats för läkare och sjuksköterskor?
- Hur stor andel av vårdutbildningarna sker i andra länder än Sverige?
- Vilken är utbildningsgången för utländska läkare?
- Hur stort är sökandetrycket till högskoleutbildning inom vårdyrken?
- Vilken är balansen mellan behov och tillgång på vårdpersonal år 2025?
- Hur har utvecklingen varit av antal anställda i Region Östergötland?
- Hur ser personaltätheten ut jämfört med andra landsting?
- Hur många uppnår pensionsålder de närmaste tio åren?
- Vilka är strategierna för att möta rekryteringsutmaningarna?

Nationell överblick

Antal anställda

Enligt beräkningar från Sveriges kommuner och landsting (SKL) finns det ungefär en halv miljon anställda i Sverige som arbetar i ett patientnära yrke inom vård och omsorg inom offentlig och privat driven verksamhet. Den primärkommunala vårdverksamheten domineras av vård och omsorg av äldre och det är också där den största andelen är sysselsatta. När det gäller de anställdas utbildningsnivå är det en stor skillnad mellan kommunerna och landstingen. Inom landstingens hälso- och sjukvård har tre fjärdedelar av de anställda en utbildning som kräver legitimation och därmed högskoleutbildning med minst tre år. Flera yrkesgrupper har långa specialistutbildningar, som till exempel läkare. Av de anställda inom hälso- och sjukvård är 47 procent sjuksköterskor, barnmorskor och biomedicinska analytiker, 25 procent undersköterskor och skötare samt 18 procent läkare. Häruöver är det en jämn fördelning på 3 procent vardera av sjukgymnaster, psykologer och arbetsterapeuter. Inom kommunerna är över 85 procent undersköterskor, skötare och vårdbiträden. Andelen sjuksköterskor är här 8 procent och andelen sjukgymnaster och arbetsterapeuter är 4 procent.

Förändring mellan år 2010 och 2014

Socialstyrelsen publicerar årligen ett antal rapporter som redovisar statistik över legitimerad personal som är anställda inom hälso- och sjukvård. På olika sätt kan man där följa förändringar av antalet personer över tid. Befolkningsökningen i Sverige mellan åren 2010 och 2014 var 3,5 procent. Antal sysselsatta med legitimerade vårdyrken inom vård och omsorg i landsting och kommuner ökade med totalt 5 procent. Störst var ökningen av

antalet psykologer (12%) och läkare (8%). Lägst var ökningen av sjuksköterskor och biomedicinska analytiker (3%). Ett annat sätt är att jämföra hur många personer som har en yrkeslegitimation. Sju yrken utgör huvuddelen av personer med legitimation inom vårdyrken, främst sjuksköterskor och läkare. År 2014 fanns totalt 322 000 personer som hade legitimation inom dessa sju yrken varav 242 000 var yngre än 65 år. Andelen under 65 år var således 75 procent av samtliga personer. År 2010 var motsvarande andel 80 procent. Den pågående förändringen av ålderspyramiden har medfört att andelen yngre än 65 år har minskat med en procentenhet varje år mellan år 2010 och 2014. Minskningen har gällt samtliga sju yrkesgrupper med vissa variationer. Det innebär att antalet personer med yrkeslegitimation yngre än 65 år har en lägre ökningstakt än äldre än 65 år mellan 2010 och 2014, 7 000 respektive 22 000 personer.

Andel verksamma inom olika områden

I tabell 1 redovisas antal sysselsatta (anställda) inom sju legitimerade vårdyrken samt hur stor andel som är anställda inom fyra områden i landsting och kommuner. De sju yrkena utgör 97 procent av totalt antal anställda med legitimerade vårdyrken i landsting och kommuner. De yrken som inte är medtagna i tabellen är logopedier, dietister, audionomer, naprapater, kiropraktorer och sjukhusfysiker, sammanlagt 5000 anställda.

Av totalt 216 000 sysselsatta inom sju legitimerade vårdyrken arbetar 86 procent inom fyra områden i landsting och kommuner i offentlig och privat driven verksamhet. De allra flesta arbetar inom den reguljära hälso- och sjukvården på framförallt sjukhus och inom olika öppna vårdformer. Elva procent arbetar inom kommunernas äldreboende och öppna sociala insatser.

Områden landsting och kommuner	Arbetsterapeut	Barnmorska	Biomedanalyt	Sjukgymnast	Läkare	Psykolog	Sjuksköterska	Totalt
Hälso- och sjukvård	38%	84%	79%	61%	89%	60%	69%	71%
Vård och omsorg med boende	17%	2%	0%	8%	0%	3%	8%	6%
Öppna sociala insatser	20%	2%	0%	8%	0%	3%	6%	5%
Administration av hälso- och sjukvård	10%	3%	2%	5%	2%	8%	3%	4%
Summa	84%	90%	82%	82%	92%	73%	87%	86%
Antal sysselsatta inom fyra områden	9 421	7 239	8 112	12 843	36 090	6 802	106 133	186 640

Tabell 1. Andel legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, som arbetar inom fyra områden i vård och omsorg, november 2013. Källa: Socialstyrelsens statistik om hälso- och sjukvårdspersonal 2015, tabell 5a

Yrke	Antal år 2012	Antal per 100 000 invånare	Förändring år 2007-2012	
			Per 100 000 inv	Procent
Läkare ej specialistkompetens	11 597	122	32	26%
Läkare specialistkompetens	26 547	278	8	3%
<i>Summa läkare</i>	<i>38 144</i>	<i>400</i>	<i>40</i>	<i>10%</i>
Sjuksköterskor ej specialistkompetens	57 700	604	47	8%
Sjuksköterskor specialistkompetens	48 476	508	-6	-1%
<i>Summa sjuksköterskor</i>	<i>106 176</i>	<i>1 112</i>	<i>41</i>	<i>4%</i>
Barnmorskor	7 161	75	3	4%
Summa	151 481	1 587	84	5%

Tabell 2. Antal läkare, sjuksköterskor och barnmorskor per 100 000 invånare (november 2012) samt förändring mellan åren 2007 och 2012 i antal per 100 000 invånare och i procent per 100 000 invånare. Källa: Socialstyrelsen, Nationella planeringsstödet 2015, tabell 1.

Fyra procent är sysselsatta inom administration av hälso- och sjukvård. Läkare och barnmorskor är de yrkesgrupper som har högst andel arbete inom hälso- och sjukvård. Arbetsterapeuterna har den jämnaste fördelningen mellan de fyra områdena. Utöver de fyra områdena i tabellen finns i statistiken tolv olika områden som inte direkt utgör hälso- och sjukvård. Inom dessa områden är 14 procent av personalen inom de sju vårdyrkena sysselsatta. Exempel på sådan sysselsättning är eftergymnasial utbildning, forskning, läkemedelstillverkning och konsulttjänster till företag.

Antal läkare och sjuksköterskor

I tabell 2 redovisas antal sysselsatta läkare, sjuksköterskor och barnmorskor inom den reguljära hälso- och sjukvården sammanlagt inom offentlig och privat driven verksamhet. Med reguljär hälso- och sjukvård menas arbetsplatser där yrkesgrupperna kan förväntas arbeta helt eller delvis med patienter.

Av de sysselsatta läkarna var 91 procent legitimerade läkare. De återstående icke legitimerade läkarna utgjordes huvudsakligen av läkare som genomförde sin allmäntjänstgöring (AT-läkare) samt av läkare utbildade i annat land under provtjänstgöring, eller med beslut av Socialstyrelsen om legitimationsvillkor. Tillgången på läkare och sjuksköterskor har ökat mellan åren 2007 och 2012. I förhållande till antalet invånare i befolkningen ökade antal läkare med tio procent, varav läkare med specialistkompetens tre procent och utan specialistkompetens med 26 procent. Tillgången på sjuksköterskor och barnmorskor ökade med fyra procent. Inom gruppen sjuksköterskor minskade antalet specialistsjuksköterskor med en procent.

En jämförelse med andra EU/EES-länder visar att Sverige ligger bland de tre främsta när det gäller såväl antal läkare som sjuksköterskor per 100 000 invånare. Dessutom har tillväxttakten varit på samma nivå som de övriga länderna med högst täthet när det gäller läkare. Antalet läkare per 100 000 invånare varierar mellan länderna från 430 till 220. Motsvarande siffror för sjuksköterskor är 1 670 till 51. De länder som ligger i topp för läkare före Sverige är Norge och Litauen. För sjuksköterskor är det Norge och Luxemburg.

Specialistsjuksköterskor

Specialistsjuksköterskorna är den enda av de redovisade grupperna som minskar i förhållande till antalet invånare i Sverige. Inom gruppen sjuksköterskor har andelen med specialistutbildning sjunkit sedan 1995. De senaste fem åren har andelen med specialistutbildning sjunkit från 50 procent av alla sjuksköterskor sysselsatta i hälso- och sjukvård år 2007 till 46 procent år 2012. Skillnaderna är emellertid stora mellan olika specialiteter. Det är framförallt gruppen sjuksköterskor specialiserade inom internmedicin och kirurgi som minskat samt specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård. Socialstyrelsen pekar på ett antal bakomliggande orsaker:

- Svaga ekonomiska incitament för sjuksköterskor att vidareutbilda sig, eftersom bidrag under utbildningstid och förändrade löner efter specialisering inte motsvarat de kostnader sjuksköterskor dragit på sig under utbildningstiden.
- Arbetsuppgifterna efter avslutad specialisering har för många tidigare inte skiljt sig nämnvärt från de arbetsuppgifter man tidigare haft.
- Förändrade kliniska krav på specialistsjuksköterskornas kompetens, som föranlett att lokala eller regionala vidareutbildningar har prioriterats framför utbildningar som leder till

en skyddad specialistbeteckning.

- Förändringarna av sjuksköterskeutbildningen och av specialistutbildningarnas anknytning till grundutbildningen. Exempelvis utgjorde vidareutbildningen till specialiserad sjuksköterska i medicinsk och kirurgisk sjukvård tidigare i två perioder ett block i direkt anslutning till grundutbildningen.

Rapporter från Socialstyrelsen visar att ett antal landsting och regioner har börjat utveckla utbildningstjänster för att stimulera till ökat antal specialistutbildade sjuksköterskor. Flera landsting har infört olika former av akademisk specialitjänstgöring för sjuksköterskor. Det innebär att sjuksköterskor kan söka en utbildningstjänst med lön enligt kollektivavtal under hela studietiden. En ny roll som avancerad specialistsjuksköterska har också introducerats inom hälso- och sjukvården, inom utbildning och som klinisk roll. Det innebär att specialiserade sjuksköterskor i högre utsträckning kommer att få förändrade roller och arbetsuppgifter i förhållande till icke-specialiserade sjuksköterskor.

Läkare med specialistkompetens

I detta kapitel ägnas ganska stort utrymme åt läget och framtiden när det gäller personalförsörjningen av läkare. Det finns flera skäl till detta. Det är en viktig grupp sett till kunskapsnivå och medicinskt ansvar, långa utbildningar till specialist och att en stor andel av läkarna erhåller svensk legitimation efter att ha utbildats i annat land. Det är också den yrkesgrupp som växer mest när det gäller andelen anställda av samtliga yrkesgrupper i landstingen. Det finns dessutom mycket fakta om läkargruppen, till exempel andelen med olika specialistkompetenser. I tabell 3 redovisas antalet specialistkompetenta läkare fördelade på de tolv största specialiteterna samt andel kvinnor inom varje specialitet, november 2012

Allmänmedicin är den klart dominerande specialiteten. Knappt var fjärde läkare med specialistkompetens har allmänmedicin som specialitet. Därnäst finns de flesta inom psykiatri och anestesi/intensivvård. En jämförelse av sysselsatta legitimerade läkare de senaste fyra åren visar att antalet kvinnliga specialister ökade med 1650 medan antalet manliga minskade med 820. Det innebär att andelen kvinnor med specialistkompetens ökade från 38 procent år 2009 till 42 procent år 2013. År 2013 utfärdades 2 350 specialistbevis, varav 52 procent till kvinnor.

Migration och utbildningsland

Den ökande internationella rörligheten av hälso- och sjukvårdspersonal uppmärksammas alltmer. Framför allt läkare, men också sjuksköterskor och tandläkare, rör sig mellan Sverige och andra länder för såväl utbildning som sysselsättning i annat land efter avslutad utbildning. Migration kan kompensera för att tillgången på en viss personalgrupp är mindre än efterfrågan. Men det är en osäker strategi eftersom en öppen arbetsmarknad, som inom EU- och EES-området, innebär att personal kan röra sig både till och från den egna hälso- och sjukvården. Mellan 1996 och 2011 har omfånget av den årliga migrationen legat mellan 1 500 och 2 000 personer (samtliga läkare, sjuksköterskor och barnmorskor som under ett år rört sig till eller från Sverige och svensk hälso- och sjukvård). Invandringen till svensk hälso- och sjukvård av utbildad personal var större än utvandringen. I genomsnitt för hela perioden 1996 till 2012 har nettomigrationen gett svensk hälso- och sjukvård ett årligt tillskott om 350 läkare och 110 sjuksköterskor.

Specialitet	Antal	Antal per	Andel (%)	Andel (%)
		100 000	av samtliga	kvinnor inom
		invånare	specialiteter	specialiteten
Allmänmedicin	6105	64	23	46
Psykatri	1763	18	7	52
Anestesi och intensivvård	1584	17	6	33
Internmedicin	1390	15	5	41
Obstetrik och gynekologi	1323	14	5	64
Kirurgi	1304	14	5	22
Ortopedi	1227	13	5	13
Radiologi	1115	12	4	37
Barn- och ungdomsmedicin	987	10	4	56
Kardiologi	757	8	3	24
Ögonsjukdomar	715	7	3	50
Öron- näs och halssjukdomar	579	6	2	35
Övriga	7698	81	29	43
Totalt	26547	278	100	42

Tabell 3. Antal läkare och antal per 100 000 invånare, fördelade på de tolv största specialiteterna samt andel (%) kvinnor inom varje specialitet (november 2012). Källa: Socialstyrelsen, Nationella planeringsstödet 2015, tabell 7.

	Utbildningsland				Totalt
	Sverige	Norden utom Sverige	Inom EU/EES utom Norden	Tredje land	
Antal	28861	1309	4909	3065	38144
Andel	76%	3%	13%	8%	100%

Tabell 4. Läkare sysselsatta i hälso- och sjukvård, indelade efter utbildningsland, antal och andel (%) (november 2012). Källa: Socialstyrelsen, Nationella planeringsstödet 2015, tabell 17.

	Norden	Antal	EU/EES	Antal	Tredje land	Antal
Danmark		757	Polen	1159	Irak	812
Island		272	Tyskland	1042	Ryssland	480
Norge		141	Rumänien	496	Övriga	1773
Finland		137	Övriga	2212		

Tabell 5. Antal utbildade läkare i de största utbildningsländerna av läkare sysselsatta i hälso- och sjukvård (november 2012). Källa: Socialstyrelsen, Nationella planeringsstödet 2015, tabell 17.

Sveriges tillskott av personal till hälso- och sjukvårdsområdet kommer huvudsakligen från EU/EES-området. Av alla läkare sysselsatta i hälso- och sjukvård år 2012 var 24 procent utbildade i annat land. Två tredjedelar av dem var utbildade inom EU-/EES-området. Av alla sjuksköterskor sysselsatta i hälso- och sjukvård 2012 var tre procent utbildade i annat land. Det enskilt största utbildningslandet var Finland. I tabellerna 4 och 5 redovisas utbildningsländer för samtliga sysselsatta läkare. Tredje land är benämningen för länder utanför Sverige och övriga EU/EES-länder.

Samtliga sysselsatta läkare

Av samtliga nu sysselsatta läkare i Sverige har tre fjärdedelar en svensk utbildning. 16 procent har en utbildning i EU/EES-länder och 8 procent från tredje land. Av de läkare som är utbildade i tredje land är över 40 procent utbildade i Irak och Ryssland. Av

alla nu sysselsatta sjuksköterskor och barnmorskor är tre procent utbildade i annat land, flest i EU/EES-länder.

Utfärdade legitimationer

Mellan åren 1995 och 2013 beviljades läkarlegitimation till 16 800 personer som utbildats i Sverige. Under samma period beviljades svenskt legitimationsvillkor eller svensk läkarlegitimation till totalt 16 100 personer med läkarutbildning i annat land. Sedan 2003 har det varje år beviljats fler svenska läkarlegitimationer baserade på utbildning i annat land än baserade på läkarutbildning i Sverige. I nedanstående tabell 6 redovisas utfärdade legitimationer under år 2013 efter land för utbildning. I tabellen redovisas åtta yrken där en större andel är utbildade utanför Sverige jämfört med övriga yrken.

Totalt utfärdade Socialstyrelsen 10 770 legitimationer i 22 yrken under år 2014. Totalt var andelen utbildade i Sverige 79 procent,

Yrke	Andel		
	Sverige	EU/EES	Tredje land
Läkare	41%	51%	7%
Sjuksköterska	91%	8%	1%
Biomed.analytiker	93%	6%	2%
Fysioterapeut	89%	11%	1%
Apotekare	72%	20%	8%
Dietist	94%	6%	0%
Kiropraktor	73%	23%	5%
Tandläkare	60%	28%	11%
Totalt	79%	18%	3%

Tabell 6. Legitimationer utfärdade under det enskilda året 2014 fördelade efter andel utbildade i Sverige och annat land. Källa: Socialstyrelsens statistik om hälso- och sjukvårdspersonal 2015, tabell 2

Tabell 7. Legitimationer utfärdade under 2014 fördelade efter utbildade i Sverige och annat land. Källa: Socialstyrelsens statistik om hälso- och sjukvårdspersonal 2015, tabell 2

Yrke	Antal			Totalt	Andel			Utfärdade i fyra länder inom EU/EES				Summa fyra länder EU/EES
	Sverige	Övriga EU/EES	Tredje land		Sverige	EU/EES	Tredje land	Danmark	Ungern	Polen	Rumänien	
Läkare	926	1152	164	2242	41%	51%	7%	168	119	125	132	544
Sjuksköterska	3904	331	52	4287	91%	8%	1%	45	23	12	10	90
Biomed.analytiker	381	23	7	411	93%	6%	2%	3	0	1	1	5
Fysioterapeut	549	65	5	619	89%	11%	1%	6	4	13	1	24

i övrigt EU/EES-land 18 procent samt i tredje land 3 procent. Jämfört med år 2013 har andel utbildade inom EU/EES ökat från 15 till 18 procent. I tabell 7 redovisas mer i detalj antal personer och utbildningsländer för fyra yrkesgrupperna.

Av de redovisade fyra yrkesgrupperna är läkare den grupp där flest och högst andel utbildar sig utanför Sverige. Fyra EU/EES-länder är specificerade i tabellen och antal utbildade i dessa fyra länder står för sammanlagt 47 procent av samtliga utbildade inom EU/EES. Antalet personer som studerar till läkare i andra länder med studiemedel som utbetalas från Centrala studiemedelnämnden (CSN) har mer än fördubblats sedan år 2001. Samtidigt har antalet nybörjarplatser för läkarstudier i Sverige ökat betydligt under samma tid. Polen, Danmark, Rumänien och Ungern är de största utbildningsländerna utanför Sverige. År 2014 fanns mer än 3 000 svenska personer som studerade till läkare i annat land än Sverige. År 2013 var det totala tillskottet av svenska läkare 874 personer som gjort sin utbildning utomlands. Antalet växer för varje år alltefter som fler som studerar till läkare i annat land avlägger sin examen. En ökning har också skett av läkare utbildade från tredje land. År 2000 fick 136 personer svensk legitimation, år 2011 var det 232 personer. Ungefär hälften hade en utbildning från Ryssland och Irak.

Utbildningsgång för utländska läkare

Man kan dela in de läkare som kommer till Sverige för att söka svensk läkarlegitimation i tre grupper.

- Svenskar som genomgått läkarutbildning utomlands, nästan alltid i ett annat EU-land
- Läkare från EU/EES-länder
- Läkare från övriga världen, så kallade tredje land

Beroende på grupp gäller olika förutsättningar och vägar för att erhålla svensk läkarlegitimation och specialistkompetens. Vägar tillsammans med möjliga kompletteringsbehov illustreras i figur 1.

Figur 1 är hämtad från Region Östergötland men mönstret och vägar gäller generellt för Sverige. Vägar in i svensk sjukvård

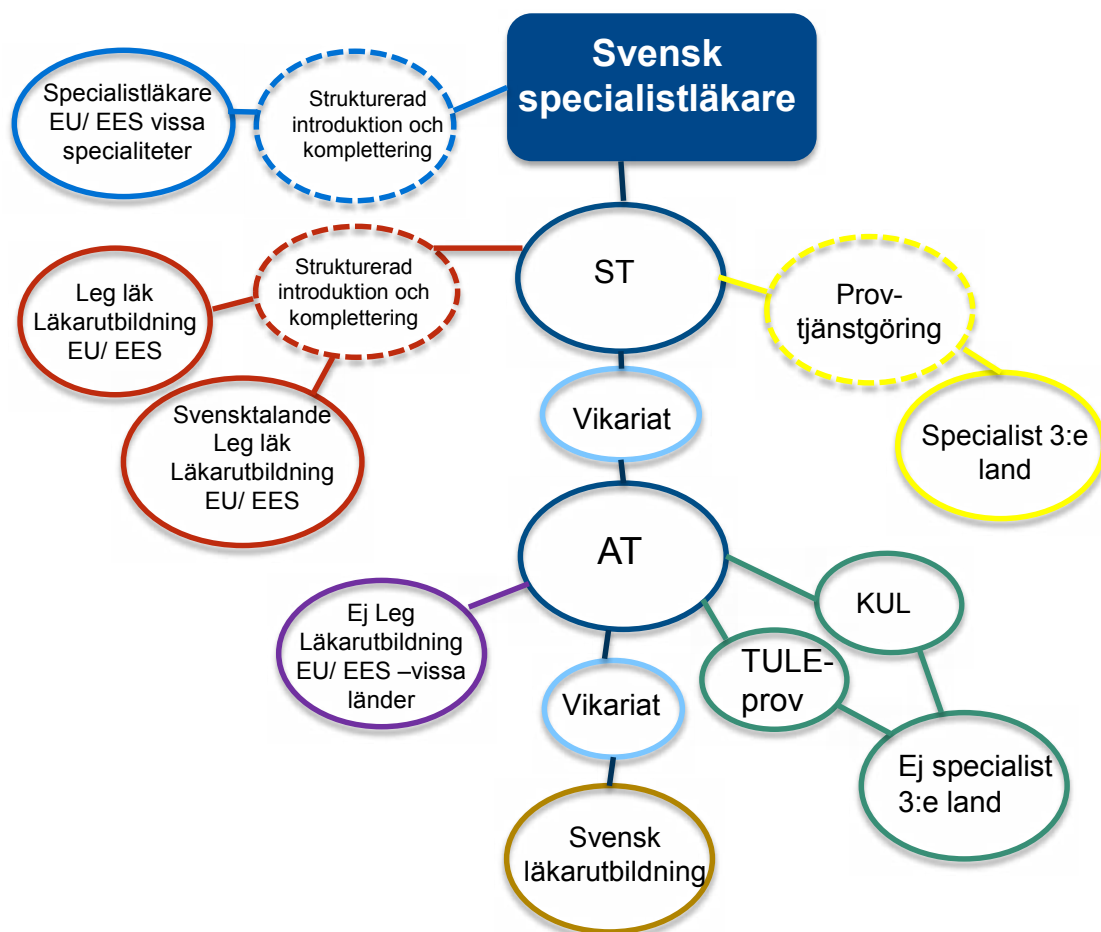
skiljer sig mellan de tre grupperna. För EU/EES-läkare är den formella processen snabb och enkel och samma process gäller inom hela EU/EES-området. Läkaren skickar in sin läkarlegitimation och eventuellt specialistbevis till Socialstyrelsen. Är allt i sin ordning får man klartecken inom kort tid. Det är sedan den enskilde läkarens eget ansvar att hitta arbetsgivare och lära sig svenska.

För läkare från länder utanför EU/EES är det en betydligt längre process. För en läkare från tredje land tar det i genomsnitt fyra år att få svensk legitimation. För en fjärdedel av de sökande tar det nästan sex år. Först ska man få uppehållstillstånd och utbildningen validerad av Socialstyrelsen. Prövningen sker på särskild blankett där man lämnar in kopior på examensbevis, utbildningar och kurser både på originalspråk och översatt till svenska eller engelska. Därefter ska man lära sig svenska språket. Är man specialist gör man provtjänstgöring. Är man inte specialist gör man först ett kunskapsprov (TULE-provet) för att få möjlighet att starta allmäntjänstgöring (AT). Tre chanser har man på sig innan möjligheten försvinner. Därefter ska kurs genomföras i samhälls- och författningskunskap. Härutöver kan det vara aktuellt med kompletteringar. Det finns 65 platser i en ettårig kompletteringsutbildning för att få legitimation. Utbildningen bedrivs bland annat i Linköping.

Sökande till utbildningar

Utbildningsplatser och examinerade

Inom landstingens hälso- och sjukvård har samtliga anställda som arbetar med patienter en vårdyrkesutbildning. Undersköterskor och skötare har utbildning på gymnasienivå och övriga 80 procent av de anställda har en högskoleutbildning på minst tre år. Antal personer som examineras från olika utbildningar bildar därför en övre gräns för utbud och tillgång på arbetskraft. Härutöver tillkommer personer utbildade i annat land. Som framgår av tidigare avsnitt i detta kapitel gäller detta tillskott för gruppen läkare. För övriga högskoleutbildningar är det ganska få som är utbildade i annat land. Genom att vi vet hur många som finns inom olika utbildningar kan man ganska väl förutsäga hur många som kommer att examineras varje år. Andelen examinerade i



Streckade linjer = verksamhet saknas idag eller är otillräcklig

Ev kompletteringsbehov:

Specialistläkare från EU/ EES, vissa specialiteter

- Kompetensvärdering
- Författningskunskap
- Ev ämneskunskap
- Svenska språket

Leg läk EU/ EES

- Kompetensvärdering
- Författningskunskap
- Praktisk yrkeskunskap
- *Ev svenska språket*

Specialister från 3:e land

- Kompetensvärdering
- Författningskunskap
- Ev ämneskunskap
- Svenska språket

Figur 1. Vägar till svensk specialistläkare. Källa: Förslag till strategi för introduktion av utlandsbildade läkare i Region Östergötland, juni 2015 (bildspel)

förhållande till antal antagna varierar mellan olika utbildningar. Antalet avhopp från studierna varierar men andelen examinerade är vanligtvis 80–90 procent av de som startar utbildningarna. Antalet sökande per utbildningsplats har också stor betydelse. Ett högt söktryck ökar utsikterna att utbildningarna också kommer att fyllas under kommande år.

Högskoleutbildningar

Det finns sammanlagt 48 yrkesexamina på högskolenivå varav en tredjedel inom området hälso- och sjukvård. Utbildningarna organiseras i form av program, så kallade yrkesexamensprogram. Det finns cirka 40 lärosäten och enskilda utbildningsanordnare. Storleksmässigt är det avsevärda skillnader mellan programmen. Räknat i antalet nybörjare höstterminen 2014 var lärarexamen störst (12 000 nybörjare). Därefter kom civilingenjörsexamen (7 700), sjuksköterskeexamen (5 400) och högskoleingenjörsexamen (4 700). Av samtliga 51 000 nybörjare fanns 30 procent inom hälso- och sjukvård (15 500). I tabell 8 redovisas samtliga nybörjare för yrkesexamina inom 15 yrkesyrken vid sammanlagt alla lärosäten i Sverige. Kolumnerna under "Höstterminen 2014" innebär:

- *Sökandetryck per antagen* anger antalet förstahandssökande per antagen på utbildningsprogrammet. Sökandetrycket ger en indikation på hur stor efterfrågan är på en utbildning.
- *Förstahandssökande* är andel av nybörjarna som hade sökt utbildningen i första hand.
- *Nybörjare* gäller antalet studenter som inte tidigare har studerat på programmet.

Kolumnerna under "Förändring 2012–2014" står för förändring jämfört med höstterminen 2012. Om sökandetrycket ökat med 0,4 innebär det till exempel 0,4 enheter från 1,9 till 2,3. Om andelen förstahandssökande ökat med 9 innebär det till exempel 9 procentenheter från 59 till 68. Nybörjare innebär förändring av

antal mellan åren 2012 och 2014.

De fem program med högst sökandetryck är dietist, psykolog, läkare, sjukgymnast och barnmorska. Dessa program ligger också i topp när man jämför samtliga 48 program. Lågst sökandetryck bland programmen har sjukhusfysiker, biomedicinska analytiker och specialistsjuksköterska. Jämfört med höstterminen 2012 har sökandetrycket ökat inom tio av femton program för vårddyrken. Andelen förstahandssökande har ökat i sju av programmen och minskat i sex. Antal nybörjare har sammanlagt ökat med knappt en procent.

Högskoleutbildningarna inom hälso- och sjukvård har generellt ett högt sökandetryck per antagen. Av de sammanlagt 33 högskoleutbildningar som inte gäller hälso- och sjukvård är det bara ett fåtal som kommer upp i samma nivåer som i de fem program inom hälso- och sjukvård med högst sökandetryck. De med högst sökandetryck utanför hälso- och sjukvård är veterinär (8,8), jurist (6,2) och arkitekt (6). Flera utbildningar har lägre sökandetryck om man till exempel jämför med sjuksköterskor (3,1). Det gäller till exempel programmen civilingenjör (1,7) och civilekonom (2,3).

Det totala antalet sökande till landets sju läkarutbildningar inför höstterminen 2015 är sex procent lägre än för höstterminen 2014. Det är en motsatt utveckling för utbildningar till sjuksköterska där både det totala antalet sökande och antalet förstahandssökande har ökat med tre procent jämfört med förra året.

Utexaminerad vårdpersonal

Legitimerad personal

Tabell 9 redovisar antal nylegitimerade personer i sju yrken inom hälso- och sjukvård år 2013.

Examina	Höstterminen 2014			Förändring 2012-2014		
	Sökandetryck Per antagen	Förstahandssök Procent	Nybörjare Antal	Sökandetryck	Förstahands sökande	Nybörjare
Arbetsterapeut	2,3	68	507	0,4	9	-70
Audionom	2,3	68	115	0,7	20	12
Biomedicinsk analytiker	1,4	65	641	0,3	2	51
Dietist	11	73	122	-0,6	-9	13
Röntgensjuksköterska	2,1	54	251	0,2	-7	-1
Sjukgymnast	6,5	89	687	0,5	0	7
Sjuksköterska	3,1	87	5385	-0,1	-2	212
Socionom	4,4	78	2406	1	1	-202
Barnmorska	4,7	94	288	-0,1	0	-14
Logoped	2,6	79	189	-0,8	-7	29
Läkare	7,5	95	1617	0,7	1	56
Psykolog	10,5	91	708	0,4	-1	-17
Psykiater	4,4	57	227	1,6	11	-69
Sjukhusfysiker	0,8	40	57	0,1	7	-7
Specialistsjuksköterska	2	88	2283	0	-4	118

Tabell 8. Antagna elever på 15 yrkesexamensprogram inom hälso- och sjukvård, höstterminen 2014. Källa: UKÄ, årsrapport 2015

Yrke	Antal
Legitimerade läkare	2 300
Sjuksköterskor	4 300
Arbetsterapeuter	380
Barnmorskor	330
Biomedicinska analytiker	420
Psykologer	540
Sjukgymnaster	620
Summa	8 890

Tabell 9. Legitimationer utfärdade under 2014. Socialstyrelsens statistik om hälso- och sjukvårdspersonal 2015, tabell 2

Antal utfärdade legitimationer i tabellen utgör 83 procent av samtliga utfärdade legitimationer år 2014. De övriga största yrkesgrupperna är tandläkare (410 legitimationer), apotekare (270) och receptarier (200).

Utbildning Vård och omsorg

När det gäller vårddycken som kräver legitimation finns utförlig statistik på hur många som examineras varje år och hur många som är sysselsatta inom hälso- och sjukvård och annan verksamhet av såväl offentliga som privata arbetsgivare. Dessutom finns uppgifter om hur många som är pensionerade eller inte arbetar av andra orsaker. För gruppen undersköterskor som har utbildning på gymnasienivå finns inte denna mer fullständiga statistik på nationell nivå. Det som finns är antal sysselsatta samt åldersfördelning av undersköterskor som har kommun och landsting som arbetsgivare. Siffrorna för undersköterskor i tabell 10 får därför betraktas som en ännu osäkrare prognos än de två övriga tabellerna.

Gymnasieprogrammet Vård och omsorg är det program som ger utbildning för ungdomar till undersköterska och skötare. För 20 år sedan fanns sammanlagt 14 000 elever (alla tre årskurserna) på det som då benämndes omvårdnadsprogrammet. Sedan tio år tillbaks har antalet elever minskat. Nedgången hänger samman med att antalet 16-åringar som ska söka till gymnasiet har blivit färre i befolkningen. För yrkesprogrammen får färre ungdomar ännu större effekter eftersom nedgången i antalet elever drabbar yrkesprogrammen i högre utsträckning än de högskoleförebere-dande programmen. Antalet elever inom omvårdnad/vård och omsorg i årskurs 1 var 152 000 läsåret 2008/2009 jämfört med 120 000 läsåret 2013/2014. I tabell 10 redovisas sammanlagt antal elever som slutfört gymnasieskolans nationella program för omvårdnad (till och med år 2013) och vård och omsorg (från och med år 2014).

Andelen elever som har slutfört programmet vård och omsorg (VO) under åren 2011 och 2014 utgör mellan 2,9 och 3,9 procent

av samtliga elever som slutfört program inom gymnasieskolan. Av de 2434 elever som avslutade VO-programmet vårterminen 2014 hade 84 procent en examen och övriga ett studiebevis. En faktor som minskar tillgången på nyutbildade är att de som utbildas inom de yrkesförberedande programmen ofta går vidare till högskolestudier. Av antalet avgångna elever år 2010 från omvårdnadsprogrammet påbörjade en tredjedel högskolestudier inom tre år. En undersköterskeutbildning kan också vara en plattform för andra eftergymnasiala utbildningar, till exempel till polis.

Utbildning av omvårdnadspersonal sker även i betydande omfattning som kommunal vuxenutbildning och som arbetsmarknadsutbildning. Det finns dock ingen samlad tillförlitlig statistik på hur många elever som avslutar utbildning med examen. Det gäller såväl på nationell som på regional/länsnivå. I tabell 13 anges 100 000 personer som examinerades mellan åren 2015 och 2025. Beräkningen bygger på följande uppgifter och bedömningar av antalet examinerade per år:

- 1300 Gymnasieprogram vård och omsorg. Antal elever med examen reducerat med drygt en tredjedel som läser vidare i en eftergymnasial utbildning.
- 1700 Arbetsmarknadsutbildning inom vård och omsorg. 1900 elever genomgick arbetsmarknadsutbildning vård och omsorg i riket år 2014 (Källa: Arbetsförmedlingen). Reducering har gjorts med det antal som kan förväntas arbeta som personliga assistenter inom ramen för LSS.
- 7000 Kommunal vuxenutbildning inom vård och omsorg. En förfrågan har gjorts till kommunerna i Östergötland hur många elever som examineras. Dessa uppgifter tillsammans med nationella källor visar att cirka 9000 elever varje år genomgår en utbildning på tre terminer i yrkesspecifika kurser inom gymnasiets VO-program. I utbildningen ingår inte gymnasiegemensamma ämnen. Reducering har gjorts för arbete som personlig assistent och för annan sysselsättning.

