

Patient- och personalcentrerad personalplanering

Ett stöd för framtidens efterfrågeanalyser
Nationella planeringsstödet. Delrapport 3

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2025-3-9475

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, mars 2025

Innehåll

Sammanfattning	6
Syfte och målgrupper	7
Perspektiv och faktorer för analys av efterfrågan på personal	8
Samarbeten för förändring av komplexa system	9
Pilotprojekt och metodutveckling av nationella planeringsstödet.....	10
Introduktion	12
Syfte.....	13
Metodologiskt tillvägagångssätt och avgränsningar	14
Rapportstruktur	15
Förändrad efterfrågan på vård och konsekvenser för personalplanering	17
Drivkrafter för förändring	17
Betydelsen av samarbete för att identifiera faktorer och drivkrafter som påverkar hälso- och sjukvården	19
Hälso- och sjukvård – personalplanering för ett önskat läge	21
Vägen mot ett önskat läge.....	21
Vikten av att inkludera olika perspektiv vid definitionen av ett önskat läge.....	22
Balans mellan förebyggande vård, sjukvård och personalens roll för ett hållbart samhällskontrakt.....	23
Mot ett önskat läge – nuläge och utmaningar ur ett personalresursperspektiv	24
Grundorsaker till utmaningarna med fördelning av personalresurser för förebyggande arbete och sjukvård	25
Personalplanering utifrån ett ”helt livscykelperspektiv”	27
Jämlik vård – vårdkedjor och strategisk personalplanering	27
Nulägesbild av sjukdomar och användning av läkarresurser ...	30
Framskrivning av besök i den specialiserade vården och vårdtid på sjukhus	31
Strategiska åtgärder för att möta ökad efterfrågan.....	34
Hälsa, demografisk utveckling och vårdkonsumtion ur ett regionalt perspektiv	37
Befolkningsutveckling och vårdkonsumtion i relation till socioekonomiska områden	39

Vårdkonsumtion utifrån ett regionalt perspektiv	43
Efterfrågeanalyser inom hälso- och sjukvården som grund för utveckling av patient- och personalcentrerad personalplanering	50
Patient- och personalcentrerad personalplanering.....	53
Nulägesanalys.....	53
Samarbeten för förändring av komplexa system.....	59
Förutsättningar för ett konstruktivt förändringsarbete	61
Nästa steg i metodutvecklingsarbetet för personalplanering..	63
Pilotprojekt – patient och personalcentrerad personalplanering för barn- och ungdomspsykiatri och tandvården.....	64
Främja perspektiv från yrkes- och professionsförbunden för förändrade arbetssätt och innovation	64
Utveckling och förstärkning av metoder som kopplar samman patientsäkerhet, arbetsmiljö och vårdkedjor.....	65
Utveckla underlag för att främja dialog om utbildningars villkor och hälso- och sjukvårdens personalbehov	65
Lösningsutrymmen och lärandesystem	66
Referenser.....	67
Bilaga 1. Prioriteringsplattformen	72
Bilaga 2. Vårdkonsumtion och patientregistret	73
Sjukdomsgrupper	73
Bilaga 3. Hälsoindex	75
Sammanvägning till aspekter och temanivå.....	75
Bilaga 4. Besök i den specialiserade vården och vårdtid fördelade efter socioekonomiska områden	76
Kardiovaskulära sjukdomar	76
Rörelseorganens sjukdomar	78
Onkologi (cancer)	80
Psykisk ohälsa	82

Sammanfattning

Sverige, liksom resten av Europa, står inför ett behov av att genomföra stora förändringar av hälso- och sjukvårdens struktur och organisation. En ökande försörjningskvot, där färre yrkesverksamma ska försörja en växande andel äldre och icke-arbetande grupper, skapar betydande utmaningar för hälso- och sjukvården. Den demografiska förändringen medför en situation med ett ökat inflöde av patienter som inte kommer kunna mötas genom en motsvarande ökning av antalet anställda i hälso- och sjukvården. En större andel av patienterna behöver också vård för kroniska sjukdomar och multisjuklighet. Detta i kombination med en ökad efterfrågan av vård för psykisk ohälsa kräver tillsammans fler personalintensiva insatser. Dessutom innebär framsteg inom medicin och teknik att det går att diagnostisera och behandla fler sjukdomar. Även de medicinska framstegen ökar efterfrågan på vård. När en mindre personalstyrka i förhållande till befolkningen ska möta dessa ökade vårdbehov, blir det svårt att fortsätta arbeta på samma sätt som idag [1] [2].

En grundförutsättning för att arbeta proaktivt med hälso- och sjukvårdens behov idag och i framtiden är att det finns hållbara personalförsörjningskedjor. Det handlar inte bara om att rekrytera fler, utan också om att säkerställa en kontinuerlig tillgång till kvalificerad personal med rätt kunskaper, färdigheter och erfarenheter.

När möjligheterna att diagnostisera och behandla fler sjukdomar ökar, och efterfrågan på hälso- och sjukvård fortsätter att växa, uppstår centrala frågor inom ett offentligt finansierat hälso- och sjukvårdssystem. Dessa frågor handlar om vilken hälso- och sjukvård som ska bedrivas, på vilka nivåer och i vilka vårdformer som vården ska ges. Det innefattar även att prioritera om en viss vård bör koncentreras till specifika områden, hur vårdkedjor ska struktureras och hur verksamheter ska bemannas för att på ett effektivt och hållbart sätt för att möta vårdbehoven över tid.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag tagit fram det nationella planeringsstödet med bedömningar av tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal sedan 1990-talet. Dessutom har Socialstyrelsen sedan 2024 i uppdrag av regeringen att identifiera och utveckla metoder för att stödja ett effektivt nyttjande av hälso- och sjukvårdens personalresurser ur ett nationellt perspektiv.

Socialstyrelsen har valt att sammanföra dessa två uppdrag. I Nationella planeringsstödet 2025 presenteras ett utvecklat stöd som syftar till att bättre kunna bedöma efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal än vad som är möjligt idag. Ytterligare stöd för metodutveckling kommer att presenteras i uppföljande rapporter den 31 maj 2025.

Syfte och målgrupper

Syftet med denna rapport är att stödja utvecklingen av efterfrågeanalyser inom hälso- och sjukvården, med målet att skapa analyser av personalbehov som är framtidsytande och bättre anpassade till en förändrad efterfrågan på hälso- och sjukvård. Ambitionen är också att lyfta fram viktiga perspektiv och faktorer som driver förändringar, både sådana som ligger inom hälso- och sjukvårdens kontroll och externa faktorer som ligger utanför dess direkta påverkan.

Ett centralt tema för en systemanalys om strategisk personalplanering är att undersöka hur nationella strategier och målsättningar kan omvandlas till gemensamma målsättningar om ett önskat läge. Detta behöver genomföras i samarbete med hälso- och sjukvårdens olika aktörer, till exempel regioner och kommuner som huvudmän, yrkes- och professionsförbund samt de berörda verksamheterna. De här aktörerna är målgrupperna för vår rapport.

Viktiga perspektiv och faktorer bakom förändrade personalbehov

Rapporten presenterar olika perspektiv och faktorer som kan integreras i en framåtblickande analys av personalbehov på både kort och lång sikt. Den är tänkt att fungera som ett stöd för förändringsarbete på systemnivå, där betoningen ligger på att se detta som en process som tar hänsyn till faktorer som organisation, infrastruktur, kultur, värderingar och teknik. Fokus i rapporten ligger på frågeställningar om ”varför” och ”vad”, snarare än ”hur” det ska genomföras av hälso- och sjukvårdens aktörer. Rapportens huvudingång är att en bred involvering av många olika aktörer är en förutsättning för förändring, liksom behovet av att identifiera gemensamma målsättningar.

Informationsdrivna underlag och specifika frågeställningar

Rapporten betonar vikten av att använda informationsdrivna underlag som grund för analys och beslutsfattande. Samtidigt framhålls betydelsen av samarbete med aktörer både inom och utanför hälso- och sjukvården, eftersom aktörerna enbart tillsammans kan påverka både utvecklingen av efterfrågan och tillgången på personalresurser. Eftersom hälso- och sjukvården är komplex är det varken möjligt eller lämpligt att analysera alla frågor samtidigt. Därför behöver de tillvägagångssätt som föreslås i denna rapport anpassas till specifika frågeställningar och kontexter.

Exempel på sådana frågeställningar kan vara hur reformer för att främja en förflyttning av personal mot nära vård kan genomföras. Det kan även handla om hur nationella strategier, såsom cancerstrategin och strategin för sällsynta sjukdomar, kan omsättas i praktiken. Vidare kan specifika områden med

särskilda utmaningar undersökas. Genom att fokusera på dessa typer av frågeställningar blir det möjligt att arbeta mot gemensamma målsättningar samt att identifiera och utveckla insatser baserade på nulägesanalyser. Detta skapar förutsättningar för att effektivt hantera eventuella gap mellan den nuvarande situationen och ett önskat läge.

Vi framhåller att detta arbetssätt, som har utvecklats tillsammans med WHO Europa, bidrar till att skapa lösningar som är både relevanta och praktiskt genomförbara. Denna rapport presenterar de centrala utgångspunkterna för att utveckla sådana analyser. För att pröva dessa ansatser i praktiken pågår två pilotprojekt: ett inom barn- och ungdomspsykiatri och ett inom tandvården.

Målgrupp

Målgruppen för denna rapport är aktörer som har möjlighet att påverka utformningen och implementeringen av svensk hälso- och sjukvård. Rapporten riktar sig särskilt till dem som arbetar med strategiskt förändringsarbete och har ansvar för att utveckla och implementera lösningar med en tidshorisont på medellång till lång sikt (3–15 år).

Perspektiv och faktorer för analys av efterfrågan på personal

Rapporten fokuserar på följande perspektiv och faktorer:

- **Personalplanering utifrån ett ”livscykelperspektiv”:** Genom att utgå från nationella målbilder kan personalens sammansättning planeras utifrån olika regionala förutsättningar för att främja en jämlik hälso- och sjukvård. Faktorer som bostadsort, socioekonomiska förhållanden och utbildningsnivå påverkar individens vårdbehov under hela livscykeln – från förebyggande insatser i unga år, behandling av sjukdomar under medelåldern, till stöd och vård vid ålderdom och livets slutskede. Genom att analysera patienters resor genom hälso- och sjukvården kan övergripande information kompletteras med detaljerade analyser av resursbehov som olika vårdnivåer och vårdformer har, vilket ger ett bättre underlag för personalplanering.
- **Hållbara personalförsörjningskedjor:** Säkerställa en kontinuerlig tillgång till kvalificerad personal med rätt kunskaper, färdigheter och erfarenheter. Detta innebär att det måste finnas lärare för att utbilda nya generationer av vårdpersonal, handledare som kan introducera och stötta ny personal i arbetet, samt en blandning av personal i olika åldrar och erfarenheter för att skapa en balanserad och långsiktigt hållbar personalstyrka
- **Att identifiera drivkrafter på systemnivå som påverkar hälso- och sjukvården.** Dessa drivkrafter kan inkludera teknologiska framsteg, förändrade demografiska behov, förändrade förväntningar hos befolkningen, politiska strategier, lärosätens förutsättningar samt ekonomiska incitament.

En systemanalys av dessa drivkrafter hjälper till att förstå vilka faktorer som påverkar utvecklingen och gör det möjligt att prioritera rätt insatser.

- **En nationell lägesbeskrivning över efterfrågan på hälso- och sjukvård:** Detta kan inkludera kartläggning av vårdkedjor, vårdkonsumtionsmönster samt, där det är möjligt, analyser av patientutfall och prevalensstudier. Genom att studera hur vården nyttjas, vårdkedjor och dess utfall är det möjligt att identifiera potentiella flaskhalsar och ojämlikheter i systemet.
- **Behovet av en strategisk och operativ analys på regionnivå:** Hälso- och sjukvården organiseras av regionerna på olika sätt. För att effektivt utnyttja begränsade personalresurser är det viktigt att främja lärande och fokusera på att skapa balans i personalsammansättningen mellan olika vårdnivåer, såsom nära vård, primärvård, specialistvård och kommunal vård, inklusive hemtjänst. Genom att stärka funktioner inom regionerna som ansvarar för att analysera personalsammansättningen utifrån vårdkedjor och vårdkonsumtionsmönster blir det möjligt att bedöma personalbehov på ett sätt som överskrider organisatoriska gränser. Regionernas översikter skulle kunna användas som underlag för nationella bedömningar. De skulle också främja ett lärande mellan regioner som är operativa i personalplaneringen.
- **Utveckla prognoser:** Denna del handlar om att utveckla prognoser för hälso- och sjukvårdspersonal som bygger på arbetets faktiska genomförande i verksamheterna, och som tar höjd för hur resurser skulle kunna omfördelas. Ett sådant förhållningssätt tar hänsyn till hur arbetsuppgifter fördelas och överlappar mellan olika professioner inom hälso- och sjukvården, och synliggör möjligheter till att använda resurserna på andra sätt än idag. Detta innebär att personalplaneringen kan anpassas till hur arbetet utförs och främja diskussioner om strategiska förändringar om framtida personalplanering.
- **Främja systematiskt lärande som kopplar samman nationell, regional och kommunal nivå:** Skapa plattformar och forum för att dela erfarenheter och utvärderingar, med fokus på en patient- och personalcentrerad planering. Genom att koppla samman nationella målsättningar med regionala analyser kan samverkan stärkas och beslutsunderlag förbättras för en mer effektiv och behovsanpassad hälso- och sjukvård. Ett sådant systematiskt lärande kan bidra till förbättrad vårdkvalitet, ökad effektivitet och en hållbar arbetsmiljö för vårdpersonalen.

Samarbeten för förändring av komplexa system

I ett decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem är det viktigt att involvera en bred uppsättning aktörer, såsom myndigheter, regioner, kommuner, lärosäten, yrkes- och professionsförbund, patientföreningar och forskningsfinansiärer. Detta krävs att åstadkomma effektiva och hållbara förändringar av hälso- och

sjukvårdens organisation. Varje aktör kan endast påverka en del, men tillsammans kan de förändra helheten.

Genom ett brett samarbete stärks kopplingen mellan forskning, praktik och politik, vilket bidrar till att innovationer och ny kunskap kan implementeras effektivt. En inkluderande process bidrar till att identifiera behov och lösningar som är förankrade i verkliga utmaningar, samtidigt som delaktigheten och engagemanget hos alla berörda parter ökar.

För att driva förändring i komplexa system krävs att aktörer tillsammans identifierar och arbetar med faktorer som upprätthåller och utvecklar hälso- och sjukvården. Rapporten lyfter fram tre perspektiv där sådant förändringsarbete kan ske:

- **Strukturförändringar:** Omfördelning av resurser, ansvar och makt mellan aktörer.
- **Förändringar av relationer:** Främjande av samverkan och tillit mellan olika aktörer.
- **Förändringar av perspektiv:** Utmaning av etablerade normer och tankemönster för att möjliggöra innovation.

Sådana förändringar är viktiga för att minska klyftan mellan föreställningar om hälso- och sjukvården och hur den fungerar i praktiken. Det bidrar till en mer balanserad resursfördelning mellan specialiserad och nära vård och skapar förutsättningar för en hållbar och individcentrerad hälso- och sjukvård.

Pilotprojekt och metodutveckling av nationella planeringsstödet

Rapporten beskriver flera pågående pilotprojekt som är en del av det pågående uppdrag som regeringen har gett Socialstyrelsen. Uppdraget handlar om att stödja metodutveckling ett effektivt nyttjande av hälso- och sjukvårdens personalresurser från ett nationellt perspektiv.

Pilotprojekten i regeringsuppdraget syftar till att testa och utveckla nya modeller inom personalplanering. De kan stödja hälso- och sjukvården i att möta utmaningarna med att hantera en mindre personalstyrka och en större efterfrågan på vård:

- **Patient- och personalcentrerad personalplanering för barn- och ungdomspsykiatri och tandvården:** Dessa piloter utgår från de perspektiv och faktorer som presenterats i denna rapport och utforskar hur det kan användas inom barn- och ungdomspsykiatri. Målet är att utveckla ett prognosverktyg för grupper av professioner, med syftet att möjliggöra flexibla och ändamålsenliga lösningar utifrån ett förändrat vårdbehov.

- **Förbättrad patientsäkerhet och arbetsmiljö:** Detta pilotprojekt tar inspiration från säkerhetskritiska industrier för att minska vårdskador och samtidigt förbättra arbetsmiljön inom hälso- och sjukvården. Projektets syfte är att stödja en kulturförändring genom en förflyttning mot att erfaren personal i högre utsträckning är knuten till hälso- och sjukvårdens kärnverksamheter. Vidare syftar projektet till att integrera ett holistiskt säkerhetsperspektiv utifrån ett patientcentrerat förhållningssätt som tar hänsyn till vårdkedjorna kopplade till patienter.
- **Främja perspektiv från yrkes- och professionsförbund för förändrade arbetssätt och innovation:** Socialstyrelsen undersöker hur yrkes- och professionsförbundens erfarenheter kan tas tillvara för att främja nya arbetssätt och driva innovation i hälso- och sjukvården. Syftet är att använda professionernas röster som en drivkraft för förändring inom verksamhetsområden och strukturförändringar, exempelvis resurssatsningar på nära vård. Ett dialogmaterial kommer att utformas för att stödja fortsatta dialoger mellan vårdens aktörer.
- **Fördjupad analys om utbildningars villkor och personalbehov.** Detta pilotprojekt kartlägger likheter och skillnader mellan olika legitimationsutbildningar, med målet att skapa en djupare förståelse för hälso- och sjukvårdspersonalens kunskapsbas. Syftet är att bättre förstå möjligheterna med att främja tvärfunktionella och multidisciplinära team. Det handlar också om att belysa utmaningar och möjligheter i samordningen mellan lärosätena och hälso- och sjukvårdens utifrån deras olika mandat och perspektiv.

Socialstyrelsen kommer att fortsätta metodutvecklingsarbetet med stöd av de pilotprojekt som presenteras i denna rapport. De första resultaten förväntas presenteras den 31 maj 2025.

Introduktion

Att möta efterfrågan på vård är en av hälso- och sjukvårdens största utmaningar [1] [3] [4]. Centrala frågor inom ett offentligt finansierat hälso- och sjukvårdssystem är vilken hälso- och sjukvård som ska bedrivas, på vilka nivåer och inom vilka vårdformer, om viss vård ska koncentreras till vissa områden, hur vårdkedjan ska struktureras samt hur dessa verksamheter ska bemannas för att möta upp vårdbehoven på ett effektivt och hållbart sätt över tid med begränsade personalresurser [5] [6].

Sverige, liksom resten av Europa, står inför ett behov av att genomföra stora förändringar av hälso- och sjukvårdens struktur och organisation. En högre försörjningskvot, där färre yrkesverksamma ska försörja en växande andel äldre och icke-arbetande grupper, skapar betydande utmaningar för hälso- och sjukvården. En äldre befolkning gör också att det kommer bli en större andel patienter som behöver vård för kroniska sjukdomar och multisjuklighet. Ett ökat inflöde av patienter kommer inte kunna mötas upp med motsvarande ökning av personalen. Dessutom drivs vårdbehovet på av de framsteg som gjorts och görs inom medicin och teknik, som gör att det möjligt att diagnostisera och behandla fler sjukdomar. Detta i kombination med en ökad efterfrågan av vård för psykisk ohälsa bidrar till att det behövs fler personalintensiva insatser. När en mindre personalstyrka i förhållande till befolkningen ska möta dessa ökade vårdbehov blir det svårt att fortsätta arbeta på samma sätt som idag [1] [2].

Personalplanering inom hälso- och sjukvården är en central del av samhällskontraktet, där hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, jämlikhet och anpassning till efterfrågan balanseras mot medborgarnas förväntningar och ansvar. Ett välfungerande samhällskontrakt bygger på ömsesidigt förtroende och skapar legitimitet för både vårdgivare och beslutsfattare. Samtidigt utmanas samhällskontraktet av resursbegränsningar, vilket kräver kontinuerliga dialoger och anpassningar [7].

En grundförutsättning för att arbeta proaktivt med hälso- och sjukvårdens behov idag och i framtiden är att det finns hållbara personalförsörjningskedjor. Hållbara personalförsörjningskedjor handlar inte bara om att rekrytera fler, utan också om att säkerställa en kontinuerlig tillgång till kvalificerad personal med rätt kunskaper, färdigheter och erfarenheter. Sådana kedjor bidrar inte bara till att upprätthålla befintlig vårdkapacitet utan också till att utveckla och anpassa hälso- och sjukvården efter nya krav och förutsättningar. Detta innebär att det måste finnas lärare för att utbilda nya generationer av studenter på hälso- och sjukvårdsutbildningarna, handledare som kan introducera och stötta ny personal i arbetet, samt en blandning av personal med olika åldrar och erfarenheter för att skapa en balanserad och långsiktigt hållbar personalstyrka. [3].

Att arbeta strategiskt med personalförsörjning utifrån ett nationellt perspektiv kräver att en tydlig koppling görs mellan försörjningskvotens konsekvenser och

olika geografiska förutsättningar i regionerna. Det kräver även systematiska analyser över reformer som införs för att möta upp vårdbehov, dess konsekvenser för personal samt utveckling av förbättrade analyser av vårdbehov i relation till hälso- och sjukvårdens organisation och kapacitet.

Utgångspunkten för ett nationellt planeringsstöd kan inte enbart vara att fokusera på att beskriva den nuvarande kapaciteten hos personalstyrkan, utan det kräver ett förstärkt fokus mot att utveckla hållbara vård- och personalförsörjningskedjor [8]. En sådan helhetssyn främjar ambitionen om att skapa en långsiktig balans mellan tillgång och efterfrågan på personal som arbetar på rätt vårdnivåer och inom rätt vårdformer. Även förutsättningarna för att vården ska kunna anpassas till framtida behov och förändrade demografiska och samhällseliga förhållanden främjas av det perspektivet.