Antalsmässigt är det största rekryteringsbehovet störst av under-

År	Antal elever		Andel eleverVO
	Gymnasieskolan	Program	
	Totalt gymnasieskolan	Vård och omsorg	
2010/2011	99533	3658	3,7%
2011/2012	97706	3817	3,9%
2012/2013	96412	3769	3,9%
2013/2014	84735	2434	2,9%

Tabell 10. Elever som slutfört gymnasieskolan samt program vård och omsorg 2011–2014. Källa: Statistisk årsbok 2014 samt Sveriges officiella statistik

sköterskor. Balansen mellan tillgång och efterfrågan om tio år inom denna yrkesgrupp är svårbedömd.

Beräkning av personalbehovet

I detta avsnitt görs en beräkning av behovet av personal inom ett antal vårddyrken fram till år 2025. Beräkningsmodellen bygger på statistiskt underlag från Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting (SKL). Från Socialstyrelsen är det rapporter och statistik som tidigare har redovisats i detta kapitel. Det gäller antalet legitimerade år 2013 och totalt antal sysselsatta sammanlagt i offentlig och privat driven verksamhet såväl i sjukvård som inom andra områden. Från SKL har uppgifter hämtats över andelen anställda i åldersgruppen 55–65 år. Denna andel har antagits vara densamma i privat driven verksamhet. Antagandet är att dessa anställda avgår i pension inom tio år. Ett antal bedöms sluta tidigare och samma antal bedöms arbeta efter 65 års ålder. För gruppen undersköterskor/skötare har både antal och andel i åldersgruppen hämtats från SKL-statistik. Antalet i gruppen undersköterskor har räknats upp med 14 procent, en schabloniffra som motsvarar kostnadsandelen upphandlad vård av privata utförare. Utöver de redovisade yrkesgrupperna i de två tabellerna finns också andra yrkesgrupper inom vård och omsorg. Det gäller personal i kommunerna utan formella utbildningskrav som till exempel vårdbiträden och personliga assistenter. Ungefär 28 000 personer i dessa två yrken är över 55 år. Härutöver tillkommer personal som inte har direkt vårdnära arbetsuppgifter som administratörer och personer med ledningsar-

bete. Några beräkningar för dessa grupper finns inte i nedanstående tabeller över tillgång och efterfrågan på personal.

Antal och andel i åldersgruppen 55- år och äldre

I de tre nedanstående tabellerna redovisas antalet anställda i vårddyrken som är 55 år och äldre samt andelen av totalt antal anställda i respektive yrke. Totalt 26 procent av personalen inom de redovisade vårddyrkena beräknas uppnå nuvarande traditionella pensionsålder 65 år inom tio år. Högst andel äldre finns bland specialistkompetenta läkare, biomedicinska analytiker och undersköterskor i landstingen. Lägst andel finns bland sjukgymnaster och psykologer.

Beräknat personalbehov år 2025

De nedanstående tre tabellerna är en sammanställning på Sverigenivå av personalbehov och tillgång till nyutbildad personal fram till år 2025. Behovet bygger på nuvarande fördelning av de sysselsatta inom olika verksamhetsområden:

- Verksamheter inom landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård, såväl offentliga som privata utförare
- Verksamheter utanför hälso- och sjukvård, till exempel forskning, läkemedelsindustri och konsultverksamhet

Kolumnerna innebär följande:

- Totalt antal: Antal anställda totalt år 2014

Yrke	Totalt antal	Andel 55- år	Antal 55- år	Utökad behov		Totalt behov		Examinerade 2015-2025	Examinerade minus totalt behov	
				10%	15%	10%	15%		10%	15%
Läkare ej specialistkompetens	12 700	1%	130							
Läkare specialistkompetens	29 100	36%	10 500							
<i>Summa läkare</i>	<i>41 800</i>	<i>26%</i>	<i>10 700</i>	<i>4 180</i>	<i>6 270</i>	<i>14 880</i>	<i>16 970</i>	<i>23 000</i>	<i>8 120</i>	<i>6 030</i>
Sjuksköterskor ej specialistkompetens	64 200	16%	10 300	6 420	9 630	16 720	19 930			
Sjuksköterskor specialistkompetens	56 900	31%	17 700	5 690	8 535	23 390	26 235			
<i>Summa sjuksköterskor</i>	<i>121 100</i>	<i>23%</i>	<i>28 000</i>	<i>12 110</i>	<i>18 165</i>	<i>40 110</i>	<i>46 165</i>	<i>43 000</i>	<i>2 890</i>	<i>-3 165</i>
Barnmorskor	8 000	34%	2 800	800	1 200	3 600	4 000	3 300	-300	-700
<i>Summa</i>	<i>170 900</i>	<i>24%</i>	<i>41 500</i>	<i>17 090</i>	<i>25 635</i>	<i>58 590</i>	<i>67 135</i>	<i>69 300</i>	<i>10 710</i>	<i>2 165</i>

Tabell 11. Beräknat behov år 2025 av nyanställda läkare, sjuksköterskor och barnmorskor samt skillnad mellan behov och antal examinerade. Källa: Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting

Yrke	Totalt antal	Andel 55- år	Antal 55- år	Utökad behov		Totalt behov		Examinerade 2015-2025	Examinerade minus totalt behov	
				10%	15%	10%	15%		10%	15%
Arbetsterapeut	11 000	25%	2 800	1 100	1 650	3 900	4 450	3 800	-100	-650
Biomedicinska analytiker	9 900	36%	3 600	990	1 485	4 590	5 085	4 200	-390	-885
Fysioterapeut/Sjukgymnast	15 400	19%	3 000	1 540	2 310	4 540	5 310	6 200	1 660	890
Psykolog	9 100	22%	2 000	910	1 365	2 910	3 365	5 400	2 490	2 035
<i>Summa</i>	<i>45 400</i>	<i>25%</i>	<i>11 400</i>	<i>4 540</i>	<i>6 810</i>	<i>15 940</i>	<i>18 210</i>	<i>19 600</i>	<i>3 660</i>	<i>1 390</i>

Tabell 12. Beräknat behov år 2025 av nyanställda arbetsterapeuter, biomedicinska analytiker, fysioterapeuter och psykologer samt skillnad mellan behov och antal examinerade. Källa: Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting

Yrke	Totalt antal	Andel 55- år	Antal 55- år	Utökad behov		Totalt behov		Examinerade 2015-2025	Examinerade minus totalt behov	
				10%	15%	10%	15%		10%	15%
Undersköterska/skötare kommun	128 300	25%	32 100	12 830	19 245	44 930	51 345			
Undersköterska/skötare landsting	49 900	35%	17 500	4 990	7 485	22 490	24 985			
<i>Summa undersköterskor</i>	<i>178 200</i>	<i>28%</i>	<i>49 600</i>	<i>17 820</i>	<i>26 730</i>	<i>67 420</i>	<i>76 330</i>	<i>100 000</i>	<i>32 580</i>	<i>23 670</i>

Tabell 13 Beräknat behov år 2025 av nyanställda undersköterskor samt skillnad mellan behov och antal examinerade. Källa: Sveriges kommuner och landsting

- Andel 55-år: Andel anställda 55 år och äldre av totalt antal anställda
- Antal 55-år: Antal anställda 55 år och äldre av totalt antal anställda, beräknade pensionsavgångar fram till år 2025
- Utökat behov 10% och 15%: Utökat behov av anställda på grund av befolkningsökning, vårdbehov, efterfrågan, ambitionsökning etc. Två scenarior, 10 och 15 procents utökning utöver antal som går i pension
- Totalt behov 10% och 15%: Summering av antal 55-år och utökat behov
- Examinerade 2015–2025: Antal legitimerade år 2013 gånger tio. För läkare gäller det legitimation av samma antal med utländsk utbildning som år 2013. Undersköterskor är räknat på antalet som slutfört program i gymnasieskolans vård- och omsorgslinje.
- Examinerade minus totalt behov: Kolumn Antal examinerade minus kolumnen Totalt behov 10 respektive 15 procent.

Antal anställda och antal över 55 år är hämtade från olika underlag från SKL och Socialstyrelsen. Tabellerna kan ge intrycket av en mycket detaljerad prognos men det är förstås en falsk exakthet. Beräkningsmodellen kan med denna utformning ändå bli lättare att följa för den som är intresserad av hur beräkningarna gått till. Siffrorna i kolumnerna "Totalt antal" och "Antal 55-år" är avrundad till närmast högre hundratal.

Av de sammanlagt antal anställda i de tre tabellerna är 26 procent eller drygt 100 000 personer i åldern 55 år och äldre och kan förväntas gå i pension fram till år 2025. Ett utökat behov härutöver på 15 procent inom tio år innebär att ytterligare 60 000 personer behöver rekryteras utöver de som går i pension. Sammanlagt blir det således över 160 000 personer under tio år. Prognosmodellen och beräkningarna visar att nuvarande utbildningskapacitet inte kommer att räcka till för att rekrytera till alla yrken fram till år 2025. Hälften av rekryteringsbehovet avser undersköterskor till kommuner och landsting, upp mot 80 000 personer. Denna bedömning av rekryteringsbehovet kan vara tilltagen i underkant med tanke på det stora behovet av ökad äldreomsorg under den närmaste tioårsperioden. Den största obalansen gäller sjuksköterskor, barnmorskor, arbetsterapeuter och biomedicinska analytiker. I det nedanstående görs en fördjupad analys av

rekryteringsbehovet för läkare.

Läkare

Läkare är den grupp av legitimerad personal som på totalnivå enligt prognosen med rimligt god marginal klarar pensioneringar och ökade behov. Den avgörande orsaken är att antalet personer som fått läkarexamen och legitimation har ökat kraftigt den senaste perioden. Antalet nya legitimerade under det enskilda året har fördubblats mellan år 2000 och 2013. De kommande rekryteringsbehoven påverkas också av fördelningen av antalet läkare med och utan specialistkompetens. År 2014 fanns enligt Socialstyrelsens statistik strax under 13 000 icke specialistkompetenta läkare, som fullgjorde allmäntjänstgöring (AT) efter läkarexamen eller specialiserad tjänstgöring (ST) efter legitimation. Cirka 28 procent av dessa läkare var på AT-nivå och 72 procent på ST-nivå. Ett fåtal personer i denna grupp är över 55 år och nästan samtliga (96%) är yngre än 50 år. Inom tio år torde samtliga anställda i denna grupp uppnått specialistkompetens. Med nuvarande utbildningstakt kommer ytterligare cirka 7 000 läkare hunnit få legitimation och skaffat specialistutbildning fram till år 2025. Under samma tid beräknas cirka 11 000 specialistkompetenta läkare gå i pension. Härutöver kan man beräkna ett ytterligare behov av upp till 15 procent som innebär att ytterligare 4 500 läkare med specialistkompetens behöver rekryteras.

Arbetsmarknadsläget legitimerad personal

Enkät om rekryteringsläget

För att belysa arbetsmarknaden för olika yrkesgrupper gör Socialstyrelsen varje år en enkät om rekryteringsläget som besvaras av landstingen. Enkäten hösten 2014 ger landstingens sammanvägda bedömning av balans mellan tillgång och efterfrågan av personal inom det egna landstinget. Enkäten besvarades av 16 landsting. I figur 2 illustreras en sammanställning av rekryteringsläget.

Nästan alla landsting uppskattade att tillgången överstiger efterfrågan för läkare under allmäntjänstgöring (AT-läkare). Tillgången är bättre än år 2013. Samtliga landsting bedömde också att tillgången på specialistläkare är otillräcklig liksom specialistsjuksköterskor inom psykiatri.

Överstiger efterfrågan	Balans	Otillräcklig	Jämfört med år 2013
*AT-läkare			Bättre
	*Spec.sjuksköt medicin/kirurgi		Samma
	*ST-läkare		Samma
	*Spec.sjuksköt anestesi/iva		Bättre
		*Barnmorska	Samma
		*Sjuksköterska	Sämre
		*Spec.sjuksköt distrikt	Sämre
		*Spec.sjuksköt psykiatri	Samma
		*Specialistläkare	Sämre

Figur 2. Tillgång och efterfrågan på yrkesgrupper inom hälso- och sjukvård, oktober 2014. Källa: Socialstyrelsen, Nationella planeringsstödet 2015 (egen bearbetning)

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsens bedömning är att efterfrågan överstiger tillgången på *läkare*, framför allt yrkeserfarna läkare och specialistläkare. Det råder balans för utexaminerade läkare, med långa och fortsatt ökande väntetider för läkare som söker AT-tjänst. Många lands- ting och regioner uppfattar att det råder balans mellan tillgång och efterfrågan för ST-läkare inom anesthesi- och intensivvård, internmedicin samt inom obstetrik och gynekologi. För yrkes- erfarna läkare och specialiserade läkare överstiger efterfrågan tillgången, i synnerhet för specialister inom psykiatri och allmän- medicin. Arbetslösheten för läkare är låg. Etableringsgraden efter examen är hög.

Arbetsmarknaden för *sjuksköterskor* utan specialisering präglas av att efterfrågan ökar snabbare än den årliga utexamineringen. Arbetslösheten är låg, etableringsgraden efter examen hög och migrationen låg. Efterfrågan är stor på specialiserade sjuksköter- skor, framförallt inom psykiatri, anesthesi- och intensivvård. Även sjuksköterskor i geriatrisk vård och operationssjuksköterskor utgör bristgrupper. Efterfrågan på specialiserade sjuksköterskor kan förväntas stiga de närmast kommande åren. Efterfrågan på *barnmorskor* överstiger tillgången något, framförallt för yrkeser- farna barnmorskor. Det finns stora regionala skillnader i tillgång och efterfrågan. Arbetsmarknaden för barnmorskor fortsätter att kännetecknas av hög etableringsgrad efter examen, låg arbetslös- het och låg migration.

Socialstyrelsens bedömning av tillgång och efterfrågan på olika personalgrupper inom hälso- och sjukvård baserar sig på Natio- nella planeringsstödets data för de legitimerade yrkesgrupperna, på huvudmännens bedömning av tillgång på personal i förhållan-

de till efterfrågan samt på Arbetsförmedlingens och bedömningar av arbetsmarknadens parter av arbetsmarknaden i stort.

Fokus Östergötland

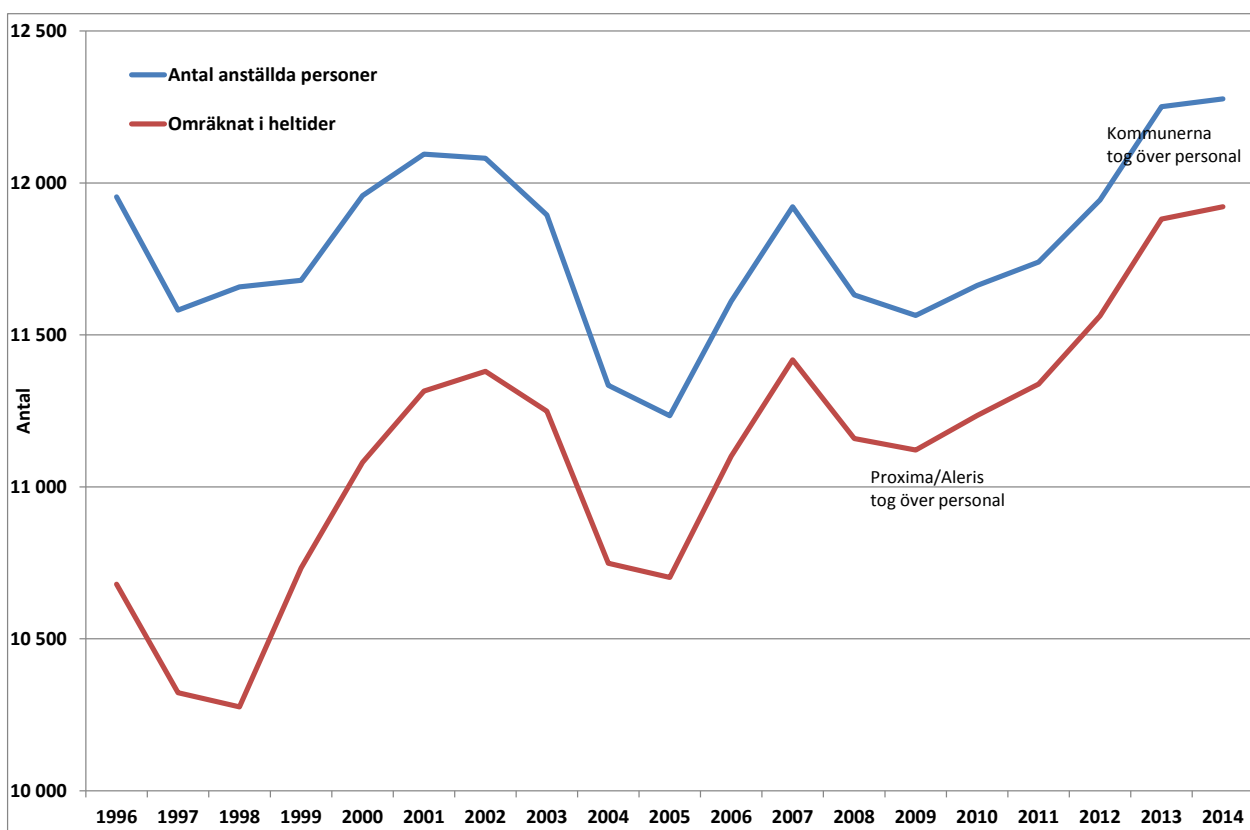
Antal anställda

År 2014 fanns 12 400 anställda i landstinget i Östergötland (tills- vidareanställd och övriga månadsanställda). Figur 3 visar antal anställda personer samt antal anställda omräknat i heltid mellan åren 1996 och 2014.

När man ser på hela perioden 1996–2014 har antalet anställda personer (blå kurva) ökat med 323 stycken eller 2,7 procent. Övertagandet av personal av den privata vårdleverantören Proxima vid Lasarettet i Motala innebar 163 färre anställda i landstinget (omräknat 152 heltid). Övertagandet av hemsjukvår- den till kommunerna innebar en minskning av framförallt antalet sjuksköterskor i landstinget.

Mellan åren 1996–2005 minskade antal anställda med 6 procent för att därefter öka mellan åren 2005–2014 med 9,3 procent. Befolkningsökningen i Östergötland var 0,2 procent 1996–2005 och 5,8 procent 2005–2014. Minskningen av antal anställda i slutet av 1990-talet och i början av 2000-talet är en effekt av de ekonomiska nedgångarna i Sverige och landstinget. Under den ekonomiska krisen under första halvan av 1990-talet lämnade 800 anställda landstinget genom uppsägning från landstinget.

Den röda kurvan visar antal anställda omräknat till heltid. Ök- ningen mellan åren 1996–2014 var 9,3 procent, från en genom- snittlig sysselsättningsgrad på 89 procent till 97 procent år 2014.



Figur 3. Antal anställda personer och antal anställda omräknat i heltid, Region Östergötland 1996–2014. Källa: Landstingsfakta 2014, Region Östergötland

Antal anställda > 3 mån	Antal	Förändring 2007-2014	
	2014	Antal	Procent
Sjuksköterskor/motsv	4046	175	5%
Undersköterskor/skötare	2509	-195	-7%
Läkare	1849	323	21%
Administrativ personal	1992	49	3%
varav Läkarsekreterare/motsv	843	-14	-2%
Social/terapeutisk personal	1217	61	5%
Summa	11613	413	4%

Tabell 14. Antal månadsanställda i sex yrkesgrupper år 2014 samt förändring 2007–2014, Region Östergötland. Källa: UtdataHR, Region Östergötland

Antal anställda > 3 mån	Antal	Förändring 2007-2014	
	2014	Antal	Procent
AT-läkare	280	105	60%
ST-läkare	482	153	47%
Specialistläkare	1102	110	11%
Allmänsjuksköterska	2440	37	2%
Barnmorska	233	39	20%
Distriktssjuksköterska	279	-69	-20%
Sjuksköterska Anestesi	177	37	26%
Sjuksköterska Barn	101	38	60%
Sjuksköterska IVA	220	55	33%
Sjuksköterska Operation	149	11	8%
Sjuksköterska Psykiatri	64	5	8%
Sjuksköterska Röntgen	109	29	36%
Sjuksköterska Ögon	16	1	7%
Specialistsjuksköterska	109	43	65%
<i>Totalt Specialistsjuksköterska</i>	<i>1224</i>	<i>150</i>	<i>14%</i>
Biomedicinska analytiker	477	36	8%
Sjukgymnaster	342	6	2%
Arbetsterapeuter	237	-43	-15%
Kuratorer/Socionomer	263	16	6%
Audionom	27	-2	-7%
Dietist	47	10	27%
Logoped	61	23	61%
Psykoterapeut	16	-8	-33%
Summa	7231	632	10%

Tabell 15. Antal månadsanställda år 2014 och förändring av antal och procent mellan år 2007 och 2014, Region Östergötland. Källa: UtdataHR, Region Östergötland

Den totala frånvaron var 24,3 procent år 1996, 30,4 procent år 2005 och 27,9 procent år 2014.

Anställda per yrke

Antal och förändring

I nedanstående tabell 14 visas antal anställda för sex huvudgrupper av personal samt förändring av antal och procent mellan år 2007 och 2014. (Som redovisas i figur 3 var antalet anställda år 2014 totalt 12 400. I tabell 14 ingår således inte samtliga personalgrupper). I huvudgruppen Social/terapeutisk personal ingår bland annat sjukgymnaster, arbetsterapeuter och kuratorer.

Läkare är den grupp som ökat mest både i antal och procent mellan år 2007 och 2014. Antalet undersköterskor och skötare har minskat under denna period. Mellan år 2012 och 2014 har dock en ökning skett av antal undersköterskor och skötare med 114 anställda eller fem procent. I tabell 15 redovisas yrkesgrupperna mer detaljerat i antal år 2014 och förändring mellan år 2007 och 2014.

Inom läkargruppen har den största ökningen skett bland AT-läkare och ST-läkare. År 2007 utgjorde dessa läkare under utbildning 24 procent av samtliga läkare jämfört med 31 procent år 2014. Inom sjuksköterskegruppen har den största ökningen skett bland specialistsjuksköterskor och barnmorskor. År 2014 övergick ansvaret för hemsjukvården till kommunerna och ett antal anställda övergick till anställning dit. Det gällde framför allt distriktssköterskor och arbetsterapeuter vilket också satt avtryck i ovanstående tabell.

Andel

I figur 4 visas andelen anställda av totalt antal anställda inom hälso- och sjukvården för sex yrkesgrupper åren 1996 och 2014.

Mellan åren 1996 och 2014 har antalet anställda i de sex yrkesgrupperna i diagrammet sammanlagt ökat med 1100 eller tio procent. Jämförelsen av andelar illustrerar förändringar över tid. Antalet och andelen sjuksköterskor och läkare har ökat. Undersköterskor/sjukvårdsbiträden var den yrkesgrupp med flest anställda år 1996. När det gäller undersköterskor fanns det något fler anställda år 2014 än 1996. När det gäller sjukvårdsbiträden fanns 250 sjukvårdsbiträden år 1996. Minskningen fortsatte därefter och år 2014 fanns inga anställda sjukvårdsbiträden. Denna utveckling har sammantaget inneburit att andelen undersköterskor/skötare minskat från 31 procent till 20 procent.

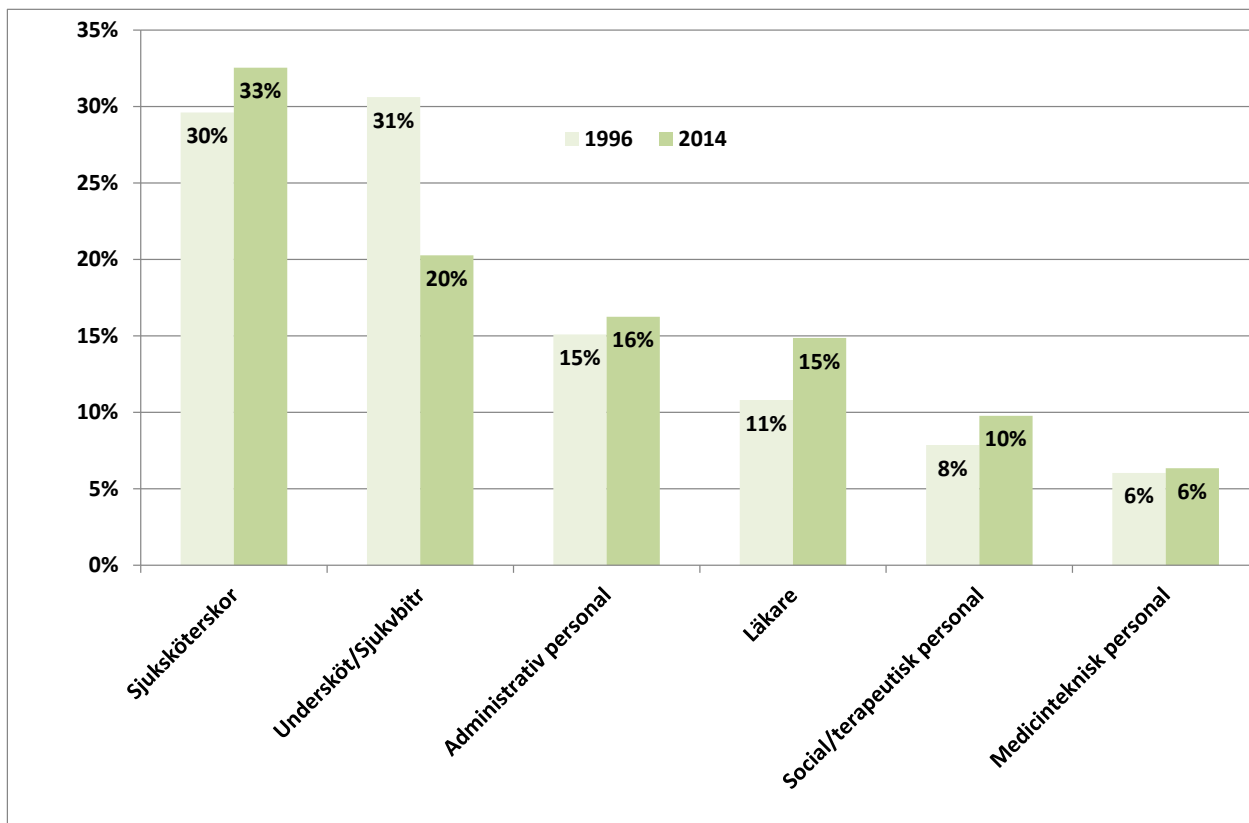
Åldersfördelning

Tabell 16 visar åldersfördelningen räknat på samtliga anställda i landstinget åren 1996, 2005 och 2014.

En jämförelse mellan de tre åren med fokus på den yngre andelen visar att år 1996 var det "bästa" året där andelen anställda under 50 år var 71 procent. År 2005 var 55 procent under 50 år. Därefter har utvecklingen vänt och år 2014 var 60 procent under 50 år. Jämfört med de två övriga åren är det år 2014 högst andel yngre än 29 år och högst andel äldre än 60 år. Det innebär att antalet som uppnår pensionsålder blir stort under de närmaste åren.

Utbildningsnivå

Man kan räkna utbildningsnivå på olika sätt. Om man räknar på samtliga anställda i landstinget har 72 procent en utbildning utöver gymnasienivå. Om man endast räknar på anställda med patientnära arbete (11 400 anställda) är det 80 procent som har yrken med legitimation och därmed eftergymnasial utbildning.



Figur 4. Andelen anställda av totalt antal anställda år 1996 och 2014, Region Östergötland. Källa: Landstingsfakta Region Östergötland

Åldersfördelning andel	År		
	1996	2005	2014
-29 år	7,1	5,9	12,6
30-39 år	26,2	21	21,6
40-49 år	37,6	28,1	25,6
Summa -49 år	71	55	60
Summa 50 år-	29	45	40
50-54 år	15,4	17,1	12,5
55-59 år	10,3	16	13,7
60 år-	3,4	11,9	14

Tabell 16. Åldersfördelning samtliga anställda Region Östergötland. Källa: Landstingsfakta 2014, landstinget i Östergötland

Yrke	Sydöstra	Riket	Norra	Uppsala-Örebro	Stockholm	Västsvrige	Södra
Läkare ej specialistkompetens	117	122	126	116	133	119	114
Läkare specialistkompetens	252	278	249	257	327	273	278
<i>Summa läkare</i>	<i>369</i>	<i>400</i>	<i>375</i>	<i>373</i>	<i>460</i>	<i>392</i>	<i>392</i>
Sjuksköterskor ej specialistkompetens	601	604	656	621	568	625	588
Sjuksköterskor specialistkompetens	505	508	607	523	420	546	513
<i>Summa sjuksköterskor</i>	<i>1106</i>	<i>1112</i>	<i>1263</i>	<i>1144</i>	<i>988</i>	<i>1171</i>	<i>1101</i>
Barnmorskor	67	74	70	71	83	87	65
Totalt	1542	1586	1708	1588	1531	1650	1558

Tabell 17. Antal anställda per 100 000 invånare november 2012. Barnmorskor, läkare och specialistläkare samt sjuksköterskor och specialsjuksköterskor sysselsatta i hälso- och sjukvård. Källa: Nationella planeringsstödet 2014, Socialstyrelsen

	Läkare		Därav	Sjuksköterska	Barnmorska
	Ej legitimerad	Legitimerad	specialistkompetent		
Östergötland	38	372	279	1090	61
Riket	32	367	278	1111	75
Jönköping	30	306	224	1129	67
Kalmar	26	314	242	1100	63
Kronoberg	33	313	242	1220	71
Sörmland					
Örebro	39	293	211	950	62
Uppsala	32	507	381	1249	83
Västerbotten	56	442	332	1392	69

Tabell 18. Antal läkare och sjuksköterskor sysselsatta inom hälso- och sjukvård per 100 000 invånare, november 2012. Källa: Tillgång på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare 2012, tabell 1, Socialstyrelsen år 2014 (egen bearbetning)

Jämförelse med andra landsting

I tabell 17 jämförs antal anställda läkare, sjuksköterskor och barnmorskor mellan de sex sjukvårdsregionerna och Riket.

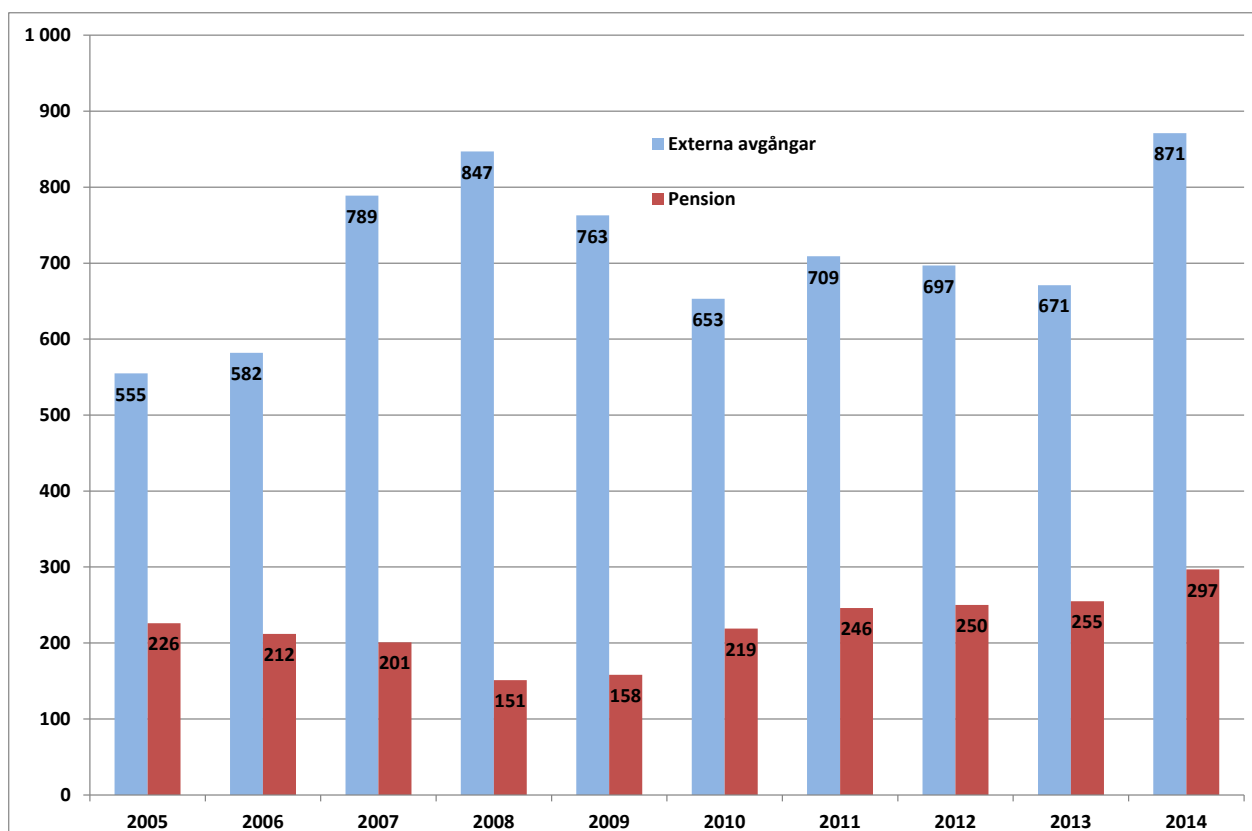
Sydöstra sjukvårdsregionen hade år 2012 den lägsta läkartätheten i riket. Av läkare sysselsatta i hälso- och sjukvård arbetade åtta procent i privat regi, mot 18 procent för riket. Barnmorske- och

sjukskötersketätheten var något lägre än i riket. Sjukskötersketätheten jämfört med andra regioner var låg för psykiatrisjuksköterskor. Samtidigt fanns det fler ambulanssköterskor och sjuksköterskor specialiserade i medicinsk och kirurgisk sjukvård i förhållande till befolkningen än i riket. I tabell 18 jämförs personaltätheten i Östergötland med Riket och med sex landsting.