Syfte

Syftet med denna rapport är att stödja utvecklingen av efterfrågeanalyser inom hälso- och sjukvården, där de kan ligga till grund för analyser av personalbehov som är framåtsyftande och bättre anpassade till en förändrad efterfrågan på hälso- och sjukvård. Ambitionen är också att lyfta fram viktiga perspektiv och faktorer som driver förändring, både sådana som ligger inom hälso- och sjukvårdens kontroll men också externa faktorer som ligger utanför dess direkta påverkan. Ett centralt tema är att undersöka hur nationella strategier och målsättningar tillsammans med regionala och kommunala prioriteringar kan analyseras tillsammans i gemensamma målsättningar om ett önskat läge.¹

I rapporten är utgångspunkten följande specifika frågeställningar:

1. Vilka perspektiv och faktorer är viktiga att ta hänsyn till för att utveckla efterfrågeanalyser som underlag för personalplanering?
2. Vilken roll spelar data och informationsdrivenhet för att analysera personalbehov?
3. Hur kan balansen mellan förebyggande och hälsofrämjande insatser och sjukvård förbättras för att minska hälsoklyftor och avlasta hälso- och sjukvården?
4. Vilka är hindren och möjligheterna för att utveckla nära vård för att avlasta den specialiserade sjukhusvården?

¹ Idag behandlas olika sjukdomsområden i olika stuprör som är organiserade i olika strategier med olika målsättningar. I praktiken tar detta arbetssätt form inom kunskapsstyrningens organisation, som huvudsakligen är strukturerad utifrån olika sjukdomsområden enligt den internationella sjukdomsklassifikationen ICD-10-SE [49]. Sett från ett systemperspektiv påverkar både olika strategier och kunskapsstyrningen och dess målsättningar både patienter och organisationer. Arbeta pågår med att utveckla metoder för att integrera hälso- och sjukvårdens olika stuprör i arbetat med horisontella prioriteringar, det vill säga prioriteringar mellan resurser mellan olika sjukdomsområden [50].

5. Vilka sjukdomsgrupper dominerar specialistvården och hur kan dessa insikter användas för att planera personalresurser och resursfördelning utifrån faktorer som vi kan förutsäga?
6. Hur har vårdkonsumtionen utvecklats över tid för patienter från olika socioekonomiska områdestyper och regioner, och vilka mönster eller skillnader kan observeras?
7. Hur kan efterfrågeanalyser utvecklas för att stödja framtidsprognoser som baseras på "ett helt livscykelperspektiv" och som är patient- och personalcentrerad?
8. På vilka sätt kan Socialstyrelsen bidra till att utveckla sammanhållna vård- och personalförsörjningskedjor?

Metodologiskt tillvägagångssätt och avgränsningar

I denna rapport används ett vägledande resonemang som utgår från hälso- och sjukvårdens portalparagraf samt den etiska plattformen som styr prioriteringar inom vården (se bilaga 1). Dessa principer har kombinerats med perspektiv och faktorer som påverkar efterfrågan av personalresurser. Angreppssättet präglas av ett nationellt systemperspektiv som beaktar kopplingar till regionala och kommunala nivåer och deras specifika förutsättningar.

Att inkludera de perspektiv och faktorer som presenteras i denna rapport som möjliggör en koppling mellan nationell, regional och kommunal nivå är särskilt relevant med tanke på Sveriges demografiska och geografiska förhållanden.

En förutsättning för ett strategiskt arbete, som speglar de perspektiv och faktorer som beskrivs i denna rapport, är att det finns nulägesbeskrivningar. I denna rapport har Socialstyrelsen använt patientregistret för att beskriva vårdkonsumtionen i olika socioekonomiska områden, och hur den har förändrats över tid. Dessa uppgifter används för att beskriva efterfrågan på specialiserad vård och utveckling över tid. Socialstyrelsen saknar uppgifter från primärvården, vilket utgör en begränsning i denna rapport. Vidare behandlar rapporten inte heller vårdutfall eller bygger på studier som ger fördjupad förståelse för sjukdomsburden.

Genom att kombinera olika perspektiv och faktorer syftar denna rapport till att skapa en helhetsförståelse för hur personalplaneringen kan utvecklas, med hänsyn till variationer i socioekonomiska och geografiska förutsättningar. En mer detaljerad beskrivning om patientregistret och socioekonomiska områden finns i bilaga 2.

Rapporten utgår från legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. En betydande begränsning med detta är att andra professionsgrupper som är viktiga kompetenser för hälso- och sjukvården osynliggörs. Det kan handla frågor

såsom hälsoinformatik, utveckling av digitala system, genetisk vägledning med flera. Dessa är viktiga delar av ett vårdteam och behöver inkluderas i framtida analyser.

Rapportstruktur

Rapporten inleds med en analys av den **förändrade efterfrågan på hälso- och sjukvård** och dess konsekvenser för personalplanering. I denna del presenteras perspektiv och faktorer som kan vara ett stöd för att driva förändring, både inom områden som ligger inom hälso- och sjukvårdens påverkan och kontroll och inom områden som ligger utanför dess direkta kontroll. Några exempel illustrerar hur olika faktorer interagerar och tydliggör deras inbördes dynamik.

I andra delen av rapporten presenteras olika perspektiv för att **planera, hantera och möta efterfrågan på hälso- och sjukvården**. Fokus ligger på att analysera vårdens verksamheter utifrån tre centrala perspektiv: sjukvård, hälsovård och insatser som befinner sig i gränslandet mellan dessa. Dessa områden beskrivs som ömsesidigt beroende för att skapa en sammanhängande, personcentrerad och effektiv hälso- och sjukvård. Ett resonemang förs om utmaningar med fördelningen av resurser mellan specialiserad hälso- och sjukvård och nära vård, samt vilka underliggande orsaker som ligger bakom dessa utmaningar.

I tredje delen av rapporten beskrivs hur personalplanering kan baseras på ett **"helt-livscykelperspektiv" tillsammans med analyser av vårdkedjor och olika typer av patienter**. Genom att utgå från nationella målbilder om vilken typ av hälso- och sjukvård som ska vara tillgänglig olika delar av människors livscykel, blir det möjligt att planera personalresurser mer strategiskt. Detta gör att analyser av personalbehov kan bli mer framåtblickande och anpassade till framtidens vårdbehov.

I fjärde delen av rapporten görs en **nulägesbeskrivning** över hur läkarresurser används och utvecklingen av vårdtid, samt framskrivningar utifrån antagande att hälso- och sjukvården arbetar på samma sätt som 2023.

I femte delen av rapporten beskrivs **personalplanering med utgångspunkt från ett önskat läge**. De perspektiv som ligger till grund för analysen fokuserar på att balansera förebyggande vård, sjukvård och insatser däremellan, samtidigt som fördelningen mellan nära vård och specialiserad vård främjas. Vidare betonas vikten av att identifiera och adressera utmaningar i fördelningen av personalresurser mellan hälso- och sjukvårdens uppgifter.

I sjätte delen av rapporten presenteras **regionala variationer i hälsa, demografisk utveckling och vårdkonsumtion och dess betydelse för patient- och personalcentrerad personalplanering**.

I sjunde delen av rapporten presteras en **modell för personalplanering** som kopplar samman nationell nivå med hälso- och sjukvårdens organisation, vårdkedjor och vårdgivare.

I åttonde delen av rapporten förs ett resonemang om vikten **av samarbete för att förändra hälso- och sjukvården utifrån perspektivet att det är ett komplext system** som har ett stort antal samverkande delar. Det gör att det är svårt, om inte omöjligt, att förutse hur systemet fungerar utifrån enbart kunskap om dess enskilda delar. Ett resonemang förs om vilka perspektiv och förutsättningar som behöver beaktas för ett konstruktivt förändringsarbete

I nionde delen beskrivs perspektiv och **faktorer för ett konstruktivt förändringsarbete mellan aktörer.**

I sista delen av rapporten presenteras **nästa steg i Socialstyrelsens metodutvecklingsarbete för personalplanering** för att utveckla förutsättningarna för ett effektivt resursnyttjande utifrån ett nationellt perspektiv.

Förändrad efterfrågan på vård och konsekvenser för personalplanering

För att kunna göra efterfrågeanalyser över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal behöver vårdpersonalens roll och funktion sättas in i en bredare organisatorisk och samhällelig kontext. Socialstyrelsen identifierade och synliggjorde några av de viktigaste av dessa faktorer i det nationella planeringsstödet resurs- och kapacitetskarta 2024:

- regionernas ekonomiska förutsättningar
- ålderssammansättning i befolkningen
- geografiska och socioekonomiska förhållanden
- utbildningsnivå
- invånarnas förtroende och tillit till hälso- och sjukvården
- tillgång till infrastruktur och personal
- tillgång till utbildning och forskningsinfrastruktur [9].

I denna del av rapporten visar vi hur det kan vara möjligt att arbeta vidare med frågor som påverkar efterfrågan på hälso- och sjukvård för att kunna göra prognoser för personalbehov, som också tar hänsyn till att hälso- och sjukvården är i ständig förändring och utveckling.

Ett exempel på praktisk tillämpning av modellen finns presenterad i det nationella planeringsstödet delrapport om barn- och ungdomspsykiatri [10].

Drivkrafter för förändring

Hälso- och sjukvården kännetecknas av att vara ett komplext system som har ett stort antal samverkande delar. Det gör att det är svårt, om inte omöjligt, att förutse systemets beteende enbart utifrån kunskap om dess enskilda delar [11].

Figur 1 visar ett sätt att göra en systemanalys över faktorer som driver förändring i hälso- och sjukvårdens komplexa system. Faktorerna kan delas in i två huvudkategorier: de som ligger inom hälso- och sjukvårdsorganisationens kontroll och de som ligger utanför dess kontroll.

Figur 1. Systemanalys över faktorer som driver förändring



Källa: WHO Europa

Faktorer inom hälso- och sjukvårdens kontroll

Faktorer inom hälso- och sjukvårdens kontroll omfattar områden där direkta insatser kan påverka utfallen. Under nivån finns det faktorer inom hälso- och sjukvårdens egen kontroll som driver förändring. Det kan till exempel handla om lokala insatser för att förbättra arbetsmiljön eller utveckla karriärvägar.

Faktorer utanför hälso- och sjukvårdens kontroll

Faktorer som ligger utanför organisationens kontroll kan till exempel inkludera demografiska förändringar, politiska beslut, ekonomiska förhållanden, kriser eller teknologiska trender. Sådana faktorer är svårare att påverka men nödvändiga att inkludera i personalplanering, eftersom de påverkar vilka kunskaper, färdigheter och erfarenheter som krävs i personalstyrkan.

Dessa faktorer kan delas in i ytterligare två underliggande nivåer: förutsägbara faktorer och väsentliga osäkerhetsfaktorer.

De förutsägbara faktorerna kan till exempel vara en åldrande befolkning och socioekonomiska skillnader i befolkningen. Dessa är viktiga att ta hänsyn till för att hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf och de etiska principerna ska uppfyllas.

De väsentliga osäkerhetsfaktorerna, kan till exempel inkludera förändrade attityder till vård bland befolkningen, förändrad politik till exempel i form av prioriteringar och resurstilldelning, samt utveckling av medicin och teknik. Exempelvis avgör inte medicinska och tekniska framsteg bara vilka sjukdomar och tillstånd som kan diagnostiseras och behandlas, utan de öppnar också för nya möjligheter till vård och behandling. Implementeringen av dessa framsteg är samtidigt beroende av flera kritiska faktorer. Det inkluderar exempelvis

politiska beslut, tillgång till medicinsk-teknisk utrustning och ändamålsenliga lokaler, samt personalresurser och organisatorisk operativ förmåga.

Betydelsen av samarbete för att identifiera faktorer och drivkrafter som påverkar hälso- och sjukvården

I en decentraliserad hälso- och sjukvård är ett nära och integrerat samarbete mellan många aktörer – såsom myndigheter, regioner, kommuner, lärosäten, yrkes- och professionsorganisationer, patientorganisationer, socialtjänst, skola, forskningsfinansiärer och näringslivet – en grundläggande förutsättning för att gemensamt analysera de drivkrafter som påverkar förändringar på systemnivå. [12].

Med en allt större andel äldre som bor ensamma framstår civilsamhället som en viktig aktör. Genom att bli en del av arbetet med stödjande insatser kan civilsamhället bidra till att främja hälsa, motverka ensamhet och avlasta hälso- och sjukvården [13].

Samarbeten inom och över organisatoriska gränser möjliggör en mer holistisk förståelse av de komplexa faktorer som påverkar hälso- och sjukvården, från demografiska och teknologiska förändringar till ekonomiska och organisatoriska utmaningar. Insikterna som kan utvecklas genom sådana samarbeten är avgörande för att hantera både kortsiktiga behov, liksom för att lösa akuta personalbrister och nå långsiktiga mål. Ju bättre samarbete, desto bättre rustade blir hälso- och sjukvården och andra aktörer att hantera väsentliga osäkerhetsfaktorer

Det nationella planeringsstödet delstudie om barn- och ungdomspsykiatri är ett exempel på en integrerad ansats som belyser flera faktorer som påverkar verksamheten och personalförsörjningen. Rapporten visar att 70 procent av barnen med läkarbesök i barn- och ungdomspsykiatri söker för adhd, vilket medför stora svårigheter att möta andra vårdbehov inom barn- och ungdomspsykiatri. Det stora inflödet av patienter med adhd bidrar till etisk stress hos personalen som bedömer att de inte kan ge den vård som de skulle önska till de svårast sjuka. Detta bidrar i sin tur till en försämrad arbetsmiljö och minskar verksamheternas attraktivitet som arbetsgivare. För att möta denna utmaning behöver vårdkedjor utvecklas tillsammans med insatser inom områden som ligger utanför hälso- och sjukvårdens kontroll [10].

Andra exempel på systemanalyser som belyser faktorer som påverkar hälso- och sjukvårdens personalförsörjning inkluderar två gemensamma studier från Socialstyrelsen, Universitetskanslersämbetet (UKÄ) och Statistiska Centralbyrån (SCB). Dessa rapporter har analyserat sjuksköterskors etablering på arbetsmarknaden och deras flyttmönster. En av rapporterna visar exempelvis

att sjuksköterskor som flyttar från storstadsregioner till glesbefolkade län för att utbilda sig ofta återvänder till regioner med storstadsområden efter avslutad utbildning. Den andra rapporten visar vidare att rörligheten på arbetsmarknaden har ökat bland sjuksköterskor, med en allt snabbare övergång från regional hälso- och sjukvård till vårdverksamhet som bedrivs i privat regi. Denna förändring beror bland annat på att regionerna inte kan konkurrera med privata vårdgivare om löner och arbetstider. Det synliggör att det finns flera faktorer som enskilda vårdgivare har begränsad möjlighet att påverka [14] och understryker behovet av samarbete mellan hälso- och sjukvårdens olika aktörer för att möta utmaningarna.

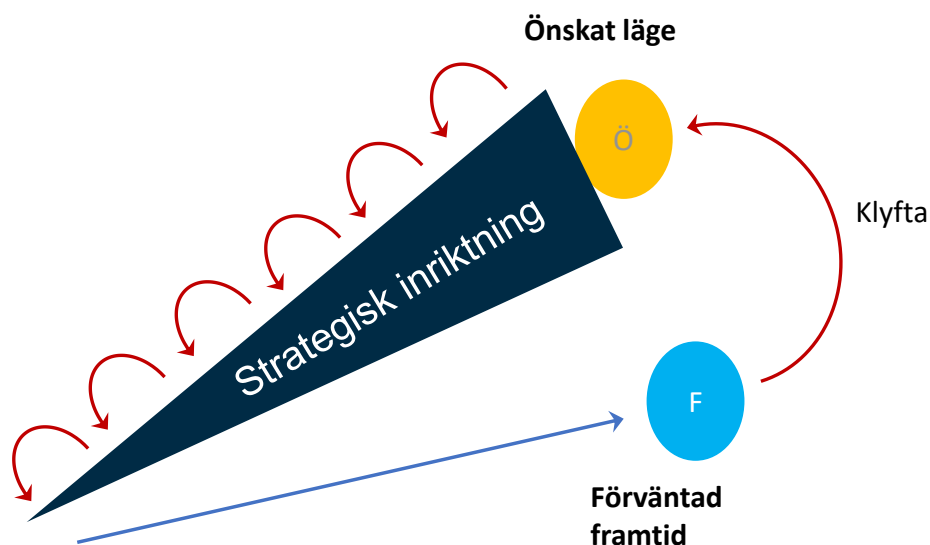
Hälso- och sjukvård – personalplanering för ett önskat läge

Personalresurserna är en av de största begränsande faktorerna för dagens och framtidens hälso- och sjukvård. Därför behöver grundläggande frågor utredas om hur hälso- och sjukvårdens breda och mångfasetterade uppdrag ska resurssättas, och på vilket sätt regioner och kommuner kan tillgodose vårdbehov och krav på en personcentrerad vård. Därför ligger vårt fokus i den här delen på att beskriva olika perspektiv som kan stödja ett sådant förändringsarbete inom personalplanering.

Vägen mot ett önskat läge

Att arbeta mot ett önskat läge tillsammans med hälso- och sjukvårdens aktörer innebär att skapa gemensamma målsättningar. Målsättningar som inte bara tydliggör konsekvenserna av att fortsätta arbeta enligt rådande strukturer och arbetssätt, utan som också visar på potentialen och möjligheterna att arbeta med förändring. Genom att synliggöra både risker och begränsningar som finns i nuvarande arbetssätt, och vinster som kan uppnås genom att sträva mot gemensamma målsättningar, blir det möjligt att mobilisera engagemang och resurser bland aktörerna. Detta arbete kräver en balans mellan att kritiskt granska *status quo* och att inspirera till förändring, med fokus på vad som är realistiskt och genomförbart utifrån rådande förutsättningar (se figur 2).

Figur 2. Önskat läge, förväntad framtid och klyftan där emellan



Källa: WHO Europa

Utgångspunkten för att definiera ett önskat läge är att det råder konsensus bland aktörerna över målen, att de har gemensamma värderingar och en delad bild över behov och ambitioner. En kartläggning behöver göras över den nuvarande situationen. Detta är viktigt för att förstå vad som är möjligt att genomföra och vilka utmaningar som kan uppstå.

Arbetet mot ett önskat läge sker i en iterativ process, där varje steg regelbundet utvärderas och justeras baserat på insikter och förändrade förutsättningar.

Den övergripande nivån handlar om politiska avsikter och mål, medan den operativa nivån implementerar och genomför arbetet. Återkopplingen mellan dessa nivåer är avgörande för att säkerställa att strategierna är relevanta och genomförbara.

Vikten av att inkludera olika perspektiv vid definitionen av ett önskat läge

För att definiera ett önskat läge är det viktigt att beakta olika perspektiv på hälso- och sjukvårdens uppdrag och hur personalresurser prioriteras. En förenklad indelning kan göras i tre områden: sjukvård, hälsovård och insatser som befinner sig i gränslandet mellan dessa. Dessa områden har olika fokus och arbetssätt, men samverkar för att möta både akuta och långsiktiga vårdbehov.

Sjukvården fokuserar på att diagnostisera, behandla och rehabilitera sjukdomar och skador. Den är reaktiv till sin natur och syftar till att återställa hälsan för personer som redan är sjuka.

Hälsovården, å andra sidan, omfattar insatser, exempelvis rökavvänjning eller rehabilitering, för att främja och bibehålla hälsa och funktionsförmåga, med ett särskilt fokus på förebyggande och hälsofrämjande insatser. Den är proaktiv och riktar sig till friska personer, personer med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, och personer som befinner sig i riskzonen för att utveckla sjukdomar.

Gränslandet mellan hälso- och sjukvård omfattar insatser som kombinerar medicinska insatser med främjande, förebyggande, rehabiliterande och socialt stödjande åtgärder. Det handlar till exempel om vaccinationsprogram och screening för sjukdomar, som syftar till att förebygga och upptäcka hälsoproblem i tid.

Habilitering är ett annat område som innebär insatser som ska bidra till att en person som har en medfödd, eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga, kan leva ett så självständigt liv som möjligt och aktivt delta i samhällslivet. Några exempel på habiliterande åtgärder kan vara att klara dagliga sysslor, träning och stöd för fysiska, intellektuella eller neuropsykologiska funktionsnedsättningar eller syn-

och hörselhjälpmedel. Dessa exempel visar att det i praktiken finns en glidande skala mellan promotion, prevention och traditionell sjukvård [5].

Balans mellan förebyggande vård, sjukvård och personalens roll för ett hållbart samhällskontrakt

Hur hälso- och sjukvården balanserar förebyggande uppströms- och nedströmsinsatser, sjukvård och insatser i gränslandet mellan de båda, har inte bara betydelse för dess organisation och struktur, men också för vilken typ av personal och vilka kunskaper, färdigheter och erfarenheter som behövs för att möta dess uppdrag. I förlängningen har det också betydelse för samhällskontraktet mellan medborgare och det offentliga som bygger på principen att vården ska vara tillgänglig, jämlik och anpassad till människors behov. Hur detta kontrakt ska förvaltas i balansgången mellan främjande, förebyggande och sjukvårdande insatser, har stor betydelse för både medborgarnas förtroende för systemet och dess långsiktiga hållbarhet [5].

Främjande och förebyggande arbete återspeglar samhällets ambition att investera i strukturer och insatser som minskar riskfaktorer och förbättrar hälsan på befolkningsnivå. Det förebyggande perspektivet har potential att minska hälsoklyftor genom att adressera grundläggande orsaker till ohälsa. Det kan handla om socioekonomiska skillnader, brist på tillgång till hälsosamma miljöer och begränsad kunskap om hälsa. Om förebyggande insatser försummas eller inte når utsatta grupper, undermineras samhällskontraktet, eftersom det då upplevs som att samhället inte fullt ut tar ansvar för att förebygga lidande och jämnat ut ojämlikheter [5].

Samtidigt är sjukvården en grundpelare i samhällskontraktet, eftersom den förväntas erbjuda behandling och stöd när sjukdomar och skador inträffar. Här blir det tydligt att det offentliga har ett ansvar att tillhandahålla snabb och effektiv vård för alla, oavsett när och hur vårdbehovet uppstår. Men när sjukvårdens resurser sätts in för att hantera sjukdomar istället för att bedriva förebyggande arbete för att förhindra uppkomsten av sjukdomar. Det kan leda till ett system som är reaktivt snarare än proaktivt. Detta kan i sin tur förstärka hälsoklyftor och gör att fler behöver söka vård, vilket kan leda till en ökad belastning på hälso- och sjukvårdspersonalen [5].

För att stärka samhällskontraktet krävs en god balans mellan dessa två perspektiv. Det offentliga behöver inte bara för att möta akuta behov genom sjukvård utan också bygga långsiktiga strategier som stärker hälsofrämjande och förebyggande arbete.