Östergötland ligger på ungefär samma nivå som Riket vad gäller

Personalomsättning exkl pension										
Yrkesgrupp	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Sjuksköterskor/motsv	4,3%	4,3%	4,7%	6,2%	6,8%	4,8%	6,4%	6,1%	5,9%	8,2%
Övrig vårdpersonal	2,4%	2,7%	3,4%	4,0%	4,5%	3,2%	2,5%	2,8%	2,8%	4,1%
Läkare	8,4%	8,1%	8,4%	8,7%	8,4%	7,3%	8,4%	6,7%	7,0%	6,8%
Administrativ personal	3,7%	4,0%	7,9%	6,5%	5,7%	5,2%	4,0%	4,6%	3,9%	3,5%
varav Läkar-sekreterare/motsv	2,7%	3,7%	2,9%	2,8%	5,0%	3,8%	2,7%	3,7%	3,0%	2,8%
Social/terapeutisk personal	5,4%	6,7%	7,6%	8,4%	4,7%	7,1%	8,0%	7,0%	6,1%	10,9%
Summa	4,3%	4,5%	5,5%	6,1%	6,0%	5,0%	5,4%	5,2%	5,0%	6,3%

Tabell 19. Personalomsättning exklusive pension år 2005–2014, Region Östergötland. Källa: UtdataHR, Region Östergötland



Figur 5. Antal externa avgångar och pensioneringar år 2005–2014, Region Östergötland. Källa: UtdataHR, Region Östergötland

antal läkare och sjuksköterskor per invånare. I jämförelse inom sydöstra regionen har Östergötland fler läkare och färre sjuksköterskor. Två av de tre jämförda länen med universitetssjukhus har en högre personalitet per invånare än Östergötland. Örebro har i huvudsak en lägre personalitet än Östergötland.

Externa avgångar

Med personalomsättning menas avgång med pension och extern avgång. Personalomsättningen uttrycks i procent, avgångar dividerat med antal anställda. I tabell 19 visas personalomsättningen exklusive pension för åren 2005–2014.

Personalomsättningen varierar både mellan olika år och mellan yrkesgrupper. Den höga siffran för sjuksköterskor år 2014 kan sannolikt förklaras med övergång till kommunernas hemsjukvård. I övrigt är det svårt att utläsa några tydliga tendenser mellan åren. På totalnivå ligger personalomsättningen omkring sex

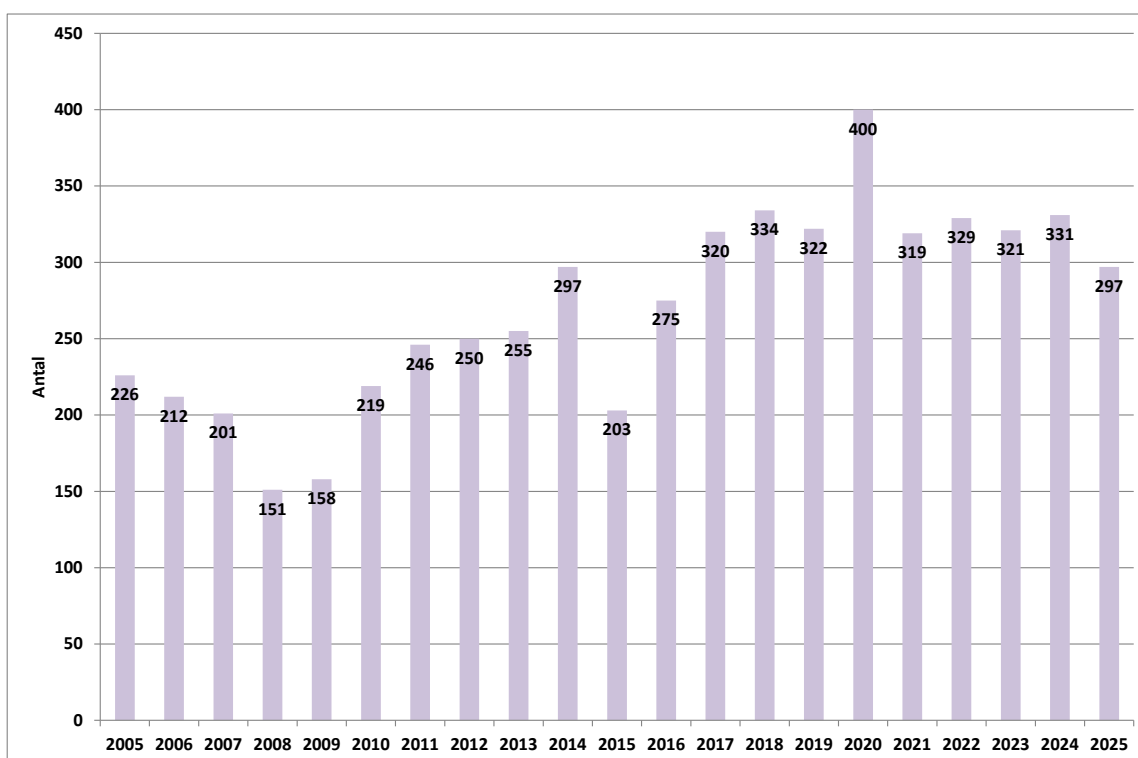
procent de senaste åren. Figur 5 visar personalomsättningen i antal externa avgångar och pensioneringar under åren 2005–2014.

Under perioden 2005–2014 stod pensioneringar för en fjärdedel av personalomsättningen. Den högsta personalomsättningen var under år 2014, ett år när ett antal personer gick över till kommunerna i samband med ansvarsväxling av hemsjukvård.

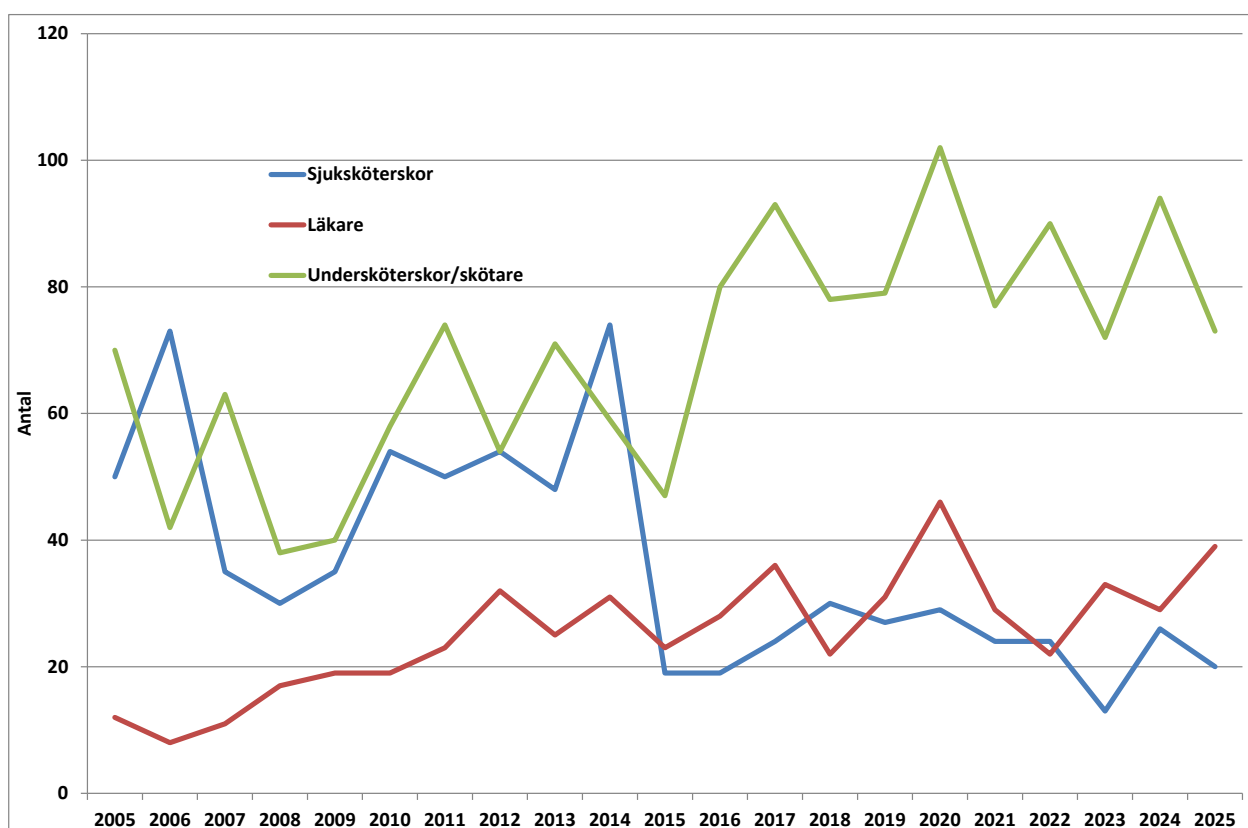
Pensioneringar

I figur 6 visas antalet anställda som avgått med pension mellan åren 2005 och 2014 samt antal anställda som uppnår 65 års ålder mellan åren 2015 och 2025.

Antalet anställda som beräknas gå i pension de kommande tio åren ökar jämfört med de senaste tio åren. Sammanlagt gick 2215 anställda i pension åren 2005–2014. Mellan åren 2015–2025



Figur 6. Antal anställda som avgått med pension år 2005–2014 samt antal anställda som uppnår 65 års ålder mellan åren 2015 och 2025. Källa: UtdataHR, Region Östergötland



Figur 7. Antal pensioneringar och beräknade pensioneringar för de tre yrkesgrupperna läkare, sjuksköterskor samt undersköterskor och skötare mellan åren 2005 och 2025. Källa: UtdataHR, Region Östergötland

beräknas 3450 anställda gå i pension, en ökning med 50 procent. Nedanstående figur 7 visar antal pensioneringar och beräknade pensioneringar för de tre yrkesgrupperna läkare, sjuksköterskor samt undersköterskor och skötare.

Under nästkommande tioårsperiod beräknas 535 läkare gå i pension, en ökning med över 60 procent jämfört med föregående period. För undersköterskor/skötare är motsvarande siffror 1450 och 60 procent. När det gäller sjuksköterskor beräknas antalet pensioneringar bli färre än föregående period, 255 stycken och en minskning med 50 procent.

Migration

Strategi för introduktion av utlandsutbildade läkare

Våren 2015 presenterades ett förslag om en strategi för introduktion av utlandsutbildade läkare i Region Östergötland. Bilden över vägar till svensk specialistläkare och möjliga kompletteringsbehov återfinns i figur 7 tidigare i detta kapitel. Strategin handlar om att utveckla och förbättra introduktionen av utlandsutbildade läkare inom ett antal områden. Syftet är att säkerställa patientsäkerhet, korta vägen till väl etablerad personal, möjliggöra kompetensvärdering samt ge bättre förutsättningar att rekrytera läkare. Aktuella kompletteringsbehov hos personerna är språk och kommunikation, klinisk praktik, samhälls- och författningskunskap, svensk sjukvårdskultur samt vissa professionella kompetenser.

Utbildningsbakgrund invandrade till Östergötland

Underlaget är hämtat från rapporten Årligt statistikunderlag integration, Region Östergötland samt specialbearbetningar från underlaget till rapporten tillsammans med andra statistikdatabaser.

Mellan åren 2009–2013 invandrade 7 200 personer till Östergötland av arbetsmarknadsskäl samt flykting- och anhörigskäl. Av dessa personer hade fyra procent utbildningsbakgrund inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och omsorg (Av födda i Sverige hade 11 procent denna utbildningsbakgrund). (Av samtliga 7 200 hade 19 procent okänd utbildningsbakgrund). Högst andel utbildning inom hälso- och sjukvård, sju procent, hade personer från Irak, Iran samt Nord- och Sydamerika. Det finns inga uppgifter på specificerade yrken, till exempel sjuksköterska och läkare. Nedanstående fakta ska därför ses som en indikation på potentialen över antalet invandrare med utbildning inom hälso- och sjukvård på olika utbildningsnivåer.

- Från Syrien anlände 30 personer som var utbildade inom hälso- och sjukvård. Av dessa hade 17 personer en minst treårig eftergymnasial utbildning. De flesta bland övriga 13 personer hade en eftergymnasial utbildning som var kortare än tre år.
- Från Irak anlände 60 personer utbildade inom hälso-sjukvård. 34 av dessa hade en minst treårig eftergymnasial utbildning. 13 personer hade enbart en gymnasial utbildningsnivå.
- Från Iran anlände 28 personer utbildade inom hälso-sjukvård. 19 av dessa hade en minst treårig eftergymnasial utbildning
- Från Somalia anlände 38 personer som var utbildade inom hälso- och sjukvård. 24 av dessa hade en gymnasial utbildning som högsta nivå. Endast ett fåtal hade en eftergymnasial utbildning som var minst tre år.

Av de 7200 personerna som invandrat från de fyra länderna hade 130 personer utbildning inom hälso- och sjukvård varav 70 hade minst treårig utbildning på högskola.

Kompetensförsörjningsmodell

Region Östergötland har en övergripande kompetensförsörjningsmodell som består av ett antal faktorer som påverkar efterfrågan och utbud av arbetskraft. Genom att utifrån modellen beskriva hur olika faktorer kan komma att påverka framtidens kompetensförsörjning skapas förutsättningar att kunna planera regionens försörjning av personal och kompetens. Samtliga produktionsenheter inom Regionen beskriver varje år sina förutsättningar utifrån modellens delar. Modellen illustrerar ett antal faktorer för utbud och efterfrågan som ska skapa balans:

Faktorer för utbud av arbetskraft

- Arbetsmarknaden för vårdpersonal
- Utbildningsplatser
- Intresse för val till vårdutbildningar
- Migration
- Ålder och personalavgångar

Faktorer för efterfrågan på arbetskraft

- Budget och framtida ekonomiskt utrymme
- Medicin-teknisk utveckling
- Vårdbehov hos medborgarna
- Utveckling av verksamheten
- US, FoU och Sjukvårdsregionen

Så möter vi rekryteringsutmaningarna

Detta avsnitt är ett utdrag från SKL-rapporten "Så möter vi rekryteringsutmaningarna i vården och omsorgen", april 2014.

Det finns mycket som arbetsgivarna kan göra för att påverka rekryteringsbehovet och möjligheterna att rekrytera rätt personal. Det handlar om att använda kompetensen på rätt sätt, locka nya grupper till jobben, utveckla arbetsmiljö och arbetsorganisation, utnyttja tekniken bättre samt skapa bättre löne- och karriärmöjligheter.

Nio strategier för rekryteringsutmaningen

1. Använda kompetens rätt

Vem ska egentligen göra vad inom vården? Rätt kompetens på rätt plats ger bäst och effektivast vård och omsorg. När verksamheten utvecklas måste yrkesrollerna hänga med. Det handlar både om ändrade roller och helt nya – samt mer patientmedverkan. Resurser frigörs, vilket kan förändra rekryteringsbehovet.

2. Bredda rekryteringen

Såväl män som kvinnor måste få bidra inom vården och omsorgen. I dag är andelen män mycket låg i många vård- och omsorgsyren. Det finns alltså fler som kan bidra till välfärden och skapa mångfald i vården och omsorgen.

3. Låt fler jobba mer

Fler som kan och vill måste få arbeta mer. I dag arbetar många inom vård och omsorg deltid. Om fler skulle arbeta heltid eller fler timmar än i dag skulle rekryteringsbehovet minska betydligt. Det handlar både om att kunna erbjuda mer tid åt de som vill och att uppmuntra dem som frivilligt jobbar deltid att gå upp i tid.

4. Förläng arbetslivet

Fler ska kunna börja jobba tidigare och fortsätta längre i arbetslivet. I dag är etableringsåldern på arbetsmarknaden 26 år och medellivslängden är 82 år. Vi lever i genomsnitt 25 år längre än

för hundra år sedan. Med fler år i yrkeslivet kan vi lättare klara välfärdens vård och omsorg.

5. Visa på karriärmöjligheter

Karriär inom vård och omsorg? Självklart. Med en bredare syn på karriär än enbart ”rak bana uppåt” finns många möjligheter. Arbetsgivare som låter medarbetare utvecklas på olika sätt behåller lättare arbetskraft – och lockar till sig ny. Det gäller både att synliggöra de karriärvägar som finns och att skapa nya.

6. Skapa engagemang

Delaktiga och engagerade medarbetare som har inflytande på jobbet kommer bättre till sin rätt och bidrar mer på arbetsplatsen. De blir också bättre ambassadörer för sitt jobb. Ju större engagemang och inflytande – desto större chans att medarbetare vill stanna och utvecklas på sin arbetsplats. Detta kan i förlängningen påverka både rekryteringsbehov och möjligheten att rekrytera.

7. Utnyttja tekniken

Tänk nytt, smart och tekniskt. Inom vården och omsorgen finns stor potential för innovativa lösningar. Genom att utveckla bättre och effektivare verksamhet kan rekryteringsbehovet påverkas och tekniskt välutbildad arbetskraft lockas till sektorn.

8. Marknadsför jobben

Var där de unga finns! Vård- och omsorgsjobben måste lanseras på ungdomars egna arenor. Unga behöver också få chansen att prova på jobben. Goda erfarenheter av praktik och feriejobb lockar fler unga till sektorn.

9. Underlätta lönekarriär

Lönerna ska sättas lokalt och individuellt. Bra prestationer ska belönas. På så sätt kan duktiga medarbetare spurras och bidra till att verksamheten utvecklas. Den här modellen för lönesättning är viktig för att kunna konkurrera om arbetskraften inom vård och omsorg.

Taktagelser och reflektioner

Högkompetent personal

Inom landstingens hälso- och sjukvård har över tre fjärdedelar av de anställda en utbildning som kräver legitimation och därmed högskoleutbildning med minst tre år. Flera yrkesgrupper har långa specialistutbildningar, som till exempel läkare. Utvecklingen de senaste åren visar att yrkesgrupper med lång utbildning ökar i antal och andel av totalt antal anställda. Den totala utbildningsnivån är högre än tjänstesektorn i det privata näringslivet och i nivå med universiteten. Liksom vid universiteten bedrivs inom landstingen forskning – men man ska också tillämpa forskningen och andra metoder i det kliniska vardagsarbetet. Man kan med fog säga att sjukvården är en högkompetent välfärdorganisation. Av totalt 212 000 sysselsatta inom åtta vårdyrken arbetar 86 procent inom landsting och kommuner i offentlig och privat driven verksamhet. Högst andel har läkare med över 90 procent. Övriga är sysselsatta inom bland annat inom forskning, läkemedelsindustri och konsultverksamhet.

Kraftig ökning av antal läkare

Tillgången på läkare har ökat med tio procent mellan åren 2007 och 2012 i förhållande till antalet invånare i befolkningen. Mest ökade antal läkare som är under utbildning till legitimation och specialist. Här var ökningen 26 procent. Det är också den yrkes-

grupp som växer mest när det gäller andelen anställda av samtliga yrkesgrupper i landstingen. En av orsakerna är att antalet personer som fått läkarexamen och legitimation har ökat kraftigt den senaste perioden. Antalet nya legitimerade under det enskilda året har fördubblats mellan år 2000 och 2013. Sökandetrycket är högt på de svenska läkarutbildningarna och ett betydande tillskott av läkare sker varje år från personer utbildade i andra länder, främst svenska ungdomar som gjort läkarutbildning i ett EU/EES-land. Läkare är den yrkesgrupp som på totalnivå enligt prognosen har bäst balans mellan framtida tillgång och efterfrågan på personal.

Antal examinerade bildar övre gräns

Samtliga anställda som arbetar med patienter inom landstingen har en vårdyrkesutbildning. Undersköterskor och skötare har utbildning på gymnasienivå och övriga 80 procent av de anställda har en högskoleutbildning på minst tre år. Antal personer som examineras från olika utbildningar bildar därför en övre gräns för utbud och tillgång på arbetskraft utbildade i Sverige. Härutöver tillkommer personer utbildade i annat land för läkargruppen. För övriga högskoleutbildningar är det ganska få som är utbildade i annat land. Genom att vi vet hur många som finns inom olika utbildningar kan man ganska väl förutsäga hur många som kommer att examineras varje år. Andelen examinerade i förhållande till antal antagna skiljer sig åt mellan olika utbildningar. Antalet avhopp från studierna varierar men andelen examinerade är vanligtvis 80-90 procent av de som startar utbildningarna. Antalet sökande per utbildningsplats har också stor betydelse. Ett högt sökandetryck ökar utsikterna att utbildningarna också kommer att fyllas under kommande år. Utbildningen till biomedicinsk analytiker skiljer sig här från de flesta andra vårdyrkesutbildningar. Utbildningen har under lång tid haft ett lågt sökandetryck med strax över en förstahandssökande per antagen. Var tredje student lämnar utbildningen och många tar i stället en annan examen. Eftersom utbildningen dessutom kräver naturvetenskaplig kompetens från gymnasiet finns det många andra utbildningar som konkurrerar om studenterna.

Den norska jakten på svensk kompetens

Sjuksköterskor som arbetar i Norge har spätt på personalkrisen i den svenska sjukvården. Statistik från Norges motsvarighet till Svenska Socialstyrelsen visar emellertid nu en kraftig minskning av antalet svenska sjuksköterskor som får norsk legitimation. Under åren 2005–2013 låg antal legitimationer på över 1200 per år. Flest var det åren 2008 och 2009 med över 2000. År 2014 hade antalet sjunkit till strax under 900. Det är således många sjuksköterskor som söker legitimation men det är relativt få som arbetar heltid i Norge. De flesta svenska sjuksköterskor med norsk legitimation arbetar under korta vistelser i Norge, till exempel under semestrar och annan ledig tid. Enligt uppgifter från Socialstyrelsen är sex procent av sjuksköterskorna i arbetsför ålder bosatta i utlandet och de allra flesta av dessa är utrikes födda personer som återutvandrat. Bemanningsföretagen i Norge har märkt att det blivit svårare att rekrytera svenska sjuksköterskor. Man tror det beror på att villkoren i Sverige har blivit bättre med högre sjuksköterskelöner.

Balans snabbspår och patientsäkerhet

De allra flesta med utländsk läkarutbildning har utbildats i EU/EES-länder. För dessa läkare är det en enkel handläggningssång att få svensk läkarlegitimation. För läkare utanför EU/EES-om-

rådet, så kallade tredje land, tar det i genomsnitt fyra år med olika vägar till svensk läkarlegitimation. Kraven är höga på läkare att kunna arbeta självständigt och uppfylla en hög patientsäkerhet. För att få svensk legitimation av Socialstyrelsen krävs 18 månaders allmäntjänstöring (AT) efter läkarexamen, godkänt resultat i en skriftlig examination och fyra muntliga examinationer. De skriftliga proven genomförs årligen av cirka 1 200 läkare vid fyra olika tillfällen. Efter tre underkända skrivningar erbjuds AT-läkaren särskild examination i muntlig form där man bedömer läkarens kliniska handläggning av tre patienter. Våren 2015 initierade den nationella arbetsmarknadspolitiken diskussioner för att skapa ett "snabbspår" för personer med läkarutbildning utanför Sverige. Representanter för AT-nämnden drar slutsatsen efter analyser av resultaten av AT-proven att det finns ett fortsatt behov av den kunskapskontroll av de blivande läkarna som AT-provet utgör. Man menar också att sjukvårdshuvudmännen måste förbättra utbildning, klinisk introduktion och kompetensutveckling för de läkare som har utländsk läkarexamen.

Risk för bred och betydande brist

Under det senaste året har SCB (Statistiska centralbyrån) och SKL (Sveriges kommuner och landsting) publicerat prognoser om det kommande rekryteringsbehovet inom vård och omsorg. För SKL är tidsperspektivet år 2022 och för SCB 2035. Båda dessa prognoser och beräkningen i detta kapitel visar på att hälso- och sjukvården de närmaste åren kommer att ha ett fortsatt och inom vissa grupper ett tilltagande rekryteringsbehov. Vad värre är att tillgången på personal i ett nationellt perspektiv kommer att understiga efterfrågan i en situation med ökat vårdbehov. Den främsta orsaken är pensioneringar, fler invånare och att antalet och andelen äldre blir allt högre i befolkningen. Det innebär med hög sannolikhet ett större behov av vård och omsorg. Antalsmässigt är det största rekryteringsbehovet störst av undersköterskor. Balansen mellan tillgång och efterfrågan om tio år inom denna yrkesgrupp är svårbedömd. Ett annat bekymmer är specialistsjuksköterskor. Bristen är stor idag och förväntas bli större framöver om inte särskilda åtgärder vidtas. Stora satsningar att utbilda sjuksköterskor till specialister kan emellertid frambringa en brist också på allmänsjuksköterskor. När det gäller biomedicinska analytiker är det ett lågt söktryck till utbildningen och en sjunkande tillgång som starkt bidrar till den beräknade bristsituationen. Den genomsnittliga sysselsättningsgraden bland de anställda totalt sett har ökat rejält de senaste 20 åren. Allt färre arbetar deltid och för Östergötland var sysselsättningsgraden 97 procent år 2014. En för många önskvärd utveckling men den bidrar också till att en tidigare potential att utöka sysselsättningsgraden har försvunnit och att alternativet är att anställa fler personer.

Inte lätt att nå idealtillståndet

I de bästa av världar blir det en perfekt balans mellan tillgång och efterfrågan på personal – även på detaljnivå mellan olika specialiteter, mellan landsting, mellan kliniker och mellan vårdcentraler. Nu befinner vi oss inte i detta idealtillstånd. Ett exempel är specialistläkare. Varje enskilt landsting har en lagfäst styrande roll att planera för läkares specialisttjänstgöring genom att inrätta ST-tjänster. Socialstyrelsen har påpekat brister inom landstingens planering utifrån befolkningens vårdbehov. Det gäller framförallt specialiteterna allmänmedicin, geriatrik och psykiatri. Därför finns ett förslag att huvudmännen tillsammans skulle se över dimensioneringen av ST-tjänster inom vissa specialiteter. På motsvarande sätt gäller behov och balans mellan

sjukvård och äldreomsorg. Det är en stor brist på tillgången av undersköterskor på totalnivå och det kan vara så att attraktionen är större att söka arbete inom sjukvård än inom äldreomsorg. En sådan situation där kommunerna inte klarar sitt framtida åtagande på grund av personal- och kompetensbrist slår med stor kraft tillbaka på sjukvården.

Svårt utbilda i kapp

Den pågående förändringen av ålderspyramiden i befolkningen har medfört att andelen personer med legitimation och som är yngre än 65 år har minskat med en procentenhet varje år mellan år 2010 och 2014. År 2010 var andelen yngre än 65 år 80 procent av samtliga legitimerade. År 2014 var andelen 75 procent. Minsningen har gällt samtliga stora yrkesgrupper med vissa variationer. Det innebär att antalet personer med yrkeslegitimation yngre än 65 år visserligen ökar men att de äldre kollegorna ökar ännu mer. Utbildningssystemet får således svårt att hålla jämna steg med farten av nya pensionärer. Det är idag brist på nyexaminerade specialistsjuksköterskor inom flertalet inriktningar. Över 70 procent av de specialistutbildade är 45 år och äldre och pensionsavgångarna väntas att bli omfattande inom den närmaste 20-årsperioden. Efterfrågan på specialistsjuksköterskor beräknas samtidigt öka inom både vård och äldreomsorg. En utbyggnad av utbildningen för specialistsjuksköterskor är planerad med 400 utbildningsplatser. Om denna utbyggnad sker beräknas tillgången på specialistsjuksköterskor öka med drygt tio procent. Enligt SCB:s prognoser kommer den ökade kapaciteten inte räcka för att möta den beräknade efterfrågan.

Inte bara i skolbänken

Antalet studenter som går olika utbildningar till vårddyrken har aldrig varit så många som nu. När man är pressad kan det kan ändå vara lätt att säga: Utbilda ännu fler! Här kan man med fog använda begreppet tulipanaros: Lätt att säga men svårt att göra. Det minst svåra är att öka anslaget i statens utbildningsbudget och det näst minsta att skaffa tillräcklig lärarkompetens. Den stora begränsningen stavas VFU, verksamhetsförlagd utbildning. Det handlar om att verksamheterna i vården ska ha kapacitet och kompetens att ta emot och handleda studenter i en klinisk vardag som arbetar under ett allt hårdare tryck. Det är många utbildningar och elever som konkurrerar om platser och handledning i den patientnära vården. Universitetskanslerämbetet har konstaterat att bristen på VFU-platser är ett hinder för att utbilda fler specialistsjuksköterskor. Det gäller här att hålla en balans så att utbildningarna kan behålla en god kvalitet. Den snabba utvecklingen inom vården tillsammans med den demografiska utvecklingen kräver en ökad utbildningstakt inom flera yrkesområden. Därför måste lärosäten och vårdgivare tillsammans hitta nya sätt att organisera den verksamhetsförlagda utbildningen.

Kvinnor smartare än män?

Utbildningsnivån i Sverige fortsätter att stiga. Tydligast är ökningen bland kvinnorna. Andelen som är behöriga till gymnasiet har under flera år varit högre bland flickor än bland pojkar och en högre andel av flickorna går dessutom ut gymnasiet med fullständig examen. Av de som avslutade sin gymnasieutbildning våren 2008 hade 58 procent av flickorna och 44 procent av pojkarna påbörjat högskolestudier inom fem år. På nästan alla program som leder till en yrkesexamen på högskolenivå har kvinnor högre examensfrekvens än män. Av totalt antal examina är 64 procent avlagda av kvinnor och 36 procent av män. Inom yrkesexamina är

69 procent avlagda av kvinnor. Motsvarande förhållanden gäller även på mansdominerade utbildningar som till civil- och högskoleingenjör. Av samtliga sysselsatta specialistkompetenta läkare ökade kvinnorna sin andel från 38 procent år 2009 till 42 procent år 2013. År 2013 utfärdades 2 350 bevis som specialistkompetent läkare, 52 procent till kvinnor.

Löneskillnaderna minskar

Men lönerna då? Den statliga myndigheten Medlingsinstitutet publicerar årligen rapporter om löneskillnader. I rapporten 2015 noterar man att löneskillnaderna minskar mellan könen, om än långsamt. Skillnaderna mäts på totalnivå män och kvinnor och kan förstås inte överföras mellan enskilda män och kvinnor. Man kan mäta både ovägt och efter standardvägning (korrigerad) har då skett för skillnader i yrke, sektor, utbildning, ålder och om personen arbetar deltid). Inom hela arbetsmarknaden har både den ovägd och vägd skillnaden mellan män och kvinnor minskat mellan år 2005 och 2014. För landstingens del har den ovägd skillnaden minskat med fem procentenheter från 71,4 till 76,4. Den vägd skillnaden har minskat mellan år 2005 och 2014 med 1,3 procent från 94,7 till 96 procent. Det innebär att kvinnor i landsting räknat på totalnivå har en oförklarad löneskillnad på fyra procent. I landstingsfakta Östergötland redovisas lönestatistiken för anställda inom olika yrken för män och kvinnor räknat på medellön inklusive tillägg. År 2006 hade kvinnorna högre medellön än män inom 8 av 18 yrken. År 2014 var kvinnors medellön högre inom 15 av 19 yrken.

Vi har hört det förut

Brist på personal inom vården är precis ingen nyhet. Den som har varit med och på nära håll följt utvecklingen under mer än 40 år har upplevt personalfrågorna som ett av de centrala problemen. Under några få skeenden har det handlat om besparingar och uppsägning av personal. Men mest har det gällt larm om att få personalen att räcka till under både semestertider och resten av året. Det har sällan varit brist överallt utan krisområdena har växlat eller varit konstanta inom några områden eller yrken. Så sjukvården har varit van vid att klara tuffa tag inom personalområdet. Men blir det verkligen snart värre än det är nu? Den demografiska utvecklingen med fler äldre och färre i arbetsför ålder påverkar såväl vårdbehovet som tillgången till vissa yrkesgrupper av personal. Urbaniseringen medför att vissa landsting kan få svårare att rekrytera kompetent personal. Arbetsmarknaden blir allt mer geografiskt rörlig. Rörligheten ökar även mellan sektorer och enskilda arbetsgivare. Medarbetarna är mer benägna att byta jobb och arbetsgivare än tidigare. Samtidigt visar undersökningar att unga tycker att jobben i vård och omsorg verkar vara meningsfulla, roliga och utvecklande. Sökandetrycket är högt till vårdräskutbildningarna inom högskolan och det har aldrig funnits så många läkare och sjuksköterskor som det gör nu. Genom att öka patientens delaktighet, utnyttja ny teknik och ta tillvara personalens kompetens finns oändliga möjligheter att utveckla vården. Men det är en utmaning som heter duga att utarbeta strategier för en personal- och kompetensförsörjning som inte bara svarar mot dagens efterfrågan utan också klarar framtidens behov.

Citatet

”Vi vore naiva om vi inte förstod att bristen på sjuksköterskor ökar risken för patientsäkerheten”

Christer Andersson, chefläkare Universitetssjukhuset i Linköping

Källor

Region Östergötland

- Landstingsfakta 2014, landstinget i Östergötland
- Sammanställning och analys av kompetensförsörjningsbehovet, februari 2014
- Förslag till strategi för introduktion av utlandsbildade läkare, juni 2015 (bildspel)
- Årligt statistikunderlag integration, augusti 2014
- Sammanställning och analys av kompetensförsörjningsbehovet för Landstinget i Östergötland 2013
- Hur många blir det?, augusti 2005
- UtdataHR

SKL

- Personalen i kommuner och landsting, hemsidan april 2015 samt specialbearbetning
- Så möter vi rekryteringsutmaningarna i vården och omsorgen, april 2014
- Personalförsörjning – utveckling av antalet sjuksköterskor och läkare inom hälso- och sjukvården (bildspel), januari 2015

Socialstyrelsen

- Nationella planeringsstödet 2015, februari 2015
- Pressmeddelande, februari 2015
- Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal, september 2015
- Tillgång på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare 2013, september 2015

UKÄ

- Årsrapporter 2013–2015
- Statistisk analys, februari 2015

Skolverket

- Yrkesprogram VO, 2015
- Komvux, studieresultat riksnivå (tabell 3), 2015

SCB

- Trender och prognoser 2014, befolkningen, utbildningen och arbetsmarknaden med sikt på år 2035, december 2014
- Statistisk årsbok 2014
- Nyhetsblad

Övrigt

- Löneskillnader mellan kvinnor och män 2014. Vad säger den officiella statistiken?, Medlingsinstitutet juni 2015
- Vårdpersonal sökes, Vårdförbudet 2015
- Nyhets- och debattartiklar från dags- och fackpress

Ekonomiska förutsättningar

Ekonomi bildar tillsammans med personalförsörjningen grundstommen för landstingens verksamhet. För att klara att ge invånarna en god hälso- och sjukvård krävs att skatteintäkterna håller jämna steg med kostnadsutvecklingen. Under de senaste åren har en god tillväxt i samhället bidragit till ett högt skatteunderlag som gjort att skattehöjningarna varit måttliga i landstingen. När man blickar framåt i en nära framtid ser man faktorer och förhållanden som ger ekonomiska bekymmer. Grunden är den demografiska utvecklingen med fler äldre och ökat vårdbehov samtidigt som antalet personer i arbetsför ålder nästan står still. Det innebär att den demografiska försörjningskvoten stiger kraftigt efter att ha varit på samma nivå sedan 1980-talet. Det kan också betyda att det blir svårare att få tillgång på kompetens inom arbetsmarknaden samt allt större matchningsproblem och arbetslöshet genom att branscher försvinner som inte kräver personal med högre utbildning.