Mot ett önskat läge – nuläge och utmaningar ur ett personalresursperspektiv

Sjukhusen är idag kärnan i svensk hälso- och sjukvård, både sett till resurser och personal. År 2024 arbetade 53 procent av den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen vid universitetssjukhus eller annan specialiserad vård. Sjukhus och särskilt universitetssjukhus samlar flest specialister. Denna koncentration av resurser och kompetens till sjukhusen återspeglar deras centrala roll i att behandla avancerade och akuta vårdbehov [15]. Samtidigt finns det tydliga skäl att stärka hälsofrämjande insatser genom att utveckla vårdformer och vårdnivåer utanför sjukhusen. Ett av de främsta argumenten är att sjukhusen, trots sin kapacitet, inte kommer att kunna möta de ökade vårdbehov som en åldrande befolkning och fler kroniska sjukdomar medför.

Forskning och erfarenhet pekar också på att det inte alltid är optimalt för patienterna att vårdas på sjukhus, särskilt inte under längre perioder [16]. Sjukhusmiljön, där patienter vistas nära andra sjuka människor, kan innebära en ökad risk för vårdrelaterade infektioner som i sin tur kan försvåra rehabilitering och återhämtning. Samtidigt saknar sjukhus ofta resurser för att arbeta förebyggande och hälsofrämjande, eftersom efterfrågan på vård ökar och då prioriteras det som är mest akut. Det rehabiliterande och förebyggande arbetet sker snarare utanför sjukhusen. Ett exempel på detta är till exempel tidig hemgång med specialistteam för strokepatienter [17].

Genom att stärka vårdnivåer och vårdformer utanför sjukhusen – såsom primärvård, specialiserad vård och rehabiliterande vård i hemmet – kan vården bli både mer personcentrerad och effektiv. Dessa vårdformer skulle kunna möta patienters omedelbara och långsiktiga behov på ett sätt som avlastar sjukhusens resurser, vilka då kan fokuseras på de mest avancerade och akuta fallen. Detta inkluderar bland annat att skapa incitament och förmåga att ta ett större ansvar för patienter med kroniska eller långvariga sjukdomar. För att detta ska vara möjligt krävs det också att vårdpersonalen som arbetar utanför sjukhusen får tillgång till adekvat utbildning och vidareutbildning, samt att det finns ett nära samarbete med den specialiserade hälso- och sjukvården [18].

En personcentrerad hälso- och sjukvård kräver även att patientens behov och delaktighet står i fokus. Patienters möjligheter till att självständigt ta ansvar för sin vård ökar genom exempelvis förbättrade möjligheter till självmonitorering. Digitala verktyg kan möjliggöra självmonitorering av exempelvis blodtryck, blodsockernivåer eller hjärtfrekvens. Samtidigt finns det en risk att ansvaret för vård och hälsa förskjuts till patienten själv och dennes anhöriga, vilket kan skapa nya utmaningar. För många anhöriga, särskilt de som redan har krävande arbeten och ansvar för familj, kan detta leda till ökad stress med risk för ökade sjukskrivningar eller minskad arbetsförmåga [19]. I förlängningen kan en sådan

utveckling skapa en negativ spiral där anhörigas engagemang kan öka den totala vårdtyngden och minska tillgången till arbetskraft både inom hälso- och sjukvården och andra sektorer istället för att avlasta vården. För att balansera fördelarna med självmonitorering krävs det därför ett medvetet tillvägagångssätt som är anpassat till olika patienters och anhörigas situationer.

Att leda en strategisk utveckling mot en nära vård har flera utmaningar. Historiskt har vårdresurser och prioriteringar varit knutna till sjukhusvård, vilket gör omställningen komplex och beroende av långsiktig planering och starkt stöd från yrkes- och professionsförbund och politiken. Det måste också finnas en vilja och ambition bland yrkesverksamma att vara med och leda denna förändring i kombination med ett bredare medborgar- och patientengagemang. Att göra den nära vårdens verksamheter till attraktiva arbetsplatser kräver också satsningar på bättre arbetsvillkor och utvecklingsmöjligheter för personalen. Det är också viktigt att utveckla incitamentsstrukturer för att främja en utveckling i denna riktning. Det inkluderar till exempel områden såsom regelverket för fri etableringsrätt för hälso- och sjukvård och uppföljningsmått som mäter mål och presentation [20].

Grundorsaker till utmaningarna med fördelning av personalresurser för förebyggande arbete och sjukvård

Det krävs en balans mellan personal i det förebyggande arbetet och sjukvården för att förbättra hälsa hos befolkningen. Idag finns det utmaningar med att balansera personal mellan det förebyggande arbetet och sjukvården.

Utmaningarna med att balansera resurser mellan förebyggande arbete och sjukvård har bland annat sina rötter i hur status och hierarkier är strukturerade inom hälso- och sjukvården. Avancerad sjukvård på universitetssjukhus och specialistvård, som har hög status, får ofta en större del av resurserna och attraherar fler välutbildade och erfarna yrkesutövare. Primärvård, nära vård, äldreomsorg och förebyggande arbete får ofta mindre ekonomiska resurser och har lägre utbildad personal, trots att de är avgörande för en hållbar hälso- och sjukvård [5].

En möjlig orsak till skillnader i status och hierarkier inom sjukvården är dess starka fokus på akuta behov, diagnos och behandling. Detta fokus är djupt rotat i en vetenskaplig tradition som värdesätter mätbarhet, objektivitet och tekniska framsteg. Avancerade diagnostiska verktyg, standardiserade behandlingsprotokoll och resultat som är direkta och ofta omedelbart mätbara bidrar till att stärka sjukvårdens status både inom organisationen och i samhället som helhet. Medicinska eller kirurgiska insatser som exempelvis räddar liv, lindrar smärta eller återställer funktioner har hög synlighet och tydligt kvantifierbara effekter [21].

Hälsovården, å andra sidan, fokuserar på långsiktig hälsopromotion, förebyggande arbete och helhetsperspektiv. Dessa insatser är svårare att mäta och standardisera, vilket leder till att de uppfattas som mindre vetenskapliga och centrala, där mödravården, barnavårdscentraler och ungdomsmottagningar utgör undantag. Dessutom innehåller hälsovårdsarbetet både så kallade uppströmsinsatser och nedströmsinsatser, samt områden där båda dessa insatser möts [22].

Förenklat kan uppströmsinsatser beskrivas som insatser som omfattar strukturellt arbete som adresserar underliggande orsaker till ohälsa på samhälls- och systemnivå, exempel inkluderar lagstiftning som minskar tobaksanvändning eller investeringar i infrastruktur som främjar fysisk aktivitet. Nedströmsinsatser kan vara individinriktade och syftar till att möta omedelbara hälsobehov samt att hantera konsekvenserna av existerande riskfaktorer eller sjukdomar. Det kan exempelvis vara rökavvänjningsprogram eller hälsosamtal för personer i riskzon för ohälsosamma levnadsvanor. När båda dessa insatser kombineras uppstår synergier som hanterar både orsaker och konsekvenser av ohälsa, vilket, om det tydliggörs, förstärker hälso- och sjukvårdens effektivitet [23].

Gränslandet mellan sjukvård och hälsovård är en nyckel för att skapa en vård som kan möta både akuta och långsiktiga behov. Här kan insatser som kombinerar sjukvårdens och hälsovårdens styrkor – exempelvis multidisciplinära team, rehabilitering och hantering av kroniska sjukdomar – bidra till att bryta ned de statusmässiga och strukturella barriärerna mellan dessa områden. För att lyckas med detta krävs personal som kan arbeta i tvärfunktionella team och har en bred förståelse för vetenskapens roll [24].

Personalplanering utifrån ett ”helt livscykelperspektiv”

Att planera personal utifrån ett ”helt-livscykelperspektiv” innebär att hälso- och sjukvård betraktas som något som varierar under individens hela livscykel. Det handlar om att möta vårdbehov som varierar under olika livsfaser – från neonatalvård och pediatrik till geriatrik och palliativ vård [25].

Utifrån nationella målbilder över vilken typ av hälso- och sjukvård som ska vara tillgänglig innebär detta att personalplaneringen och resursfördelningen anpassas till skiftande vårdbehov i befolkningen. Dimensioneringen av resurser utgår ifrån aktuella behov, och planeras med utgångspunkt i framtida förändringar i demografi, sjukdomspanorama och vilka vårdformer som behövs för en personcentrerad vård. Till exempel kan en åldrande befolkning kräva fler specialister inom geriatrik och palliativ vård, medan förbättrade diagnostiska metoder och behandlingar kan innebära ett ökat behov av specialistkompetens inom nya områden.

Ett ökat fokus på samverkan mellan vårdformer och aktörer, såsom nära vård, specialistvård och kommunal vård, krävs för en effektiv vårdkedja. En effektiv vårdkedja innebär att personalfördelningen mellan olika nivåer planeras så att det finns incitament och stöd för tvärprofessionella samarbeten. Det kräver också att personal är beredd att ta på sig uppgifter och ansvar som traditionellt inte ingår i deras arbetsuppgifter. Slutligen innebär ett ”helt-livscykelperspektiv” att resurser styrs till områden där de kan ge störst effekt, exempelvis till högspecialiserade vårdområden eller till att förstärka nära vård och förebyggande insatser.

Jämlik vård – vårdkedjor och strategisk personalplanering

En jämlik vård innebär inte att alla behandlas likadant, utan att vårdens insatser anpassas för att ge varje individs förutsättningar att uppnå bästa möjliga hälsa [26]. För vissa kan det innebära snabb tillgång till avancerad specialistvård, medan andra kan behöva stöd i form av förebyggande insatser eller rehabilitering. En tredje variant är att insatserna riktas till samtliga invånare, såsom till exempel i mödra- och barnhälsovården.

För att uppnå en jämlik vård krävs en tydlig prioritering baserad på patientens unika förutsättningar och behov. Det kan vara faktorer som påverkar individens förmåga att söka vård, exempelvis kan personer i utsatta socioekonomiska grupper behöva särskilda insatser för att kompensera för bristande förståelse av information, språkbarriärer eller brist på tillit. Samtidigt måste hälso- och

sjukvården säkerställa att högprioriterade grupper, som barn och äldre, får rätt insatser utan att det sker på bekostad av andra patientgrupper.

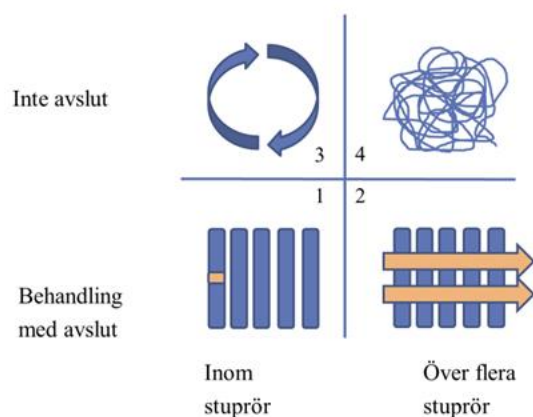
En kartläggning från 2009 i Region Stockholm visade att en liten andel av befolkningen stod för en stor del av sjukvårdskostnaderna – cirka 10 procent av patienterna svarade för 79 procent av kostnaderna, medan 1 procent stod för 33 procent. Denna fördelning belyser hur en relativt liten andel patienter, ofta patienter med flera samtidiga diagnoser, kroniska sjukdomar eller komplexa vårdbehov, kräver omfattande sjukvård. För dessa patienter kan behandlingen inkludera många vårdkontakter med återkommande sjukhusbesök, inläggningar, avancerad specialistvård och långsiktiga rehabiliteringsbehov. Det kan leda till ineffektiv användning av hälso- och sjukvårdens och patienters resurser och tid som hälso- och sjukvården utgår ifrån en organisationslogik snarare än att följa patienter genom hela vårdkedjan [27].

Vårdkedjor och olika typer av patienter

I planeringen är det viktigt att både ta hänsyn till olika patienttyper och befolkningens sammansättning i sin helhet. Genom att identifiera och förstå olika patienttyper och befolkningens sammansättning, blir det möjligt att förstå vilket vårdbehov som finns och hur det kan komma att utvecklas över tid. Det ger i sin tur möjlighet att utforma olika processer inom hälso- och sjukvården som kan ta höjd för olika typer av patientbehov och synliggöra hur personalresurser behöver fördelas för att möta vårdbehoven hos olika patienter.

Leading Healthcare har utvecklat en modell för att illustrera olika typer av patienter se figur 3.

Figur 3. Fyra grupper av patienter och deras resor genom hälso- och sjukvården



Källa: Leading Healthcare patientmodell

Figur 3 visar fyra olika patienter²:

- **Patienter inom stuprör, behandling med avslut:** Patienter som behandlas inom en enskild specialitet eller vårdform och vars vård avslutas efter en avslutad behandling. Exempel: en patient med en okomplicerad fraktur (patienttyp 1).
- **Patienter över flera stuprör, behandling med avslut:** Patienter som kräver insatser från flera specialiteter eller vårdnivåer och vårdformer, men vars vårdprocess har ett tydligt slut. Exempel: en patient som genomgår kirurgi och efterföljande rehabilitering (patienttyp 2).
- **Patienter inom stuprör, inte avslut:** Patienter som behandlas inom en specifik vårdenhet eller specialitet, men vars tillstånd är kroniskt eller återkommande. Exempel: en patient med diabetes med regelbunden uppföljning (patienttyp 3).
- **Patienter över flera stuprör, inte avslut:** Patienter med komplexa vårdbehov som kräver kontinuerlig samordning mellan flera enheter eller specialiteter utan att vårdprocessen avslutas. Exempel: multisjuka äldre som behöver samverkan mellan nära vård, såsom primärvård, specialiserad vård och kommunal omsorg (patienttyp 4).

Genom att illustrera olika patientresor kan till exempel specifika patientgrupper med komplexa och komplicerade vårdbehov (patienttyp 3 och 4) identifieras och deras vårdkedjor kan följas. Dessa patienter har ofta de största behoven och konsumerar mest hälso- och sjukvård.

Att följa patienter i kombination med att analysera konsumtionsmönster inom hälso- och sjukvården ger en bredare förståelse för vilka insatser som behövs, inklusive:

- **Effektivisering av vårdprocesser** för att främja en bättre resursfördelning, identifiera eventuellt dubbelarbete med mera.
- **Identifiering av behov av hälsofrämjande åtgärder** för att minska vårdbehov.

Tillsammans kan dessa insatser öka tillgängligheten, kvaliteten och effektiviteten inom hälso- och sjukvården.

² Utifrån ett helt "livscykelperspektiv" kan en och samma individ befinna sig i samtliga kategorier

Nulägesbild av sjukdomar och användning av läkarresurser

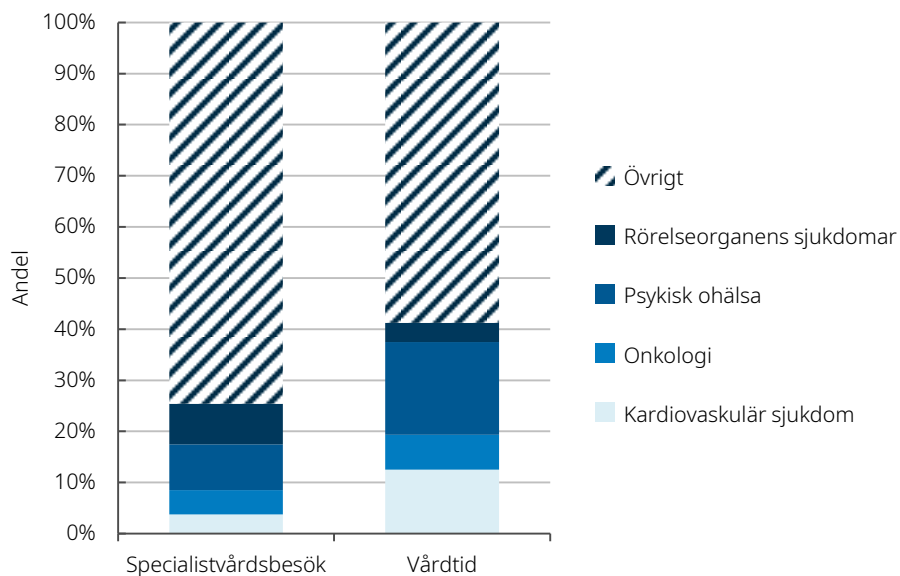
Vårdkonsumtionen inom den specialiserade vården visar hur den mest resurs- och kostnadskrävande delen av hälso- och sjukvården ser ut. Genom att analysera vårdkonsumtionsmönster kan vi få värdefulla insikter i vilka patientgrupper som efterfrågar specialiserad vård, vilka typer av insatser som är vanligast, samt vilka områden som står för de största kostnaderna. En nyanserad förståelse av vårdkonsumtionen i den specialiserade vården möjliggör också bättre samordning med andra vårdnivåer och vårdformer, såsom regional och kommunal primärvård, och bidrar därmed till en mer integrerad och hållbar vårdstruktur [28].

Figur 4 visar fördelningen av besök i den specialiserade vården hos läkare och vårdtiden för olika sjukdomsgrupper.

Läkarbesök inom den specialiserade vården fördelas enligt följande: psykisk ohälsa står för 9 procent av besöken, rörelseorganens sjukdomar för 8 procent, cancer för 5 procent och kardiovaskulära sjukdomar för 4 procent, medan övriga sjukdomar utgör sammanlagt 76 procent.

Av de stora sjukdomsgrupper som presenteras i figuren står psykisk ohälsa för 18 procent av vårdtiden, kardiovaskulära sjukdomar för cirka 13 procent, cancer för 7 procent och rörelseorganens sjukdomar för 4 procent. Övriga sjukdomar utgör tillsammans cirka 58 procent.

Figur 4. Fördelning av besök i den specialiserade vården enligt huvuddiagnos 2023

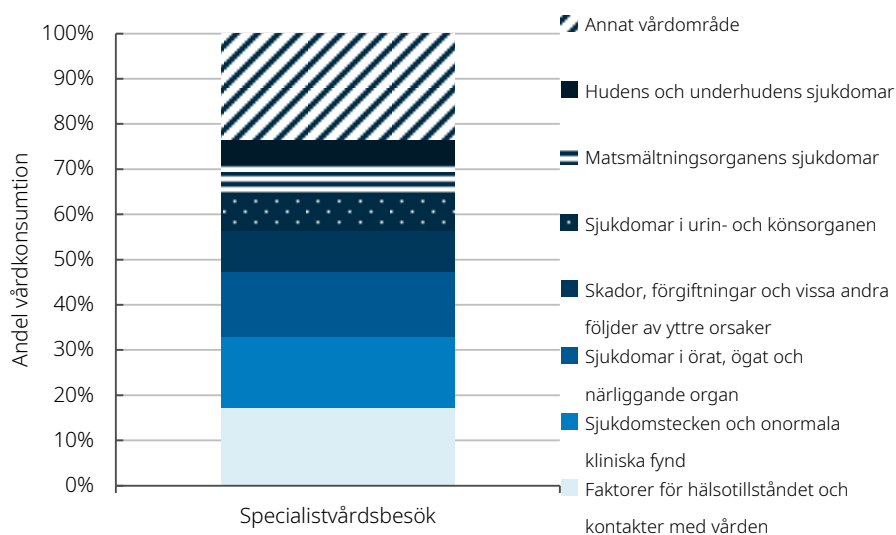


Källa: Socialstyrelsen 2024

Den största kategorin, övrigt, täcker ett brett spektrum av diagnoser utanför de tidigare angivna huvuddiagnoserna. Inom den kategorin står "Faktorer för hälsotillståndet och kontakter med vården" för den största andelen av besök i den specialiserade vården, knappt 20 procent. Den näst största kategorin, "Sjukdomstecken och onormala kliniska fynd", pekar på en stor mängd utredningar och diagnostiska processer som inte är direkt kopplade till specifika diagnoser. Där handlar en betydande del av vården om uppföljningar och andra icke-akuta vårdkontakter. Det kan också vara en kod som patienter får i väntan på diagnos. Inom detta område gömmer sig en del sällsynta hälsotillstånd också, som inte täcks av ICD-10 systemet. Bara ett par procent av diagnoserna finns representerade i ICD-10 systemet (figur 5).

Diagnosgrupperna "Andningsorganens sjukdomar", "Matsmältningsorganens sjukdomar" samt "Skador förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker" står tillsammans för cirka en tredjedel av läkarbesök i den specialiserade hälso- och sjukvården.

Figur 5. Andel specialistvårdsbesök per diagnosområde inom kategorin "övriga områden" 2023.



Källa: Socialstyrelsen 2024

Framskrivning av besök i den specialiserade vården och vårdtid på sjukhus

Vi har tidigare konstaterat att hälso- och sjukvården behöver förändras framöver. I ett sådant förändringsarbete är framskrivningar ett stöd för att främja beredskap och ett underlag inför kommande vägval. Framskrivningar av besök i den specialiserade vård hos läkare och vårdtid mellan 2023 och 2033 tyder på en stor ökad efterfrågan på hälso- och sjukvård, om inga förändringar

sker i övrigt. Detta kommer påverka möjligheterna att utveckla hållbara patient- och personalförsörjningskedjor, till exempel:

- högre belastning på specialistvården
- svårigheter att tillhandahålla kvalificerad handledning för nyutbildade
- begränsningar i lokaler och kapacitet

Det ökade patienttrycket innebär en högre belastning på specialistvården. Specialistläkare, som redan idag är en begränsad resurs inom vissa specialiteter, kommer att behöva hantera fler patienter med komplexa vårdbehov. En sådan situation kan leda till längre väntetider, högre arbetsbelastning och ökad risk för utbrändhet bland specialistläkare.

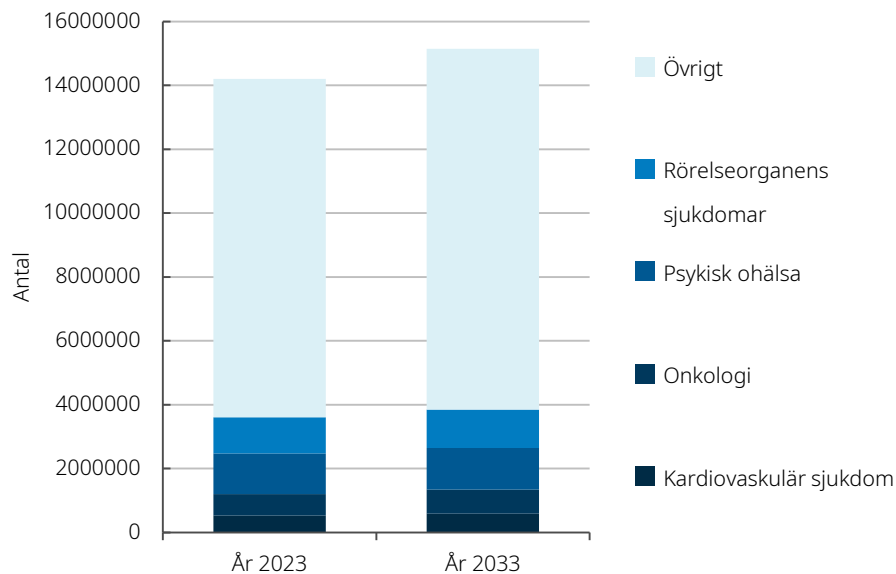
En annan möjlig konsekvens är svårigheterna med att tillhandahålla kvalificerad handledning för nyutbildade kliniker. I takt med att patienttrycket ökar kan det bli svårare för erfarna läkare att avsätta tid för att handleda nya medarbetare. Detta riskerar att försvaga den långsiktiga personalförsörjningen och påverka kvaliteten på vården.

Det förväntade ökade inflödet av patienter till sjukhusen kommer vidare att öka behovet av sjukhuslokaler, vilket kan påverka både patienters tillgång till vård och arbetsbelastningen för personalen. Begränsad tillgång till lokaler kan leda till längre väntetider, ineffektiv resursanvändning och ökad stress, exempelvis genom att personal måste lägga tid på att hitta lediga rum. Dessutom kan brist på medicinteknisk utrustning ytterligare begränsa tillgången till vård och fördröja behandlingar som kräver specialiserade resurser. Dessa faktorer sammantaget riskerar att minska vårdens tillgänglighet och kvalitet.

Framskrivning av besök i den specialiserade vården 2023–2033

Figur 6 visar att om hälso- och sjukvården fortsätter att arbeta på samma sätt 2033 som 2023, förväntas antalet läkarbesök öka med cirka 7 procent. Detta exempel visar mer på behovet av att utveckla effektivare arbetssätt för att avlasta den specialiserade vården än att vara en indikation över hur framtiden kommer att bli. Hälso- och sjukvården utvecklas ständigt och många faktorer kommer att påverka vårdkonsumtionsmönster, vilket gör att 2033 års siffra bör tolkas med en viss försiktighet.

Figur 6. Framskrivning av besök i den specialiserade vården till läkare 2023–2033 per huvuddiagnos.

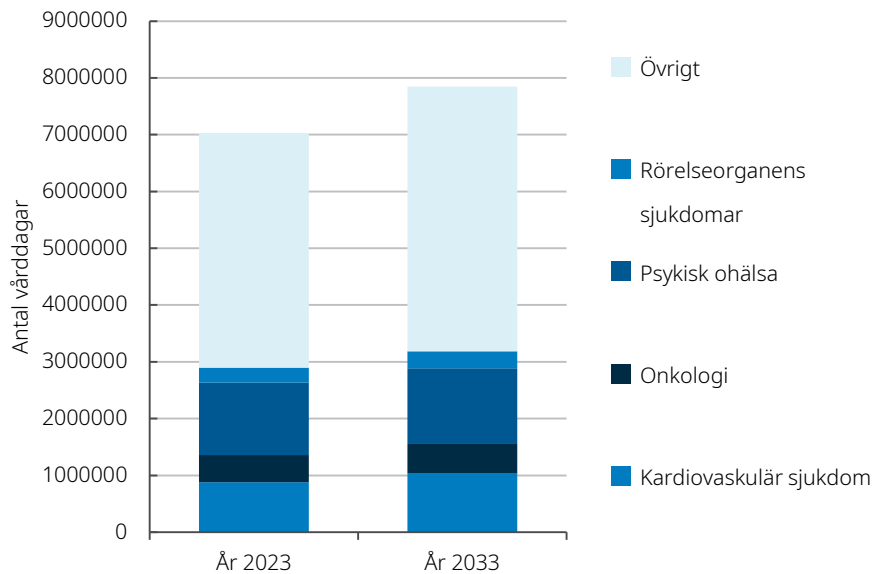


Källa: Socialstyrelsen 2024

Framskrivning av vårdtid i specialistvården

Figur 7 visar att om hälso- och sjukvården fortsätter att arbeta på samma sätt 2033 som 2023, med oförändrade arbetssätt och struktur inom hälso- och sjukvården förväntas antalet vård dagar öka med 13 procent fram till 2033. En möjlig faktor som driver denna ökning är demografiska förändringar. Figur 7 visar hur antalet vård dagar skulle öka inom olika sjukdomsområden inom specialistvården. Detta exempel visar mer på behovet av att utveckla arbetssätt för att avlasta den specialiserade vården än att vara en indikation över hur framtiden kommer att bli. Hälso- och sjukvården utvecklas ständigt och många faktorer kommer att påverka vårdens konsumtionsmönster.

Figur 7. Framskrivning vårdtid i dagar 2023–2033 per huvuddiagnos.



Källa: Socialstyrelsen 2024

Hur mycket går det att korta vårdtider?

Vårdtiden har minskat stadigt över tid. Sverige står ut i internationella jämförelser som ett land som har få vårdplatser per invånare [29]. Det aktualiserar frågan om det går att korta vårdtiderna ytterligare. En äldre befolkning med fler multisjuka patienter kräver ofta komplexa och samordnande insatser. Om vårdtider reduceras för mycket kan risken öka för att äldre patienter skrivs ut för tidigt eller får otillräckligt stöd i den nära vården. Det kan leda till återinläggningar med ökade kostnader. Det är därför avgörande vid planeringen av personalresurser, såväl inom som utanför sjukhusen, att se frågorna i ett större organisatoriskt sammanhang.

Strategiska åtgärder för att möta ökad efterfrågan

För att möta den förväntade ökningen av vårdbehov krävs strategiska åtgärder. Det kan till exempel handla om:

- ändamålsenliga journalsystem som är tillgängliga för olika vårdprofessioner, vårdnivåer och vårdformer
- ökat samarbete mellan hälsovård, nära vård och sjukhusvård
- ökat samarbete över yrkesgrupper och kännedom om och erkännande av olika gruppers kunskaper, erfarenheter och färdigheter tillsammans med att undersöka vilka faktorer och perspektiv som är avgörande för patienters hälsa.

Tekniken kan hjälpa oss att effektivisera vårdprocesser och frigöra tid för vårdpersonal att fokusera på patienter med mer komplexa vårdbehov. Detta kan ske genom ökad användning av digitala verktyg, och vård som utförs på distans. Det förutsätter system med patientjournaler som är ändamålsenliga, att information kan följa patienten och är tillgänglig för olika professioner.

Samtidigt är upphandlingar och implementering av informationshanteringssystem och journalsystem svåra. Upphandlingsprocesser präglas ofta av långa beslutsvägar, med risken att tiden mellan upphandling och införande gör att produkten är omodern. Upphandlingar av journalsystem innebär också stora ekonomiska investeringar, och det finns en risk för att systemen inte anpassas till hälso- och sjukvårdens verkliga behov [30].

Utöver ändamålsenliga journalsystem behövs en ökad integration mellan nära vård och sjukhusvården, så att fler patienter får vård i andra vårdformer för att avlasta specialistvården. Det handlar också om att överföra kunskap och kompetens till nära vård för att rusta dem att hantera allt sjukare patienter. Att utveckla multidisciplinära och tvärfunktionella team och att involvera andra yrkesgrupper kan också bidra till att hantera vårdbehovet på ett mer resurseffektivt sätt. Här blir resonemangen från föregående kapitel om satsningar på förebyggande arbete, andra vårdformer och egenvård centrala.

Det har framkommit i Socialstyrelsens dialoger med yrkes- och professionsförbunden under hösten 2024 att många av de legitimerade yrkesgrupperna anser att de kan spela en avgörande roll i att möta många av de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför. Enligt dem är några av hindren för att det ska göras möjligt att hälso- och sjukvårdens organisationer inte tar tillvara på deras erfarenheter, kunskaper och färdigheter i tillräckligt stor utsträckning. Flera av yrkes- och professionsförbunden lyfter fram att de känner sig undervärderade eller osynliggjorda i dagens vårdstruktur, vilket påverkar både deras motivation och möjlighet att påverka utvecklingen av hälso- och sjukvården. Enligt dem används deras kompetenser inte fullt ut.

Ett exempel är logopeders som med sin expertis inom kommunikation och sväljningsproblematik skulle kunna spela en större roll inom kommunal hälso- och sjukvård, elevhälsa, habilitering och rehabilitering [31] [32]. Trots det växande behovet av deras kompetens, särskilt i takt med att fler äldre utvecklar sväljproblem och att deras expertis inom neurologiska tillstånd skulle kunna utnyttjas bättre, upplever många logopeders att deras kunskaper inte integreras strategiskt för att förbättra vården. Detta kan leda till att patienter inte får den bästa möjliga behandlingen och att logopedernas potential inte tillvaratas fullt ut.³

På samma sätt menar professioner specialiserade på rörelseorganens sjukdomar, såsom fysioterapeuter, arbetsterapeuter, kiropraktorer, naprapater och

³ Socialstyrelsens digitala dialog i december 2024

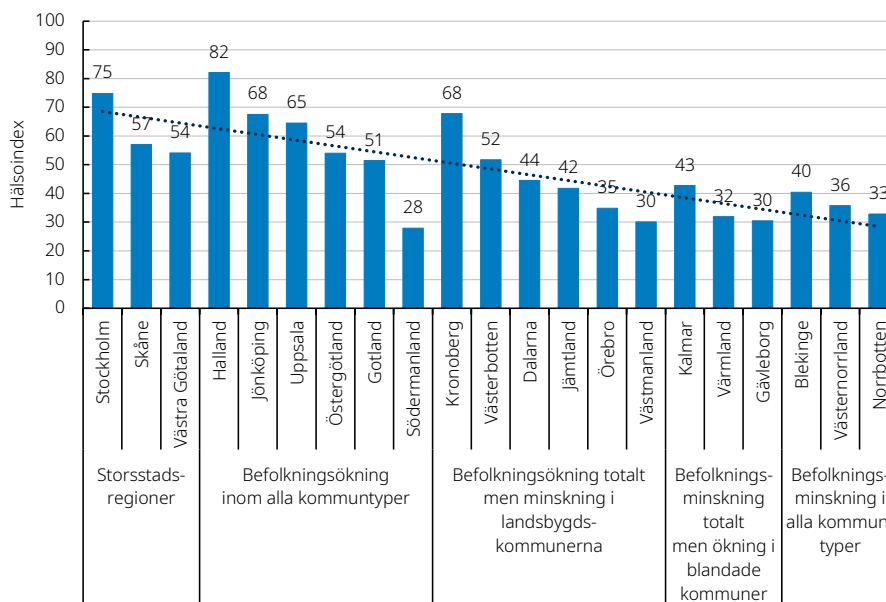
ortopedingenjörer att deras kunskaper, färdigheter och erfarenheter skulle kunna användas mer effektivt inom den nära vården. Deras kunskaper är avgörande för rehabilitering och förebyggande insatser, särskilt för att minska belastningen på specialistvården. Trots detta upplever många av dessa yrkesgrupper att deras kompetenser inte värderas tillräckligt högt, vilket de menar leder till att resurserna inte används fullt ut.

Hälsa, demografisk utveckling och vårdkonsumtion ur ett regionalt perspektiv

Hälsan hos befolkningen i Sverige varierar avsevärt mellan olika regioner. Faktorer som åldersstruktur, utbildningsnivå, inkomst och tillgång till hälso- och sjukvård spelar en avgörande roll för hur hälsan fördelar sig geografiskt. Figur 8 visar hur hälsan varierar mellan olika regioner utifrån ett hälsoindex och i tabell 1 förs ett övergripande resonemang över olika regiontyper och deras karaktärsdrag. I bilaga 3 beskrivs metoder för hur hälsoindex har tagits fram.

Figur 8. Hälsoindex 2023 och regioner

100 är bästa hälsa och 0 är lägsta möjliga.



Källa: Tillväxtverkets beräkningar, baserade på uppgifter från SCB, Folkhälsomyndigheten, Försäkringskassan, Socialstyrelsen

Tabell 1. Regiontyper och hälsa

Regiongrupp	Karaktärsdrag
Storstadsregioner	Stockholm har högst hälsoindex i denna grupp. Andelen av befolkningen som bor i socioekonomiskt utsatta områden är högst i Skåne, där nästan var femte invånare bor i ett socialt utsatt område. Gemensamt för storstadsregionerna är att befolkningsökningen delvis består av inflyttning från andra delar av landet och internationell migration. En relativt ung befolkningsprofil är en bidragande orsak till det höga hälsoindexet, tillsammans med högre genomsnittlig inkomst och utbildning.
Regioner med befolkningstillväxt i samtliga kommuner	Halland är den region med högst hälsoindex i hela Sverige och en mindre andel av befolkningen i Halland, 7 procent, bor i socialt utsatta områden. I kontrast så bor över en femtedel av befolkningen i Södermanland i socialt utsatta områden. Befolkningen i Södermanland har också lägst hälsoindex i Sverige. Gemensamt för regionerna i denna grupp är att de liknar "sovstäder". Det innebär att många pendlar till och från arbetsplatser. Det gäller till exempel till och från större städer såsom Uppsala och Linköping. Gotland har en äldre befolkning, men har inga områdestyper som klassificeras som mycket socialt utsatta.
Län med befolkningsökning totalt men minskning i landsbygdskommuner	I denna grupp har Västmanland och Örebro det lägsta hälsoindexet. I Västmanland bor ungefär en femtedel av befolkningen i socialt utsatta områden, medan motsvarande andel i Örebro är 16 procent. Kronoberg har högst hälsoindex i denna grupp, samtidigt som 18 procent bor i socioekonomiskt utsatta områden. Västerbotten och Jämtland har en låg andel av befolkningen som bor i socioekonomiskt utsatta områden, 5 respektive 6 procent. I Västerbotten är Umeå en central stad och ett regionalt nav för både utbildning, forskning och hälso- och sjukvård. Västerbotten har också ett glesbygdsmedicinskt centrum i Storuman. Det är utsett av WHO Europa som en global ledare inom bland annat digital hälsa och arbetar med att minimera avstånd som ett hinder för högkvalitativ hälso- och sjukvård och omsorg i glesbygdsområden [32].
Befolkningsminskning totalt men ökning i blandande kommuner	Kalmar har högst hälsoindex i denna grupp, medan Gävleborg och Värmland har lägre hälsoindex. Både Värmland och Gävleborg har både relativt stora tätorter såsom Gävle och Karlstad som många pendlar till och från. En åldrande befolkning och utflyttning av yngre från landsbygdskommuner innebär utmaningar för hälso- och sjukvården för samtliga regioner i denna grupp.

Regiongrupp	Karaktärsdrag
Befolkningsminskning i alla kommuntyper	Blekinge har det högsta hälsoindexet i denna grupp, medan både Västernorrland och Blekinge har en betydande andel av befolkningen som bor i utsatta områden, med 15 respektive 12 procent. Norrbotten har 2 procent som bor i socioekonomiskt utsatta områden. Samtidigt är de geografiska avstånden i Norrbotten mycket stora och länet har ett relativt lågt hälsoindex.

Befolkningsutveckling och vårdkonsumtion i relation till socioekonomiska områden

I Sverige skiljer sig de socioekonomiska förutsättningarna åt i befolkningen. Personer med liknande förutsättningar bor ofta i samma områden. Det leder till att olika geografiska områden inom en kommun får olika socioekonomiska förutsättningar.

Fördelar med att arbeta med socioekonomiska områdestyper

Socioekonomiska områden är geografiskt knutna, vilket möjliggör detaljerad analys av vårdkonsumtionsmönster och kopplingar till ekonomiska faktorer samt vårdgivares personalsammansättning. Sådana insikter är värdefulla för att förutse framtida vårdbehov och prioritera resurser baserat på demografisk och socioekonomisk sammansättning i olika områden. Exempelvis kan en åldrande befolkning indikera behov av geriatrisk vård, medan höga födelsetal signalerar behov av barn- och mödravård. Analyserna kan också stödja målinriktade insatser, såsom förebyggande program i områden med risk för livsstilsrelaterade sjukdomar. Detta skapar en grund för proaktiv vårdplanering som effektiviserar resurser och förbättrar folkhälsan.

Delegationen mot segregation, Delmos, har tillsammans med SCB delat in Sverige i fem olika områdestyper, enligt tabell 2 nedan. Denna indelning används av Socialstyrelsen för att analysera mönster i vårdkonsumtion.

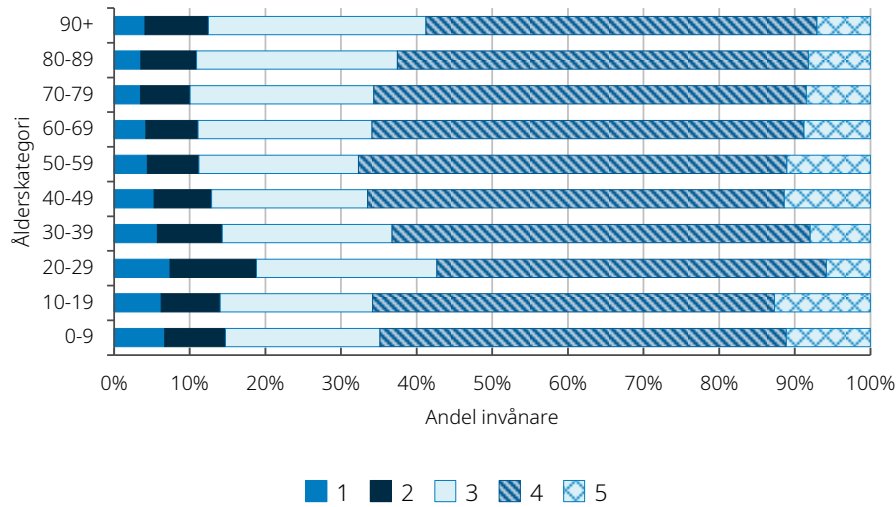
Tabell 2. Socioekonomiska områdestyper

Områdestyp	Beskrivning av förhållanden	Andel av befolkningen
Område 1	Områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar	5 procent av befolkningen.
Område 2	Områden med socioekonomiska utmaningar.	8 procent av befolkningen
Område 3	Socioekonomiskt blandade områden	22 procent av befolkningen
Område 4	Områden med goda socioekonomiska förutsättningar	55 procent av befolkningen
Område 5	Områden med mycket goda socioekonomiska	10 procent av befolkningen

Åldersfördelningen mellan de socioekonomiska områdena skiljer sig åt. Figur 9 visar andel invånare per områdestyp och ålderskategori 2023. Den synliggör hur befolkningen i olika åldersgrupper är fördelad i områdestyper med varierande socioekonomiska förutsättningar. Områden med stora socioekonomiska utmaningar har ofta en högre andel unga invånare, medan områden med goda eller mycket goda socioekonomiska förutsättningar ofta har en större andel äldre invånare.

Figur 9. Andel invånare per områdestyp och ålderskategori 2023

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

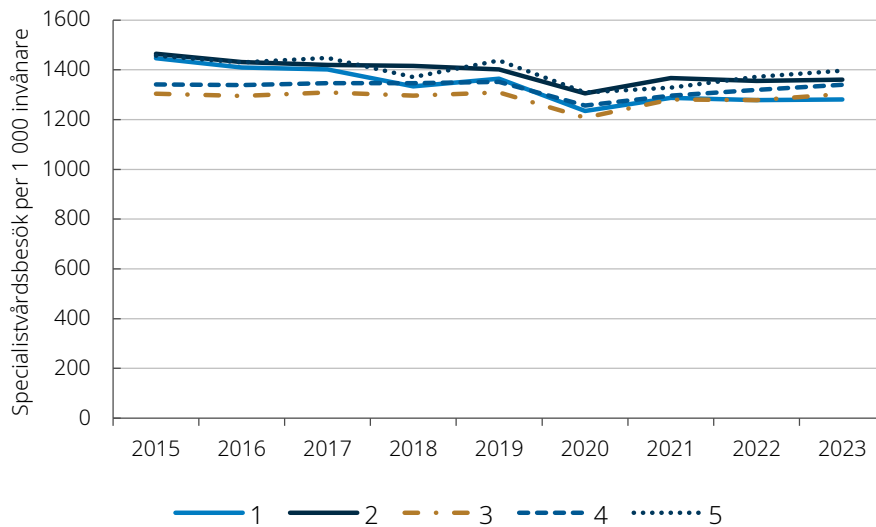


Källa: SCB 2024

Figur 10 visar antalet besök i den specialiserade vården per 1 000 invånare mellan 2015–2023 utifrån olika socioekonomiska områdestyper. Figuren visar att besök i den specialiserade vården är relativt stabila. Skillnader går att notera i konsumtionsmönster mellan patienter från olika socioekonomiska områden. Patienter från socioekonomiskt utsatta områden har till exempel en större minskning av antalet besök i den specialiserade vården än patienter från andra socioekonomiska områdestyper.