Pressen från pressen

- Fyrtioalsterna tredubblar våra kostnader
- I 25 år har alla regeringar duckat i frågan. Valfärdens finansiering blir en enorm utmaning
- Lugnet före stormen i lala-landet Sverige
- Den nya industriella revolutionen är en jätteutmaning
- Hårda kompetenskrav pressar lågutbildade
- Tekniken tog 450 000 jobb på fem år
- Sverige når inte toppnivån
- Försämrad matchning på jobbmarknaden
- Invandring dämpar brist på arbetskraft
- 65 år inte längre pensionsmässigt
- Huvudstaden driver tillväxten i Sverige
- Här skapas de nya jobben

Fakta i korthet

- Den sammanlagda kostnaden för landstingens och kommunernas vård och omsorg uppgår till över 400 miljarder kronor, tio procent av Sveriges bruttonationalprodukt.
- Kommunsektorns tillväxt var i genomsnitt 1,5 procent varje år mellan 1980 och 2012. Det är tre gånger mer än befolkningsutvecklingen under samma tid.
- De viktigaste kostnadsdrivande faktorerna i landstingen är vårdbehov, medicinteknisk utveckling och läkemedel, investeringar i lokaler, kollektivtrafik och löneökningar.
- Region Östergötland ligger bland de sju "sämsta" landstingen med låga skatteintäkter per invånare samt ökning av utdebiteringsnivå av skatten mellan åren 2010 och 2014. Östergötland finns i mitten bland landstingen när det gäller skattekraft per invånare samt ökning av kostnaderna för hälso- och sjukvård mellan åren 2010 och 2014. Östergötland ligger bland de sju främsta landstingen när det gäller låg utdebiteringsnivå, låg kostnad för hälso- och sjukvård, stort finansiellt netto samt själva ökningen av skattekraft och skatteintäkter mellan åren 2010 och 2014.
- I Östergötland är arbetslösheten högre än riksgenomsnittet. Det gäller totalt, bland ungdomar, utrikes födda och personer med enbart förgymnasial utbildning.
- Specialistvården inom Region Östergötland svarar för 66 procent av hälso- och sjukvårdens kostnader. Primärvård svarar för 19 procent och högspecialiserad regionsjukvård 7 procent.
- Löner och arbetsgivaravgifter utgör hälften av kostnaderna, övriga driftkostnader 35 procent och läkemedel för 10 procent.
- Åldersgruppen 65 år och äldre står för 43 procent av de totala sjukvårdskostnaderna.

- Mellan år 2013 och 2025 bedöms den totala kostnadsökningen enbart på grund av den demografiska utvecklingen bli 13 procent eller cirka 1,5 miljard kronor. Den största ökningen procentuellt och i kronor sker inom åldersgruppen 75 år och äldre.

Varför ett kapitel om ekonomiska förutsättningar?

Resurserna till den svenska välfärden har aldrig varit större än vad de är idag. Kostnadsutvecklingen är dock oroande hög och det blir allt svårare för resurserna att räkna till när landsting och kommuner ska klara av att möta effekter av demografin samt invånarnas krav på ökad kvalitet och tillgänglighet. Utöver välfärdskostnaderna ökar den demografiska försörjningskvoten vilket innebär att de som arbetar får ta en allt större ekonomisk börda. Vi pratar här om politikens ansvar för en vård och omsorg som står för tio procent av Bnp och som finansieras av hundratals miljarder av skattemedel. För att klara den mer långsiktiga finansieringen av hälso- och sjukvården krävs strategiska åtgärder både från landstingen och staten.

Den ekonomiska planeringen med ett gediget faktaunderlag är en avgörande del i styrningen inom ett landsting. Det handlar till exempel om finansplaner, årsredovisningar och delårsrapporter. Dessa planeringsprocesser har oftast ett tidsperspektiv på högst tre år. Ansatsen i detta kapitel är att i första hand belysa faktorer och förhållanden som mer underliggande och långsiktigt påverkar de ekonomiska förutsättningarna för den fortsatta utvecklingen av välfärden. Det handlar främst om utbildning och kompetens samt arbetsmarknadens utveckling och behov av personal. Härutöver finns stödjande strukturer som tillgång på lärare och bostäder. I kapitlet redovisas också ekonomiska nyckeltal för Östergötland och en beräkning av kostnadsökningen på grund av den demografiska utvecklingen.

Vilka frågor svarar kapitlet på?

- Vilka är kostnaderna för vård och omsorg och hur har kostnadsutvecklingen sett ut historiskt?
- Hur är det statliga skatteutjämningsystem utformat?
- Vilka är de grundläggande faktorerna för tillväxt och skattekraft?
- Hur ser bedömningen ut om den framtida ekonomin?
- Vilka är de kostnadsdrivande faktorerna?
- Var hamnar Region Östergötland när olika ekonomiska nyckeltal jämförs med andra landsting?
- Hur stora är intäkterna och kostnaderna för regionen och vilka poster kan de delas in i?
- Hur mycket ökar kostnaderna till år 2025 och vilka vårdformer och sjukdomsgupper ökar mest?
- Hur har kostnaderna för läkemedel utvecklats och vad kan man bedöma om kostnaderna framöver?

Nationell överblick

Kostnader för hälso- och sjukvård

År 2014 var landstingens sammanlagda kostnader 300 miljarder kronor. Av dessa kostnader svarade hälso- och sjukvården för knappt 90 procent. Av hälso- och sjukvårdens kostnader stod somatisk vård för 60 procent, primärvård för 19 procent och specialiserad psykiatrisk vård för 10 procent. Härutöver var kommunernas kostnader för äldreomsorgen 109 miljarder kronor.

Av dessa kostnader stod särskilda boendeformer för 58 procent och hemtjänst för 42 procent. Kostnaderna för köpt vårdverksamhet av i huvudsak privata utförare var för landstingen 46 miljarder och för kommunerna 43 miljarder (Dessa kostnader ingår i ovanstående belopp.) I de senaste tillgängliga siffrorna när det gäller totala sjukvårdsutgifter i relation till ländernas bruttonationalprodukt (BNP) ligger Sverige precis i mitten bland de 16 OECD-länderna. Ländernas andelar varierar mellan 9 och 11 procent och Sveriges andel är 9,5 procent. Sverige ligger i topp när man mäter kvaliteten i sjukvården i förhållande till utgifter-ans andel av BNP.

Kostnadsutveckling

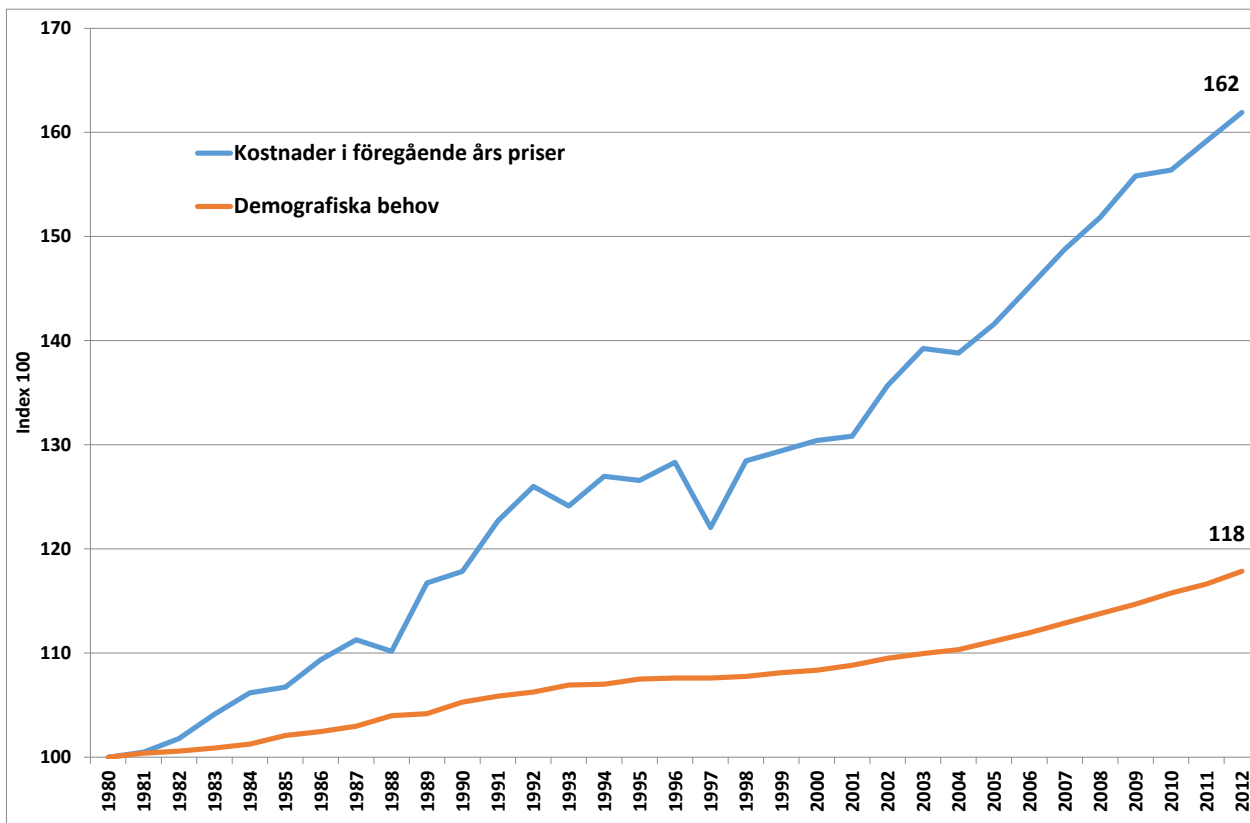
Under 20 år mellan 1950 och 1970 fördes en medveten politik att kraftigt höja ambitionsnivån inom hälso- och sjukvården. Befolkningsutvecklingen motiverade en ökning av resurserna med en (1) procent per år. Den verkliga kostnadsutvecklingen var i genomsnitt en bit över sex procent per år. Men även efter denna period har kostnaderna stigit mer än vad som har varit betingat av befolkningsutvecklingen. Figur 1 visar i index 100, satt till år 1980, kostnader för landsting och kommuner sammantaget (blå kurva) samt antalet invånare (orange kurva) mellan åren 1980 och 2012.

Mellan 1980 och 2012 ökade kommunsektorns sammantagna kostnader från 478 till 760 miljarder kronor (räknat i 2012 års priser och löner). Det är en ökning med drygt 280 miljarder kronor vilket motsvarar en tillväxt på i genomsnitt 1,5 procent per år under denna period. Under samma tid ökade befolkningen från 8,3 miljoner till 9,5 miljoner invånare, en ökning på i genomsnitt 0,4 procent per år. Kommunsektorns kostnader ökade därmed

årligen omkring 1 procentenhet snabbare, eller tre gånger mer, än befolkningen mellan 1980 och 2012. Tillväxten var mer påtaglig under 1980-talet än under 1990-talet. Under sex år mellan åren 1992 och 1998 var kostnadsökningen låg, sammanlagt 2,5 procent, samtidigt som antalet invånare ökade med 1,5 procent. Från 2000 till 2012 har kostnadsökningen legat i linje med genomsnittet för perioden som helhet. Ökade kostnader beror på ökad verksamhet, fler anställda och arbetade timmar samt löneökningar. Antalet anställda har ökat med några procent och fler arbetar heltid, vilket gör att antalet arbetade timmar ökade med 13 procent. En stor del av kostnadsökningarna beror på högre löner och köpta vårdtjänster. Mellan åren 2000 och 2015 har både medelskattkraft och medelskattesatsen ökat i Sverige. Medelskattesatsen för kommunerna har ökat med 13 öre, från 20,57 till 20,70 kronor. Medelskattesatsen för landstingen har ökat med 1,48 kronor, från 9,87 till 11,35 kronor.

Skattebidrag och utjämningsystem

Statsbidragen i utjämningsystemet utgör ungefär tolv procent av finansieringen av verksamheten i kommuner och landsting. Över tid har statsbidragen ökat med två procent per år. Statsbidragen är inte enbart av förstärkande natur. De ska också finansiera utökade och nya uppdrag samt nya krav på framförallt tillgänglighet och kvalitet. Sedan länge är man över alla politiska gränser överens om att det ska vara likvärdiga förutsättningar för kommuner och landsting att erbjuda välfärd. År 1966 kom det första statliga utjämningsystemet och 1996 ett mer allomfattande system som liknar det vi har idag. År 2005 förenklades systemet. Nästan alla länder i Europa gör regionala ekonomiska utjämnningar och Sverige hör till de länder där staten utjämnar skillnaderna mest. Det handlar om att eliminera en mängd skillnader som



Figur 1: Kostnader för kommuner och landsting samt antalet invånare år 1980–2012. Index 100 = 1980. Källa: SKL, särskild bearbetning

kommuner och landsting inte kan påverka. Utjämningsystemet innehåller mer än 100 parametrar. Systemet bygger i huvudsak på två separata system, inkomstutjämning och kostnadsutjämning. Härutöver finns ytterligare tre delar i utjämningsystemet: strukturbidrag, införandebidrag och regleringsbidrag. När alla bidrag är utdelade år 2015 med plus och minus blir det statliga sammanlagda skattebidraget 63 miljarder till kommunerna och 25 miljarder till landstingen. För landstingens del totalt motsvarar bidraget cirka åtta procent av bruttokostnaderna.

Inkomstutjämning

Inkomstutjämnningen är det system som innehåller mest pengar. De generella statsbidragen och ett antal av de äldre specialdestinerade bidragen har bakats ihop. De kallas nu inkomstutjämningsbidrag. Egentligen utjämnas inte inkomsterna utan det är det beskattningsbara inkomstunderlaget, det som vi kallar skattekraften. Kommunernas skattesats påverkar sedan hur stor inkomsten blir. För landstingen totalt utgör inkomstutjämnningen tio procent av bruttokostnaderna. Pengarna används för att fylla på skatteunderlaget i kommuner och landsting till en garanterad nivå. Denna nivå är 115 procent av rikets medelskattekraft för kommuner respektive landsting. En del får mycket påfyllning och andra mindre. Ett landsting och några kommuner har högre skattekraft än den garanterade nivån och får betala en avgift. Region Skåne får 4,8 miljarder och Stockholms läns landsting får betala 0,9 miljarder.

Kostnadsutjämning

Kostnadsutjämnningen sker mellan kommuner och mellan landsting. Här räknar man de viktigaste kostnaderna som är strukturellt opåverkbara oberoende av kvalitet, effektivitet, ambitioner och avgiftsnivåer. För denna så kallad strukturkostnad sker sedan utjämning mot rikssnittet. Landsting och kommuner som har högre strukturkostnad får bidrag och de som har lägre strukturkostnad får betala avgift. År 2015 fördelades 6,4 miljarder till kommunerna och 2 miljarder till landstingen. Kostnadsutjämnningen är ett nollsummespel mellan kommuner respektive landsting. En viktig faktor i fördelningen är befolkningens ålderssammansättning som bland annat påverkar kommunernas och landstingens kostnader för skola, vård och omsorg.

Övriga bidrag

Strukturbidrag

Strukturbidraget är ett stöd till kommuner och landsting som bland annat har ett särskilt svagt befolkningsunderlag. År 2015 var strukturbidraget 1,9 miljarder för kommunerna och 0,6 miljarder för landstingen.

Införandebidrag

Införandebidraget fasar ut förändringar i utjämningsystemet steg för steg. Bidraget mildrar konsekvenserna för de kommuner och landsting som annars skulle få särskilt stora ekonomiska konsekvenser av systemförändringar. År 2015 var införandebidraget 0,8 miljarder för kommunerna och 0,5 miljarder för landstingen.

Regleringspost

- Regleringsposten är statens ventil för att fylla upp på garantinivån eller att dra ifrån när statsbidragen ligger utöver systemets behov. År 2015 var regleringsposten -0,4 miljarder för kommunerna och -4,2 miljarder för landstingen.

Faktorer för tillväxt

I detta avsnitt redovisas några grundläggande fakta och analyser av sådana faktorer som har betydelse för försörjningskvoten och tillväxten i Sverige. I sin tur är dessa faktorer avgörande för skatteunderlaget, som bildar en viktig förutsättning för finansiering av den framtida hälso- och sjukvården. Avsnittet handlar om utbildning, färdigheter, arbetsmarknad och utrikes födda.

Utbildning

Hälften av invånarna i Sverige i åldern 25–64 år har gymnasium som högsta utbildning. 40 procent har någon form av eftergymnasial utbildning varav 25 procent har minst en treårig eftergymnasial utbildning. I åldersgruppen yngre medelålders är det en större andel som har högre utbildning än i gruppen äldre upp till 65 år. Fler kvinnor har högre utbildning än män. 30 procent bland kvinnorna har minst treårig eftergymnasial utbildning, bland männen är det 21 procent. Utbildningsreformer i Sveriges nutidshistoria från 1950-talet och framåt har medfört en tredubbling av andelen invånare som skaffar sig högre utbildning. I årskullen som föddes 1945 är det tio procent som har examinerats från minst treårig högskoleutbildning. I årskullarna därefter och fram till de som föddes i början av 1960-talet steg andelen med högre utbildning men i långsam takt. I årskullen 1965 var andelen 15 procent för att öka till strax under 30 procent för de årskullar som nu avslutar minst treårig högskoleutbildning.

Läsåret 2013/2014 examinerades totalt 65 500 personer vid universitet och högskolor. Antalet var det högsta någonsin i Sverige och en ökning med nästan fyra procent jämfört med föregående läsår. Antalet examinerade med längre utbildningar med minst 300 högskolepoäng ökar. Medianåldern för examinerade personer är nu 27 år jämfört med 28 år för tio år sedan. Högre utbildning är starkt könsuppdelad. Av totalt antal examina är 64 procent avlagda av kvinnor och 36 procent av män. Inom yrkesexamina är 69 procent avlagda av kvinnor. Det är en effekt av att kvinnorna såväl är i majoritet bland studenterna (60 procent) som att deras examensfrekvens är högre. Av 56 yrkesexamina läsåret 2013/2014 var 40 examina avlagda av mer än 60 procent kvinnor. Kvinnorna har varit i majoritet sedan länge när det gäller examinerade, för 20 år sedan var andelen 59 procent. Antalet nybörjare skiljer sig mycket mellan de olika yrkesexamensprogrammen. Läsåret 2013/2014 var det flest nybörjare på programen för civilingenjörer (7 300), därefter sjuksköterskor och högskoleingenjörer. Det finns olika program för lärarexamen och sammanlagt är det flest nybörjare på lärarprogrammen. Demografin med antal personer i årskullar till gymnasiestart är en avgörande faktor för antal sökande till högskoleutbildning. Små födelsekullar i slutet på 1990-talet har gjort att elevminskningen till gymnasieskolan påbörjades läsåret 2008/2009 och kommer att bli kraftig under de kommande åren. Det innebär att antalet personer med avlagda examina i högskolan kan komma att minska de kommande åren.

Färdigheter

Sverige har deltagit i en internationell undersökning av vuxnas färdigheter (PIAAC). Undersökningen genomfördes åren 2011 och 2012 och bedömer färdigheter i befolkningen i åldern 16–65 år när det gäller att läsa, räkna och lösa problem med hjälp av dator och internet. Huvudsyftet med denna rapport är att beskriva vilka grupper i befolkningen som har otillräckliga eller låga färdigheter inom de undersökta kunskapsområdena. Vidare beskrivs situationen på arbetsmarknaden och andra faktorer som för grupperna med svaga färdigheter.

Trots att Sverige i en internationell jämförelse hamnar bland de främsta länderna när det gäller genomsnittliga grundläggande färdigheter så hör Sverige till de länder som har störst skillnader mellan låg- och högpresterande. I befolkningen 16 till 65 år finns drygt en miljon människor med otillräckliga färdigheter i att läsa och/eller räkna, vilket motsvarar 17 procent av befolkningen i denna ålder. Det finns inga större skillnader mellan svenska kvinnor och män när det gäller andel med otillräckliga eller låga färdigheter. Mellan åldersgrupper finns det skillnader i läs- och räknefärdigheter samt i att lösa problem med dator eller internet. Äldre personer har i högre grad svaga färdigheter än yngre. Även födelseland spelar roll för färdigheterna. Generellt kan konstateras att det finns stora skillnader i färdigheter mellan personer födda i och utanför landet. De utrikes födda är överrepresenterade bland de som har problem inom både läsning och räkning på det svenska språket. Det finns även ett starkt samband mellan formell utbildning och grundläggande färdigheter. Majoriteten av personer med en utbildning som är kortare än två års gymnasium har otillräckliga eller låga färdigheter medan den övervägande delen av de med eftergymnasial utbildning på minst två år har goda eller höga färdigheter. Aktivt deltagande på arbetsmarknaden är en viktig förutsättning för personers ekonomiska oberoende, sociala situation och för att personer ska kunna behålla och utveckla sina förmågor över en livstid. Resultaten från PIAAC visar att det finns ett positivt samband mellan färdigheter och arbetskraftsdeltagande samt sysselsättning.

Personer med högre kunskapsnivåer i läs- och räknefärdigheter deltar i högre grad i arbetskraften och har i högre grad ett betalt arbete än personer med lägre kunskapsnivåer. Ungefär 50 procent av personerna med otillräckliga färdigheter i läsning och räkning har ett arbete jämfört med 82 procent av de med goda eller höga färdigheter. Allt fler funktioner i samhället kräver att man ska klara av att hantera dator och internet. Resultaten från undersökningen indikerar att det finns personer i riskzonen som står utanför informationssamhället. Bland dem med otillräckliga färdigheter i både läsning och räkning är det runt 20 procent som aldrig använder dator och internet till att söka information och kunskap.

Arbetsmarknad

Man kan mäta arbetskraften på olika sätt. Antalet sysselsatta har ökat sedan år 2006 med en nedgång under åren 2009 och 2010. Sysselsättningsgraden hos personer i arbetsför ålder har också ökat från år 2011. Arbetslösheten är hög bland personer 25–74 år utan slutförd gymnasieutbildning och den har dessutom fördubblats de senaste sex åren till 13 procent. Ännu högre är den för yngre personer utan slutförd gymnasieutbildning. I gruppen 25–34 år är här arbetslösheten 25 procent och har också ökat de senaste sex åren. Långtidsarbetslösheten har bitit sig fast på en hög nivå på mellan 20 och 30 procent. För personer med eftergymnasial utbildning och gymnasieutbildning ligger arbetslösheten på en lägre och relativt konstant nivå under de senaste åren, kring fyra respektive sex procent. Utbudet av arbetskraft hålls tillbaka genom att den inrikes födda befolkningen minskar och att den befolkningsökning som ändå sker till stor del utgörs av flyktinginvandring med lägre arbetskraftsdeltagande.

Invandringen av flyktingar och personer med anknytning till flyktingar har under de senaste åren ökat i omfattning. År 2014 fick nästan 49 000 personer uppehållstillstånd av dessa skäl, jämfört med knappt 21 000 i genomsnitt per år sedan år 2000. Enligt den

senast publicerade befolkningsframskrivningen från SCB kommer antalet personer som är födda i Sverige vara 31 000 färre år 2018 jämfört med antalet år 2014. Antalet personer födda i länder med stor flyktinginvandring till Sverige beräknas under samma tid öka med 182 000. Beräkningar indikerar att arbetskraftsdeltagandet minskar med 0,3 procentenheter och att arbetslösheten ökar med 0,2 procentenheter fram till 2018 till följd av den större flyktinginvandringen. Det här sättet att räkna kan bidra till att skatteunderlagets utveckling dras ned.

De närmaste åren växer de nya jobben fram över hela landet men störst jobbtillväxt sker i storstadsregionerna. Utanför de tre storstadsregionerna blir det svårare att öka sysselsättningen på grund av att den yrkesaktiva befolkningen 16–64 år där utvecklas svagt. Inom offentlig tjänstesektor ökar bristen på utbildad arbetskraft. Inom till exempel skolan behövs 84 000 nyexaminerade lärare fram till 2019 (För personalsituationen inom hälso- och sjukvården, se kapitel "Personal och kompetensförsörjning"). De flesta huvudmännen för landets skolor har redan idag svårt att hitta sökande med rätt kvalifikationer. Inom det privata näringslivet väntas bristen på arbetskraft öka något men den begränsas till vissa branscher. Det uppstår ökade matchningssvårigheter genom att gapet mellan kvalifikationskraven och kompetensen bland de arbetslösa ökar under de kommande åren. Tudelningen på arbetsmarknaden blir således allt tydligare – arbetslösheten minskar snabbt i grupper med en stark ställning på arbetsmarknaden medan grupper med en svagare position har fortsatt svårt att hitta arbete.

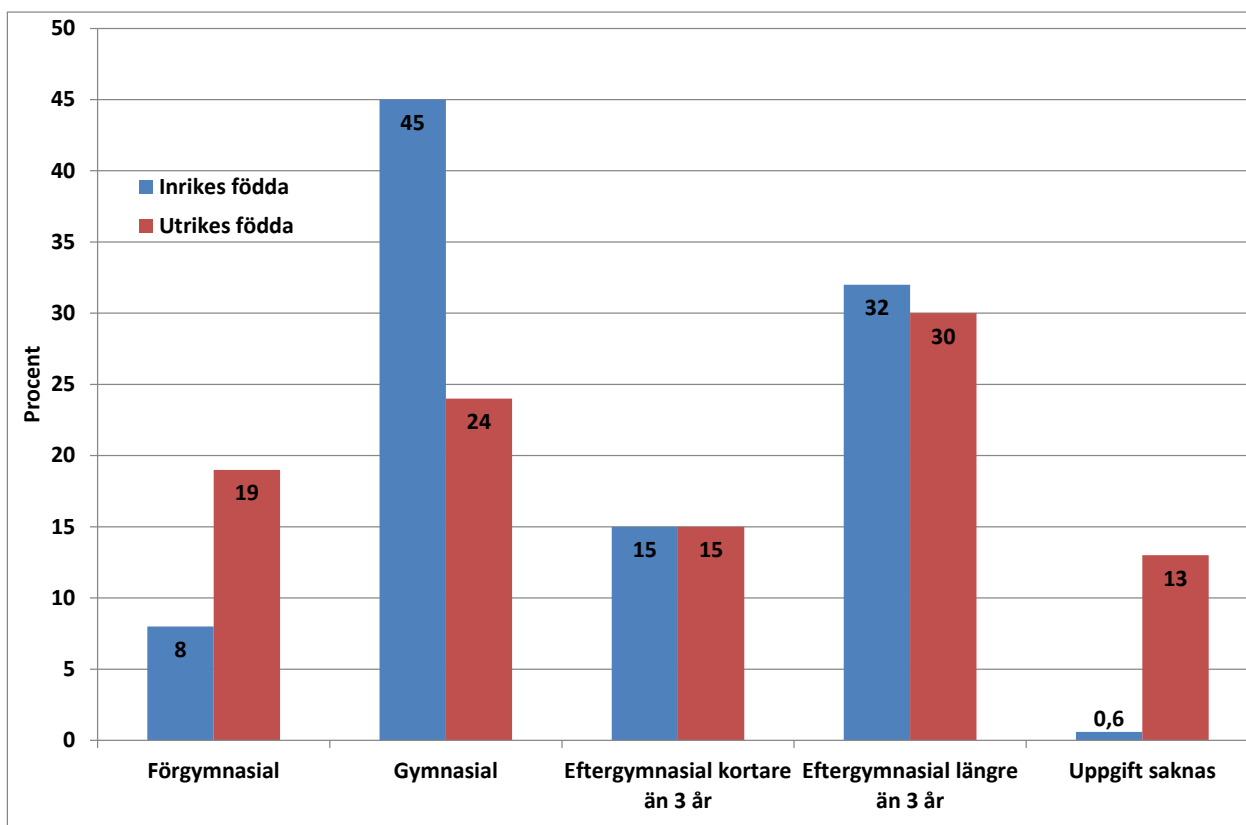
Utrikes födda

Med utrikes födda menas personer som har invandrat till Sverige (mer om invandring finns i kapitlet "Demografisk utveckling"). Den svenska ekonomin expanderade under 1950- och 1960-talen och efterfrågan på arbetskraft var stor. Ett stort antal personer invandrade, främst från Finland men även från övriga Europa som Jugoslavien och Italien. En mycket liten andel kom från andra världsdelar. Från 1980-talet har invandringen dominerats av flykting- och anhöriginvandring. Mellan åren 2005 och 2014 har invandringen ökat för såväl personer med arbetsmarknadsskäl som med flyktingskäl samt anhöriga till flyktingar. Sammanlagt under hela denna period invandrade 660 000 personer med dessa tre skäl. Hälften hade flyktinganknytning, 27 procent flyktingskäl och 22 procent arbetsmarknadsskäl.

Utbildning

År 2013 fanns i den svenska befolkningen 2,3 miljoner invånare i åldern 25–44 år. Av dessa var 400 000 (18%) utrikes födda som invandrat till Sverige år 2000 eller senare. I nedanstående figur 2 redovisas utbildningsnivån i denna åldersgrupp för utrikes födda jämfört med inrikes födda.

De stora skillnaderna mellan inrikes och utrikes födda gäller de personer som har gymnasieutbildning som högst utbildning. Bland utrikesfödda är det dubbelt så många jämfört med inrikes födda som enbart har förgymnasial utbildning. Det är också en lägre andel utrikesfödda som har gymnasieutbildning. Det är mer lika mellan utrikes och inrikes födda vad gäller eftergymnasial utbildning. Utbildningsnivån skiljer sig mellan grupper beroende på varför man invandrat till Sverige. Bland de som invandrat till Sverige under 2000-talet för att studera är 64 procent högt utbildade. Även bland dem som invandrat till Sverige för att arbeta är andelen högt utbildade hög, 39 procent. Personer i samma ålder som kommit till Sverige av flyktingskäl har en lägre utbildnings-



Figur 2: Utbildningsnivå för inrikes och utrikes födda 25–44 år, invandrade mellan år 2000–2013. Källa: SCB, 2015

nivå. Av dessa är 22 procent högutbildade och 30 procent har endast en förgymnasial utbildning. När det gäller invandrare från Syrien och Irak har cirka 35 procent högst förgymnasial utbildning. För invandrare från Somalia är andelen med högst förgymnasial utbildning nästan 60 procent och 10 procent har eftergymnasial utbildning. De vanligaste födelseländerna bland de utrikes födda som invandrat under 2000-talet är Irak, Polen, Somalia och Iran. Drygt 132 000 personer, eller en fjärdedel, har kommit från något av dessa fyra länder.

Det bör påpekas att högsta utbildning bland de utrikes födda är okänd för en betydligt större del av dem som nyligen invandrat än för dem som varit en längre tid i Sverige. För de utrikes födda som invandrat till Sverige under perioden 2000 till 2013 saknas uppgift om högsta utbildning för 12 procent, vilket innebär att den verkliga andelen högutbildade sannolikt är större än den som redovisas här. Många av dem med okänd utbildning antas dock ha endast kort utbildning. Efter några år i Sverige minskar successivt andelen personer med okänd utbildning, antingen för att de genomför en utbildning i Sverige eller för att deras utländska utbildning kommer till SCB:s kännedom.

Arbetsmarknad

På liknande sätt som beskrivs ovan om utbildningsnivå skiljer sig sysselsättningsnivån och arbetslösheten beroende på varför man invandrat till Sverige. De som invandrat av arbetsmarknadsskäl har en högre sysselsättningsgrad och lägre arbetslöshet än de personer som kommit som flyktingar eller anhöriga till flyktingar. Sysselsättningen bland samtliga utrikes födda ligger på en lägre nivå än för inrikes födda. För män är det 63 procent jämfört med 70 procent för inrikes födda. För kvinnor är motsvarande siffror

56 och 66. Personer födda utanför Europa med gymnasial eller eftergymnasial utbildning har en arbetslöshet de senaste åren på omkring 17 procent. För personer med lägre utbildningsnivå ligger arbetslösheten på över 35 procent och har ökat brant de senaste två åren.

Bedömning om framtiden

Skatteunderlag

Skatteunderlaget klarar i stort sett att finansiera de behov som följer av demografiska förändringar med bland annat fler äldre i befolkningen. Men historiskt har kostnaden ökat mer än det som beror på demografin. Och det finns inget som talar för att denna situation förändras. Ju bättre välfärd och rikare invånare desto mer välfärd vill man ha. Det gäller både mer och bättre utbildning och mer och bättre vård. En lösning vore att dra ner på människors krav och bara bibehålla välfärden på dagens nivå. I så fall räcker resurserna. Men det är inte troligt att invånarna accepterar en sådan stor förändring i samhället. Människor ställer högre och högre krav på välfärden i takt med att man hela tiden får det bättre och bättre. Välfärden har successivt ökat resurserna och det förväntar sig de allra flesta att så sker även i fortsättningen. Att kommunerna och landstingen hittills haft råd att finansiera högre ambitioner i välfärden beror i huvudsak på fem faktorer: statsbidrag, priseffekt, höjda skattesatser, effektiviseringar och prioriteringar:

Priseffekten

Löner stiger snabbare än övriga priser och kommunerna tar ut skatt på löner. Det innebär att den egna kostnaden för löner blir 70 procent av kostnaderna. Kommunernas köpkraft stiger därför

hela tiden något utan att skatten behöver höjas. Över tid har den här effekten gett utrymme för 0,7 procents kostnadsökning per år.

Höjda skattesatser

Kommuner och landsting har höjt skatterna. Kommunerna har genomsnittligt höjt skattesatsen de senaste med knappt en procent och landstingen med 15 procent.

Prioriteringar

Kostnaderna för kommunernas så kallade kärnområden har vuxit mer än övriga ansvarsområden. Successivt har kommunerna lagt mer resurser till skola, vård och omsorg.

Ekonomi de närmaste åren

Ekonomi i kommuner och landsting har under ett antal år hållits uppe av engångsintäkter. År 2015 var sista året då sektorn kan räkna med återbetalning från AFA Försäkring. Detta, tillsammans med det faktum att skatteintäkterna utvecklats gynnsamt år 2015 gör att ekonomin hålls i schack ytterligare ett år, i alla fall för kommunerna sammantaget. Skillnaderna är stora mellan olika kommuner, och landstingen har det generellt sett besvärligare. Framtiden bjuder på ett större demografiskt behov och skatteintäkterna beräknas öka långsammare. Det gör att det kommer att krävas åtgärder för att kommuner och landsting ska klara av att hålla resultaten över nollstrecket.

År 2014 redovisade landstingen sammantaget ett plusresultat på 3,3 miljarder vilket motsvarar 1,3 procent av skatter och bidrag. Halva överskottet består av engångsintäkter. Kostnadsutvecklingen var oroande hög i landstingen år 2014 vilket bland annat beror på bemanningsproblemen inom sjukvården. Trots att skatteunderlaget utvecklats 2015 och fortsätter starkt även år 2016 väntas ingen ekonomisk ljusning för landstingen de kommande åren därefter

Långt ifrån alla landsting klarar ett betryggande plusresultat. I själva verket är spridningen i resultat mellan landstingen den största på många år. Sju landsting fick inte ihop ekonomin år 2014 och redovisade underskott. Samtidigt klarade sju landsting ett resultat som översteg två procent av skatter och bidrag. Av dessa hade fyra höjt skatten år 2014. Totalt höjde sex landsting skatten detta år vilket motsvarade 10 öre på medelutdebiteringen. Det gav närmare två miljarder kronor i intäktsförstärkning. Sammantaget innebär detta att landstingens samlade plusresultat 2014 helt förklaras av höjda skatter och en tillfällig försäljningsintäkt. Skatteunderlagets tillväxt räckte alltså inte för att klara ekonomin. Den ekonomiska situationen de närmaste åren ser därför besvärlig ut.

Försörjningskvot

Idag försörjer 100 personer i arbetsför ålder sig själva och 74 personer som är unga samt äldre över 65 år. Denna så kallade försörjningskvot har sedan år 2000 varit som mest gynnsam men kommer från och med nu stiga kraftigt. Det innebär att allt färre i arbetsför ålder får försörja allt fler äldre och unga (Mer om försörjningskvoten i kapitlet "Demografisk utveckling"). Om 15 år ska 100 personer försörja sig själva och 85 personer. Bedömningen är att kommuner och landsting klarar att finansiera demografins effekter. De stora kraven därutöver kommer sannolikt inte att klaras utan högre skatt eller ökade statsbidrag. Oavsett vilken effekt en åldrande befolkning har på efterfrågan, och därmed kostnaderna, så bidrar allt större andel äldre att försörjningsbör-

dan ökar. Förutsättningen är då att tiden i arbetsför ålder inte ändras jämfört med idag. En åldrande befolkning kan därmed föranleda minskade intäkter till vård och omsorg vilket försvårar de framtida finansieringsmöjligheterna.

Långsiktsscenarioer

I rapporterna från regeringens framtidskommission år 2013 finns en sammanställning på nio långsiktsscenarioer från bland annat SKL och Långtidsutredningen om de framtida kostnaderna för vård och omsorg. I det nedanstående sammanfattas några av slutsatserna från olika långsiktsscenarioer.

- Efterfrågan på sjukvård ökar med 30 procent till år 2040
- 150 miljarder kronor behövs till år 2030, vilket motsvarar 11 kronor i högre skatt per intjänad hundralapp om finansiering ska ske med kommunal- och landstingsskatt
- 200 miljarder i högre kostnader år 2035, 13 kronor i högre skatt
- Tredubblade sjukvårdskostnader
- 600 000 fler sysselsatta år 2030 för att klara samma försörjningskvot som idag
- Från år 2010 ökar kostnaderna till år 2050 från cirka 13 procent till cirka 16 procent av Bnp, vilket motsvarar 110 miljarder kronor

Långsiktsskildringarna kan visserligen vara rätt komplexa men de stora dragen och slutsatserna hänger på två variabler. Arbetsutbudet, hur många timmar vi jobbar och är yrkesverksamma över livet samt produktiviteten, hur effektiva vi är de timmar vi jobbar. Bnp-utvecklingen utgör det mest grundläggande för möjligheterna att konsumera välfärdstjänster, vilket beror på dels hur mycket vi jobbar, dels hur väl vi jobbar. Utöver dessa variabler styrs även utvecklingen av demografiska faktorer som medellivslängd, fertilitet och nettovandring. Det går inte att helt utesluta stora händelser som väsentligen ändrar förutsättningarna för långsiktsskildringarna. Men på det hela taget är utvecklingen för demografin långsam, obeveklig och ganska förutsägbar. Utmaningen för och debatten om framtidens välfärd när befolkningen åldras kan grovt sammanfattas i ett scenario där efterfrågan på välfärdstjänster ökar ungefär som de senaste decennierna.

Kostnadsdrivande faktorer

Vårdbehov

Kostnaderna ökar för att tillgodose befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Det beror både på att antalet invånare ökar och att ökningen är särskilt stor i äldre åldersgrupper där behovet av vård är stort. Det ökade behovet av vård som följer av fler och äldre människor kan dock motverkas något av att också hälsan förbättras vilket håller tillbaka vårdbehoven. Det hänger i sin tur samman med förebyggande insatser från vården. Samtidigt fortsätter trenden att sjukvården erbjuder planerad vård allt längre upp i åldrarna. Idag är det inte ovanligt att en 85 åring både får en ny höftled inopererad och avancerad hjärtsjukvård. De ökade kostnaderna förklaras även av att vården blir allt mer behandlingsintensiv, det vill säga att nya behandlingsmetoder driver upp kostnaderna. (Mer om vårdbehov i kapitlet "Vårdbehov och förväntningar")

Medicinteknisk utveckling

Den medicintekniska utvecklingen möjliggör diagnos och behandling av fler och svårare sjukdomstillstånd. Utvecklingen av avancerade medicintekniska instrument kan rätt använt bidra till en ökad kostnadseffektivitet samt ökad kvalitet och patientsäker-

het. Bättre diagnostik och mer minimalinvasiva ingrepp kan korta ned vårdtider och leda till snabbare rehabilitering. Övervakning på distans inom till exempel hemsjukvården kan minska behovet av sjukhusvård. Avancerad robotkirurgi kan minska risken för komplikationer. Det är dock mycket svårt att för en enskild teknologi bedöma hur den påverkar de totala sjukvårdskostnaderna. Detta beror på att det inte är medicintekniken i sig som står för kostnadsökningen, utan det är huvudsakligen dess effekter. Som exempel på medicinteknikens svårbedömda effekter ges tre faktorer nedan som illustreras med både kostnadsdrivande och kostnadsbesparande konsekvenser.

- Mer högteknologi i sjukvården ger dyrare investeringar och förbrukningsvaror men mer precisa diagnoser och behandlingar samt effektivare informations- och patientflöden.
- Nya diagnostiska möjligheter innebär att fler sjukdomar diagnostiseras och kräver mer resurser. Mer precisa diagnoser ger å andra sidan rätt behandling direkt.
- Nya, lindrigare operationsmetoder gör att fler operationer genomförs, särskilt bland äldre. En kostnadsbesparande effekt är att patienterna återhämtar sig snabbare och får färre biverkningar.

Nationella beräkningar visar på en kostnadsökning på grund av medicintekniken och dess effekter på två procent av de totala kostnaderna för akutsomatisk vård per år. Detta motsvarar en ökning av de totala sjukvårdskostnaderna med 0,8–1,0 procent per år. Hur stor den verkliga kostnadsökningen blir är svårt att räkna fram eftersom det samtidigt finns en potential till effektiviseringar i denna utveckling.

Investeringar i lokaler

En orsak till att kommunerna och landstingen måste ha överskott är för att finansiera den höga investeringsnivån. Kommunernas och landstingens budgetar och planer för investeringar visar att det finns stora behov. Landstingens investeringar har mer än fördubblats de senaste tio åren. Förklaringen är att det pågår en generationsväxling och upprustning av sjukvårdens lokaler. Samtidigt expanderar kollektivtrafiken, vilket förutsätter investeringar i exempelvis tåg och bussar.

Kollektivtrafik

Sedan 2012 har landstingen det fulla finansieringsansvaret för kollektivtrafiken. Det finns en politisk vilja att öka det kollektiva resandet. På många håll har man anslutit sig till det så kallade fördubblingsmålet (inte i Östergötland). För att lyckas med denna ambition behöver utbudet av kollektivtrafik öka samtidigt som själva resan måste vara attraktiv. Därför väljer många landsting att expandera sin kollektivtrafik med förhållandevis dyra tåglösningar. Sammantaget har detta drivit upp landstingens kostnader för kollektivtrafik med nästan tvåsiffriga procenttal per år.

Löneökningar

I takt med att arbetsmarknadsgapet minskar blir det allt svårare för arbetsgivarna att rekrytera personal. Det kommer sannolikt betyda att löneökningarna blir större än under senare år.

Fokus Östergötland

Nyckeltal

I tabell 1 kolumn 1 redovisas ett antal nyckeltal om de ekonomiska förutsättningarna för Region Östergötland. I redovisningen jämförs Östergötland med genomsnittet för landstingen och med enskilda landsting.

- Kolumn 2 "Enhet" avser värdet år 2014. Värdet definieras i kolumn 9.
- Kolumn 3 anger Östergötlands placering ("rankning") i jämförelse mellan de 21 landstingen. Kolumn 4 och 5 redovisar förändringen av enheter i antal och procent.
- I kolumnerna 6–8 redovisas motsvarande värden för Riket. De markerade rutorna anger på vilken nivå Östergötland ligger i jämförelse mellan de 21 landstingen, se längst upp till höger i tabellen.

Invånare

Antalet invånare har ökat med 2,9 procent mellan åren 2010 och 2014, något lägre än riket.

Skattekraft

Skattekraften är landstingets skatteunderlag per invånare. Östergötlands skattekraft låg i mitten av landstingen år 2014. Ökningen med 7,5 procent mellan åren 2010 och 2014 var bland de

	Östergötland			Riket			Eftersträvd värden	
	Enhet	Placering	Förändring 2010-2014 Enheter Procent	Enhet	Förändring 2010-2014 Enheter Procent			
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Invånare	442 105		12 463 2,9%		9 747 355	331 785	3,5%	Antal invånare
Skattekraft	174,2	10	12,1 7,5%		185,8	12,8	7,4%	Tusen kronor per invånare
Skatteintäkter	25 508	16	3 296 14,8%		26 713	3 105	13,2%	Kronor per invånare
Utdebitering	10,70	4	0,85 9%		11,35	0,53	5%	Kronor per skattekrona 2011-2015
Kostnad	21 135	1	1 114 5,6%		22 141	1 557	7,6%	Strukturjusterad kostnad, kronor per invånare 2010-2013
Volymförändring				9,8%			9%	Resursförändring i fasta priser
Andel år 2014 av nettokostnad			Genomsnittlig andel år 2010-2014 av nettokostnad					
Finansiellt netto	4,2%	1		1,6%	-0,1%		0%	Nettokostnad år 2013, finansiellt netto 2010-2014

Tabell 1: Nyckeltal ekonomiska förutsättningar Östergötland. Källa: Landstingsfakta Östergötland 2014 (egen bearbetning)

sju landsting med störst ökning. Störst ökning hade Norrbotten (10,1%) och Uppsala (8,9%). Lägst hade Blekinge (5,5%).

Skatteintäkter

Skatteintäkterna utgörs av Regionens skatteintäkter samt statliga utjämningsbidrag och generella statsbidrag. Östergötlands skatteintäkter låg på plats 16 bland landstingen år 2014. Utvecklingen med 14,8 procent mellan åren 2010 och 2014 var bland de sju landsting med störst ökning. Störst ökning hade Sörmland och Kalmar (16,3%). Lägst hade Västernorrland (4,2%).

Utdebitering

Utdebiteringen anger kronor per skattekrona. Östergötlands utdebitering var fjärde lägst bland landstingen år 2014. Östergötlands skattehöjning med 65 öre år 2013 innebar en ökning med nio procent mellan åren 2011 och 2014, fjärde högst höjning bland landstingen. Högst hade Halland och Kalmar (11%). Lägst hade Västernorrland (-3%). Utöver höjningen med 65 öre har förändring i utdebitering gjorts genom skatteväxling med kommunerna för kollektivtrafik och hemsjukvård.

Kostnad

Kostnaderna gäller så kallad strukturjusterad kostnad per invånare enligt utjämningsystemets behovsindex. Östergötland hade år 2013 den lägsta kostnaden bland landstingen. Östergötlands ökade kostnad med 5,6 procent mellan åren 2010 och 2013 var bland mitten av landstingen. Störst ökning hade Halland (10,6%) och Jönköping (9,9%). Lägst hade Blekinge (0,9%).

Volymförändring

Volymförändring innebär resursförändring i fasta priser i pro-

cent. Östergötland låg något högre än rikssnittet mellan åren 2010 och 2014.

Finansiellt netto

De finansiella intäkterna minus de finansiella kostnaderna ger finansnettot. Ränteintäkter och räntekostnader utgör den viktigaste delen. Östergötland har bland landstingen det klart högsta finansiella nettot i förhållande till nettokostnaderna. Denna placering gäller för såväl det enskilda året 2014 som genomsnittet för åren 2010–2014. För åren 2010–2014 hade utöver Östergötland två landsting nettoplus, Blekinge (0,4%) och Norrbotten (0,3%). Lägst hade Stockholm (-3,3%).

Bland de bästa, i mitten och bland de sämsta

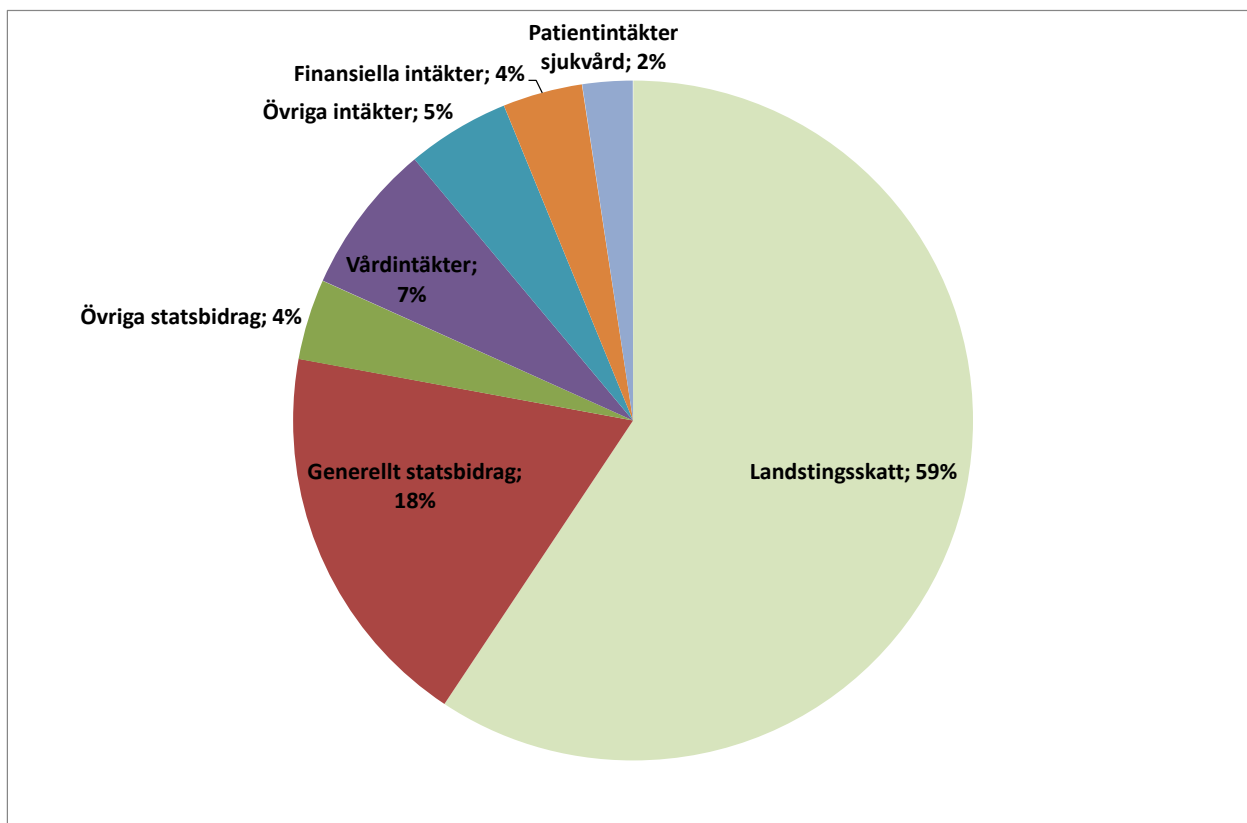
I det nedanstående redovisas nyckeltalen från tabellen där Östergötland hör till de landsting med de sju ”bästa” värdena, de sju i mitten och de landsting med de sju ”sämsta” bland de 21 landstingen.

Bästa

- Ökning av skattekraften och skatteintäkter mellan åren 2010 och 2014
- Utdebiteringsnivå
- Kostnad för hälso- och sjukvård
- Finansiellt netto år 2014 och mellan åren 2010 och 2014

Mitten

- Skattekraft
- Ökning av kostnaderna mellan åren 2010 och 2014
- Volymökning mellan åren 2010 och 2014



Figur 3: Procentuell fördelning av intäkterna Landstinget i Östergötland år 2014. Källa: Ekonomienheten, ledningsstaben Region Östergötland

Sämsta

- Skatteintäkter
- Utökning av utdebitering mellan åren 2010 och 2014

Intäkter

År 2014 var intäkterna till Landstinget i Östergötland 14,6 miljarder kronor. I figur 3 redovisas den procentuella fördelningen av de olika intäkterna. Därefter görs förklaringar och analyser till olika intäkter.

- Landstingsskatten med en utdebitering på 10,7 kronor svarar för nästan 60 procent av intäkterna
- Patientintäkterna är patientavgifter i öppen och sluten vård
- De finansiella intäkterna består av landstingets likvida medel
- Övriga intäkter innehåller bland annat försäljning av varor och tjänster samt forskningsanslag (ej statliga)
- Vårdintäkter består av försäld vård till andra landsting, främst inom sydöstra sjukvårdsregionen
- Generella statsbidrag är medel från det statliga utjämningsystemet och läkemedelsbidraget (Utformningen av statsbidragen är mer utförligt beskrivet under avsnittet "Nationell överblick")
- Övriga statsbidrag är riktade statsbidrag. Exempel är sjukskrivningsmiljarden och samordnings- och kömiljarden

I figur 4 visas storleken på statsbidragen till Östergötlands kommuner för år 2015. Syftet är att illustrera skillnaden i kronor per invånare beroende på kommunernas behov och utjämningsystemets utformning.

De sammanlagda statsbidragen till kommunerna i Östergötland år 2015 uppgår till 3,5 miljarder kronor eller 7 817 kronor per

invånare. Det genomsnittliga statsbidraget räknat på samtliga kommuner i Sverige är 6 440 kronor per invånare. Nio kommuner har ett minus: sex i Stockholms län, två i Skåne och en i Västra Götaland. Högst ligger flera kommuner i Västerbotten med statsbidrag på mer än 26 000 kronor per invånare. I Östergötland har Ödeshög det högsta statsbidraget per invånare och Linköping det lägsta. Om Ödeshög skulle kompensera de statliga bidragen skulle det motsvara en ökad skattesats med cirka 23 procent eller fem skattekröner. För Linköping innebär motsvarande beräkning strax under två kronor.

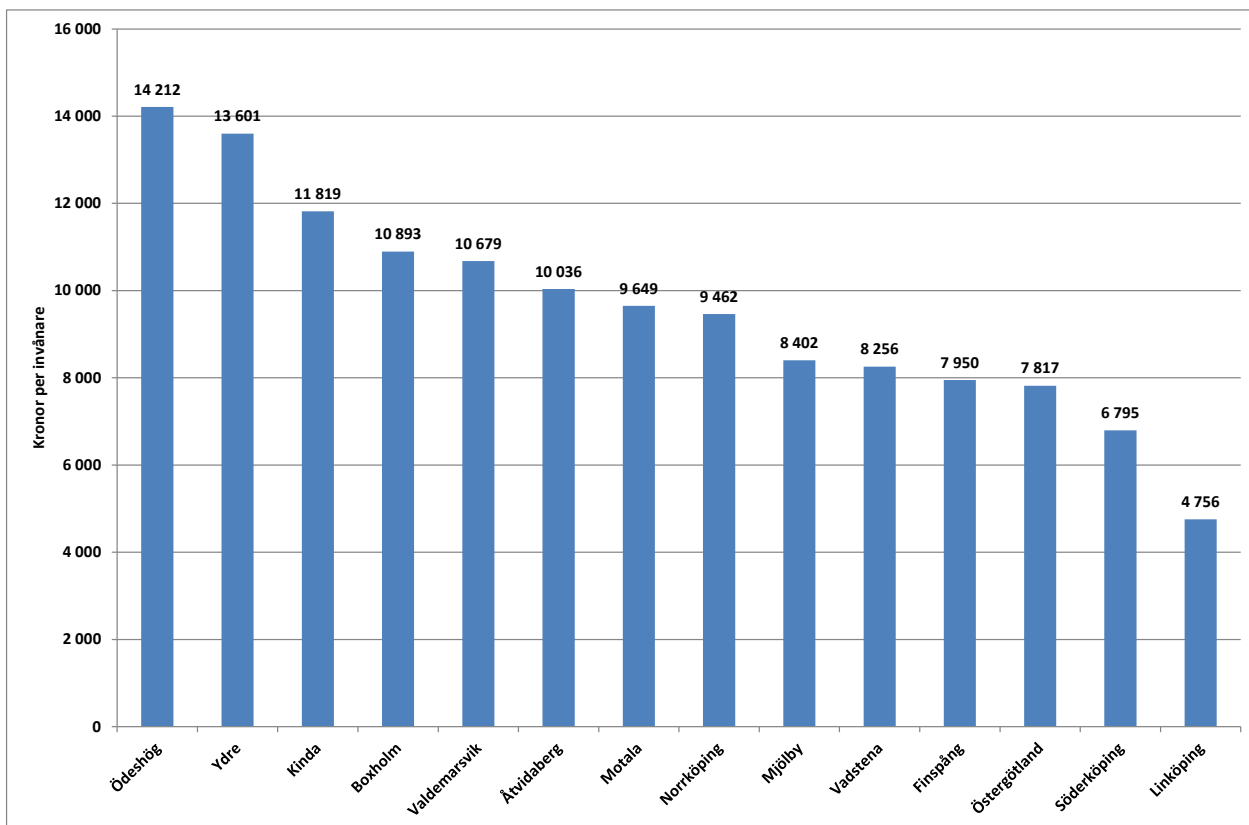
Att öka intäkterna

Skatteuttag

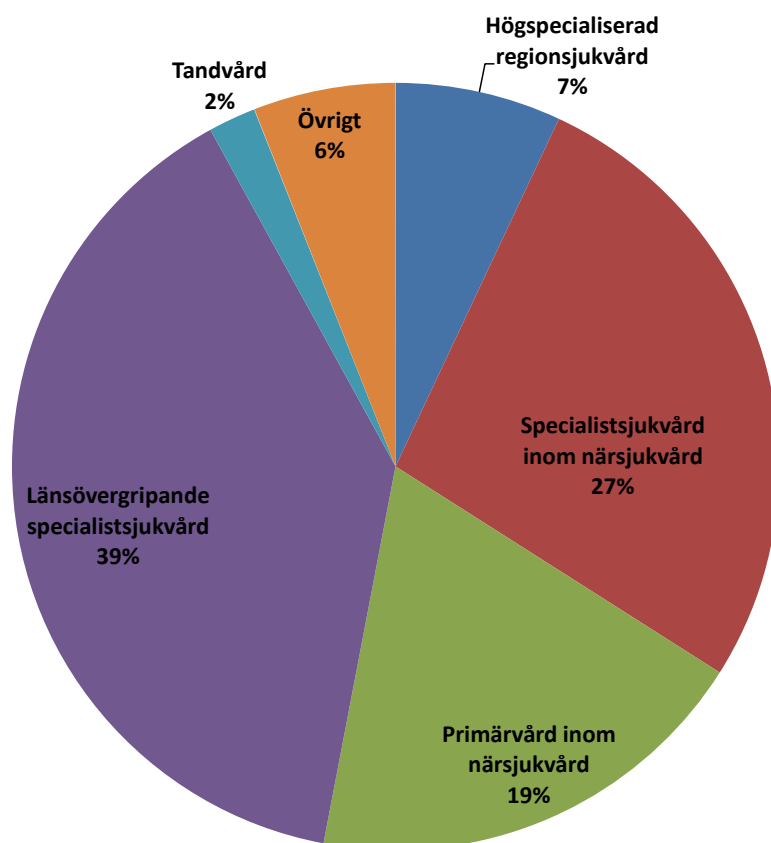
Historiskt har Sverige finansierat den generella välfärdsmodellen med höjda skatter. Den vägen förefaller väsentligt svårare i framtiden. Sverige är ett av de länder som har en stor offentligt finansierad välfärdssektor och därmed också ett högt skatteuttag. Höjd skatt på arbete kan också ha negativa effekter på arbetsutbudet. Dessutom begränsar globaliseringen till en del möjligheterna att välja vilka skattesatser vi kan ta ut i Sverige. En höjning av skattesatsen med en krona ger en ökad intäkt till Regionen med över 800 miljoner kronor. För en löntagare med en månadsinkomst på 30 000 kronor blir skattehöjningen omkring 230 kronor i månaden.

Vårdavgifter

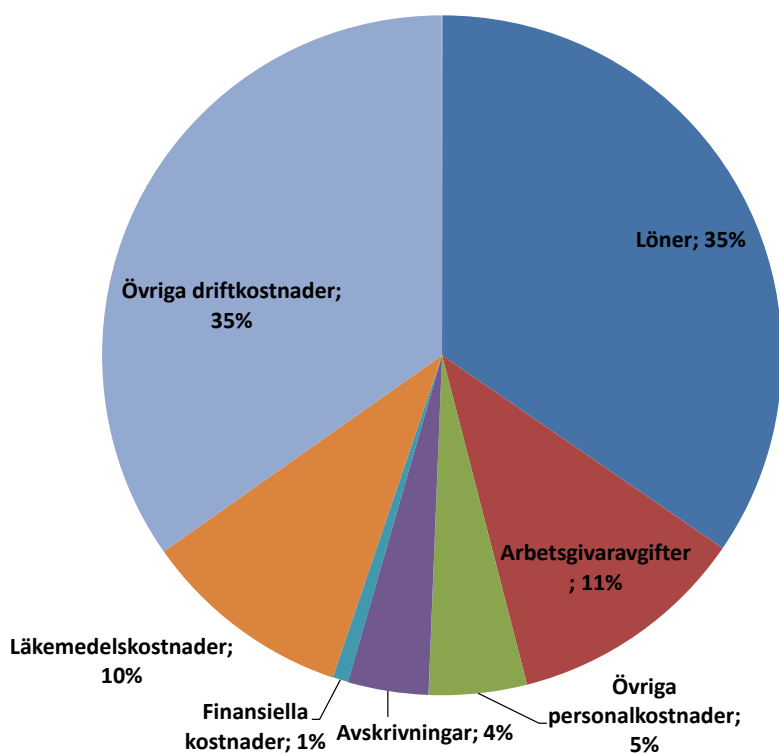
Det kommunala uppdraget har blivit allt mer omfattande över tiden. Sedan välfärdsuppdraget började växa på 1950-talet har avgifternas betydelse minskat. De tjänster som expanderade i kommuner och landsting som skola, omsorg och sjukvård, har vuxit fram utifrån att de är till nytta för hela samhället, men även



Figur 4: Statsbidrag till Östergötlands kommuner år 2015, kronor per invånare. Källa: SCB



Figur 5: Procentuell fördelning av kostnader för hälso- och sjukvård inklusive tandvård, Landstinget i Östergötland, 2015. Källa: Ekono-
mienheten, ledningsstaben Region Östergötland



med en fördelningspolitisk tanke. Således har verksamheten i allt större utsträckning kommit att finansieras med skatter. För landstingens del är avgiftsfinansieringsgraden i stort sett oförändrad under de senaste åren. År 2008 uppgick den till 2,6 procent. Patientavgifter inom sjukvård betraktas normalt inte som en finansieringskälla utan snarare som ett styrmedel. Erfarenheten visar att höga avgifter också tar bort en del överflödigt vård, men de medför också att en del nödvändig vård försvinner. Särskilt grupper med låga inkomster tycker att det blir för dyrt att uppsöka vården och avvaktar till dess att de är mer sjuka. Beräkningar från SKL visar att en höjning av slutenvårdsavgiften med 40 kronor per dygn ger en intäkt motsvarande skattehöjning på två öre.

Kostnader

År 2014 var landstingets kostnader 13,7 miljarder kronor. I figurerna 5 och 6 visas den procentuella kostnadsfördelningen på vårdområden respektive personal och driftkostnader.

Den länsövergripande specialistsjukvården tillsammans med specialistsjukvården inom närsjukvård svarar för 66 procent av den totala kostnaden för hälso- och sjukvård. Den högspecialiserade regionsjukvården utgör 7 procent.

Figur 6: Procentuell fördelning av kostnader för hälso- och sjukvård inklusive tandvård, Landstinget i Östergötland, 2015. Källa: Ekonomienheten, ledningsstaben Region Östergötland

Löner, arbetsgivaravgift och övriga personalkostnader (till exempel utbildning och pensionskostnader) utgör hälften av landstingets kostnader. Därefter är övriga driftkostnader störst med 35 procent. Övriga driftkostnader består bland annat av köp av varor och tjänster samt kostnader för lokaler och olika IT-system. Läkemedel står för tio procent av de totala kostnaderna.

Att minska kostnaderna

Kostnaderna kan minskas om hälsan förbättras och sjukligheten minskar, vilket åtminstone i tanken också minskar behovet av

vård och omsorg. Kostnaderna kan också minska genom effektiviseringsarbete (mer för pengarna) eller ett minskat offentligt åtagande. För att en ökad effektivitet ska reducera resurskraven måste själva tillväxten av effektivitet vara högre än vad den varit historiskt. Ofta görs i framskrivningar ett antagande om att effektiviteten ska öka med till exempel en halv procent per år. Men innebörden i detta antagande är en annan, nämligen att effektiviteten antas öka med en halv procentenhet *mer* än vad den tidigare gjort. Därtill förutsätts att denna produktivitetstillväxt används till sänkta kostnader, och inte till ytterligare ambitionshöjningar. Det viktigaste i detta sammanhang är att ökad effektivitet krävs för att underlätta framtida finansiering. Oförändrad effektivitet, hur hög den än må vara och vilka ansträngningar som i förfluten tid än må ha gjorts för att höja den, lämnar inget bidrag till framtida finansiering. Om finansieringsgapet ska reduceras, måste således mer eller bättre resultat åstadkommas med oförändrade resurser, eller samma resultat med mindre resurser, eller en kombination av dessa båda möjligheter.

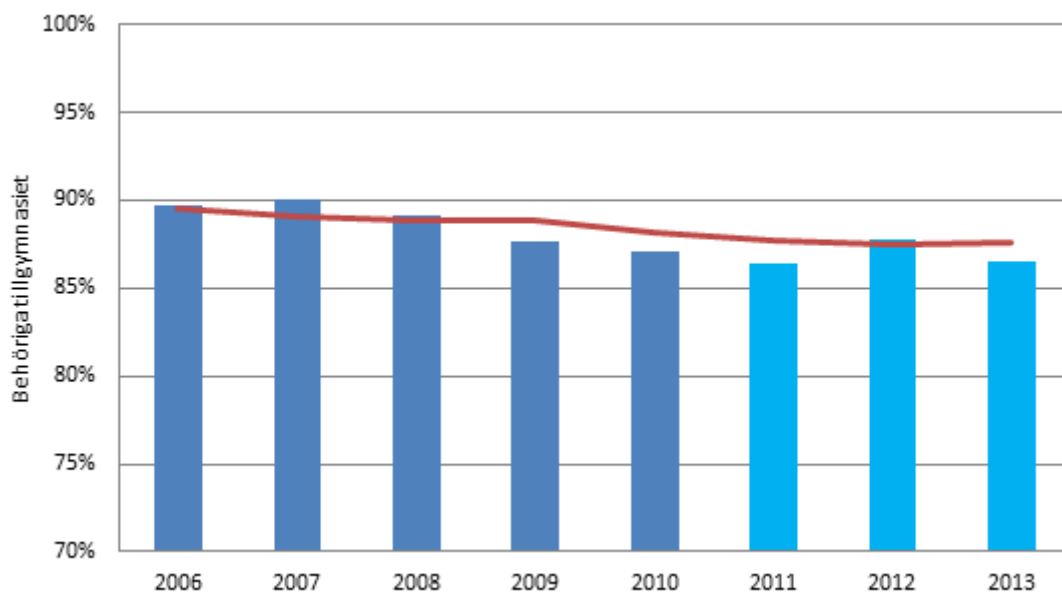
Faktorer för tillväxt

I ett tidigare avsnitt under "Nationell överblick" redovisades några grundläggande fakta och analyser av sådana faktorer som har betydelse för försörjningskvoten och tillväxten i Sverige. I detta avsnitt görs en motsvarande beskrivning och analys för Östergötland. Faktorerna är avgörande för skatteunderlaget som bildar förutsättningar för finansiering av den framtida hälso- och sjukvården. Avsnittet handlar om utbildning, arbetsmarknad och utrikes födda.

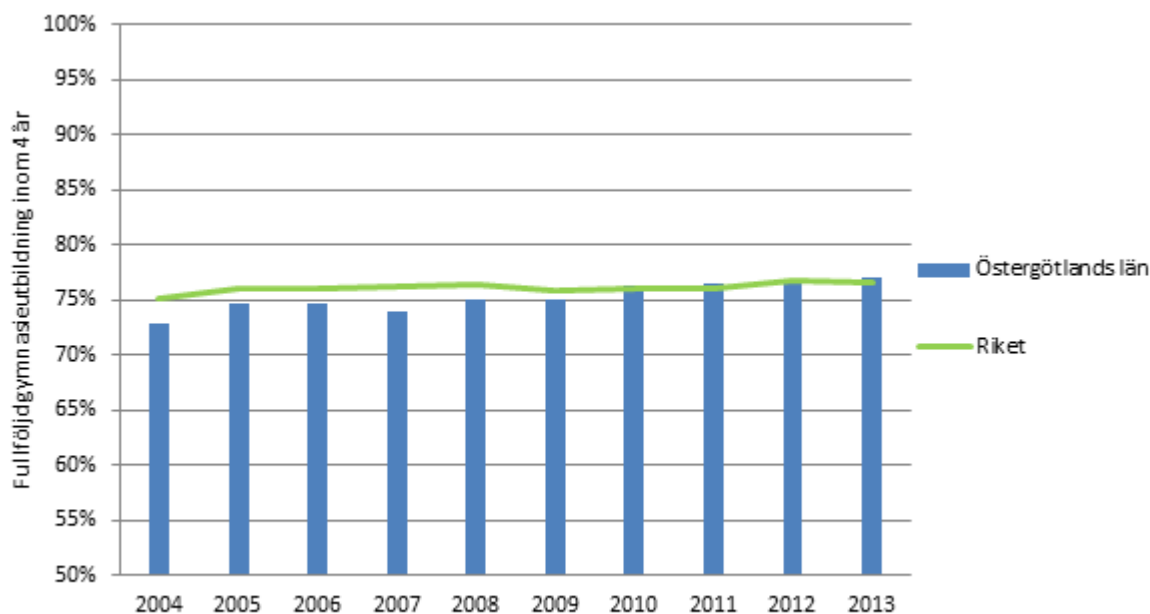
Utbildning

Figur 7 visar andelen elever i årskurs 9 som var behöriga till gymnasieskolan i Östergötland (blå staplar) och i Sverige (röd linje).

Andelen elever som är behöriga till gymnasieskolan har sjunkit sedan år 2006. Samma utvecklingstrend kan ses i riket som helhet. I Östergötlands län var 87 procent av eleverna som lämnar årskurs nio på vårterminen behöriga till ett nationellt gymnasie-



Figur 7: Utveckling 2006–2013 av andelen elever i årskurs 9 som var behöriga till gymnasieskolan i Östergötlands län (blå staplar). Källa: Hur går det för Östergötland?, Region Östergötland 2015



Figur 8: Andel elever som har fullföljt gymnasieskolan inom 4 år från det år då studierna påbörjades. Elever som var nybörjare på ett introduktionsprogram ingår. Källa: Hur går det för Östergötland?, Region Östergötland 2015

program år 2013. Det är något lägre än riksgenomsnittet på 88 procent. Behörigheten har under samtliga år varit lägre bland pojkar än bland flickor. Ungdomar vars föräldrar har en lägre utbildningsnivå är i högre utsträckning obehöriga till gymnasiet än ungdomar vars föräldrar har en högre utbildningsnivå. I figur 8 visas andel elever som fullföljt gymnasieskolan.