Figur 10. Antal läkarbesök i den specialiserade vården per 1 000 invånare och socioekonomiska områden

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

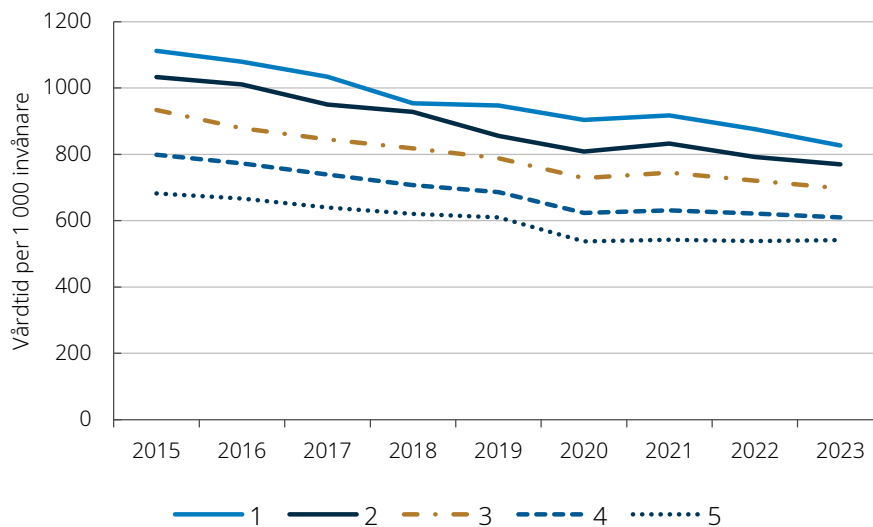


Källa: Socialstyrelsen 2024

Figur 11 visar utvecklingen av vårdtid per 1 000 invånare mellan 2015 och 2023 för de socioekonomiska områdestyperna 1–5. Under hela perioden har grupp 1, som representerar områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar, haft den längsta vårdtiden per 1 000 invånare. Samtidigt har grupp 5, områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar, haft den kortaste vårdtiden per 1 000 invånare. Skillnaderna mellan grupperna är tydliga och stabila, där vårdtiden minskar gradvis för patienter från samtliga socioekonomiska områden.

Figur 11. Vårdtid i dagar per 1000 invånare

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: Socialstyrelsen

I bilaga 4 finns en sammanställning av nationell vårdkonsumtion både i besök i den specialiserade vården och i vårdtid uppdelat på kardiovaskulära sjukdomar, rörelseorganens sjukdomar, onkologi (cancer) samt psykisk ohälsa. Värt att notera är att skillnaderna är större i konsumtionsmönster mellan patienter från olika områdestyper när olika sjukdomsområden undersöks än den totalnivå som redovisas här.

Regional vårdkonsumtion i vården och demografisk utveckling

Nedan presenteras en översikt av den totala konsumtionen av specialistvård och vårdtid ur ett regionalt perspektiv. Informationen är strukturerad enligt olika regiontyper baserat på förväntade demografiska förändringar. Översikten belyser skillnader i läkarbesök och variationer i vårdtid för individer från olika områdestyper.

Analysen ger värdefulla insikter om vårdnyttjande, både ur ett geografiskt och socioekonomiskt perspektiv. I den separata Excel-bilagan (bilaga 5) presenteras

regionala sammanställningar över vårdkonsumtion för olika sjukdomsområden, inklusive kardiovaskulära sjukdomar, rörelseorganens sjukdomar, onkologi (cancer) samt psykisk ohälsa.

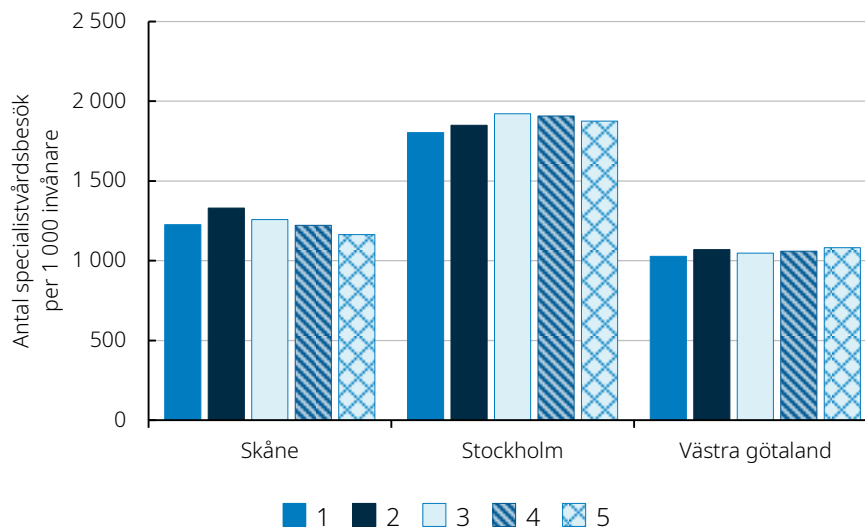
Vårdkonsumtion utifrån ett regionalt perspektiv

Storstadsregioner

Figur 12 och 13 visar att Stockholm har högst vårdkonsumtion i den specialiserade vården per 1 000 invånare. Detta gällde både antalet besök till läkare och vårdtid. Jämfört med Västra Götaland hade Stockholm nästan dubbelt så många besök i den specialiserade vården per 1 000 invånare. Patienter från områdestyp 1 i Stockholm hade längst vårdtid jämfört med samtliga regioner.

Figur 12. Antal läkarbesök i den specialiserade vården per 1 000 invånare i storstadsregioner

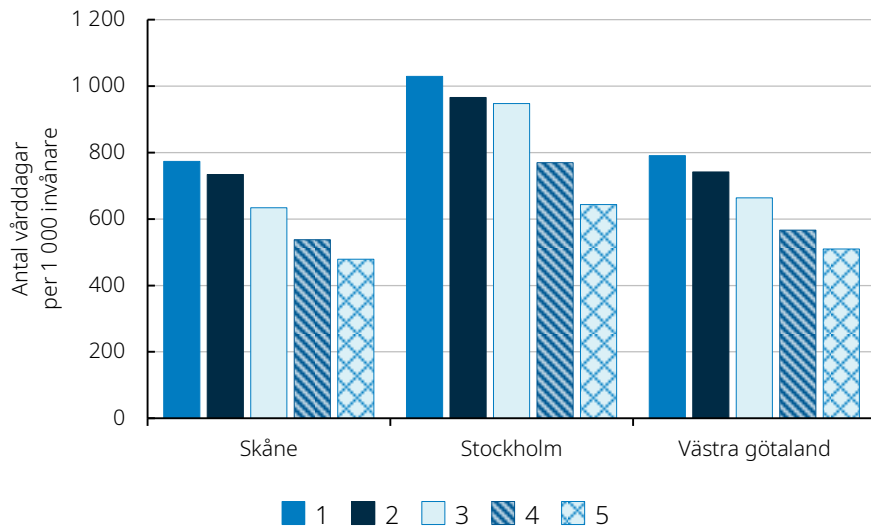
Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: Socialstyrelsen 2024

Figur 13. Vårdtid per 1000 invånare i storstadsregioner

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



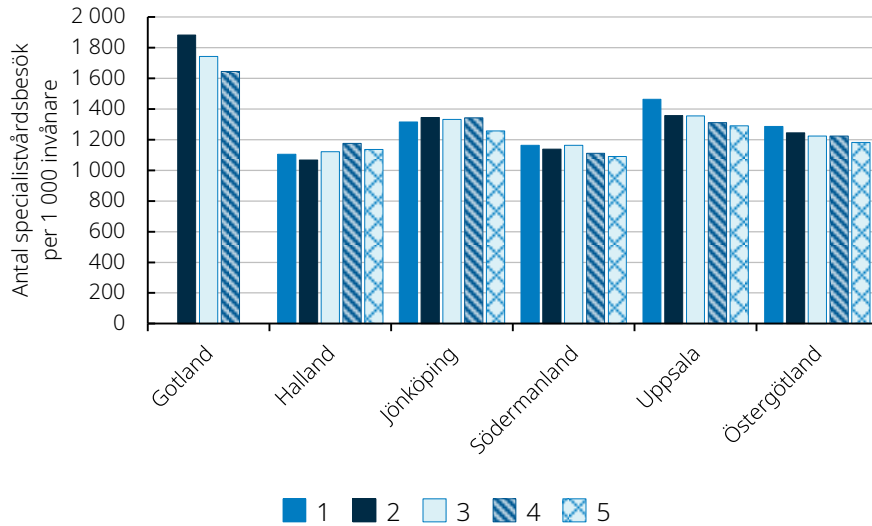
Källa: Socialstyrelsen 2024

Län med befolkningsökning i samtliga kommuntyper

Figur 14 och 15 visar att Gotland har det högsta antalet besök i den specialiserade vården per 1 000 invånare jämfört med de andra regionerna och längst vårdtid för patienter som kommer från områdestyp 2. Besök i den specialiserade vården var lägst för Halland följt av Södermanland. Uppsala hade flest besök i den specialiserade vården per 1 000 invånare för patienter som bor i socialt utsatta områden.

Figur 14. Antal läkarbesök i den specialiserade vården per 1 000 invånare i län med befolkningsökning i samtliga kommuntyper

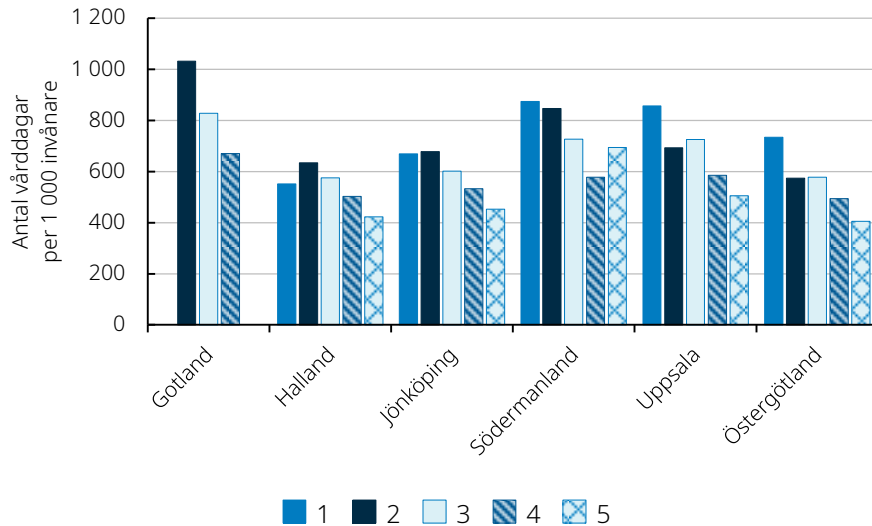
Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: Socialstyrelsen 2024

Figur 15. Vårdtid i dagar per 1 000 invånare i län med befolkningsökning i samtliga kommuntyper

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



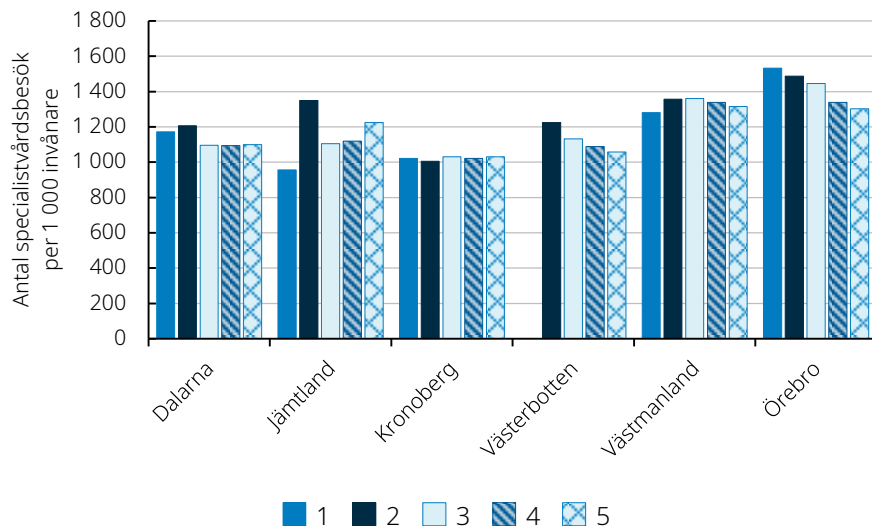
Källa: Socialstyrelsen 2024

Län med befolkningsökning totalt men med en minskning i landsbygdskommuner

Figur 16 och 17 visar att Örebro hade ett högre antal besök i den specialiserade vården per 1 000 invånare än de andra regionerna i denna grupp. Örebro hade det största antalet besök i den specialiserade vården från patienter från socioekonomiskt utsatta områden. Kronoberg hade små skillnader i antalet besök i den specialiserade vården per 1 000 invånare mellan patienter från olika socioekonomiska områden. Örebro hade längst vårdtid i dagar per 1 000 invånare från de mest utsatta områdena.

Figur 16. Antal läkarbesök i den specialiserade vården per 1 000 invånare i län med befolkningsökning totalt men med en minskning i landsbygdskommuner

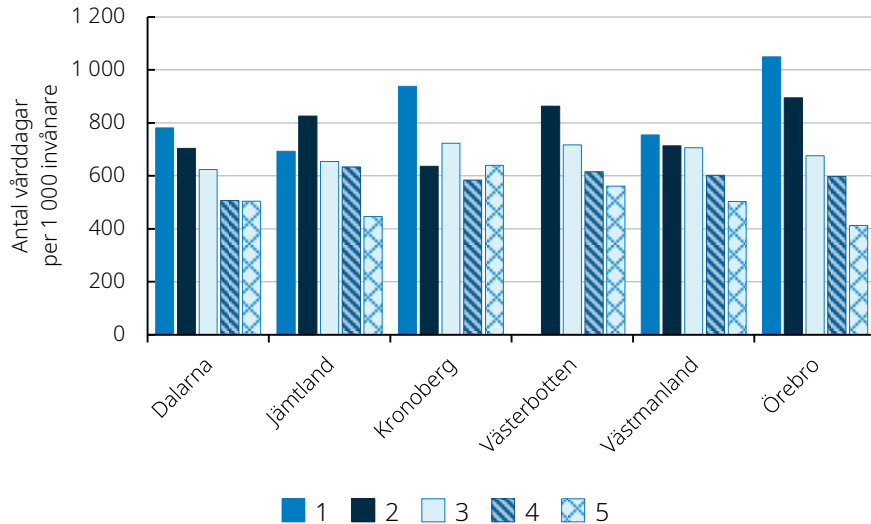
Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: Socialstyrelsen 2024

Figur 17. Vårdtid per 1 000 invånare i län med befolkningsökning totalt men med en minskning i landsbygdskommuner

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



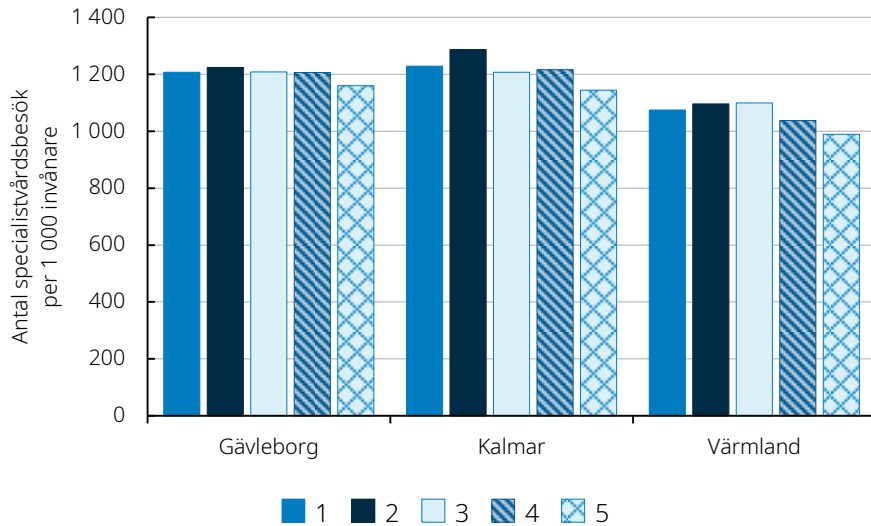
Källa: Socialstyrelsen 2024

Befolkningsminskning totalt, men en ökning i blandade kommuner

Figur 18 och 19 visar att Kalmar och Gävleborg hade liknande nivåer av besök i den specialiserade vården per 1 000 invånare, med små variationer mellan patienter från olika socioekonomiska områden. I Värmland var det färre besök i den specialiserade vården per 1 000 invånare jämfört med Kalmar och Gävleborg. Värmland hade det högsta antalet vårddagar, med en tydlig skillnad mellan olika socioekonomiska områden. Patienter från socioekonomiskt utsatta områden (1 och 2) hade betydligt fler antal vårddagar jämfört med övriga län. Gävleborg och Kalmar hade jämförbara nivåer av vårddagar och skillnaderna var mindre mellan patienter från olika socioekonomiska områden jämfört med Värmland.

Figur 18. Antal läkarbesök i den specialiserade vården per 1 000 invånare i län med befolkningsminskning totalt men ökning i blandade kommuner.

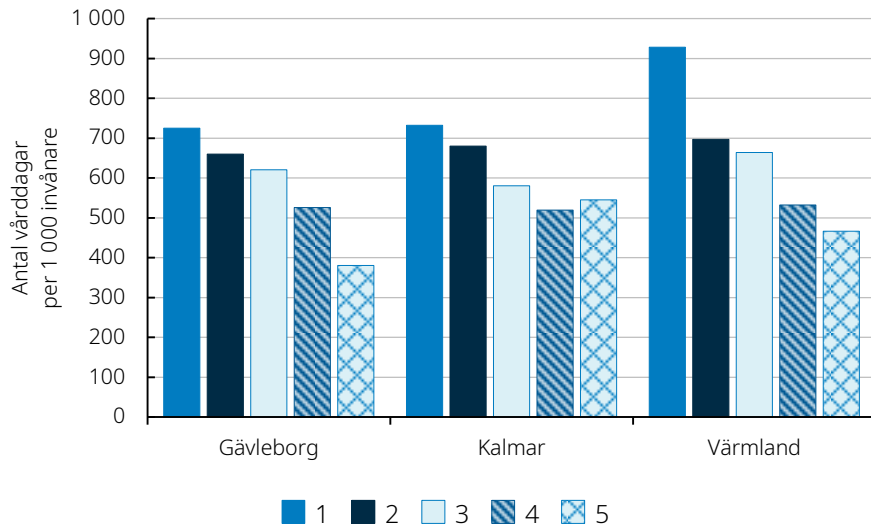
Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: Socialstyrelsen 2024

Figur 19. Vårdtid i per 1 000 invånare i län med befolkningsminskning totalt men ökning i blandade kommuner

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



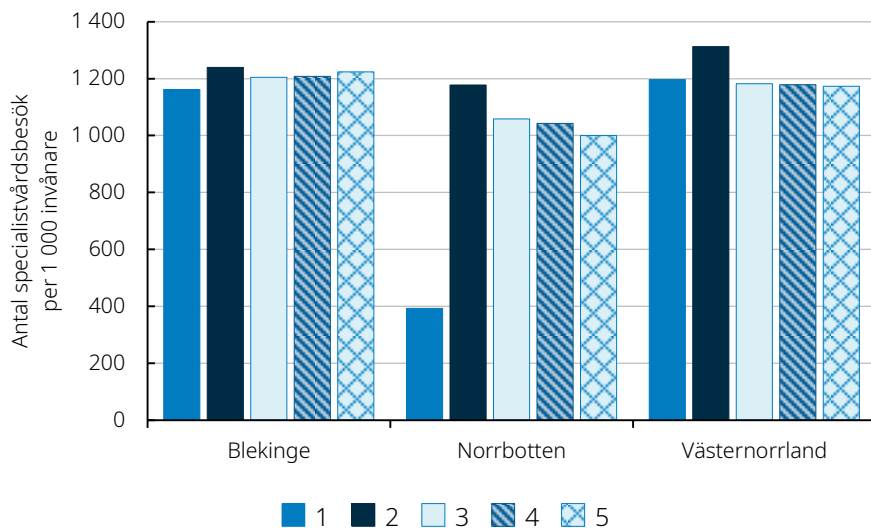
Källa: Socialstyrelsen 2024

Län med befolkningsminskning i samtliga kommuner

Figur 20 och 21 visar att Västernorrland och Blekinge hade liknande antal patientbesök per 1 000 invånare, Västernorrland hade fler patientbesök från socioekonomiskt utsatta områden från områdestyp 2, men Norrbotten hade färre patientbesök från socioekonomiskt utsatta områden. Västernorrland hade högst antal vård dagar för patienter i utsatta socioekonomiska områden. Blekinge hade längst vårdtid för patienter från de mest privilegierade områdena (5).

Figur 20. Antal läkarbesök i den specialiserade vården per 1000 invånare i län med befolkningsminskning i samtliga kommuner

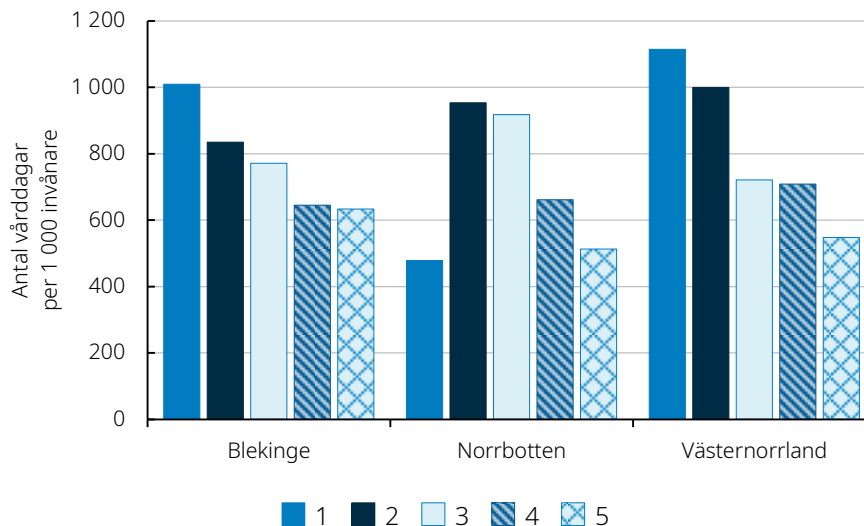
Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: Socialstyrelsen 2024

Figur 21. Vårdtid per 1 000 invånare i län med befolkningsminskning i samtliga kommuner

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: Socialstyrelsen 2024

Sammanställningen ovan visar att både antalet besök i den specialiserade vården och vårdtiden per 1 000 invånare skiljer sig åt mellan regionerna och mellan patienter från olika socioekonomiska områden. Det finns variationer mellan patienter från olika socioekonomiska områden när vårdkonsumtionen delas upp efter olika sjukdomsområden.

Efterfrågeanalyser inom hälso- och sjukvården som grund för utveckling av patient- och personalcentrerad personalplanering

Att det finns skillnader i konsumtionsmönster av specialistvård mellan Sveriges regioner och socioekonomiska områden beror på flera faktorer. De inkluderar bland annat tillgänglighet till vårdinfrastruktur, såsom universitetssjukhus, sjukhus, vårdcentraler, medicinskteknisk utrustning och digital teknik. Geografiska och ekonomiska skillnader, socioekonomiska faktorer och befolkningssammansättning påverkar också efterfrågan på hälso- och sjukvård.