Andelen som fullföljer gymnasiet inom fyra år från det att studierna påbörjades har ökat de senaste tio åren. Av de gymnasieelever som började i gymnasiet år 2009 hade 77 procent fullföljt studierna med godkända betyg senast år 2013. Genomströmningen i Östergötlands län var fram till år 2009 något lägre än riket men har de senaste åren varit på samma nivå som genomsnittet. Familjers socioekonomiska status är generellt viktig för att förklara varför vissa grupper i lägre utsträckning fullföljer gymnasiet. Två skäl som påverkar förutsättningarna är om familjen har försörjningsstöd och om föräldrarna saknar högre utbildning, men även andra socioekonomiska faktorer spelar in. Dessutom finns skillnader som inte kan förklaras av socioekonomisk bakgrund, såsom hur undervisningen i olika skolor fungerar. År 2013 var andelen personer 25–64 år med eftergymnasial utbildning för Östergötland 38 procent (Sverige 40%). Andelen med minst treårig eftergymnasial utbildning var 24 procent (Sverige 25%).

Arbetsmarknad

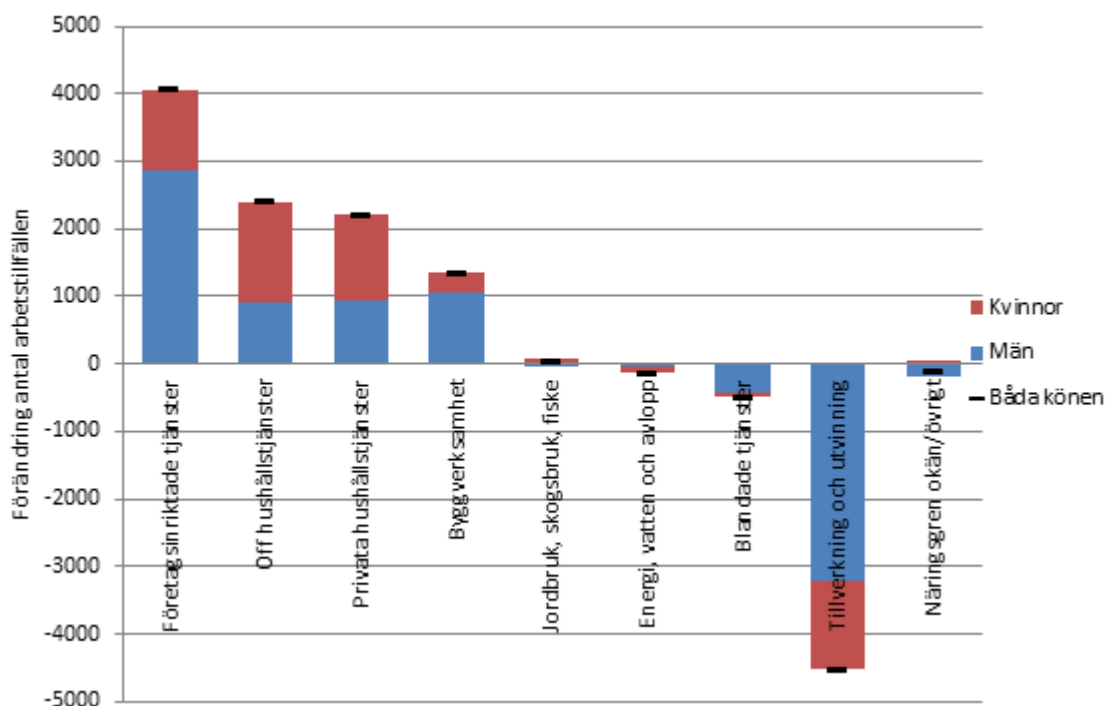
Östergötlands arbetsmarknad ser olika ut i olika delar av länet. De centrala delarna har en branschstruktur som mer liknar storstadsregionernas med stor andel sysselsatta inom den privata tjänstenäringen och god tillväxt. En del av de yttre småkommunerna liknar mer norra Sveriges avfolkningsbygder. Problematiken på de lokala arbetsmarknaderna är därmed också vitt skilda, trots att det fysiska avståndet inte är särskilt långt. Med en krympande och åldrande befolkning minskar skatteintäkterna till de offentligt finansierade verksamheterna samtidigt som behoven ökar. Det räcker inte att kunna erbjuda vackra boendemiljöer om pendlingstiden till attraktiva jobb är för lång. Att vara föremål för

semestervistelser räcker inte för att hålla bygden levande året om. Satsningar på infrastruktur och kollektivtrafik är helt avgörande för dessa orter. Det är också en förutsättning för att de arbetsgivare som finns på orterna ska finna kvalificerad arbetskraft. I figur 9 visas förändringen mellan åren 2007 och 2012 av antal arbetstillfällen inom olika näringssektorer.

Branschstrukturen på Östergötlands arbetsmarknad är lik den för Sverige som helhet, även om en något större andel arbetar inom tillverkningsindustrin och något färre är sysselsatta inom företagstjänster och handeln. Just tillverkningsindustrin har historiskt varit Östergötlands dominerande bransch, men arbetstillfällena har liksom i Sverige som helhet minskat kraftigt. Utvecklingen i figur 9 visar den pågående ekonomiska strukturomvandlingen, där jobb inom tillverkningsindustri minskar och tjänstebaserade jobb tillkommer. Skälen till detta är flera. Det har under lång tid skett en global omstrukturering, där flera företag väljer att förlägga själva tillverkningen utomlands alternativt blir utkonkurrerade. Det är också så att tjänsterelaterade verksamheter i växande grad flyttar från industrin till företag som är specialiserade på dessa aktiviteter. Dessutom har tillverkningsindustrin haft en högre produktivitetstillväxt än tjänstesektorn, vilket gör att behovet av arbetskraft har kunnat reduceras.

Brist- och överskottsyrken

Problemen att hitta kompetent arbetskraft är likartade i hela landet. Det råder inte brist på arbetskraft men det råder brist på kompetens. Kraven på arbetstagarna blir allt högre samtidigt som arbetskraften till vissa delar inte hänger med. Det gäller allt från krav på utbildning, flexibilitet, lätt att lära nytt till basala saker som att hålla vad man lovat och kunna passa tider. Allt fler jobb kräver högre utbildning och allt fler tar jobb de är överkvalificerade för. Det i sin tur försvårar ytterligare för de som har bristfälliga utbildningar. Arbetsmarknaden generellt kräver i regel minst gymnasiekompetens.



Figur 9: Förändring 2007–2012 av antal arbetstillfällen inom olika näringssektorer i Östergötlands län, uppdelat på kön. Källa: Hur går det för Östergötland?, Region Östergötland 2015

Arbetslöshetens sammansättning

De grupper av individer som riskerar att hamna i långvarig arbetslöshet, eller personer som har svårt att få ett varaktigt fäste på arbetsmarknaden, är arbetslösa:

- med endast förgymnasial utbildning
- med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga
- födda utanför Europa
- äldre än 55 år.

Arbetsförmedlingen benämner dessa grupper som utsatta grupper på grund av att de är grupper som i genomsnitt har svårare att komma ut i arbete än övriga. Inom respektive grupp finns individuella skillnader där personliga egenskaper kan vara avgörande för vilka möjligheter personen har på arbetsmarknaden. De individuella egenskaperna väger ofta tyngre än tillhörigheten till de respektive grupperna vad gäller möjligheterna att finna ett arbete. Nu utgör de utsatta grupperna 67 procent av det totala antalet inskrivna arbetslösa. I både Östergötland och hela riket har inflyttningen av utrikesfödda varit stor under de senaste åren och det största tillskottet till arbetskraften har kommit genom

inflyttning från länder utanför Europa.

Av de arbetslösa i länet som är födda utanför Europa har hälften en utbildningsnivå som motsvarar minst gymnasieutbildning. Resterande personer i gruppen har låg utbildningsnivå och hela 30 procent saknar grundskolekompetens. Det medför att man har en problematisk situation på arbetsmarknaden och utsikterna inför framtiden är inte goda. Även inrikes födda med kort utbildning har problem att etablera sig på arbetsmarknaden och det är således den korta utbildningen som utgör det stora hindret att komma från arbetslösheten för merparten av de personer som för födda utanför Europa. För att matcha dessa personer till arbete krävs flera år av utbildning. För alla är inte utbildning lösningen utan andra verktyg är viktigare, som till exempel subventionerade anställningar.

I Östergötland är arbetslösheten sammantaget högre än riksgenomsnittet. Av tabell 2 framgår att det främst är bland ungdomar, utrikesfödda personer och personer med enbart förgymnasial utbildning som Östergötland utmärker sig med högre arbetslöshet.

	Totalt 16-64 år	Unga 18-24 år	Inrikes födda	Utrikes födda	Högst förgymnasial utbildning
Riket	8,0	14,5	5,3	21,0	20,1
Östergötland	9,4	18,2	6,4	27,5	24,3
Lägst	6,0	11,4	3,4	13,1	6,4
Högst	12,6	26,2	8,4	40,8	30,2

Tabell 2: Inskrivna arbetslösa 16–64 år som andel av registerbaserad arbetskraft i respektive grupp, genomsnitt av kvartal 2 år 2014 och kvartal 1 år 2015, Östergötlands län. (Lägst och högst står för min- och max-värden när kommunerna i Östergötland jämförs) Källa: "Arbetsmarknadsutsikterna våren 2015, Östergötland", Arbetsförmedlingen juni 2015 (egen bearbetning)

Definitioner

Inskrivna arbetslösa

Inskrivna arbetslösa är summan av öppet arbetslösa och deltagare i program med aktivitetsstöd.

Registerbaserad arbetskraft

Den registerbaserade arbetskraften utgörs av:

1. Den förvärvsarbetande nattbefolkningen (enligt SCB:s Registerbaserade arbetsmarknadsstatistik, RAMS).
2. Öppet arbetslösa (inskrivna på Arbetsförmedlingen).
3. Personer i program med aktivitetsstöd (inskrivna på Arbetsförmedlingen).

Den registerbaserade arbetskraften används för att redovisa andelen arbetslösa i Arbetsförmedlingens verksamhetsstatistik. Samtliga uppgifter avser åldersgruppen 16–64 år.

En kärv arbetsmarknad drabbar främst de grupper som har svårt att komma in på arbetsmarknaden, vilket är ungdomar och utrikesfödda som inte är etablerade på arbetsmarknaden. Det är just de kommuner som enligt undersökningen har den minst positiva arbetsmarknaden som också har hög arbetslöshet i dessa grupper. Vad gäller utrikesfödda har Valdemarsvik högst arbetslöshet med 40,8 procent följt av Motala och Boxholm med 35,8 respektive 33,9 procent. Bland personer med högst förgymnasial utbildning har Norrköping högst arbetslöshet med 30,2 procent följt av Motala och Finspång med 26,7 respektive 25,5 procent. Bland unga har Motala högst arbetslöshet med 26,2 procent följt av Valdemarsvik med 25,4 procent.

Utrikes födda

Invandring står för tre fjärdedelar av den nuvarande folkökningen i Sverige och i Östergötland. Invånare födda i Sverige i arbetsför ålder minskar framöver och det är utrikesfödda invånare som svarar för att hålla uppe den så kallade försörjningskvoten. (Mer om invandring och försörjningskvot finns i kapitlet "Demografisk utveckling"). De senaste tio åren har invandringen ökat framför allt av personer med flyktingskäl och anhöriga till flyktingar. År

2014 var sex av tio invandrare personer från Asien och Afrika. Det följande i detta avsnitt är hämtat från Region Östergötlands rapport "Årligt statistikunderlag integration" samt från underlagsdata till rapporten.

Utbildning

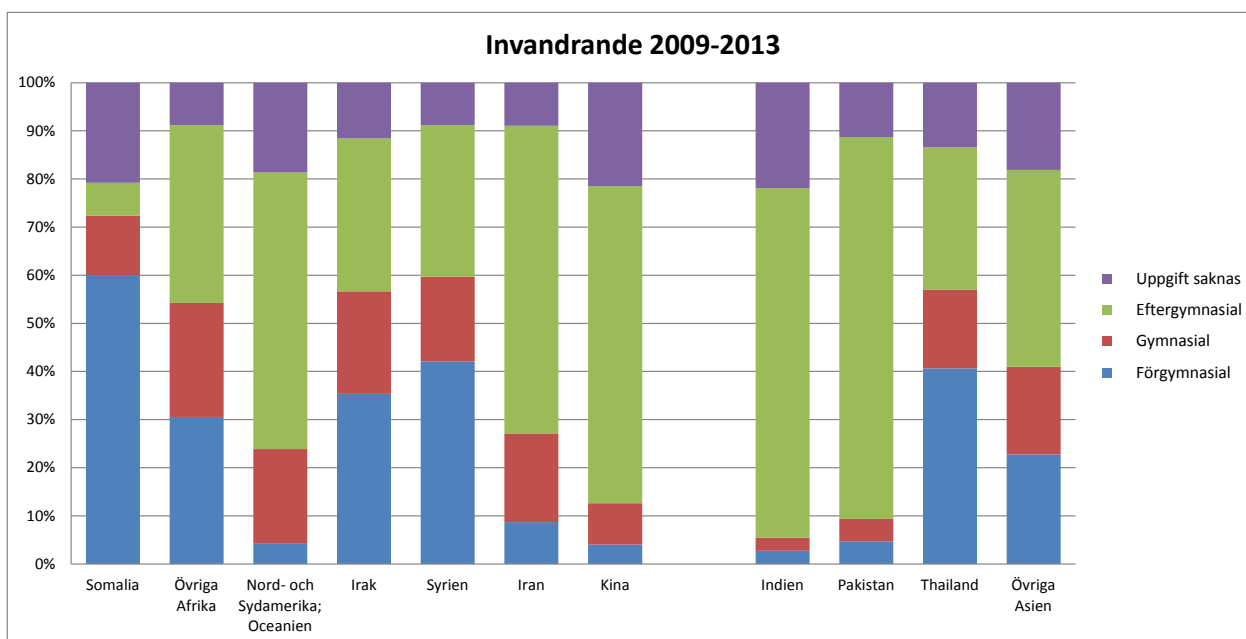
Figur 10 visar utbildningsnivån för personer som invandrat till Östergötland från ett urval utomeuropeiska länder mellan åren 2009 och 2013. Uppgifterna bör tolkas med viss försiktighet, eftersom uppgifter om utbildningsnivå saknas för uppemot en femtedel av personerna i en del av grupperna.

Det finns en stor variation i vilken formell utbildningsnivå olika invandrande grupper har när de anländer till Sverige. Personer som invandrat från länder där väpnade konflikter pågår (till exempel Irak, Syrien och Somalia) saknar i hög utsträckning en utbildning motsvarande gymnasial nivå. En stor andel har som mest en förgymnasial utbildning eller saknar utbildning helt eller delvis. För personer som invandrat från Somalia var andelen med förgymnasial utbildning 60 procent och med eftergymnasial utbildning sju procent. Personer från länder som Iran, Kina, Indien och Pakistan och som har anlänt de senaste fem åren har i stor utsträckning en eftergymnasial utbildningsnivå.

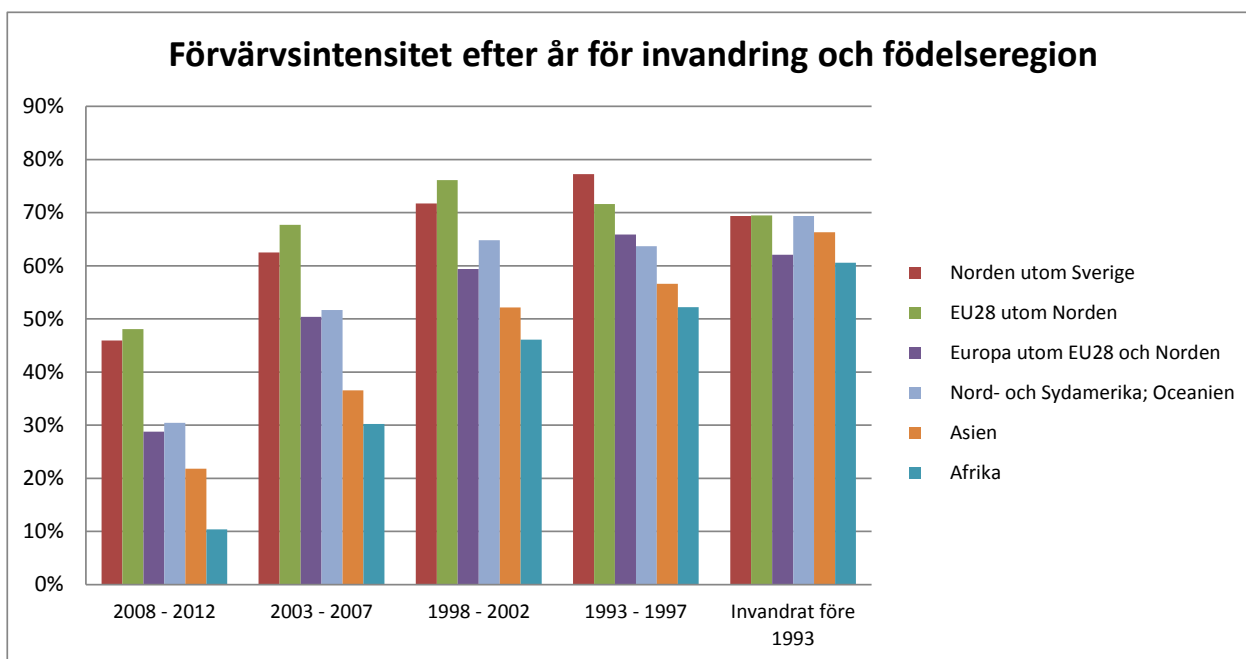
Arbetsmarknad

Detta avsnitt ger en bild av hur deltagandet på arbetsmarknaden varierar och har utvecklats bland olika utrikes födda grupper. Skillnader undersöks bland annat mellan olika utrikes födda beroende på år för invandring, utbildningsnivå, kön och skäl för invandring. Som förvärvsarbetande räknas alla som bedöms ha utfört i genomsnitt en timmes arbete per vecka under november månad respektive år. I figur 11 visas förvärvsintensitet efter år för invandring och födelseland.

Vistelsetiden har stor betydelse för förvärvsintensiteten, men etableringstiden på arbetsmarknaden skiljer sig åt mellan olika grupper beroende på födelseland. Figur 11 visar hur andelen förvärvsarbetande varierar mellan olika utrikes födda grupper



Figur 10: Högsta utbildningsnivå år 2013 bland personer 20–64 år som invandrat till Östergötland 2009–2013. Urval av födelseländer utanför Europa. Källa: Årligt statistikunderlag integration, Region Östergötland, augusti 2014



Figur 11: Förvärvsintensitet år 2012 efter år för invandring och födelseregion bland invånare 20–64 år i Östergötland. Avser åldersgruppen 20–64 år. Källa: Årligt statistikunderlag integration, Region Östergötland, augusti 2014

beroende på år för invandring till Sverige. Andelen förvärvsarbete är låg inom alla grupper under de fem första åren som man vistas i Sverige. Lägst är förvärvsintensiteten för invandrande från Afrika och Asien. För dessa grupper tar det betydligt längre tid, 15–20 år, för att förvärvsintensiteten ska komma upp på en nivå som ligger nära andra utrikes födda grupper. Som jämförelse var förvärvsintensiteten bland den svenskfödda befolkningen i Östergötland 80 procent år 2012. Samtliga grupper ligger under denna nivå.

En fördjupad analys har gjorts av två tioårsperioder 1993–2002 respektive 2003–2012. Under den första perioden invandrade 10 000 personer och under den andra perioden 16 200 personer. Det sammanlagda antalet invandrare från Afrika och Asien har mellan de två tioårsperioderna ökat sin andel av samtliga personer som invandrat, från 36 till 68 procent eller från 3 600 till 11 000 personer. Antalet invandrare från övriga regioner har minskat från 6 400 till 5 200. Liksom i andra analyser visar tabellen att bland de personer som har invandrat de senaste tio åren är det färre som har förvärvsarbete jämfört med föregående tioårsperiod. För invandrare under första tioårsperioden har 64 procent av männen och 60 procent av kvinnorna förvärvsarbete. För andra perioden var motsvarande andelar 40 och 25 procent. Analysen visar den låga förvärvsintensiteten bland kvinnor. Bland kvinnorna från Afrika och Asien har 20 procent förvärvsarbete.

Bedömning om framtiden

I detta avsnitt görs fördjupade analyser av kostnader inom två områden, östgötarnas vårdkonsumtion samt läkemedel. Övriga kostnadsområden är beskrivna mer generellt och kortfattat under avsnittet Nationell överblick i detta kapitel. Kostnaderna bygger på underlag från KPP(Kostnad per patient) från Region Östergötland och innefattar 8,2 miljarder kronor av Regionens totalkostnad på 13,7 miljarder. I kostnadsunderlaget ingår inte vård utförd av privata vårdgivare som utgör cirka tio procent av Regionens

kostnader för sjukvård. I underlaget ingår inte heller vård för patienter som är skrivna utanför Östergötland eller kostnaden för östgötar som har fått vård i annat landsting.

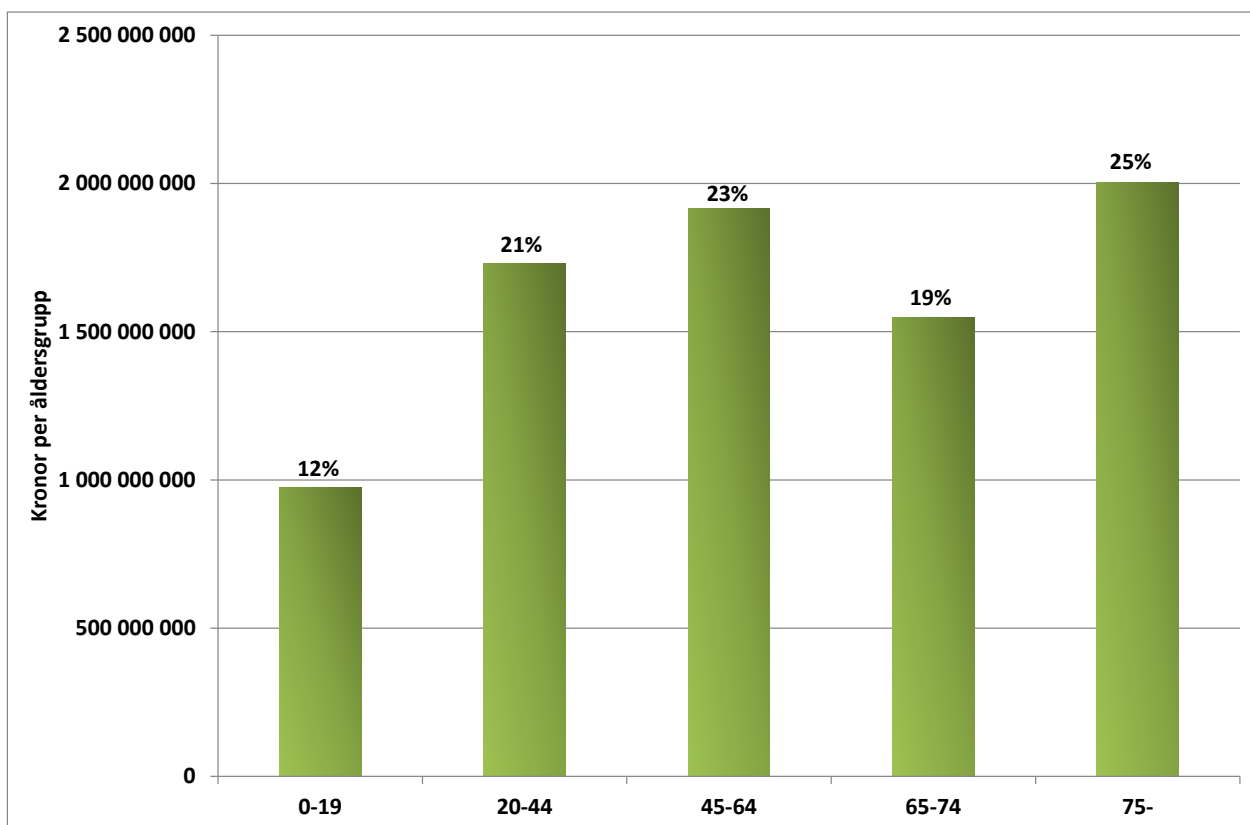
Kostnaden i följande beräkningar innefattar producerad vård av Regionen inom samtliga vårdformer. Det innebär inläggande vård vid sjukhus samt läkarbesök och sjukvårdande behandlingar i primärvård och inom specialiserad vård. Syftet med redovisning i åldersgrupper är att visa sambandet mellan ålder och kostnader som bakgrund till de senare beräkningarna av de framtida kostnaderna på grund av den demografiska utvecklingen med ökad andel äldre i befolkningen.

Kostnader hälso- och sjukvård

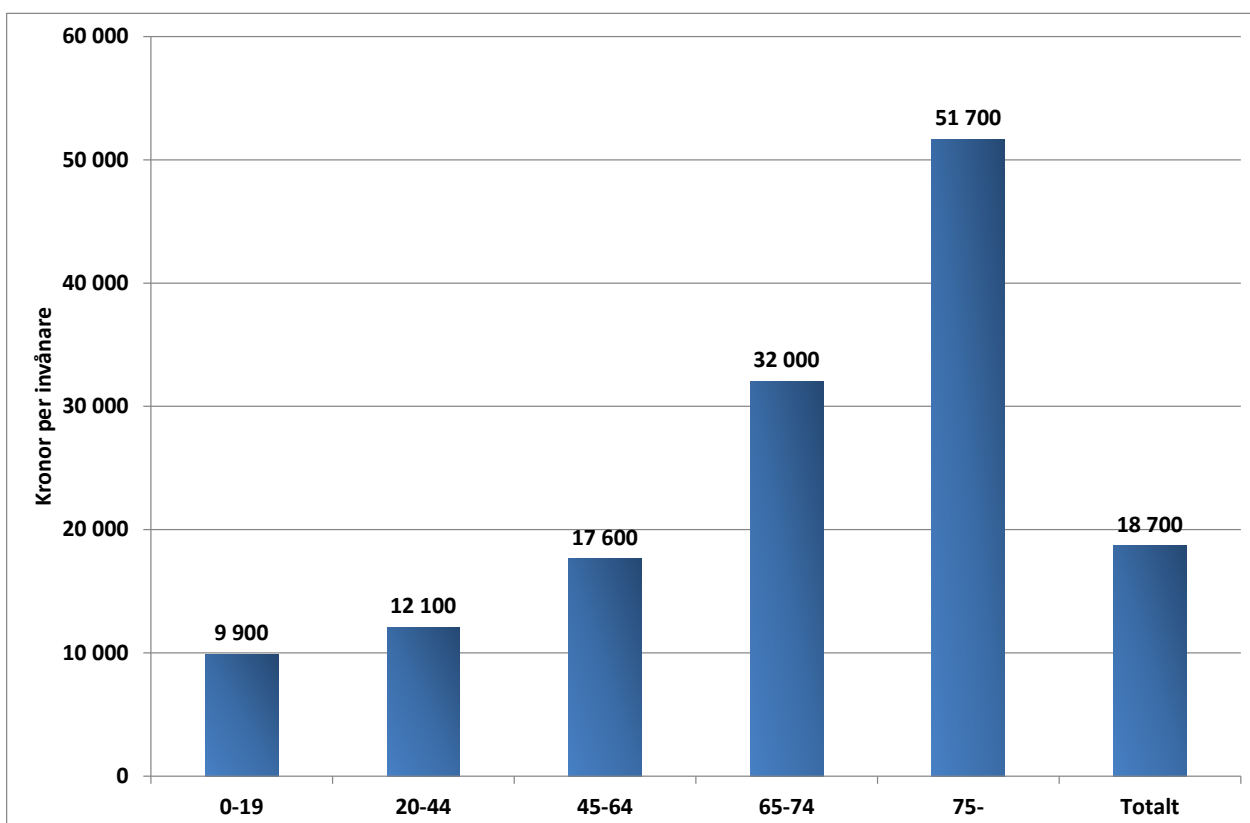
I figur 12 visas totalkostnaden för hälso- och sjukvård för Östergötlands invånare per åldersgrupp som andel av kostanden för samtliga invånare.

Procentsiffrorna över staplarna i figur 12 står för respektive åldersgrupps andel av totalkostnaden. Åldersgrupperna utgörs av samtliga invånare i respektive grupp. Högst kostnadsandel har gruppen 75 år och äldre. Ser man på hela åldersgruppen 65 år och äldre står denna grupp för 43 procent av de totala sjukvårdskostnaderna. Figur 13 visar samma åldersgrupper men där kostnaden är redovisad per invånare.

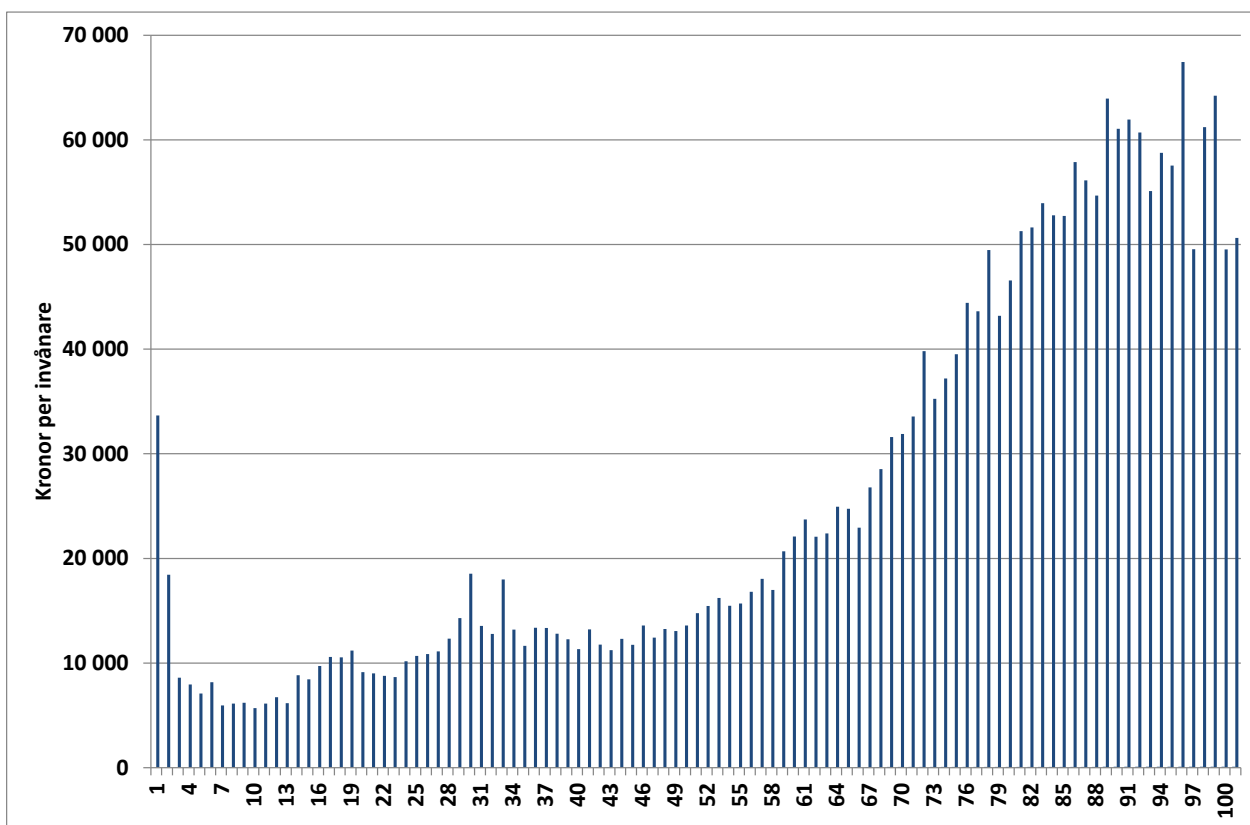
I de två staplarna 0–19 och 20–44 år ingår förlossningsvård, det vill säga nyfödda barn respektive mammor. Förlossningsvården utgör ungefär hälften av kostnaderna i dessa åldersgrupper. Figuren visar sambandet mellan ålder och kostnad. Åldersgruppen 75 år och äldre har tre gånger högre kostnad per invånare jämfört med åldersgruppen 45–64 år. I den äldre åldersgruppen är en större andel av invånarna patienter med längre vårdtider samt fler läkarbesök och sjukvårdande behandlingar. I figur 14 visas kostnaden per invånare i ettårsklasser.



Figur 12: Kostnad för hälso- och sjukvård för Östergötlands invånare per åldersgrupp år 2013 som andel av kostnaden för samtliga invånare. I kostnaden ingår samtliga vårdformer. Källa: UtdataKPP, Region Östergötland



Figur 13: Totalkostnad för hälso- och sjukvård per invånare i Östergötland per åldersgrupp år 2013. I kostnaden ingår samtliga vårdformer. Källa: UtdataKPP, Region Östergötland



Figur 14: Totalkostnad för hälso- och sjukvård per invånare i Östergötland per ettårsklass år 2013. I kostnaden ingår samtliga vårdformer. Källa: UtdataKPP, Region Östergötland

Figur 14 visar kostnadsmonstret mer detaljerat. Kostnadsstaplarna stiger brant efter 65 års ålder.

Kostnadsökning 2013–2025

Den totala kostnadsökningen enbart på grund av den demografiska utvecklingen bedöms bli 13 procent eller cirka 1,5 miljard kronor mellan åren 2013 och 2025. Den största ökningen procentuellt och i kronor sker inom åldersgruppen 75 år och äldre. Kostnaderna i denna grupp förväntas öka med 40 procent. Dessa kostnader utgör 74 procent av den totala kostnadsökningen. Det är en effekt av att den stora fyrtilistgruppen börjar uppnå 75-årsåldern. Mellan åren 2020 och 2030 ökar antalet 80-åringar och äldre med 50 procent, en ökning som är tio gånger större än mellan åren 2003 och 2013.

Prognosmodell

Scenariorna i de följande diagrammen och tabellerna baseras på en matematisk framskrivning av invånarnas nuvarande vårdkostnader utifrån KPP, Region Östergötland. Det innebär ett antagande att patienterna kommer att tas om hand och behandlas på samma sätt framöver som i dagsläget, oavsett om sjukligheten har ett nytt mönster eller om vården är annorlunda organiserad. Uppföljning av KPP-kostnad av åldersgrupper har gjorts även för åren 2008 och 2010 (se kapitel "Äldres hälsa, vård och omsorg"). Resultaten visar att kostnaderna per invånare för olika åldersgrupper är ungefär desamma mellan år 2008 och 2013. Beräkningen av invånarnas kostnader utgår från läget år 2013 och beräknas för åren 2025 och 2030 genom koppling till SCB:s prognos för den framtida befolkningsutvecklingen i Östergötland. I denna framskrivning av effekterna av den demografiska utveck-

lingen används endast ålderssammansättningen i befolkningen. Beräkningen är gjord i flera steg. Beräkningsmodellen är liknande den som är gjord för vårdkonsumtion och beskrivs mer detaljerat i kapitlet "Vårdbehov och förväntningar", bilaga 2.

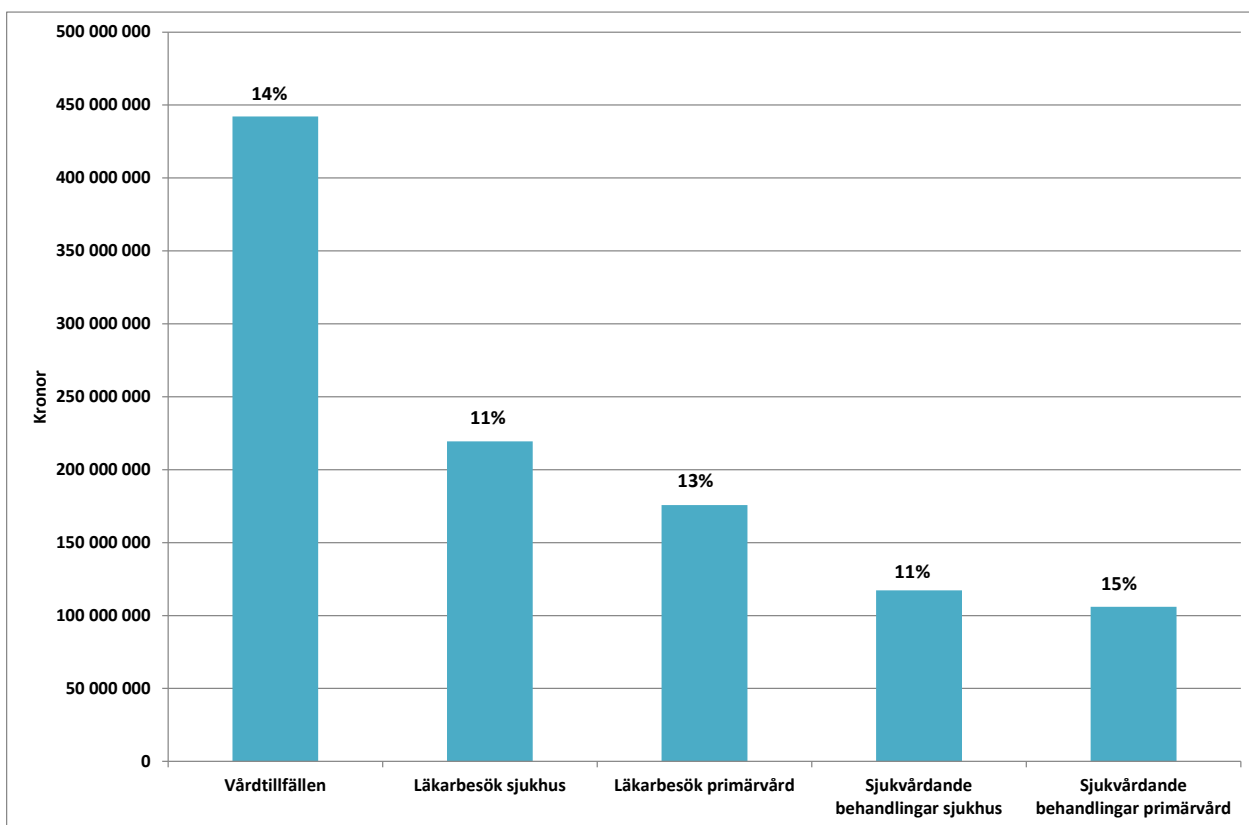
Fem vårdformer

I figur 15 visas den beräknade kostnadsökningen mellan år 2013 och 2025 för fem vårdformer. Det är vårdtillfällen vid sjukhus, läkarbesök på sjukhus och i primärvård samt sjukvårdande behandling på sjukhus och i primärvård. Staplarnas höjd illustrerar ökningen i kronor och procentsiffran över stapeln den procentuella ökningen.

Den största beräknade ökningen sker inom den ineliggande sjukhusvården, såväl i procent som i kronor. Ökningen inom slutenvård är 14 procent och utgör nästan hälften av den totala kostnadsökningen. När det gäller sjukvårdande behandlingar primärvård råder en större osäkerhet i prognosen. Kostnaderna bygger på 2013 års uppgifter, ett år innan kommunerna tog över ansvaret för hemsjukvården för äldre patienter.

Figur 16 visar kostnaderna för sammanlagt de fem vårdformerna uppdelat på 22 sjukdomsgrupper enligt klassifikation ICD-10. Staplarnas totalhöjd illustrerar kostnaden år 2025 i kronor. Den röda delen av stapeln illustrerar ökning i kronor mellan åren 2013–2025. Procentsiffran över stapeln anger den procentuella ökningen mellan åren 2013–2025.

I Faktorer av hälsobetydelse ingår bland annat hälsokontroller, åtgärder utan diagnos, administrativa skäl, friska smittbärare av



Figur 15: Kostnadsökning 2013–2025 fem vårdformer Region Östergötland. Källa: UtdataKPP samt SCB, befolkningsprognos Östergötland

betydelse för framtida kontakter med hälso- och sjukvården

Kostnadsökningarna varierar mellan sjukdomsgrupperna från 6 till 23 procent. Diagrammet illustrerar det naturliga att nuvarande kostnader har stor betydelse för den framtida nominella kostnadsökningen. Ett exempel är att "Sjukdomar i ögat" har en hög procentuell ökning utifrån en relativt låg nuvarande kostnad. Den nominella kostnadsökningen blir här således betydligt lägre än till exempel "Tumörer" som har en lägre procentuell ökning i beräkningen.

Kostnader för läkemedel

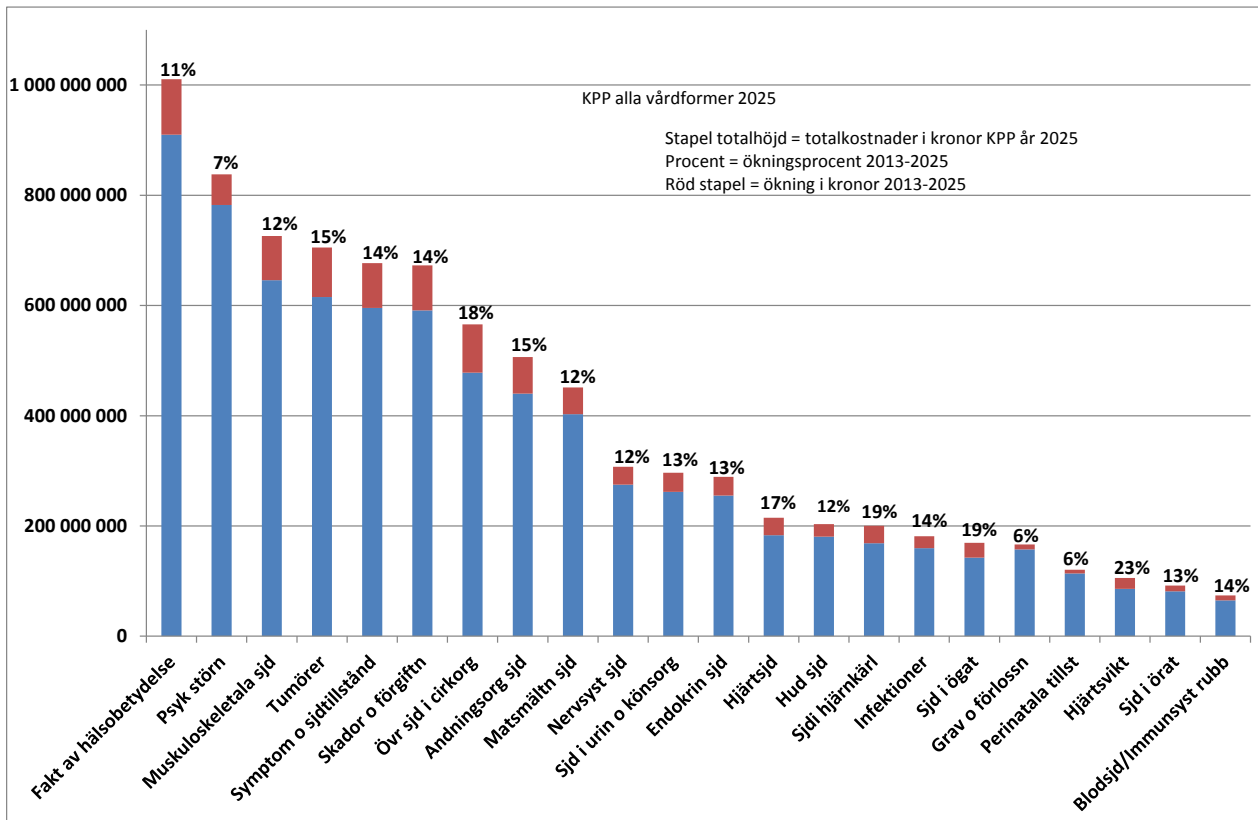
År 2014 var den totala läkemedelskostnaden för Östergötland 1,4 miljarder kronor, 9,7 procent av landstingets totala kostnader för hälso- och sjukvård. Denna andel har varit i stort sett oförändrad sedan år 2005 och det finns i nuläget inget som tyder på att det skulle ske någon drastisk förändring de närmaste åren. Kostnadsökningarna för läkemedel har under dessa år således inte varit högre än för övriga kostnader inom hälso- och sjukvård. Detta förhållande gäller även för övriga landsting. Kostnaderna för läkemedel ökade långsammare i Östergötland jämfört med riket totalt under perioden 2004–2009. Efter år 2009 har kostnaderna istället ökat mer än för riket. Östergötland har tidigt arbetat aktivt med läkemedelsförskrivningen och på så sätt tidigare än andra landsting genomfört relativt enkla förändringar som hållit nere kostnaderna. År 2014 ökade kostnaderna med 6,7 procent. Vid en jämförelse av kostnad för läkemedel per invånare tillhör dock Östergötland fortfarande de landsting/regioner som har lägst kostnad.

Framtida läkemedelskostnader

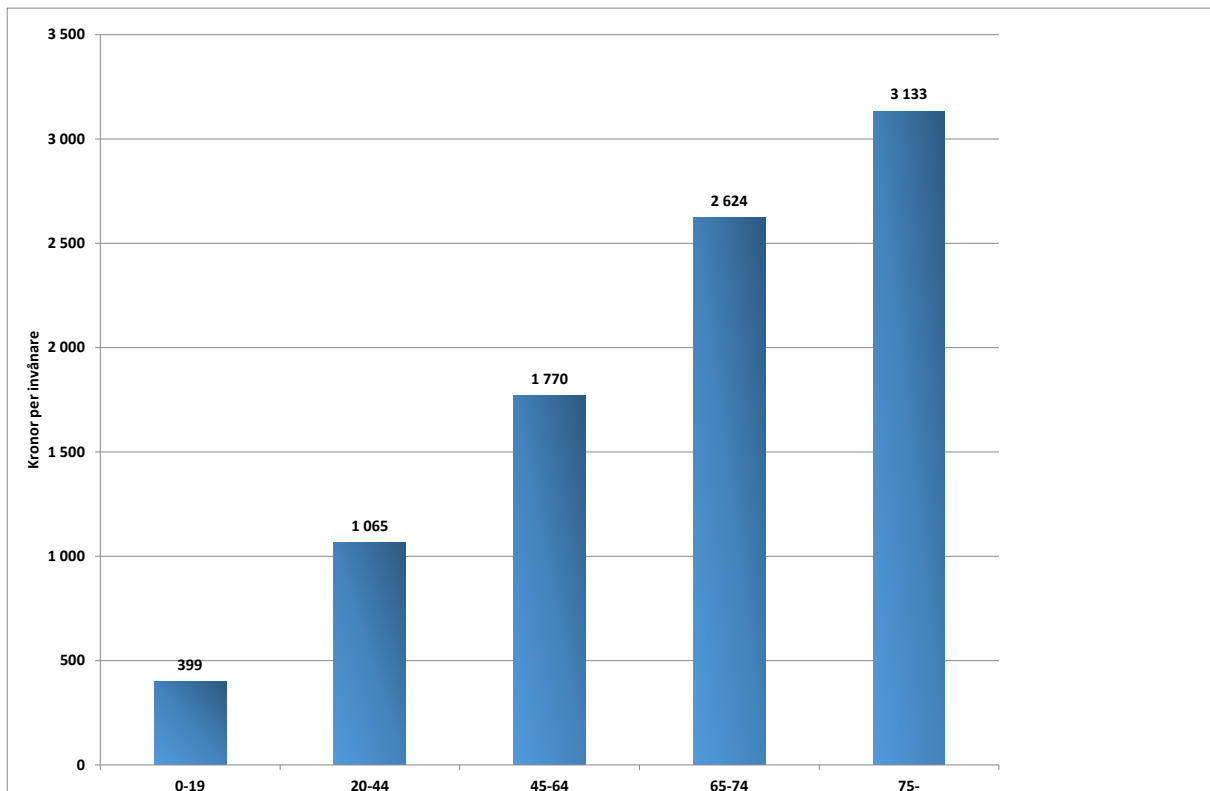
Kostnadsutvecklingen för läkemedel drivs i grunden av en åldrande befolkning, en förhållandevis kraftig befolknings-tillväxt och ökad förekomst av vissa sjukdomar där läkemedel är det viktigaste behandlingsalternativet. Av dessa skäl är det normalt att kostnaderna för läkemedel ökar varje år med någon eller några procent. Antalet invånare i Sverige blir ständigt fler. Befolkningsökningen under åren 2006–2014 har legat på ungefär 0,8–0,9 procent. Ökningen kan inte rakt av tillämpas på läkemedelskonsumtionen eftersom en del av befolkningsökningen består av nyfödda med ett lågt läkemedelsbehov. Den andra delen av befolkningsökningen, som hänger samman med invandringen har däremot direkt effekt på volymutvecklingen och är en kostnadsdrivande faktor.

Volymutvecklingen påverkas också av att den tekniska och medicinska utvecklingen inom hälso- och sjukvården gör att fler typer av sjukdomar kan behandlas. En viktig faktor är förändringar i befolkningens åldersstruktur. Äldre personer använder i regel fler läkemedel än yngre, vilket gör att en åldrande befolkning leder till att läkemedelskonsumtionen går upp något för varje år. På samma sätt som tidigare beskrivits generellt om sjukvårdskostnader finns det således ett samband med ålder och läkemedelskostnader. Läkemedelskostnaderna ingår i den prognos som har gjorts på grundval den demografiska utvecklingen i detta avsnitt. I figur 17 illustreras kostnaden för receptläkemedel per invånare i fem åldersgrupper och i figur 18 i ettårsklasser.

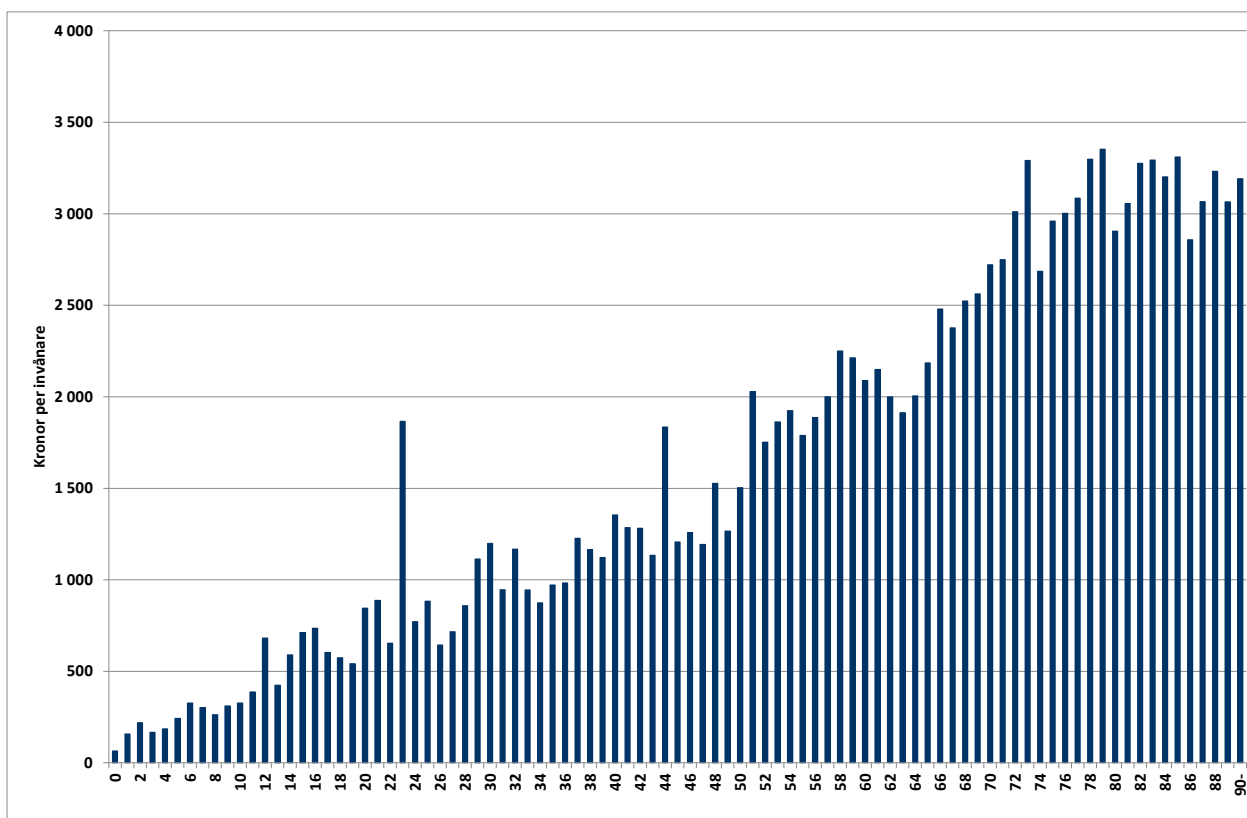
Kostnaderna för läkemedel inom ett antal terapiområden har ökat relativt kraftigt under senare år, till exempel reumatoid



Figur 16: Kostnader 2025 och kostnadsökning 2013–2025 för sjukdomsgrupper Region Östergötland. Källa: UtdataKPP samt SCB, befolkningsprognos Östergötland



Figur 17: Kostnad för läkemedel per invånare i fem åldersgrupper, Region Östergötland år 2014. Källa: Insikt, E-hälsomyndigheten (egen bearbetning läkemedelsenheten)



Figur 18: Kostnad för läkemedel per invånare i ettårsklasser, Region Östergötland år 2014. Källa: Insikt, E-hälsomyndigheten (egen bearbetning läkemedelsenheten)

artrit, multipel skleros, adhd, strokeprofylax vid förmaksflimmer och cancer. En viktig anledning är introduktion av nya läkemedel, som ofta innebär bättre behandlingsalternativ än befintliga läkemedel och som ibland är behandling på helt nya indikationer. En annan faktor som ökar kostnaderna är att det för närvarande görs ansträngningar för att komma till rätta med underbehandling inom ett flertal terapiområden. Det beror bland annat på de rekommendationer som görs i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Denna utveckling förväntas fortsätta de kommande åren. År 2016 kommer även kostnadsutvecklingen tillfälligt att bli högre för landsting och regioner med anledning av att läkemedel till barn upp till 18 år då blir kostnadsfria. Denna kostnadsökning kompenseras via statsbidraget för läkemedel. Samtidigt som läkemedelskostnaderna ökar relativt kraftigt på vissa områden kommer effekterna av kostnadsminskande faktorer såsom patentutgångar att minska de närmast kommande åren.

Det finns flera faktorer och händelser som är svåra att förutse och som påverkar kostnadsutvecklingen för läkemedel. Nya dyra och effektiva läkemedel mot hepatit C är ett aktuellt exempel. Under hösten 2014 blev effektiva men väldigt kostsamma läkemedel mot hepatit C tillgängliga på marknaden. Det blev möjligt att bota patienter med en tidigare obotlig sjukdom. När biosimilarer (kopior) till dyra biologiska läkemedel introduceras på marknaden och hur de kommer att användas inom hälso- och sjukvården är ytterligare faktorer som gör det svårt att förutse kostnadsutvecklingen för läkemedel.

Iakttagelser och reflektioner

Ändrade förutsättningar och nya lösningar

Resurserna till den svenska välfärden aldrig varit större än vad de är idag. Dagens resurser får ändå svårt att räcka till när landsting och kommuner ska klara av att möta både effekter av demografin och invånarnas ökade förväntningar. Parallellt med ökade välfärdskostnader ökar försörjningskvoten som innebär att de som arbetar får ta ett allt större ekonomiskt ansvar för unga och gamla. Det är nog ingen överdrift att konstatera att det ställs stora krav på ett starkt och kompetent ledarskap framöver för att utmejsla fungerande strategier för en fortsatt hög nivå på välfärden. De flesta ekonomiska framskrivningar som enbart bygger in demografi kan klaras av med nuvarande skatter. Men om kostnaderna ökar, liksom historiskt utöver demografin, uppstår betydande risker att ett finansieringsgap uppstår. Studier indikerar ett gap på upp till 300 miljarder kronor om några decennier. Utifrån den standardökning av välfärdstjänster vi vill ha, måste lösningar hittas som både väger in rättvisa mellan generationer och samhällsekonomisk effektivitet. De lösningsalternativ som finns för finansiering av välfärden är i huvudsak:

- Högre sysselsättning och längre arbetsliv genom bättre integration samt tidigare inträde till och senare utträde från arbetsmarknaden
- Högre produktivitet och effektivitet i offentlig sektor
- Höjda avgifter eller kostnadstak för välfärdstjänster
- Prioriteringar
- Höjda skattesatser
- Privata alternativ och försäkringar.

Svångremmen har dragits åt regelbundet

I september 1980 drabbar ekonomiminister Gösta Bohmans svångremspolitik landstingen. För första gången på decennier ökar de samlade offentliga utgifterna mindre än tillväxten av bruttonationalprodukten. Medan staten blir återhållsam fortsätter kommuner och landsting att hålla en hög expansionstakt. Svångremspolitiken innebär att Landstinget i Östergötland inte längre får öka sin verksamhet så mycket som man själv vill. I stället för att fram till år 1985 öka verksamheten med 4,3 procent får man nöja sig med en årlig ökning på 3 procent. Det innebär att landstinget på fem år ska spara in 110 miljoner på den tänkta driftbudgeten.

Detta var första gången som landstingen fick höra ordet besparingar i sjukvården efter alla år av ständig ekonomisk expansion. Men det var en västanfläkt mot vad som skulle komma tio år senare. Den första halvan av 1990-talet hade Sverige en mycket svag ekonomisk utveckling som med fog kan kallas en statsfinansnansiel kris. Åren 1990–1993 föll BNP med fem procent och det var ett stort underskott i statsbudgeten. Landsting och kommuner fick då stå för en stor del av saneringen av statsfinanserna. Statsbidrag drogs in och ett kommunalt skattestopp gällde under flera år. För Östergötlands del innebär krisen att skatteintäkterna sjönk med 14 procent mellan 1992 och 1995. Volymen (resurserna) minskade under denna period varje år med mellan 0,5 och 1,6 procent. Under samma tid minskade landstinget antalet anställda genom att säga upp 800 personer. Samtidigt hade landstinget haft ett par decennier av expansion och det fanns ett utrymme för effektiviseringar och besparingar.

I början av 2000-talet var det dags igen. Nästan samtliga landsting gick på minusresultat och Östergötland var inget undantag. År 2004 minskade volymen med nästan sex procent och omfattande strukturella förändringar genomfördes i landstingets sjukvårdsorganisation. Det dröjde sedan knappt fem år tills en omfattande finanskris plötsligt bröt ut i världen år 2008. Krisen initierades av en finansbubbla i USA, framför allt relaterad till marknaden för bostadslån. För Östergötlands del innebär det en volymminskning med 1,3 procent detta år och 0,5 procent år 2010. Tiden därefter har landstingets volymer ökat kraftigt liksom skatteintäkter och plusresultat i bokföringen. Nutidshistorien uppvisar således talande exempel på hur en expansion förbytts i besparingar och rationaliseringar. Skälen kan vara globala kriser eller hemsnickrade. Att sådana situationer hör till det förgångna och inte kommer tillbaka får nog betraktas som ekonomiskpolitiska önskedrömmar. Men hur länge det dröjer och om vagen kommer smygande eller överfaller överraskande nästa gång, det är det ingen som vet eller ens har talang att förutspå.

God tillväxt men många hål att fylla

Utvecklingen av BNP är det traditionella måttet på den ekonomiska utvecklingen för ett land. Sverige klarade den senaste finanskrisen med skaplig BNP-utveckling jämfört med de flesta andra länder. Den kraftiga befolkningsökningen medför dock att tillväxten per person ökar blygsamt. Konjunkturinstitutet räknar med att BNP per invånare har ökat med tre procent mellan åren 2008 och 2015. Sverige har en hygglig konjunktur men statsbudgeten har många hål att fylla framöver. Det handlar om investeringar i infrastruktur men också omfattande utlovade satsningar på utbildning och integration. Dessutom fortsätter den mångåriga utvecklingen med höga utlåningar till framförallt bostäder. Sverige är ett litet exportberoende och konjunkturkänsligt land.

Om några år kan det vara så att svensk ekonomi som ett fall för förväntad framgång har förbytts mot ett skenande budgetunderskott.

Den andra industriella revolutionen

Stora strukturförändringar har skett i arbetsmarknaden och därmed också nya krav på kompetens och förändrade behov av arbetskraft. År 1970 stod industrin för 28 procent av landets sysselsättning, år 2013 var andelen 12 procent. År 1975 arbetade drygt en miljon människor inom "tillverkning" i Sverige. Sedan dess har hälften av tillverkningsjobben försvunnit. Från 1974 till 2000 sjönk andelen jobb som inte krävde mer än grundskola från ungefär 50 till 25 procent. Redan hårt drabbade bruksorter har från sena mitten av 70-talet fått se en ständig åderlätning där jobb flyttats till länder där det är billigare att tillverka. Fabriker rationaliseras och digitaliseras och jobben exporteras till Asien. Industrins ställning försvagas både vad gäller sysselsättning och som andel av hela ekonomin. Ingen annan stans inom EU är andelen låglönejobb så liten som i Sverige, 2,5 procent. Jobb med låga krav på utbildning försvinner i rask takt. Under kort tid har utbudet av arbeten där det räcker med en kort utbildning minskat med 25 procent.

De senaste fem åren beräknas vart tionde jobb i Sverige ha automatiserats, det vill säga 450 000 arbetstillfällen. Framst försvann jobben inom industri, handel och administration. Samtidigt har antalet dataspecialister ökat med 20 procent under de fem åren. Även andra nya jobb tillkommit trots en måttlig ekonomisk tillväxt. Det gäller inte bara Sverige utan också många andra så kallade industrialiserade länder. Globaliseringen innebär en allt hårdare konkurrens även för kunskapsintensiv produktion och inte som tidigare, enbart för enklare tillverkningsindustri. Nu finns det tecken på att Sverige tappar mer mark – framförallt sysselsättningstillfällen – jämfört med andra länder i några av våra tunga och mycket viktiga högteknologiska och kunskapsintensiva branscher. Det pågår således en andra industriell revolution ungefär som den första med ångmaskiner och elektricitet. Nu handlar det om digitalisering och automatisering som innebär att gamla företag och jobb försvinner. De ersätts med nya som ställer krav på omställning och andra kunskaper. Det ställs allt större krav på de som söker arbete. Det kan bli svårt för många som vill ha arbete att få plats. En utmaning är således att hitta arbetskraft med rätt utbildning och kompetens.

Matchning och tudelning

Över en miljon personer lämnar arbetsmarknaden fram till år 2025. Antalet nytillträdande yngre är lägre än antalet åldersavgångar. Det kan uppstå ett underskott av arbetskraft inom viktiga sektorer med ett betydande kompetenstapp och en matchningsutmaning. Medan åldersgruppen 65 år och äldre växer starkt beräknas en svag ökning av befolkningen 20–64 år. Den väntas öka med 300 000 personer fram till år 2035, det vill säga i genomsnitt 15 000 personer per år. Denna ökning står utrikes födda för. De väntas öka med 370 000 medan personer i Sverige väntas minska med 65 000. I prognoser om sysselsättning antas att förvärvsfrekvenser bland utrikes födda kommer att öka framöver. Antagandet bygger på att integrationen och matchningen på arbetsmarknaden förbättras. En motsatt utveckling om gapet mellan kvalifikationskrav och kompetens ökar, skapar än mer svårigheter när det gäller matchning av arbetskraft. Om så blir fallet uppstår en allt tydligare uppdelning på arbetsmarknaden – arbetslösheten minskar snabbt i grupper med en stark ställning

på arbetsmarknaden medan grupper med en svagare position har fortsatt svårt att hitta arbete. Det kan i ett sådant läge bli svårt att upprätthålla en god tillväxt, stabil ekonomisk grund och en välfungerande välfärd

Nyanlända både med hög och låg utbildning

Av de som nu invandrar har en lika stor andel hög utbildning som de med nioårig skolgång eller mindre. Många med en eftergymnasial utbildning deltar i den så kallade etableringsreformen. Flera har kompetens inom bristyrken som tekniker, ingenjörer och plåtslagare. Andra är grundskolelärare och förskollärare. Andelen personer i dessa grupper är inte så stor i förhållande till samtliga som invandrar. Men här finns en potential som kan vara en möjlighet för en del sektorer där det redan nu råder brist på personal och där det förestår stora pensionsavgångar. En stor del av de nyanlända når av olika skäl inte godkända nivåer i sina svenskstudier. Enligt Riksrevisionen är språket är en förklaring till bristande integration. Det försvårar att få praktikplats och att komma in på kommunal vuxenutbildning. Det är således en viktig uppgift för samhället att möta vuxna människor som kanske bara har några års skolgång med sig i bagaget med både språk och annan utbildning.

Lärare sökes

Utbildning och lärare bildar första länken i kedjan kompetens, arbete, tillväxt och skatteunderlag. Därför är det viktigt att belysa lärarkapaciteten. Lärarbristen är redan nu alarmerande hög och dessutom har var femte person som arbetar som lärare inte lärarexamen. Det finns rekordmånga lediga lärarjobb. Arbetsförmedlingen hade över 50 000 utannonserade jobb inför höstterminen 2015. Det är en ökning med över 30 procent jämfört med året innan. Och då ska man komma ihåg att bara cirka 40 procent av alla lediga tjänster anmäls till Arbetsförmedlingen. Det behövs 84 000 nyexaminerade lärare fram till år 2019. Beräkningarna från Skolverket bygger på det optimistiska antagandet att 95 procent av de nyutbildade börjar arbeta i skolan. Det innebär att antalet examinerade behöver fördubblas från dagens nivåer. Och då tar man inte höjd för att många av de som utbildar sig till lärare slutar efter några år. Enligt SCB kommer det saknas 65 000 lärare inom tio år. Ett annat problem är att det utbildas för få lärare inom naturvetenskapliga ämnen. Det kan få effekter när det gäller grundkompetensen hos elever som studerar vidare på högskolan, inom till exempel vårddyrket. Den nationella politiken har levererat många löften som kräver fler lärare. Utöver fler barnkullar i skolåldern finns lågstadielyft, färre barn i skolklasserna samt utbildning till nyanlända som har låg eller ingen skolutbildning. Och det i en situation där det är färre elever i årskullarna som går ut gymnasiet, lågt sökandetryck till lärarutbildningen och många som hoppar av utbildningen eller lämnar läraryrket.

Jobba längre

Allt fler svenskar arbetar efter 65 års ålder och många har en positiv attityd att förlänga arbetslivet. Några tänkbara förklaringar till utvecklingen är bättre hälsa, ändrade lagar och förmånligare skatteregler. Mellan 2005 och 2013 ökade sysselsättningen med 76 000 personer äldre än 65 år. Sysselsättningsgraden steg från 9,9 till 14,6 procent, en ökning med nästan 50 procent. Bland våra EU-grannar är det bara Storbritannien som överträffar den utvecklingen. Det finns olika sätt för att klara de framtida offentliga utgifterna inom främst den framtida vården och omsorgen. Ett sätt är att någorlunda pigga 60-plussare tänker på sin egen

förestående skröplighet. Genom att skjuta upp sin pensionering några år kan skattehöjningar i de offentliga systemen begränsas och det finns mer pengar när det egna 85-åriga jaget behöver äldreomsorgens insatser.

Nytt Linköping varje år

Bristen på bostäder utgör idag ett avgörande hinder för rörlighet dit där jobben finns. För lite byggande under flera år, unga som vill flytta från sina föräldrar och en hög invandring har skapat en bostadskris som är den värsta på 50 år. Rekordfå unga har egen bostad. En undersökning visar att knappt hälften av invånarna 20–27 år har eget boende. För två år sedan var siffran 51 procent mot 62 procent år 1997. Värst är läget i de delar av landet där tillväxten är starkast. I Stockholms län är nu över en halv miljon människor inskrivna i bostadsförmedlingen och kön har vuxit med 30 000 personer under år 2015. Bostadsbyggandet ökade år 2015 jämfört med föregående år men inte alls på den nivå som behövs. Analyser från Boverket visar att bostadsbristen förvärras ytterligare samtidigt som många ungdomar och nyanlända inte har råd att köpa bostadsrätter eller klara hyran i nyproducerade hyresrätter.

Denna situation bidrar till att det är svårt att rekrytera kompetent personal både inom Sverige och från andra länder. Konsekvensen kan bli en avstannande utveckling inom branscher i framkant och därmed en lägre tillväxt. Boverkets prognos i augusti 2015 visar att det behövs över 400 000 nya bostäder inom sex år, det vill säga mer än 70 000 per år. Om man räknar utefter antal hushåll innebär det ett nytt Stockholm på sex år eller ett nytt Linköping varje år. Bostadsbrist har uppstått tidigare. Mest känt är när "rekordgenerationen" födda på 1940-talet skulle bilda familj på 1960-talet. När vi om fem år går ur 2010-talet beräknas antalet invånare i Sverige ha ökat med 1,1 miljon på tio år. Det innebär 400 000 fler än den hittills största ökningen på tio år mellan 1940 och 1950 eller lika mycket som under 37 år mellan 1970 och 2007. Om de ansvariga studerar ett diagram över befolkningsutvecklingen borde en sådan här situation således inte vara en överraskning. Men den nationella politiken har lika handfallna svar då som nu: År 1966: "De får väl ställa sig i bostadskön!". År 2015: "De får bygga!".

Kostnaderna skenar

De 21 landstingen hade sammantaget ett överskott på drygt tre miljarder år 2014. Resultaten dras upp av några enskilda landsting, bland annat beroende på en markförsäljning på 1,6 miljarder. Bakom plusresultatet döljer sig ett underskott i hälso- och sjukvården för alla landsting utom ett.

Det ringer i många larmklockor. Kostnaderna skenar och landstingen räknar med en ökning av kostnaderna på nästan sex procent under år 2015. Det innebär att skatteintäkterna inte räcker till för de ökade utgifterna. Och det är själva kärnverksamheten hälso- och sjukvård som är det mest bekymmersamma. Det finns ekonomiansvariga i landstingen som vittnar om att man tappat greppet över kostnadsutvecklingen. Dessutom har flera landsting brist på personal som gör att det är svårt att klara vårdens uppdrag. Det har på många håll inneburit att vårdavdelningar tvingats stänga, med minskad verksamhet som följd, såväl akut som planerad. Kostnaderna har däremot inte minskat eftersom övrig personal och andra fasta kostnader finns kvar. Dessutom driver rekryteringsproblemen upp lönekostnaderna, både i form av löneglidning och ökade kostnader för övertid. Även kostna-

der för inhyrd personal ökar. Denna situation bedöms tillta de närmaste åren, i en takt som landstingen långsiktigt får svårt att finansiera.