Tillgången till specialistvård påverkas i hög grad av resursfördelningen samt koncentrationen och sammansättningen av personal i vårdorganisationerna. En hög koncentration av specialister kan bidra till ökad erfarenhet och effektivitet inom specifika områden. Samtidigt kan det leda till utmaningar, som ökade krav på samordning och kommunikation mellan olika aktörer. I vissa fall kan

detta resultera i organisatoriska ineffektiviteter eller risk för att patienter skickas runt mellan olika specialister utan att helheten beaktas.

Regionernas självstyre påverkar hur resurser fördelas mellan olika vårdnivåer, vårdformer och sjukdomsområden inom respektive region. Befolkningens förväntningar och behov spelar även en viktig roll för efterfrågan på vård.

Underlag om vårdkonsumtion och socioekonomi samt dess betydelse för personalplanering

Genom att vidareutveckla de analyser som presenteras i denna rapport utifrån ett ”helt-livscykelperspektiv” är det möjligt att göra fördjupade analyser om socioekonomiska områden och vårdkonsumtionsmönster. De kan ligga till grund för diskussioner kring den förväntade efterfrågan på hälso- och sjukvård. Faktorer som åldersstruktur och kön är också viktiga i detta sammanhang. De faktorerna skulle också kunna vara värdefulla underlag om behovet av andra typer av insatser för att främja ett proaktivt folkhälsoarbete och förebyggande åtgärder. Sådana insatser kan bidra till att minska efterfrågan på hälso- och sjukvård, främja tillgänglighet och samtidigt främja en bättre arbetsmiljö för personalen.

Lärande och erfarenhetsutbyte

Informationsdrivna analyser om vårdkonsumtionsmönster är användbara för att främja ett erfarenhetsutbyte och lärande om verksamheter inom hälso- och sjukvården. Ett strukturerat erfarenhetsutbyte som fokuserar på patienter med komplexa och komplicerade vårdbehov, samt utgår ifrån socioekonomiska skillnader, skulle också kunna utgöra underlag för vidare och bredare diskussioner med aktörer både inom och utanför hälso- och sjukvården om ett önskat läge som tar avstamp i en aktuell lägesbild. Diskussionerna bör baseras på en analys av den nuvarande sammansättningen av hälso- och sjukvårdspersonal, vad vi kan förvänta oss om inga förändringar görs, och främja diskussioner om en gemensam målbild för en önskvärd framtid. Fokus bör ligga på att identifiera vilka åtgärder som krävs för att nå denna framtid, samt hur resurser och personalresurser kan anpassas för att möta vårdens behov på både kort och lång sikt. Vidare skulle dessa diskussioner också kunna ge insikter om hur det är möjligt att bryta negativa spiraler i personalförsörjningen.

- **Främjande av en lärandekultur:** Skapa en miljö som uppmuntrar till att dela erfarenheter och insikter över organisatoriska gränser. Fokus bör ligga på att lära av framgångar och utmaningar i vård av patienter med komplexa och komplicerade vårdbehov, samt ett erfarenhetsutbyte om hälsoförebyggande insatser och dess effekter.
- **Strategiska initiativ för personalplanering:** Utveckla strukturer för erfarenhetsutbyte av insatser som har ett patient- och personalcentrerat fokus

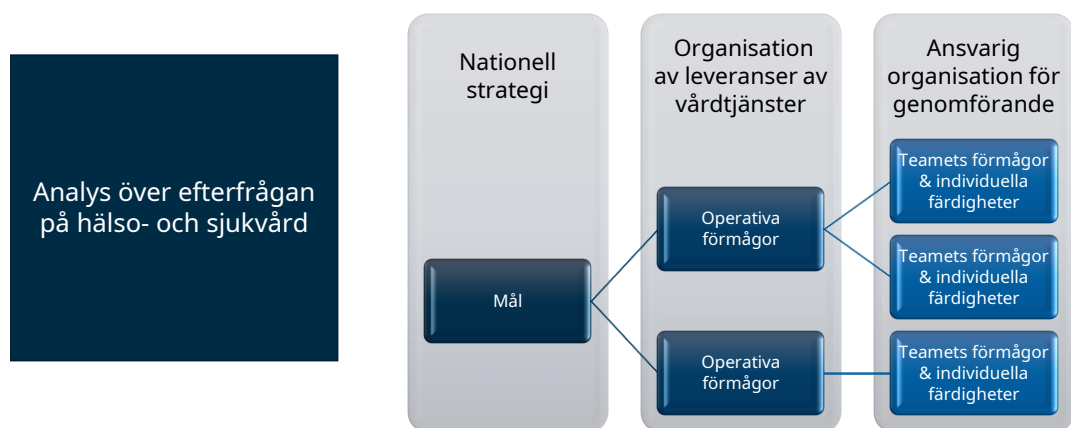
som metod för att främja hälso- och sjukvårdens effektivitet och tillgänglighet.

- **Initiativ för att bryta negativa spiraler av personalomsättning:**
Identifiera och åtgärda orsaker till hög personalomsättning.

Patient- och personalcentrerad personalplanering

I de tidigare delarna av rapporten har vi identifierat flera perspektiv och faktorer som en planering av hälso- och sjukvårdspersonal behöver ta hänsyn till. Tidigare i rapporten har vi belyst betydelsen av att arbeta med gemensamma målsättningar för att uppnå en önskvärd framtid, snarare än en förväntad utveckling. För att göra en detaljerad nulägesbild om tillgängliga personalresurser är det möjligt att utgå från de perspektiv och faktorer som presenteras i figur 22. Figuren visar en förenklad modell över centrala faktorer för personalplanering inom hälso- och sjukvården. Den tar sin utgångspunkt i en nulägesbeskrivning och kopplar sedan samman nationella strategier och gemensamma mål om tillgänglig vård, till organisationens operativa förmågor samt till det ansvariga genomförandet på både team- och individnivå.

Figur 22. Modell för patient- och personalcentrerad personalplanering



Källa: WHO Europa

Nulägesanalys

Det viktiga med nulägesanalyser är att de ger en tydlig och aktuell bild av hur hälso- och sjukvården ser ut idag och hur arbetet utförs i praktiken. I denna rapport har vi lyft fram analyser av drivkrafter samt skillnader i vårdkonsumtionsmönster inom den specialiserade vården, med hänsyn till både socioekonomi och regionala variationer. Det skulle vara värdefullt att relatera dessa analyser till tillgången av hälso- och sjukvårdspersonal och vårdinsatsernas utfall. Detta skulle synliggöra både de framsteg som har gjorts och de områden som behöver vidareutvecklas för att uppnå de nationella målsättningarna.

I denna rapport har vi belyst vårdkonsumtionsmönster kopplat till socioekonomiska områdestyper. Att analysera vårdkonsumtion utifrån både socioekonomiska områden och ett ”helt livscykelperspektiv” kan vara ett

värdefullt komplement till individ- och resultatbaserad uppföljning, särskilt i diskussioner kring strategisk personalplanering. Genom befolkningsframskrivningar kan framtida vårdbehov förutses, vilket möjliggör analyser över behov av att omfördela resurser för bästa möjliga hälsoutfall. Dessutom skapar analysen förutsättningar för målinriktade insatser, exempelvis genom att förstärka vårdresurser i områden med hög sjukdomsbelastning eller utveckla förebyggande program i områden med ökad risk för livsstilsrelaterade sjukdomar.

Sammanställning av nationella prioriteringar

Nästa steg är att göra en syntes av relevanta nationella målsättningar och strategier för att säkerställa att planeringen av hälso- och sjukvården är i linje med övergripande mål. Detta omfattar att identifiera och analysera lagar, förordningar, samt politiska och strategiska initiativ som redan existerar och som är vägledande för verksamheterna. Exempel på sådana initiativ inkluderar strategin för sällsynta hälsotillstånd, den nationella cancerstrategin, nationella vårdprogram, vårdförlopp och riktlinjer samt den nationella nivåstruktureringen av högspecialiserad vård.

En sammanställning är viktig för att inga centrala strategier ska förbises och för att säkerställa att beslut grundas på en helhetsbild av vårdens krav och möjligheter. De nationella målsättningarna kan påverka vilket vårdutbud som erbjuds och när en viss vård ska bedrivas på annan plats. Andra vårdformer, såsom viss rehabilitering och uppföljning, kan till exempel behöva utvecklas i vissa regioner, medan den högspecialiserade vården kan behöva utökas i andra regioner.

Hälso- och sjukvårdens strategiska och operativa förmåga – en nyckel till framgång

Ett nästa steg är att analysera hälso- och sjukvårdens organisatoriska och strategiska förmåga och struktur, med särskilt fokus på vårdkedjorna. Det är viktigt att undersöka hur vårdkedjorna hänger samman och vilka vårdformer som är ansvariga för att genomföra och planera olika vårdinsatser. Vidare behöver olika perspektiv vägas in, såsom hälsoförebyggande åtgärder, sjukvård och insatser i gränslandet däremellan.

Att undersöka dessa faktorer och perspektiv hjälper till att identifiera brister och styrkor i hälso- och sjukvårdens struktur och skapar insikter om vilka områden som kräver särskilda insatser. Mot bakgrund av den ökade specialiseringen ställs det till exempel krav på omfattande samarbete, både inom enskilda organisationer och över organisatoriska gränser. För att säkerställa kontinuitet och kvalitet i hälso- och sjukvården för patienterna krävs ett nära samspel mellan patienter, professioner och organisationer, särskilt vid övergångar mellan olika vårdnivåer och vårdformer.

Operativ och strategisk nivå – vårdkedjornas betydelse för patienter med komplexa vårdbehov

Att analysera vårdkedjor är av stor betydelse. Speciellt för resurskrävande patienter ger det en möjlighet att identifiera hälso- och sjukvården utifrån ett patientcentrerat perspektiv. Det möjliggör att identifiera flaskhalsar som uppstår till exempel på grund av personalbrist, överlappningar i insatser mellan olika vårdformer och andra eventuella brister. Exempelvis kan en patient med diabetes, hjärtsvikt och njursvikt behöva besöka flera olika vårdenheter där informationen i journalerna inte alltid är sammanhängande. Detta kan i sin tur leda till dubbelarbete, onödiga provtagningar och suboptimal behandling, samtidigt som det skapar en hög belastning och oro för patienten och dess anhöriga.

Vidare kan insikterna från analyser av vårdkedjor ligga till grund för att utveckla integrerade vårdmodeller som fokuserar på helheten av patientens vårdbehov. Ett exempel är att skapa multidisciplinära vårdteam som arbetar nära patienten och samordnar insatserna över organisatoriska gränser. Dessutom kan förebyggande insatser riktas till dessa patienter. Det kan till exempel handla om självmonitorering och stöd från hälsocoacher, vilket minskar behovet av akut och dyr sjukhusvård.

Förutom att förbättra vården för patienten kan analyser utifrån strategisk operativ nivå bidra till att minska vårdkostnaderna genom att förhindra onödiga inläggningar och ineffektiva behandlingar. För att detta ska lyckas krävs inte bara bättre data och analyser, utan också en kulturell och organisatorisk förändring inom hälso- och sjukvården. Resurser behöver styras mot insatser som stärker personcentrering, patientinvolvering och samordning, samtidigt som vårdens aktörer får rätt incitament och mandat för att arbeta tillsammans snarare än i silos.

Analyser av hälso- och sjukvårdens strategiska och operativa förmåga är centrala för att hantera vårdens begränsade resurser, särskilt i takt med att befolkningen åldras och antalet patienter med kroniska och komplexa sjukdomar ökar. Det handlar inte bara om att effektivisera resursanvändningen, utan också om att främja en hälso- och sjukvård som är långsiktigt hållbar och jämlikt fördelad, så att alla patienter får den vård de behöver.

Informationsdriven vård i Halland – en sammanhållen vårdkedja för patientens bästa

Att följa individer genom hela vårdkedjan är i dag möjligt i Region Halland [33]. Att utveckla en informationsdriven vård i fler regioner skulle kunna vara en central åtgärd för att stärka förutsättningarna för att göra ändamålsenliga analyser som bidrar till en mer effektiv och balanserad resursfördelning inom hälso- och sjukvården för Sveriges regioner och kommuner. Det skulle ge information om vårdbehov, och att kunna följa patienter genom hela

vårdkedjan, vilket skulle göra det möjligt att bättra allokera resurser ändamålsenligt. Idag finns det en risk att beslut fattas på ekonomisk grund på ett ställe i vårdkedjan, men som står mot en medicinsk bakgrund i en annan del av vårdkedjan. En gemensam bild över samma data, oavsett placering i vårdkedjan, skulle leda till bättre förutsättningar att ge en patientsäker och effektiv vård. Att undersöka hur detta arbetssätt kan överföras till andra regioner skulle kunna vara ett steg framåt mot att utveckla ett nationellt planeringsstöd som är bättre förankrat i verkliga resurser [34].

Region Halland befinner sig i framkant för vad som kallas informationsdriven vård. Det är intressant att undersöka hur andra regioner arbetar med strategiska analyser av personalbehov. En viktig del i att utveckla prognoser som är meningsfulla på en strategisk nivå och kan ligga till grund för beslut på nationell, regional och kommunal nivå är att skapa samarbeten med regionerna för att främja funktioner som sammanför olika perspektiv utifrån en strategisk operativ nivå. Dessa analyser bör sammanföra information från olika vårdformer för att ge en helhetsbild av hur begränsade personalresurser används. Målet är att skapa en balanserad personalsammansättning mellan nära vård, specialistvård och hemtjänst. Sådana analyser kan inte bara stödja nationella bedömningar utan också främja lärande och erfarenhetsutbyte mellan regionerna och i förhållande till deras kommuner.

Kartlägga personalresurser och arbetsfördelning

För att förstå hälso- och sjukvårdens organisationers förutsättningar är det viktigt att kartlägga verksamheters personalsammansättning. Detta inkluderar en analys av både antalet anställda inom olika professioner och deras erfarenhet samt om det finns dubbelkompetenser. Även arbetsfördelningen mellan dessa grupper är viktig att analysera. En sådan kartläggning behöver genomföras på både regional och kommunal nivå för att få en tydlig bild av variationer i resurstillgång och organisation över hela landet.

Det är viktigt att identifiera eventuella överlappningar i arbetsuppgifter mellan olika professioner, och därigenom förstå vilka arbetsuppgifter som i praktiken genomförs av flera yrkesgrupper [35]. En djupare analys av arbetsfördelningen kan också ge insikter om vilken flexibilitet som finns i systemet när det gäller team- och professionssammansättning. Detta är särskilt relevant eftersom tidigare studier har visat att betydande överlappningar i arbetsuppgifter mellan professioner existerar, exempelvis mellan sjuksköterskor och undersköterskor eller mellan läkare och andra specialistroller. Att kartlägga och analysera dessa överlappningar kan leda till bättre användning av resurser och möjliggöra en mer dynamisk anpassning av yrken och arbetsuppgifter utifrån vårdens behov.

En annan central aspekt är att synliggöra resursanvändning för dokumentation, administration och informationsinfrastrukturer, och hur de påverkar personalen. Ett välutformat system för dokumentation kan också bidra till kunskapsstyrningen genom att generera data som kan användas för att analysera

effekten av olika insatser och därmed förbättra hälso- och sjukvårdens effektivitet och utfall. Även om dokumentation är viktig för att säkerställa kvalitet, kontinuitet och ansvarstagande, måste kraven vara proportionerliga och stödja hälso- och sjukvården utan att överbelasta personalen. Det är därför viktigt att administrationen är ändamålsenlig exempelvis för kliniskt arbete, ledningssystem, hantering av intygsskrivning till myndigheter, statlig tillsyn och klagomålshantering samt personal- och ekonomiadministration. En uppskattning är att ungefär en tredjedel av arbetstiden går till administrativa arbetsuppgifter [36]. Administration och dess påverkan på arbetsmiljön är en återkommande fråga som lyfts från yrkes- och professionsförbunden.⁴

Behovsanalys och prognoser för förändrat vårdbehov

Genom att kartlägga tillgången på personal, identifiera överlappningar mellan professioners arbetsuppgifter och analysera de resurser som används för administrativt arbete blir det möjligt att genomföra en behovsanalys. Denna analys syftar till att identifiera vilka personalresurser som krävs för att möta både nuvarande och framtida vårdbehov. Genom att låta det faktiska arbetet i verksamheten vara vägledande i analysen av resurstillgång kan samtliga delar av hälso- och sjukvårdens arbete synliggöras. Idag är många av dessa delar osynliga, exempelvis det relationella arbetet i patientbemötande samt uppgifter kopplade till utveckling av vårdens processer och organisationer.

En analys utifrån rådande läge kan sedan sättas i en kontext av data om vårdkonsumtion, epidemiologiska faktorer och, där det är möjligt, patientutfall. På så sätt blir det möjligt att bättre förutse hur vårdbehoven förändras över tid och vilka konsekvenser dessa förändringar kan få för personalresurserna på nationell, regional och kommunal nivå, och i olika delar av Sverige.

Från förväntad framtid till önskat läge: Utveckla strategier på kort och längre sikt

En prognos gör det möjligt att identifiera klyftan mellan nuläget och det önskade läget. Eftersom det tar lång tid att utbilda ny personal är det avgörande att arbeta med de resurser och förutsättningar som finns idag, och samtidigt göra en översyn av möjliga lösningar både på kort och lång sikt.

Det lokala perspektivet spelar en central roll i denna process. På lokal nivå finns ofta möjligheten att påverka situationen genom konkreta insatser som att göra prioriteringar, ta in tillfällig personal och förbättra både arbetsprocesser och prioritera arbetsmiljöarbetet. Om detta perspektiv ignoreras riskerar

⁴ Detta har framkommit i dialogerna som Socialstyrelsen haft under hösten 2024 med yrkes- och professionsförbunden.

verksamheten att hamna i en ond cirkel, där en försämrad arbetsmiljö leder till sjukskrivningar och att fler anställda slutar. Detta i sin tur gör arbetsplatsen mindre attraktiv för potentiella nya medarbetare, vilket förvärrar situationen ytterligare för de kvarvarande medarbetarna och kan resultera i ännu sämre arbetsförhållanden och en fördjupad personalbrist.

För att skapa en hållbar strategi är det viktigt att nyansera lösningarna utifrån olika perspektiv: kortsiktigt och långsiktigt, lokalt och regionalt samt nationellt. På kort sikt kan lösningar vara att omfördela resurser eller implementera tillfälliga insatser för att hantera akuta behov. På lång sikt handlar det om att planera för en personalsammansättning som är anpassad till framtidens vårdbehov. Det är också viktigt att skilja på åtgärder som kan kontrolleras och genomföras av verksamheterna själva och de som kräver samarbete mellan olika nivåer och aktörer, exempelvis yrkes- och professionsförbund, näringslivet, patientföreningar, lärosäten, kommuner, regioner och myndigheter.

Genom att balansera olika perspektiv och kombinera kortsiktiga åtgärder med långsiktiga strategier kan verksamheterna utveckla hållbara lösningar som förbättrar arbetsmiljön, säkrar tillgången på kompetens och bidrar till en vård av hög kvalitet för framtiden.

Samarbeten för förändring av komplexa system

I denna rapport har vi beskrivit hur det nationella planeringsstödet för hälso- och sjukvården kan stödja utvecklingen mot att koppla samman nationella målsättningar med regionala och lokala förutsättningar. Detta kan i sin tur användas för att göra bedömningar över personalbehov. En decentraliserad hälso- och sjukvård innebär att ansvar och beslut fördelas mellan nationell, regional och kommunal nivå samt mellan olika vårdgivare i vårdkedjan. Denna struktur skapar både möjligheter och utmaningar när det gäller att planera och tillgodose vårdbehov på ett effektivt och ändamålsenligt sätt.

För att driva en hållbar och effektiv förändring inom hälso- och sjukvården är det viktigt att alla relevanta aktörer involveras i processen. Detta inkluderar myndigheter, regioner, kommuner, lärosäten, yrkes- och professionsförbund, patientföreningar, vårdgivare, näringslivet, skolor, elevhälsan och forskningsfinansiärer. Genom att involvera aktörer med olika perspektiv, erfarenheter och kompetenser skapas förutsättningar för en helhetssyn som möjliggör långsiktiga förbättringar.

Ett brett samarbete mellan olika parter stärker också kopplingen mellan forskning, praktik och politik. Det bidrar till att nya kunskaper och innovationer kan implementeras i vården på ett effektivt sätt. Vidare bidrar en inkluderande process till att identifiera behov och lösningar som är väl förankrade i de verkliga utmaningarna inom vården, samtidigt som den ökar delaktigheten och engagemanget hos alla berörda parter.

Dessa samarbeten behövs för att arbeta med de områden som denna rapport lyft fram, såsom:

- **Personalplanering utifrån ett ”helt-livscykelperspektiv”:** Genom att utgå från nationella målbilder kan personalens sammansättning planeras utifrån olika regionala förutsättningar för att främja en jämlik hälso- och sjukvård. Faktorer som bostadsort, socioekonomiska förhållanden och utbildningsnivå påverkar också individens vårdbehov under hela livscykeln – från förebyggande insatser i unga år, behandling av sjukdomar under medelåldern, till stöd och vård vid ålderdom och livets slutskede. Genom att analysera patienters resor genom hälso- och sjukvården kan övergripande information kompletteras med mer detaljerade analyser av resursbehov för olika vårdnivåer och vårdformer. Det ger ett bättre underlag för personalplanering.
- **Hållbara personalförsörjningskedjor:** Detta handlar om att säkerställa en kontinuerlig tillgång till kvalificerad personal med rätt kunskaper, färdigheter och erfarenheter. Det innebär att det måste finnas lärare för att utbilda nya generationer av vårdpersonal, handledare som kan introducera och stötta ny

personal i arbetet, samt en blandning av personal med olika åldrar och erfarenheter för att skapa en balanserad och långsiktigt hållbar personalstyrka

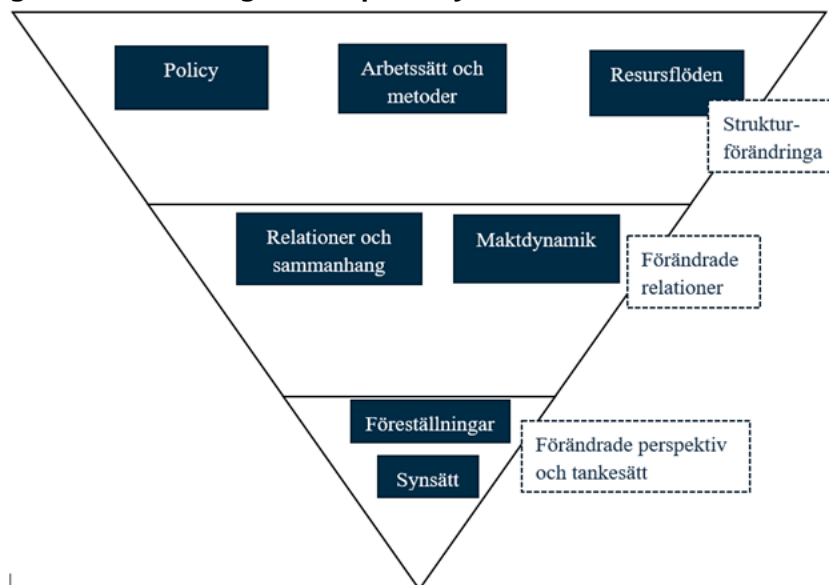
- **Att identifiera drivkrafter på systemnivå påverkar hälso- och sjukvården.** Dessa kan inkludera teknologiska framsteg, förändrade demografiska behov, förändrade förväntningar hos befolkningen, politiska strategier, lärosätens förutsättningar samt ekonomiska incitament. En systematisk analys av dessa drivkrafter hjälper till att förstå vilka faktorer som stärker eller hindrar utvecklingen och gör det möjligt att prioritera rätt insatser.
- **En nationell lägesbeskrivning över efterfrågan på hälso- och sjukvård:** Detta kan inkludera en förståelse av vårdkedjor, vårdkonsumtionsmönster samt, där det är möjligt, analyser av patientutfall och prevalensstudier. Genom att studera hur vården nyttjas och dess utfall. Det kan göra det möjligt att identifiera potentiella flaskhalsar och ojämlikheter. Detta möjliggör ett mer proaktivt arbetssätt som utgår i från regionala skillnader i efterfrågan på hälso-och sjukvård.
- **Behovet av en strategisk och operativ analys på regionnivå:** Hälso- och sjukvården organiseras på olika sätt av regionerna. För att effektivt utnyttja begränsade personalresurser är det viktigt att främja lärande och fokusera på att skapa balans i personalsammansättningen mellan olika vårdnivåer, såsom nära vård, specialistvård och hemtjänst. Genom att främja funktioner i regionerna som har till uppgift att undersöka personalsammansättning utifrån vårdkedjor och konsumtionsmönster är det möjligt att göra analyser av personalbehov för olika vårdnivåer och vårdformer. Regionernas översikter skulle kunna användas som underlag för nationella bedömningar och främja ett lärande mellan regioner.
- **Utveckla prognoser:** Denna del handlar om att utveckla prognoser som bygger på arbetets faktiska genomförande i verksamheterna, och tar höjd för hur resurser skulle kunna omfördelas. Ett sådant förhållningssätt tar hänsyn till hur arbetsuppgifter fördelas och överlappar mellan olika professioner inom hälso- och sjukvården, och synliggör möjligheter till att använda resurser på andra sätt än idag. Detta innebär att personalplaneringen kan anpassas till hur arbetet utförs och främja diskussioner om strategiska förändringar, som kan ligga till grund för framtida personalplanering.
- **Främja systematiskt lärande som kopplar samman nationell, regional och kommunala nivåer:** Skapa plattformar och forum för att dela erfarenheter och utvärderingar om hur en patient- och personalcentrerad planering. Den behöver koppla samman nationella målsättningar med regionala analyser som kan bidra till förbättrad vårdkvalitet, ökad effektivitet och en hållbar arbetsmiljö för vårdpersonalen.

Förutsättningar för ett konstruktivt förändringsarbete

Ett konstruktivt förändringsarbete, som utgår från en önskvärd framtid, förutsätter att den breda grupp av aktörer som påverkar hälso- och sjukvården arbetar tillsammans. Det kräver att de synliggör, medvetandegör och aktivt arbetar med de faktorer som är avgörande för att upprätthålla och utveckla komplexa system, såsom hälso- och sjukvården.

Olika delar och konsekvenser av systemet är synliga för aktörerna inom det. Det gör det nödvändigt för aktörerna att ha respekt och förståelse för deras olika roller. Ett effektivt samarbete bör utgå från en gemensam grund där aktörerna kan se sina bidrag som delar av en större helhet och där ömsesidig förståelse och tillit driver arbetet framåt.

Figur 23. Förändring av komplexa system



Källa: The water of systems change, Kania, J. et al. [37]

För ett konstruktivt förändringsarbete bör flera olika perspektiv och faktorer kopplas samman:

- **Strukturförändringar:** Dessa handlar om maktrelationer och maktdynamik mellan olika aktörer i systemet, inklusive myndigheter, regioner, kommuner, yrkes- och professionsförbund, lärosäten, patienter och forskningsfinansiärer. Strukturförändringar innefattar hur resurser som pengar, personal, kunskap, information och infrastruktur fördelas och används, samt vilka befogenheter och ansvar de olika aktörerna har.

- **Förändringar av relationer:** Detta perspektiv fokuserar på hur aktörer samverkar inom och mellan olika organisationer. Maktdynamiken en central roll, särskilt när det gäller fördelningen av formellt beslutsfattande, auktoritet och informellt inflytande mellan individer och organisationer. Relationen mellan aktörer kan skapa möjligheter för samverkan men också hinder för förändring, beroende på graden av tillit, ömsesidig förståelse och gemensamma mål.
- **Förändringar av perspektiv och tankesätt:** Denna del är mest utmanande eftersom förändring av perspektiv handlar om att utmana och förändra invanda tankemönster, djupt rotade övertygelser och etablerade antaganden. Det handlar om att skapa en medvetenhet om vilka idéer och normer som styr beslutsfattande och handlingar inom systemet. Att nyansera perspektiv innebär också att möjliggöra en öppen dialog om olika synsätt, där nya idéer och alternativa sätt att tänka kan bidra till att främja innovation och hållbara lösningar. Eftersom tankemönster ofta är starkt kopplade till maktstrukturer innebär förändringar på denna nivå att ifrågasätta och utmana etablerade normer och sammanhang.

Framför allt är dessa olika delar viktiga för att skapa en framdrift i frågor som rör resursfördelning mellan specialiserad och nära vård. De är också viktiga för att minska glappet mellan föreställningar om hur arbete utförs och hur det faktiskt genomförs i praktiken.

Resursfördelningen mellan specialiserad vård och nära vård är en avgörande fråga för att skapa en hållbar hälso- och sjukvård som kan möta både dagens och framtidens behov. Trots att insatser och politiska intentioner har funnits sedan 1970-talet om att stärka primärvården kvarstår stora utmaningar. Med tanke på att den nära vården är en central del av lösningen för att hantera förändrade vårdbehov är det avgörande att minska belastningen på sjukhusen genom att stärka vården och prevention närmare patienten.

Genom att integrera förändringar i perspektiv, etablerade föreställningar och relationer kan vården utvecklas mot ett mer hållbart och patientcentrerat system som bättre svarar på både samtidens och framtidens utmaningar. En sådan helhetssyn stärker förmågan att möta vårdbehov på ett effektivt, rättvist och långsiktigt sätt.

Nästa steg i metodutvecklingsarbetet för personalplanering

I denna rapport har Socialstyrelsen beskrivit hur arbetet med att bättre analysera och förstå efterfrågan på hälso- och sjukvård kan kopplas samman med personalplanering. Viktiga faktorer i detta arbete inkluderar regionala skillnader, socioekonomi, vårdkedjor, personalresurser och hälso- och sjukvårdens organisation. Genom att minska glappet mellan beslutsfattares förståelse av hälso- och sjukvården, och den verklighet som vården befinner sig i, skapas möjligheter att inte bara arbeta med effektivisering utan även identifiera hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Genom att utveckla informationsdrivna underlag som beskriver nuläget och genom att fortsätta dialoger med hälso- och sjukvårdens aktörer kring gemensamma målsättningar för framtiden, blir det möjligt att genomföra konsekvensanalyser. Dessa analyser kan belysa vad som händer om hälso- och sjukvården fortsätter att arbeta på nuvarande sätt och vad som krävs för att nå det önskade läget. Därefter kan nödvändiga steg tas för att nå det önskvärda läget.

För att främja en sådan process har Socialstyrelsen valt att initiera ett antal pilotprojekt som en del av ett regeringsuppdrag, som syftar till att identifiera och utveckla metoder för att stödja ett effektivt nyttjande av hälso- och sjukvårdens personalresurser ur ett nationellt perspektiv [38].

Dessa pilotprojekt syftar till att undersöka olika perspektiv och angreppssätt för att förbättra användningen av personalresurser inom hälso- och sjukvården. Målet är att skapa en mer effektiv och tillgänglig vård som utgår från hälso- och sjukvårdslagen samt den etiska plattformen. Genom att ta fram innovativa lösningar och metoder bidrar pilotprojekten till en vårdorganisation som bättre möter både dagens och framtidens behov.

Pilotprojekt – patient och personalcentrerad personalplanering för barn- och ungdomspsykiatri och tandvården

Detta pilotprojekt syftar till att använda och utforska det angreppssätt som presenteras i denna rapport om en patient- och personalcentrerad personalplanering inom barn- och ungdomspsykiatri. Genom att utforska dessa modeller i praktiken tar Socialstyrelsen ett viktigt steg mot ett nyanserat arbetssätt för personalplanering.

Ambitionen är att identifiera, utveckla och anpassa strategier som speglar dagens komplexa vårdbehov och som bättre kan möta framtidens utmaningar. Genom att kombinera informationsdrivna insikter med praktiska erfarenheter från pilotverksamheterna är målet att skapa mer flexibla och ändamålsenliga planeringsmodeller som stödjer en hållbar och kvalitativ utveckling av vården.

Främja perspektiv från yrkes- och professionsförbunden för förändrade arbetssätt och innovation

I detta pilotprojekt undersöker Socialstyrelsen hur yrkes- och professionsförbundens erfarenheter och expertis kan tas tillvara för att främja utvecklingen av nya arbetssätt och driva innovation inom hälso- och sjukvården. Projektet syftar till att säkerställa att professionernas röster inte enbart representeras, utan också används aktivt som en drivkraft för förändring. Detta gäller både inom specifika verksamhetsområden och i övergripande strukturförändringar, såsom omfördelning av resurser till nära vård.

Genom att samla in insikter och förslag från professionsförbunden kommer ett dialogmaterial att utformas. Detta material ska fungera som ett verktyg för att stödja och främja fortsatta dialoger mellan hälso- och sjukvårdens olika aktörer.

Utveckling och förstärkning av metoder som kopplar samman patientsäkerhet, arbetsmiljö och vårdkedjor

Socialstyrelsen har initierat ett pilotprojekt för att stärka säkerhetskulturen inom hälso- och sjukvården. Detta sker genom att tillämpa lärdomar från säkerhetskritiska industrier.

Projektet undersöker hur tvärfunktionella team och förbättrad kommunikation kan stärka patientsäkerheten och samtidigt skapa hållbara arbetsmiljöer. En central del av arbetet är att analysera hur regioner introducerar och utvecklar sin personal för att säkerställa hållbara personalförsörjningskedjor, samt hur verksamheterna kan behålla erfaren personal i kärnverksamheterna. Genom att minska beroendet av mindre erfaren personal i kritiska moment och stödja kunskapsöverföring mellan erfaren och oerfaren personal kan kompetensen och patientsäkerheten öka.

Fokus riktas mot att identifiera och hantera operativa risker, särskilt för patienter med komplexa vårdbehov som sträcker sig över organisatoriska gränser. Denna patientgrupp konsumerar mycket vård och faller ofta utanför standardiserade vårdförlopp, vilket gör dem särskilt utsatta för vårdskador och höga kostnader. Genom att kartlägga risker och utveckla strategier inspirerade av säkerhetskritiska industrier är målet att minska vårdskador och förbättra vårdens kvalitet och effektivitet.

Vidare synliggörs hur organisatoriska processer kan utvecklas för att för att bättre stödja personalen och synliggöra vårddimensioner som ofta undervärderas i traditionella ersättningsmodeller. Det handlar till exempel om arbete som osynliggörs om utveckling av vårdorganisationer och relationer. Genom att kombinera tvärprofessionella samarbeten och effektiva arbetsprocesser syftar pilotprojektet till att integrera säkerhet och effektivitet i hälso- och sjukvården på ett hållbart sätt.

Utveckla underlag för att främja dialog om utbildningars villkor och hälso- och sjukvårdens personalbehov

Detta pilotprojekt syftar till att kartlägga likheter och skillnader inom och mellan legitimationsutbildningar för att förstå hur olika professioner inom hälso- och sjukvården utbildas och samarbetar. Fokus ligger på att skapa en kontextkarta som identifierar beroendeförhållanden mellan hälso- och sjukvårdssystemet och utbildningssystemet. Projektet undersöker hur olika

professioner ser på patientens roll och sociala kontext, samt hur de hanterar kliniska beslut och komplexa vårdssituationer.

Vidare analyseras ansvarsfördelning, autonomi och gränsdragningar mellan professionerna samt hur de samarbetar i team. Projektet undersöker också hur praktikens omfattning och inriktning påverkar studenternas förberedelse för verkliga arbetsförhållanden. Genom att visualisera relationerna mellan utbildning och arbetsliv kan beroendeförhållanden som påverkar hälso- och sjukvården och utbildningens effektivitet identifieras.

Målet är att skapa underlag som kan stödja samordningen mellan hälso- och sjukvården behov och utbildningssystemets utformning för att stärka både utbildningarnas relevans och vårdens kvalitet. Insikterna från projektet ska bidra till att främja förutsättningar för ett mer integrerat system som är anpassat till framtidens utmaningar inom hälso- och sjukvården.

Lösningssutrymmen och lärandesystem

Socialstyrelsen kommer, utifrån hälso- och sjukvårdslagen och den etiska plattformen, att fortsätta främja dialog och bygga långsiktiga och förtroendefulla relationer med nyckelaktörer inom hälso- och sjukvården. Detta sker genom olika pilotprojekt som syftar till att skapa lärandesystem och lösningssutrymmen för att utveckla sammanhållna personalförsörjningskedjor som möter förändrade vårdbehov, både på kort och lång sikt. Arbetet bygger på insikten att ingen aktör ensam kan påverka hela systemet, utan att samarbete är avgörande för framgång.

Lösningssutrymmen handlar om att identifiera och utforska möjliga områden för förändring inom ett komplext system. Lösningssutrymmena utgör en plattform för dialog och samarbete mellan olika aktörer med syftet att hitta gemensamma vägar framåt utan att låsa sig vid specifika lösningar. Ett sånt arbete kräver utvecklade dialoger och ett dynamiskt och iterativt arbetssätt, där insikter och erfarenheter kontinuerligt integreras och justeras utifrån nya förutsättningar. Denna ansats bidrar inte bara till en bättre förståelse av vårdens utmaningar och möjligheter, utan skapar också en plattform för samarbete, gemensamt lärande och möjligheter att identifiera lösningar på komplexa problem. På så sätt kan Socialstyrelsen, tillsammans med andra aktörer, stödja utvecklingen av en mer patient- och personalcentrerad vård.

Referenser

- [1] Sveriges kommuner och regioner (SKR), "Välfärdens kompetensförsörjning - Personalprognos 2023–2033 och strategier för att klara kompetensförsörjningen," 2024.
- [2] World Health Organisation (WHO), "Health and care workforce in Europe: Time to act," 2022.
- [3] Socialstyrelsen, "Nationella planeringsstödet 2024 - Tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården och tandvården," 2024.
- [4] Statistiska centralbyrån (SCB), "Sammanfattning av regionala utbildnings- och arbetsmarknadsprognoser - med sikte på år 2035," 2022.
- [5] Leading Health Care, "Moderna policies. Inspel för en framtidsinriktad hälso- och sjukvårdsdebatt," 2019.
- [6] Socialstyrelsen, "HSLF-FS 2018:48 Socialstyrelsens föreskrifter om nationell högspecialiserad vård," [Online]. Available: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/201848-om-nationell-hogspecialiserad-varld/>.
- [7] British Medical Association, "Medicine's Social Contract," 2019.
- [8] Socialstyrelsen, "Stöd för produktions- och kapacitetsstyrning," 2025. [Online]. Available: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/tillganglighet-i-halso--och-sjukvarden/stod-for-produktions--och-kapacitetsstyrning/>. [Använd 05 02 2025].
- [9] Socialstyrelsen, "Resurs- och kapacitetskarta för tandvårdens personalförsörjning - Nationella planeringsstödet 2024 - delrapport 3 av 3," 2024.
- [10] Socialstyrelsen, "Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården 2025. Nationella

planeringsstödet. Delrapport 1. Barn- och ungdomspsykiatri.,” 2025.

- [11] World Health Organization (WHO), ”To Err is Human: Systems and the effect of complexity on patient care,” 2012.
- [12] Huebner, C., Flessa, S., ”Strategic Management in Healthcare: A Call for Long-Term and Systems-Thinking in an Uncertain System,” *International Journal of Environmental Research and Public Health*, p. 17, 15 Juli 2022.
- [13] Folkhälsomyndigheten, ”Ensamhet - förekomst, konsekvenser och åtgärder. En kartläggning,” 2024.
- [14] Socialstyrelsen, Statistiska centralbyrån, Universitetskanslersämbetet, ”Sjuksköterskors arbetsmarknadsrörelser år 2020-2022,” 2024.
- [15] Socialstyrelsen, ”Tillgång på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och tandvårdspersonal - Sammanställning och analys av tillgången på den legitimerade personalen 2024 Nationella planeringsstödet 2025 - Delrapport 2,” 2025.
- [16] Socialstyrelsen, ”Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Ett kunskapsunderlag,” 2006.
- [17] Socialstyrelsen, ”Nationella riktlinjer för vård vid stroke. Stöd för styrning och ledning,” 2020.
- [18] Socialstyrelsen, ”Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2023,” 2024.
- [19] Försäkringskassan, ”Försäkringskassans lägesrapport 2 - Psykisk ohälsa i dagens arbetsliv,” 2024.
- [20] Leading Health Care, ”Införande av nära vård. Råd och exempel,” 2022.
- [21] Park, Y., Konge, L., & Artino, A. R., ”The Positivism Paradigm of Research,” *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 2020.
- [22] Haugan, G., Eriksson, M., *Health Promotion in Health Care - Vital Theories and Reserach*, Springer, 2021.

- [23] B, John, "A case for refocusing upstream: the political economy of illness," *Jaco, EG (ed). Patients, Physicians, and Illness*, New York: Free Pres, nr 3rd edn, pp. 9-25, 1979.
- [24] OpenStax. [Online]. Available: <https://openstax.org/books/population-health/pages/15-4-barriers-and-opportunities-for-health-promotion-and-disease-prevention>. [Använd 05 02 2025].
- [25] World Health Organization, "The life-course approach: from theory to practice. Case stories from two small countries in Europe," 2018.
- [26] Socialstyrelsen, "Kunskapsguiden - Yrkesintroduktion för baspersonal som arbetar med personer med psykisk funktionsnedsättning," [Online]. Available: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/psykisk-ohalsa/yrkesintroduktion-for-baspersonal-som-arbetar-med-personer-med-psykisk-funktionsnedsattning/halsa/>. [Använd 05 02 2025].
- [27] Leading Health Care, "Implementering och mottaglighet av personcentrerad vård - fyra fallstudier," 2018.
- [28] Hjalte, F., Gralén, K., Persson, U., "Samhällets kostnader för sjukdomar år 2017," Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi, 2019.
- [29] OECD, "Hospital beds," [Online]. Available: <https://www.oecd.org/en/data/indicators/hospital-beds.html>. [Använd 05 02 2025].
- [30] "Beslut efter kaoset: Breddinförandet av Millennium sätts på paus i VGR," *Läkartidningen*, 15 11 2024.
- [31] Socialstyrelsen, "Utvärdering av vård vid stroke," Socialstyrelsen , Stockholm , 2018.
- [32] Logopedförbundet, "Logopedförbundet välkomnar ny utredning om elevhälsan," 14 03 2024. [Online]. Available: <https://www.srat.se/logopederna/aktuellt/2024/3/logopedforbundet-valkomnar-ny-utredning-om-elevhalsan/>.
- [33] Regeringskansliet, "Enhanced cooperation with the World Health Organisation on the agenda," 21 10 2022. [Online].

Available:

<https://www.government.se/articles/2022/10/enhanced-cooperation-with-the-world-health-organisation-on-the-agenda/>.

- [34] Region Halland, "Informationsdriven vård," 23 08 2023. [Online]. Available: <https://vardgivare.regionhalland.se/organisation-och-uppdrag/informationsdriven-vard/>. [Använd 05 02 2025].
- [35] Statens offentliga utredningar, "Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (SOU 2016:2)," 2016.
- [36] Nancarrow, S., "Dynamic role boundaries in intermediate care services," *Journal of Interprofessional Care*, vol. 18, pp. 141-151, 2004.
- [37] Ivarsson Westerberg, A., Castillo, D., "Administration i hälso- och sjukvården - några organisationsteoretiska iakttagelser. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén 2024.," 2024.
- [38] Kania, J., Kramer, M., Senge, P., *The water of systems change*, FSG, 2018.
- [39] Socialdepartementet, *Regleringsbrev för budgetåret 2024 avseende Socialstyrelsen*, 2024.
- [40] Boverket, "Segregationsbarometern," December 2024. [Online]. Available: <https://segregationsbarometern.boverket.se/>.
- [41] 1177 Sjukvårdrådgivningen, "Olika typer av medfödda hjärtfel hos barn," [Online]. Available: <https://www.1177.se/sjukdomar--besvar/hjarta-och-blodkarl/hjartbesvar-och-hjartfel/olika-typer-av-medfodda-hjartfel-hos-barn/>. [Använd 05 02 2025].
- [42] Hjärt-Lungfonden, "Barns hjärtfel," [Online]. Available: <https://www.hjart-lungfonden.se/sjukdomar/hjartsjukdomar/barns-hjartfel/>. [Använd 05 02 2025].
- [43] Socialstyrelsen, "Utvärdering av vården vid artros - Nationella riktlinjer - Rörelseorganens sjukdomar," 2023.