Östergötland – ekonomisk diagnos och prognos

Region Östergötland har en god ekonomisk ställning. Regionen har byggt en stabil ekonomisk grund med positivt eget kapital och har en långsiktig strategi att avsätta medel till de anställdas pensioner. Jämförelser med övriga landsting visar i huvudsak höga placeringar för Östergötland. Bäst i jämförelsen är sådana områden som regionen själv kan påverka. Det handlar till exempel om låg kostnadsnivå inom hälso- och sjukvård samt goda finansiella intäkter framför allt genom värdeökning på medel från finansiella placeringar. Östergötland har bland landstingen i särklass det högsta finansiella nettot i förhållande till nettokostnaderna. Och det gäller både om man ser på det senaste året och under en längre tidsperiod. Men det finns områden där regionen inte hamnar på topplaceringar. Det gäller skattekraft samt ökning av volymer och kostnader de senaste fem åren. På samma sätt som för de flesta andra landsting hänger de reguljära skatteintäkterna inte med i kostnadsutvecklingen. Jämfört med rikssnittet för Sverige har dessutom Östergötland en hög arbetslöshet. Det gäller samtliga indelningar: totalt, ungdomar, personer med högst för gymnasial utbildning samt såväl inrikes som utrikes födda. Linköpings kommun kommer på andra plats bland Sveriges 290 kommuner med högst andel invånare som har långvarigt ekonomiskt bistånd.

Östergötland har en demografisk profil som är liknande den som gäller för Sverige på totalnivå. Det innebär till exempel att ökningen av andelen äldre är densamma, likaså andelen och sammansättningen i arbetsför ålder. De kostnadsdrivande faktorerna är i princip desamma som gäller för Sverige i övrigt. I detta kapitel görs mer djupgående bedömningar om ekonomiska effekter för Östergötland när det gäller läkemedel och demografisk utveckling. De viktigaste faktorerna är här antalet invånare och åldersfördelningen. Beräkningarna visar att den totala kostnadsökningen enbart på grund av den demografiska utvecklingen blir 13 procent eller drygt en miljard kronor fram till år 2025. Det är i linje med de prognoser som gjorts på nationell nivå. Den största kostnaden procentuellt och i kronor sker i åldergruppen 75 år och äldre, 40 procent eller 800 miljoner kronor

Tuff tid för en pressad sjukvård

Skatterna i kommuner och landsting har inte behövt höjas så kraftigt som man befarade för fem år sedan. Det beror inte på att kostnaderna inte har utvecklats långsammare än beräknats utan i stället på att skatteintäkterna har utvecklats bättre än förväntat. Dessutom har tillfälliga och nu avslutade så kallade Alfa-medel betalats ut till kommuner och landsting. Andel sysselsatta i befolkningen ser långsiktigt ut att nå högre nivåer än vad man tidigare trott. En fortsatt utveckling i denna riktning kan underlätta välfärdens finansiering. Denna utveckling ska ställas emot att landstingens kostnadstryck har ökat de senaste åren genom att den stora fyrtiotalistgenerationen börjat gå in i den tredje åldern. Och det är bara början. År 2035 kommer antalet invånare över 80 år vara dubbelt så många som år 2005. Härutöver tillkommer de kostnadsökningar som följer av höjda ambitionsnivåer i politiken samt fler och högre krav från befolkningen. Och om inte detta var nog sker stora investeringar i sjukvårdens byggnader och övrig infrastruktur. Många landsting går dessutom in i den här krä-

vande perioden utan att ha byggt upp en stark ekonomisk grund. Denna verklighet innebär att sjukvården har ett finansieringsproblem där både kostnader och intäkter måste ställas på sin spets. Kan omfördelningar ske inom välfärdsområden som gynnar sjukvården? Annars kan stora skattehöjningar, effektiviseringar och andra åtgärder bli nödvändiga inom de närmaste åren.

Det har gått bra hittills?

För att tona ned de ekonomiska framtidsproblemen hänvisas ibland svepande till att "Det har gått bra hittills". Uttalanden av det slaget paras ofta med konstaterandet att dystra prognoser har gjorts sedan 1980-talet, och de har ju inte besannats. Vad talar då för att det blir värre framöver? Skälen kan sammanfattas i kraftigt stigande demografisk försörjningskvot, ökad efterfrågan och större vårdbehov, brist på personal och utveckling av löner. De demografiskt betingade behoven av vård och omsorg har mellan år 1980 och 2014 ökat i ungefär samma takt som befolkningen i yrkesför ålder. Framöver beräknas vårdbehoven öka i betydande grad på grund av den demografiska utvecklingen med en större andel personer i den äldsta åldersgruppen. Det innebär att tillväxten behöver öka än mer och det blir svårare än tidigare att plussa på ytterligare en extra procent. Härutöver är det nog få som hävdar att standarden inom vård och omsorg är så god att någon ytterligare standardhöjning inte behövs. Det skulle i så fall innebära att den historiska utvecklingen med ständigt ökat vårdåtagande och kvalitetsutveckling skulle brytas just nu. Mer sannolikt är att medborgarna inte kommer att godta en sjukvård som inte tillvaratar den medicintekniska utvecklingen och att sjukvårdspolitiken svarar med en fortsatt högre ambitionsnivå. Det kommer heller knappast att vara möjligt att begränsa löneutvecklingen för de anställda inom landstingen de närmaste decennierna. Tvärtom, löneutvecklingen kan bli starkare på grund av en bristsituation på personal. Mer personal kommer att behövas på grund av att många anställda går i pension och att vårdbehovet ökar. Sjukvårdens finansieringsproblem blir inte mindre av att liknande problem tidigare har klarats av. På något sätt fixar förstås politiken balansen mellan kostnader och intäkter även i framtiden. Men att utgå ifrån att det har löst sig förut är sannolikt ingen hållbar strategi. Den som hävdar något sådant måste visa att den historiska utvecklingen utan vidare kan upprepas. Det finns inga genvägar utan framtiden måste hanteras utifrån aktuell verklighet.

Citaten

- *"Den framtida ekonomiska politiken kommer att tvingas hantera spänningar mellan ett krympande utbud av arbetskraft, ökande behov av vård och omsorg samt växande svårigheter att till fullo kunna finansiera välfärdssystemen via skattesystemet"*
- *Långtidsutredningen 1999/2000*
- *"Det som är ekonomiskt nödvändigt är ofta politiskt omöjligt, och när det har blivit politiskt möjligt är det ekonomiskt för sent"*
- *Kjell-Olof Feldt, finansminister 1983–1990*
- *"Jag känner att vi inte riktigt har en kostnadskultur i ryggmärgen. Jag brukar beskriva det som att vi sitter på en popcornrygta och håller i locket allt vad vi orkar"*
- *Annika Falkengren, vd SEB*
-

Källor

Region Östergötland

- Drivkraft för hållbar utveckling och livskvalitet, juni 2015
- Hur går det för Östergötland, juni 2015
- Årsredovisning 2014, april 2015
- Landstingsfakta 2014, april 2015
- Hur många män och kvinnor är varaktigt utanför arbetsmarknaden i Östergötland, december 2014
- Årligt statistikunderlag integration, augusti 2014
- Ekonomisk analys 2012–2015, mars 2011
- Statistik KPP

Sveriges Kommuner och Landsting

- Svensk sjukvård i internationell jämförelse, juni 2015
- Ekonomirapporten, april 2015
- Den svåröversäglbara framtiden, november 2014
- Vad kostar verksamheten i din Kommun?, augusti 2014
- Välfärdstjänsternas utveckling 1980–2012, februari 2014
- Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2013, augusti 2014
- Framtidens utmaning, 2010

SCB

- Medelskattesats och medelskattekraft 1980–2015

- Skatteutjämningsbidrag 2015
- Räkenskapssammandrag för kommuner och landsting, 2015
- Kostnader per verksamhetsområde för landsting 2014
- Vuxna med svaga färdigheter, temarapport 2015:2
- Statistiknyheter och statistiska meddelanden

Arbetsförmedlingen

- Arbetsmarknadsutsikterna våren 2015 Östergötlands län, juni 2015
- Arbetsförmedlingens prognos för åren 2015 och 2016

Övrigt

- Arbetsmarknadsläget – nulägesbild och utveckling över tid, pressträff Arbetsmarknadsministern 25 maj 2015
- Underlag till SSF, Reforminstitutet, 2014
- Politikernas ekonomihandbok. Dagens samhälle AB, 2015
- Empati och High-tech, Socialdepartementet 2012
- Framtidskommissionen, Regeringskansliet 2013
- Den ljusnande framtid är vård, Socialdepartementet 2010
- Vi har råd med framtiden, arenaidé och TIMBRO 2010
- Nyhets- och debattartiklar från dags- och fackpress

Framtid och förutsägelser

Långsiktiga trender kan vara lätta att förlänga men det är oftare det oförutsägbara som förändrar framtiden. Det visar sig också i backspegeln att utvecklingen i allmänhet varit mer positiv än man trodde. Det är ingen mening att försöka sig på att uttala sig med säkerhet om vilka av dagens förutsägelser som kommer att bli verklighet. Men vi har ju facit på vilka av gårdagens prognoser som slog in och som inte gjorde det. Det är intressant att notera många av förutsägelseerna för sjukvårdens utveckling för mer än 30 år sedan har förverkligats. Den mänskliga komplexa biologin har dock grusat många förhoppningar. Och det finns fortfarande massor av företeelser som sedan länge väntar på sina lösningar.

Aforismer

- Det är svårt att göra prognoser. Framför allt om framtiden
- Framtiden överraskar. Det är väl det enda vi med säkerhet kan säga
- Det enda vi kan vara säkra på om prognoser är att de har fel
- Typiskt för en prognos är att ingen säkert vet – förrän det är försent
- Många fortsätter att titta i backspegeln och inte genom vindrutan. Och då kör man ju i diket.
- Kriser har den egenskapen att få bedömare brukar förutse dem
- Alla som hittills har förutspått jordens undergång har haft fel
- Den som läser den här rapporten år 2025 kommer att skaka på huvudet
- Politiker som tror sig ha en färdig karta med en tvärsäker lösning kommer att vara frånsprungna imorgon eftersom terrängen ständigt förändras. Hellre en politiker som har en fungerande kompass som kan fatta kloka beslut även när sikten är skymd och skogen är tät.
- Att förutse framtiden är omöjligt, men att förbereda sig för framtiden är möjligt
- Prognoser är till för att vi vidtar åtgärder så att det vi målar upp inte inträffar
- Någon sa att om man inte vill se framåt och inte vågar se bakåt får man se upp. Man ska använda sig av sin historia för att göra det man har framför sig lite bättre
- Varför var det ingen som förutspådde krisen? Svar: En blandning av önsketänkande, hybris, självbedrägeri, förnekelse och flockbeteende

Varför ett kapitel om att göra förutsägelser?

Att vi inte vet vad som inträffar dagen efter morgondagen innebär inte att vi inte kan tala om vad som skulle kunna inträffa. Och än mer hur vi ska förhålla oss till dessa händelser om det också faktiskt inträffar. Frågan är vilken situation vi då vill hamna i. Att ta tag i problemen efter att de har skett eller att vi på bästa sätt hade förberett oss och hittat strategier för att parera konsekvenserna?

Att tänka ut aforismer om förutsägelser verkar vara en populär sysselsättning. Den ena kategorin har inte så mycket till övers för framtidsbedömningar medan den andra ser förutsägelser som ett sätt att förbereda sig för framtida utmaningar. ”Kampen om framtiden” mejslar ut åtta områden med utmaningar där framtidsbedömningen bygger på befintliga fakta, antaganden och beräkningar. Med andra ingångsåtaganden skulle resultaten kunnat bli helt annorlunda. De antaganden som görs i en framtidsbedömning kan var för sig framstå som rimliga, men i kombination kan de ändå ge upphov till mer eller mindre orimliga resultat. Problemet är ofta större om förutsägelseerna görs i ett långt tidsperspektiv. I denna rapport pratar vi om en kortare tid,

tio år fram till år 2025. Perspektivet är valt för att politiken ska känna att ansvaret att agera ligger i det egna knäet. Utgångspunkten är således att slutsatserna i denna rapport är till för att vidta åtgärder så att det som målas upp inte inträffar.

Människor tycks ha ett naturligt behov att försöka förutspå vad som ska hända och komma. Vad man kan lära sig är att inte ens den klokaste och mest insiktsfulle kan med säkerhet förutspå framtiden. Och det är ju extra lätt att konstatera när man sitter inne med facit. Man kan ju undra vilka av dagens tvärsäkra åsikter som man ler åt om några år. Man ska inte heller förledas att tro att just den här rapportförfattaren har den osedvanliga talangen att förutsäga vad som händer i sjukvården fram till år 2025. Detta kapitel illustrerar med några exempel hur förutsägelser av skilda slag har slagit in. Somligt har blivit på pricken som man tänkte, annat tvärtom och ytterligare sådant som fortfarande tålmodigt väntar på sina lösningar. Härutöver ges exempel på det svåra att föreställa sig och förutsäga sådant som man inte vet något om.

Dålig träffsäkerhet

Louis Pasteurs teori om bakterier är ett löjligt påhitt
Pierre Pacht, fysiologiprofessor i Toulouse 1872

Buken, bröstet och hjärnan kommer alltid att vara stängda för intrång för kloka och humana kirurger
Sir John Eric Ericksen, utnämnd till kirurg för drottning Victoria 1873

Det kommer aldrig att bli någonting av dig
Lärare till den tioårige Albert Einstein

Vem i all världen skulle vilja höra skådespelare prata?
H.M. Warner, Warner Brothers 1927

För en majoritet av befolkningen är rökning nyttigt
Dr. mac Donald, kirug i Los Angeles 1963

Vi tycker inte om deras sound, och gitarrmusik är på väg ut.
Decca Recording när de tackade nej till Beatles 1962

Det finns ingen anledning att någon skulle vilja ha en dator i sitt hem.
Ken Olson, grundare och styrelseordförande i Digital Equipment 1977

Det man inte förmådde förutse

Inte möjligt

Det är i november 1989 och regeringens talesman Günter Schabowski börjar leta bland sina papper när han ska svara på den italienske journalistens fråga. Plötsligt ser han osäker ut och blandar läsning innantill med improvisation. ”Därför har vi idag fattat beslut om en ny regel som gör det möjligt för medborgare i DDR att ...resa ut via ... DDR:s gränsövergångar. När träder det i kraft? Så vitt jag förstår omedelbart...omgående.” Harald Jäger lyssnar med ett halvt öra på presskonferensen och hör till alla de som häpnar. Han är överstelöjtnant i DDR:s gränstrupper och den här kvällen är han bas för gränsövergången vid Bornholmer Strasse. Han måste yra! säger han till de andra gränsvakterna. Strömmen växer av människor som tar sig till

gränsövergången. Han ser i en monitor hur gatan är svart av människor. Upp med bommen, upp med bommen! kommanderar han. Tusentals östberlinare strömmar över gränsen och möts av jublande människor på västsidan. Snart är alla gränsövergångar i Berlinmuren öppna. En familj kom hem och berättade att de under kvällen gått omkring på Västberlins gator. Fadern som varit hemma skakade bara på huvudet och sa: "Ni vet att det inte är möjligt. Varför hittar ni på sådana saker?" Mindre än ett år senare är Tyskland återförenat. Många kloka experter och erfarna politiker hade följt utvecklingen i Europas östra halva och praktiskt taget alla missade vad som höll på att hända. Två år tidigare hade Ronald Reagan i ett tal vid Brandenburger Tor ropat: "Mr Gorbatsjov, tear this wall!" Det entydiga svaret från Erich Honecker var: "Muren kommer att finnas kvar i femtio och även hundra år!".

Vi hade fel

År 1967 stod ungdomsrevolten i full blom och med den slog ett mode igenom för unga. Killarna lät håret växa och tjejerna tog på sig minikjol och lågskor. Men hos modehusen i Paris hände inte mycket. De fortsatte med sin dyra, damiga och dammiga haute couture. Fotografen Carl Johan De Geer åkte till Paris tillsammans med sin dåvarande fru och fotomodell Marie Louise för att skildra en högborgerlig företeelse som de trodde var på utdöende. Men så blev det ju inte. Carl Johan De Geer konstaterade 46 år senare att dåtidens design var smakfull som håller än idag. Foton och kläder ställdes ut på en uppmärksam utställning på Valdemarsudde år 2013, "Vi hade fel".

Om man ändå varit först med den lätta lösningen

Länge kånkades resväskor av trötta armar på stationer och ombord på Finlandfärjor. Men i början på 1970-talet fick amerikanen Bernard Sadow patent på en resväska med hjul. Länge kändes det som en lättnad att dra väskan stående på långsidan. 1987 uppfanns teleskophandtaget av en pilot. Efter ett tag kom någon på den radikala idén att de två hjulen kunde sättas på väskans långsida. Och nu säljs nästan endast väskor med fyra hjul som gör att man bekvämt kan låta väskan nästan rulla av sig själv. Men man ska inte tro att vi nått top of the line. En kinesisk bonde har nyligen tagit fram en kombination av en moped och resväska och är utrustad med GPS och inbrottslarm. Fortsättning följer?

Från hett till haveri

För sju år sedan exploderade försäljningen av etanolbilar i Sverige. Dessa bilar hade en andel som uppgick till 68 procent. Nationella politiker förutspådde att dessa bilar hörde framtiden till. År 2015 var motsvarande andel drygt två procent. Etanolet orsakade allvarliga motorstörningar och bilägarna fick rådet av verkstäderna att endast tanka med bensin. Bilar som körs med E85 i tanken blir en allt mer ovanlig syn ute på vägarna. Det leder till att flera bilfabrikanter lägger ned sin mångåriga produktion av etanolbilar. Den stora frågan är om landets bensinmackor med 2 000 etanoltankar ska k-märkas eller användas till något annat.

Det man inte sa 1970

Ord som inte fanns

- Digital röntgen
- Datorjournal
- Robotkirurgi
- Vårdval
- Patienten i centrum

Kina bland världens största ekonomier

I bänkarna på sociologiska institutionen ser han sina kamrater läsa Maos lilla röda. Visserligen är det ingen som får tillstånd att besöka landet förutom de få som är medlemmar i svensk-kinesiska vänskapsförbundet. Men kamraterna hyllar ändå landet och dess ledare som föredöme för andra länder. Han höjer rösten och gör följande framtidsförutsägelse:

"Jag kan glädja er med att även ni om några år kommer att kunna resa fritt in i Kina. Landet kommer sedan att utvecklas ekonomiskt och höra till världens största ekonomier om fyrtio år. Massor av järnvägslinjer kommer att byggas i full fart. En ny flygplats kommer att tas i bruk i Peking år 2025 och kommer att kvara 100 miljoner passagerare om året. Efter 30 år av ständig tillväxt rullar det ständigt fler lyxbilar på gatorna. Kineserna står för en stor del av världens köp av lyxiga klockor, väskor och kläder." Plötsligt står lektorn framför honom: "Du får säga vilka dumheter du vill men du kommer inte att få vara med i nästa gruppenta i politisk teori".

Läsa tidningen i telefon

"Jodå pappa, det kommer en tid då du kan läsa tidningen i din telefon när du ligger i din solstol på stranden."

"Läsa tidningen i telefonluren? Det får ju inte plats med så många bokstäver och vilken lång sladd man måste dra från jacket i vägen!"

Förutsägelser som har slagit in



De tre följande avsnitten handlar om hälso- och sjukvård. Texten är ordagrant återgiven från i huvudsak tre källor: Årsredovisningar Landstinget i Östergötland (ÅR), Personaltidningen Blåmärket, Landstinget i Östergötland (BM) och rapporten "Sjukvårdens utmaningar", Landstingsförbundet år 1994 (SU). Bilderna är hämtad från personaltidningen Blåmärket.

Kapacitet och medicinsk utveckling



- Vi ska ha en mindre men modern kostym på akutsjukvården. Varje kommun ska ha åtminstone en komplett vårdcentral. Dessutom ska antalet anställda inom hela sjukvården öka, främst när det gäller läkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och kuratorer. BM1974
- Det borde gå att minska antalet vårdplatser inom den somatiska korttidsvården med uppemot en fjärdedel fram till år 2000. BM1985
- De medicinska framstegen medför att människor kan opereras på ett skonsammare sätt och därför ofta kan åka hem samma dag de opereras. Idag går det därför att minska antalet vårdplatser. Den medicintekniska utvecklingen fortsätter och kvaliteten kommer att förbättras ytterligare. BM 1993
- På Frölunda Specialistsjukhus satsar läkarteamen på titthålskirurgi och nya operationsmetoder för att minska antalet vård dagar för inläggande patienter. Flertalet av de opererade patienterna kan gå hem samma dag men vid större ingrepp får patienten ligga kvar ett eller ett par dygn på vårdavdelningen som endast är öppen under vardagarna. Internationella erfarenheter tyder på att 40–60 procent av all kirurgi kan ske i öppna vårdformer och svenska bedömare talar om så mycket som 70 procent (60 procent år 2006, 70 procent år 2013) SU
- Psykiatrin ska flytta ut från Vadstena. BM 1975.
- Tidig hemgång för mamma och barn är nysatsningar som gjort succé. 35 procent av alla nyförlösta mammor väljer idag att gå hem inom tre dygn. SU

Valfrihet



Husläkarreformen som nu håller på att genomföras i många landsting runt om i landet innebär att alla fritt kan välja en husläkare. SU

Ambulansverksamheten

Ambulansverksamheten i Västmanland har utvecklats från att ha varit en i huvudsak transporterande till en sjukvårdande verksamhet. Men att ha välutbildad personal innebär inte bara att vi skärper kompetensen. Det är samtidigt en förutsättning för att på ett bra sätt kunna möta de nya krav som strukturförändringarna i länet innebär. Det generella kravet för ambulanspersonal i Sverige är sju veckors utbildning. Men för att söka jobb inom den västmanländska ambulanssjukvården krävs undersköterskeutbildning med påbyggnad eller att du är sjuksköterska med erfarenhet av akutsjukvård och med vidareutbildning inom anestesi, IVA eller akutsjukvård. Den höga utbildningsnivån gör det möjligt att ge tidig behandling på plats. Vi ställer tuffa krav och kommer säkerligen att få efterföljare i andra landsting. Ambulanschefen avslutar med att berätta om en teknisk nyhet som eventuellt installeras inom kort. Om budgeten tillåter kommer vi att ansluta

oss till det så kallade GPS-systemet. Systemet skulle innebära att vi får ännu bättre möjligheter till överblick och styrning av våra fordon. Det kan vara avgörande till exempel vid en trafikolycka med akut skadade. SU

Prioriteringar

Vår tidigare utveckling och förändringar var beroende av att landstinget alltid fick nya resurser till sitt förfogande. Men det kan vi inte räkna med längre. Kravet på effektivitet ökar. Nya behov och utvecklingsarbete kan inte lösas med nya resurser. Ett antal år framöver måste vi i stället lita till vår förmåga att effektivisera och omprioritera mellan våra verksamheter för att förbättra servicen och vården för östgötarna. Med effektivisering menar vi att vi måste uppnå våra mål med lägre resursförbrukning. Med omprioritering menar vi att vi avstår från viss verksamhet för att möta mer angelägna behov. ÅR 1985

Uppföljning

Hur gick det? Vad blev resultatet? Vad hade det för effekt att sätta in mer resurser? Det är frågor som vi måste bli bättre på att ta reda på att besvara inom landstinget. Hittills har bara kamrerarna sysslat med uppföljning. De tittar på hur antalet vård dagar och läkarbesök utvecklas och i vilken utsträckning anslagen förbrukas. Vi ska ge ledningen på alla nivåer stöd för att styra sin verksamhet mot uppsatta mål med frihet att agera självständigt under ekonomiskt ansvar. ÅR 1985

Personal

- Det framstår helt klart att framtidens problem för landstinget inte kommer att gälla om det ska bli en 25-öring eller en krona mer eller mindre på skatten. Det stora problemet är att se till att vi får den personal vi behöver. BM1977
- Den som trodde att sjuksköterskebristen skulle kunna avhjälpas inom en snar framtid måste tyvärr bli grymt besvikna. BM 1979
- Några år in på 2000-talet, när de många 40-talisterna börjar komma in i pensionsåldern, är jag rädd för att det kan bli en viss brist på utbildad sjukvårdspersonal. BM 1993

Ekonomi

Jag tror att Sverige tar sig ur dagens ekonomiska kris. När hjulen kommer igång ordentligt kommer det också in mer pengar till sjukvården. BM 1993

It

För att klara av datasystemet finns det diverse blanketter som fylls i och som ger datorn den information som behövs. En tänkbar utveckling är att både lämna och hämta information via så kallade terminaler, det vill säga dataskärmar där man snabbt kan få fram data. Det är också möjligt att koppla ihop laboratoriedan med det patientadministrativa systemet. BM 1975

Kollektivtrafik



Satsa på pendeltåg. BM 1982

Organisation

Den utveckling som nu pågår bygger på principen om en decentraliserad målstyrd organisation. Nu lägger vi ut ansvar och befogenheter på den personal som arbetar närmast de människor som vi ska tjäna. Det är där som våra övergripande politiska mål ska komma till uttryck i praktiken. Det är också där som kostnaderna kan påverkas. Det är där östgötarna bedömer kvaliteten på landstingets tjänster och service. Det är dit vi är på väg med hela landstinget. ÅR1985

År 2000 hoppas jag att vi har fyra sjukhus i Östergötland men vi har redan beslutat att patienterna har valfrihet. Allt behöver inte finnas överallt. Vi får en uppgiftsfördelning mellan sjukhusen, framför allt då det gäller planerade operationer. Genom en specialisering kan vi höja säkerheten och kvaliteten i sjukvården. Jag tror inte att patienterna har något emot att åka ett par mil extra för en planerad operation. BM 1993

Landstingen kommer att ersättas av regioner som övertar landstingens beskattningsrätt. Dit har vi direktval. Regionerna har bland annat över ansvaret för sjukvården som kommer att drivas på ungefär samma sätt som idag. BM1993

Förutsägelser som inte har slagit in



- Det nya lasarettet i Norrköping ska få 820 vårdplatser och det blir billigast att bygga det på den gamla tomten inne i stan.

Totalt ska akutsjukvården i landstinget ha 3000 vårdplatser år 1980. I genomsnitt ska varje östgöte gå till läkaren tre och en halv gång per år. BM1974

- Den mest revolutionerande forskningen som bedrivs idag är försök att transplantera organ och celler från djur, främst gris, till människa. På sikt kommer behovet av antal transplantationsorgan att vara mycket stort. Konstgjorda organ från djur blir då lösningen. SU
- Mer och bättre sjukvård kostar pengar. Om vi lyckas nå målen 1985 har landstingsskatten stigit med 3 kronor och 50 öre. BM 1974
- I april var tolv sjuksköterskor arbetslösa i Östergötland. Orsaken är att man har utbildat i fatt efterfrågan. BM 1982
- Enligt det framtidsalternativ som landstingsförbundet räknar med kommer det att fattas drygt 100 000 undersköterskor år 2000 om inget drastiskt görs. BM 1988
- Idag går erfaren, duktig och utbildad sjukvårdspersonal arbetslös. Det tycker jag är dystert. Sjukvården kommer så smått att behöva anställa personal igen men någon personalbrist tror jag inte på. BM 1993
- En förändring behövs. Därför har avvecklingen av landstinget i sin nuvarande form startat år 2000. Vi håller på att övergå till ett system med försäkringsfinansierad sjukvård, som täcker alla. BM 1993

Never ending story



- Distriktsläkarbristen består under ytterligare 4-5 år. BM 1975
- I samband med att husläkarsystemet byggs ut blir det möjligt för primärvården att successivt ta över öppenvårdsverksamhet från sjukhusen. ÅR 1992
- På sikt hoppas vi att den framtida utbyggnaden av primärvården leder till att allt fler patienter inte ska behöva söka sjukhusvård. SU 1994
- Datan – ett miljöhot. BM 1975
- Det är med blandade känslor jag står här inför 25-årsjubileet av Barndiabetesfondens bildande. 25 år senare hade jag hoppats att vi hade utrotat diabetes. Ledande diabetesforskare 2015
- Kraven ökar att sjukhusens personal i större utsträckning är beredd att förlägga sitt arbete till patientens hem för vissa medicinska insatser. LAH är ett viktigt led i denna utveckling. ÅR 1992
- Livet är fullt av osäkra faktorer, inte minst för dem som skall planera sjukvården inför nästa årtioende. BM 1975

Lösa alla gåtor

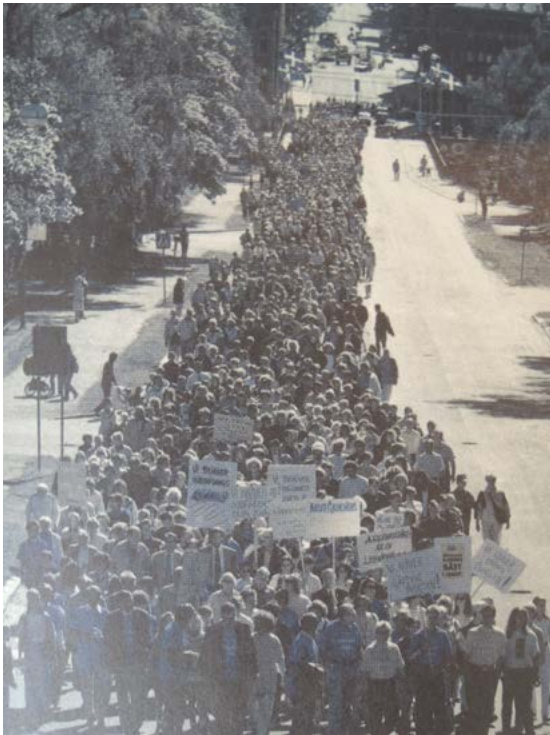
Tänk om vi kan lösa cancerns gåta? Vad det skulle innebära för sjukvården är omöjligt att veta idag. Den medicinska tekniken

kommer att gå framåt. Vi kommer i allmänhet att ha ett sundare leverne. Men samtidigt blir jag mycket rädd när jag ser framåt. Kommer klyftorna i samhället att öka? Fortsätter arbetslösheten att vara lika hög som idag? BM 1993

Vård av äldre

En av sjukvårdens stora utmaningar är att klara vården av den växande gruppen allt äldre invånare. Vi brukar tala om den medicinska paradoxen: Ju fler sjukdomar vården kan behandla, desto längre lever vi och desto fler krämpor får vi – krämpor som också de ska behandlas. Den här situationen kommer att ställa allt större krav på uppmärksamhet vid sjukhusens internmedicinska kliniker och hela vårdkedjan. Det finns fortfarande problem när det gäller till exempel samordning av rehabilitering och det är viktigt att fortsätta utveckla kontakterna mellan landstingen och kommunerna. Det finns alltid risk för överbeläggning om inte de äldre kan beredas plats på kommunernas sjukhem och där de kan få den vård de behöver efter det de är färdigbehandlade på sjukhusen. SU

Omorganisation



I alla Sveriges landsting pågår en översyn hur sjukvården ska organiseras. Landstinget i Västernorrland kan tjäna som exempel på en omvälvande process både för medborgare och politiker. Den akuta sjukvården i kommer att samordnas mellan sjukhusen. Det innebär i praktiken en flyttning av den kirurgi som kräver inläggning från Härnösand till Sundsvall. SU

Rapporten hade fel?

Tänk om de utmaningar som "Kampen om framtiden" utmålar visar sig vara fel när vi kommer in i 2025. Det skulle ju kunna bli så här:

Demografisk utveckling. Köttberget checkar inte ut. Flexiblare arbetsmarknad och smarta skatteregler för både arbetstagare och arbetsgivare gör det lönsamt och lustfyllt att fortsätta arbetslivet upp till 70 år. Försörjningskvoten hålls kvar på samma nivå som år 2015 och arbetsgivarna har svårt att bli av med sina seniorer.

Äldres hälsa, vård och omsorg. De sjuka åren minskar drastiskt.

Det sjuka åldrandet minimeras genom en dryck som innehåller allt vad människan behöver och som upprätthåller långlivade molekyler. De allra flesta dör friska.

Vårdbehov och förväntningar. Människorna inser konsekvenserna av sina levnadsvanor.

Läsken spolas, rökning upphör och fetman försvinner. Stora medicinska genombrott sker inom de stora folksjukdomarna. Alla inser också att man måste vara nöjd med den vård som erbjuds.

Det globala hälsohotet. Verksamt medel mot elaka bakterier. Genom att gå tillbaks till medicinska texter från 1000-talet har man funnit ett läkemedel som hindrar uppkomsten av MRSA och ESBL. Vi slipper en värld där människor där människor dör av banala infektioner och där många operationer blir otänkbara.

Tillgång till vårdplatser. Den perfekta krisen klarar dygnet runt vården.

Kriserna på alla plan medför att det skapas helt nya vårdprocesser och arbetssätt. Inga patienter vill ligga på sjukhus utan att det är absolut nödvändigt.

Likvärdig vård i landet. Förändring lätt som en plätt.

Politikerna i landsting och kommuner får en aha-upplevelse att man inte kan organisera sjukvården på samma sätt som man gjort i mer än 150 år. Allt gammalt groll läggs åt sidan när det gäller gränser för politiska majoriteter, län och kommuner. Staten får svårt att hålla tillbaka det regionala engagemanget.

Personal- och kompetensförsörjning. Hög konkurrerans om jobben.

Försämrad ekonomi, genomtänkta prioriteringar och effektivare vårdplanering minskar behovet av fler anställda. Robotisering och rationalisering inom den privata tjänstesektorn gör vårdyrkena säkra och attraktiva.

Ekonomiska förutsättningar. Alla kurvor pekar rätt.

En perfekt matchning sker inom arbetsmarknaden och alla får en bostad där det finns jobb. Ökad sysselsättning medför att skatteunderlaget ger stora överskott i landstingens finanser.

Citaten

”2045 kommer att likna 2015 mycket mer än vi tror. Det blir en plötslig paus, en plåtå, i dataindustrins och Silicon valleys förmåga att driva teknikutvecklingen framåt.”

Teknikjournalisten och Pulitzerpristagaren John Markoff 2015

”Så steg han då fram och mottog nobelpriset för sina värdefulla insatser för mänskligheten. Året var 1949 och pristagaren professor Egas Moniz som utvecklat en metod som skulle lösa samhällets problem med de psykiskt sjuka: lobotomi. Rätt och sant då, så ofantligt fel nu. Vilka av dagens upptäckter kommer att passa dåligt in i morgondagens sanning?”

”Relativa sanningar”, Droppe på kultursidan, Östgöta Correspondenten 1998

Källor

Region Östergötland

- Årsredovisningar
- Personaltidningen Blåmärket

Sveriges Kommuner och Landsting

- ”Sjukvårdens utmaningar”, Landstingsförbundet år 1994

Nyhets- och debattartiklar från dags- och fackpress

Material från webb-sidor



Region
Östergötland