- [44] Socialstyrelsen, "Rörelseorganens sjukdomar - Utvärdering av vården vid inflammatoriska reumatiska sjukdomar. Nationella riktlinjer 2024," 2024.
- [45] Socialstyrelsen, "Cancerrehabilitering. Förslag till utveckling," 2022.
- [46] OECD, "EU Country Cancer Profile: Sweden 2025," 2025.
- [47] Socialstyrelsen, "Utveckling av den statligt nationella samordningen och uppföljningen av cancervården - Delrapport 2021," 2021.
- [48] Regeringskansliet, "Förslag för bättre cancervård och ökad överlevnad," 29 11 2024. [Online]. Available: <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2024/11/forslag-for-battre-cancervard-och-okad-overlevnad/>. [Använd 05 02 2025].
- [49] Cancerfonden, "Cancer hos barn," 10 07 2023. [Online]. Available: <http://cancerfonden.se/om-cancer/cancersjukdomar/cancer-hos-barn> . [Använd 05 02 2025].
- [50] Sveriges kommuner och regioner (SKR), "Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård," [Online]. Available: <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/programomradenochsamverkansgrupper.44275.html>. [Använd 05 02 2025].
- [51] Vårdanalys, "Styra mot horisonten - Om vård efter behov för horisontella prioriteringar," 2020.

Bilaga 1. Prioriteringsplattformen

Etiska principer som styr prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Så länge behoven överstiger hälso- och sjukvårdens resurser är prioriteringar nödvändiga. Enligt beslut i Sveriges riksdag 1997 ska prioriteringar inom sjukvården – såväl i den kliniska verksamheten som i politiska beslut om resursfördelning – baseras på en etisk plattform som består av tre grundläggande principer:

- Människovärdesprincipen – enligt vilken alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället
- Behovs- och solidaritetsprincipen – enligt vilken resurserna bör satsas på områden (individer eller verksamheter) där behoven är störst
- Kostnadseffektivitetsprincipen – enligt vilken en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i hälso- och livskvalitet, bör eftersträvas vid val mellan olika åtgärder eller verksamheter.

Principerna är rangordnade så att människovärdesprincipen går före behovs- och solidaritetsprincipen som i sin tur går för kostnadseffektivitetsprincipen. Detta innebär bland annat att svåra sjukdomar går före lindrigare även om de svåraste tillstånden kostar väsentligt mycket mer.

Det är oförenligt med de etiska principerna att generellt låta behoven stå tillbaka på grund av exempelvis ålder, livsstil eller ekonomiska förhållanden. Däremot är det förenligt med de etiska principerna att i det enskilda fallet ta hänsyn till omständigheter som begränsar nyttan av medicinska åtgärder.

Bilaga 2. Vårdkonsumtion och patientregistret

Patientregistret har använts för framtagande av statistik av vårdtid i slutenvård samt antal specialistvårdsbesök till läkare. Det har använts tillsammans med SCB:s data om RegSO och områdestyper för att möjliggöra socioekonomiska jämförelser.

Samtliga folkbokförda invånare den 1 januari följs upp under året. Samma dag används för fastställande av uppgifter om personens folkbokföringsregion, kön och områdestyp.

För åldersstandardisering och framskrivning har ålderskategorier om 10 årsintervaller använts (0–9 år, 10–19 år, ..., 80–89 år, 90 år och äldre).

Sjukdomsgrupper

Diagnoskod (ICD-10) har använts för att kategorisera vårdtillfällen respektive vårdbesök till olika sjukdomsgrupper. De sjukdomsgrupper som förbrukar mest vårdresurser utifrån vårdbesök och vårdtid presenteras även separat för resultat om vårdkonsumtion. Sjukdomsgrupperna är kardiovaskulära sjukdomar, onkologi, psykiatriska sjukdomar och rörelseorganens sjukdomar (se tabell 3).

Tabell 3. Definition för sjukdomsgrupper

Sjukdomsgrupp	ICD-10 (kapitel)
Kardiovaskulära sjukdomar	I
Onkologi	C
Psykiatriska sjukdomar	F1-F9
Rörelseorganens sjukdomar	M

Framskrivning

Framskrivning av vårdkonsumtion görs för att visa på ålderssammansättningens påverkan på framtida vårdkonsumtion. I framtagningen av denna statistik tas ingen hänsyn till trender för vårdkonsumtion. Estimat för vårdkonsumtion beräknas per ålderskategori och baseras på 2023 års data. SCB:s befolkningsprognos används för att beräkna total vårdkonsumtion tillsammans med de åldersspecifika estimaten.

Framskrivningen beräknas enligt:

$$\sum_i n_i \times x_i$$

där i är ålderskategori, n är prognostiserad befolkning och x är estimerad vårdkonsumtion per invånare.

Områdestyper

Sverige delas in i 3 363 regionala statistikområden (RegSO). Varje enskilt RegSO kategoriseras årligen till en områdestyp, utifrån de sociala förutsättningar som finns inom området. Det finns fem områdestyper som sträcker sig från stora socioekonomiska utmaningar (områdestyp 1) till mycket goda socioekonomiska förutsättningar (områdestyp 5) och baseras på beräkning av ett socioekonomiskt index för boende i området [39].

Resultatet för analyser gällande områdestyper presenteras åldersstandardiserat för att ta hänsyn till skillnad i ålderssammansättning mellan områdestyper och i förekommande fall även regioner. Psykiatriska sjukdomar begränsas till personer som är minst 18 år. Vårdkonsumtionen per områdestyp för barn presenteras separat i delrapport 1 (Barn och ungdomspsykiatri).

Bilaga 3. Hälsoindex

Regionindex för hälsa är ett sammanvägt mått som ger en helhetsbild av hälsotillståndet i olika regioner. Indexet baseras på flera indikatorer som täcker olika aspekter av hälsa, såsom fysisk och psykisk hälsa samt självskattad hälsa. Följande indikatorer ingår:

- Medellivslängd för kvinnor och män (år)
- Andel invånare med fetma (%)
- Andel långtidssjukskrivna med psykiska sjukdomar, syndrom eller beteendestörningar (%)
- Förekomst av typ 2-diabetes (%)
- Incidens av cancer, åldersstandardiserat (antal per 100 000 invånare)
- Incidens av hjärtinfarkter, åldersstandardiserat för personer över 20 år (antal per 100 000 invånare)
- Andel invånare i åldern 16–84 år med bra eller mycket bra självskattad hälsa (%)
- Andel invånare med bra självskattad tandhälsa (%)
- Andel invånare i åldern 16–84 år med nedsatt psykiskt välbefinnande (%)

För att göra resultaten jämförbara mellan regionerna normaliseras nyckeltalen. Detta innebär att värdena placeras på en skala från 0 till 100, där 0 motsvarar det sämsta resultatet och 100 det bästa. För vissa indikatorer används en inverterad skala, exempelvis där ett lägre värde är önskvärt.

Sammanvägning till aspekter och temanivå

De normaliserade indikatorerna grupperas i tre aspekter som utgör grunden för tema Hälsa. Inom varje aspekt sammanvägs indikatorerna med lika stor vikt till ett index på aspektnivå. Även här ligger värdena i intervallet 0 till 100.

Därefter kombineras de tre aspektindexen till ett övergripande temaindex för Hälsa. Alla aspekter väger lika tungt i denna beräkning, vilket säkerställer en rättvis och balanserad helhetsbedömning. Det slutliga temaindexet sträcker sig också mellan 0 och 100, där högre värden speglar bättre hälsa på populationsnivå.

Bilaga 4. Besök i den specialiserade vården och vårdtid fördelade efter socioekonomiska områden

Analys av besök i den specialiserade vården och vårdtid mellan olika socioekonomiska grupper synliggör användning av vårdens resurser och framförallt läkarresurser.

Kardiovaskulära sjukdomar

Kardiovaskulära sjukdomar utgör en av de främsta orsakerna till sjuklighet och dödlighet i Sverige. Dessa sjukdomar omfattar flera dimensioner, såsom riskfaktorer, förebyggande insatser, akuta behandlingar, långsiktig vård och rehabilitering. Socioekonomiska faktorer spelar en central roll för hur riskerna för och konsekvenserna av hjärt-kärlsjukdomar manifesteras, vilket belyser vikten av att analysera såväl individuella som strukturella faktorer som bidrar till ojämlikhet i hälsa. Samtidigt har medicinska och tekniska framsteg inom både behandling och förebyggande insatser bidragit till generella förbättringar, men dessa har inte varit lika tillgängliga eller effektiva för alla. Detta understryker behovet av att betrakta kardiovaskulära sjukdomar som en fråga som sträcker sig bortom medicinsk vård och in i områden som folkhälsa, socioekonomi och vårdorganisation.

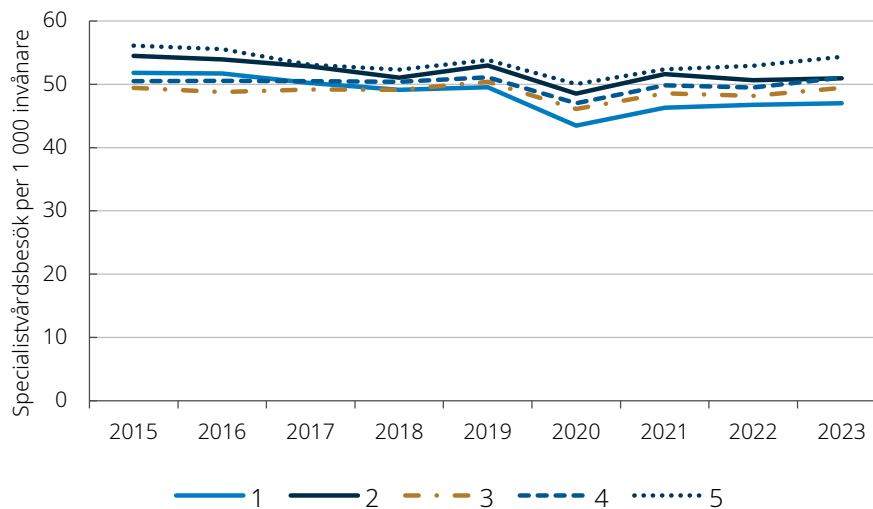
Medfödda hjärtfel är den vanligaste orsaken till hjärtsjukdom bland barn och ungdomar, men även hjärtmuskelsjukdomar och rytmrubbningar förekommer. Sverige lever omkring 30 000 barn med ett medfött hjärtfel. Vissa hjärtfel bland barn upptäcks redan vid rutinultraljudet medan andra upptäcks senare. Det kan också förekomma att det medfödda hjärtfelet inte uppvisar några symtom förrän i vuxen ålder. Att medfödda hjärtfel är vanligast gör också att vårdbehoven för barn och ungdomar ser annorlunda ut, till exempel är det ungefär en tredjedel av de drabbade barnen som behöver behandlas de första månaderna efter födseln. Idag överlever cirka 97 procent av barnen med medfödda hjärtfel upp till vuxen ålder [40] [41].

Figur 24 visar besök i den specialiserade vården hos läkare som arbetar med patienter som har kardiovaskulära sjukdomar per 1 000 personer mellan 2015 och 2023 för olika socioekonomiska grupper (1–5). Grupp 5, som representerar områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar, har konsekvent högst antal besök i den specialiserade vården per 1 000 personer under hela perioden. Grupp 1, områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar, har lägst antal besök i den specialiserade vården per 1 000 personer, vilket indikerar en tydlig socioekonomisk gradient i vårdutnyttjandet.

Över tid är trenden relativt stabil för alla grupper, med en tydlig minskning i besök i den specialiserade vården under 2020, vilket sannolikt beror på pandemins påverkan på vården och patienternas våldsökande beteende. Efter 2020 återhämtar sig besöksfrekvensen för alla grupper, men når inte tillbaka till nivåerna före pandemin. Skillnaden mellan grupperna är stabil och tydlig, vilket återspeglar att socioekonomiska faktorer fortsatt påverkar tillgången till och användningen av specialistvård.

Figur 24. Vårdbesök hos specialistläkare kardiovaskulär sjukdom

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



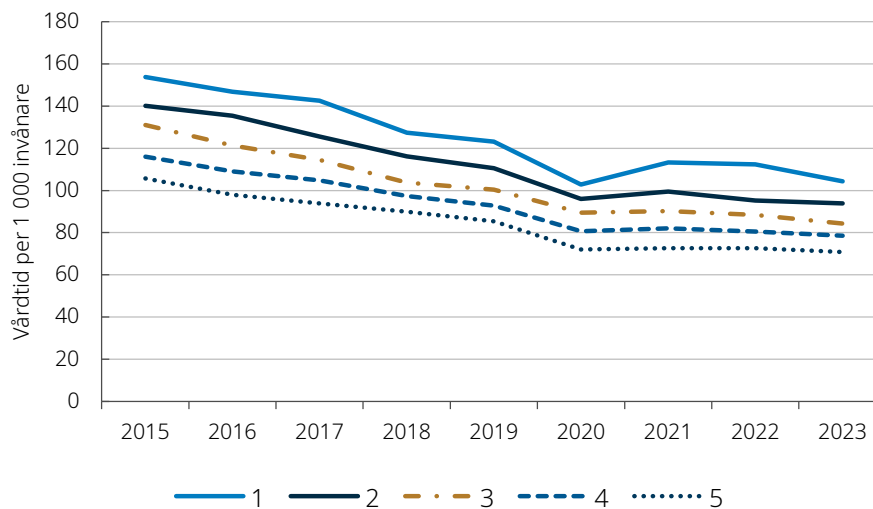
Källa: Socialstyrelsen 2024

Figur 25 visar vårdtid för kardiovaskulära sjukdomar per 1 000 invånare för socioekonomiska grupper (1–5) mellan 2015 och 2023. Grupp 1, som representerar områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar, har genomgående den längsta vårdtiden under hela perioden, medan grupp 5, områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar, har den kortaste. Skillnaderna mellan grupperna är tydliga, där sämre socioekonomiska förutsättningar är kopplade till längre vårdtid.

Över tid ser vi en generell minskning av vårdtid för alla grupper fram till 2020, vilket delvis kan kopplas till effektiviseringar inom vården och en ökad övergång från sluten vård till öppenvård. Pandemin 2020 bidrar till ett ytterligare skifte i vårdtid, men mönstret efter pandemin visar att nivåerna stabiliseras på en lägre nivå än 2015. Grupp 1 har den mest uttalade nedgången, men skillnaden mellan grupperna kvarstår. De socioekonomiska skillnaderna är stabila över tid.

Figur 25. Vårdtid kardiovaskulär sjukdom

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: Socialstyrelsen 2024

Rörelseorganens sjukdomar

Rörelseorganens sjukdomar, som inkluderar tillstånd såsom artros, reumatiska sjukdomar, ryggbesvär och andra muskel- och ledsjukdomar. Dessa sjukdomar är en av de vanligaste orsakerna till smärta och funktionsnedsättning i Sverige. Dessa sjukdomar påverkar både arbetsförmåga och livskvalitet och har betydande ekonomiska konsekvenser, både för individen och samhället. Utvecklingen inom medicin och behandling har förbättrat prognosen för många patienter. Nya läkemedel, såsom biologiska behandlingar för inflammatoriska reumatiska sjukdomar, har revolutionerat möjligheterna att minska symtom och bromsa sjukdomsförloppet. Samtidigt har förbättringar inom kirurgi, som protesoperationer för höft- och knäleder, bidragit till att återställa rörlighet och minska smärta för många patienter [42] [43].

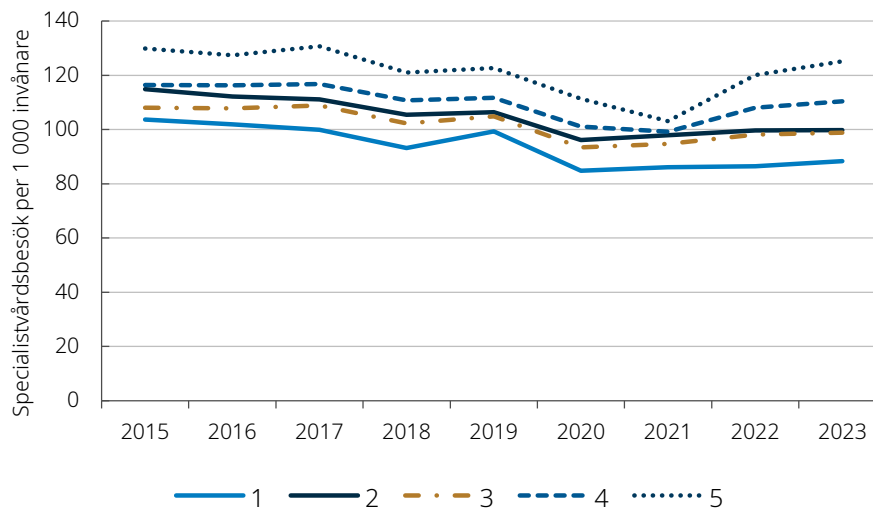
Trots dessa framsteg kvarstår betydande skillnader i hur rörelseorganens sjukdomar påverkar olika socioekonomiska grupper. Faktorer som fysisk arbetsbelastning, bristande tillgång till förebyggande vård och rehabilitering samt ekonomiska hinder för egenvård spelar en viktig roll i att skapa socioekonomiska ojämlikheter i hälsa.

Figur 26 visar besök i den specialiserade vården hos läkare för patienter med sjukdomar i rörelseorganen per 1 000 invånare mellan 2015 och 2023, fördelat på socioekonomiska grupper (1–5). Grupp 5, som representerar områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar, har genomgående högst antal besök i den specialiserade vården under hela perioden, medan grupp 1, områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar, har lägst antal besök. Skillnaderna mellan grupperna är tydliga.

Över tid minskar besök i den specialiserade vården en något fram till 2020, med en markant nedgång under pandemin, vilket sannolikt beror på en kombination av minskad kapacitet inom vården och förändrade våldsökandemönster. Efter pandemin återhämtar sig antalet besök i den specialiserade vården, särskilt för grupper med högre socioekonomisk status (grupp 4 och 5), medan grupper med lägre socioekonomiska förutsättningar (grupp 1 och 2) visar en långsammare återhämtning.

Figur 26. Vårdbesök hos specialistläkare rörelseorganens sjukdomar

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

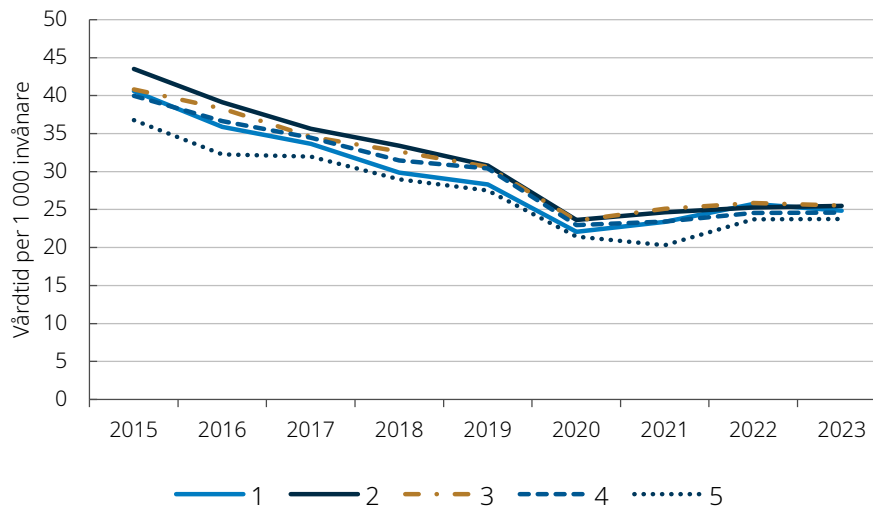


Källa: Socialstyrelsen 2024

Figur 27 visar vårdtid per 1 000 invånare för patienter med sjukdomar i rörelseorganen mellan 2015 och 2023 för olika socioekonomiska (1–5). Grupp 1 och 2, som representerar områden med stora socioekonomiska utmaningar, hade längst vårdtid 2015, men över tid har skillnaden mellan olika socioekonomiska grupper minskat. Denna minskning i vårdtid är tydlig i alla grupper till 2020, då en markant nedgång inträffar, sannolikt på grund av pandemins påverkan på sökmönster och vårdkapacitet. Efter 2020 stabiliseras vårdtiden på en lägre nivå för samtliga grupper, med mycket små skillnader mellan dem. Trots dessa förändringar kvarstår en viss skillnad, där socioekonomiskt utsatta grupper fortfarande har längre vårdtid än för invånare från mer välbärgade socioekonomiska områden.

Figur 27. Vårdtid rörelseorganens sjukdomar

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: Socialstyrelsen 2024

Onkologi (cancer)

Cancer är en av de ledande orsakerna till sjuklighet och dödlighet i Sverige, och dess påverkan sträcker sig över flera dimensioner, från diagnostik, avancerad medicinsk behandling till behov av rehabilitering. Tidig upptäckt är en viktig faktor för ett bättre önskat utfall. Utvecklingen av precisionsmedicin har revolutionerat behandlingsmöjligheterna, med målstyrda läkemedel och immunterapier som förbättrar prognoser och livskvalitet. Samtidigt ställer långsiktiga fysiska och psykiska konsekvenser av sjukdomen krav på omfattande rehabilitering. Cancervården kräver både högspecialiserad behandling och nära vård, där samordning mellan olika vårdnivåer är avgörande för att möta patienternas behov. Socioekonomiska skillnader påverkar överlevnad, där utsatta grupper ofta drabbas av sena diagnoser och sämre prognoser. Dessa utmaningar understryker vikten av att stärka både förebyggande insatser, rehabilitering och en jämlik vårdstruktur som inkluderar hela samhället [44] [45] [46] [47].

Mindre än en procent av alla cancerfall i Sverige rör cancer hos barn och de flesta barn som får cancer är antingen under 4 år eller 10–14 år. Dödligheten är förhållandevis låg bland barnen. Än så länge har man inte hittat några yttre faktorer som påverkar barns cancerinsjuknande. Det finns vissa ärftliga faktorer som kan påverka men i hög grad går det inte att hitta förklaringar till varför vissa barn insjuknar. Vid behandling av cancer hos barn behöver man beakta att barnen växer och deras celler håller på att mogna [48].

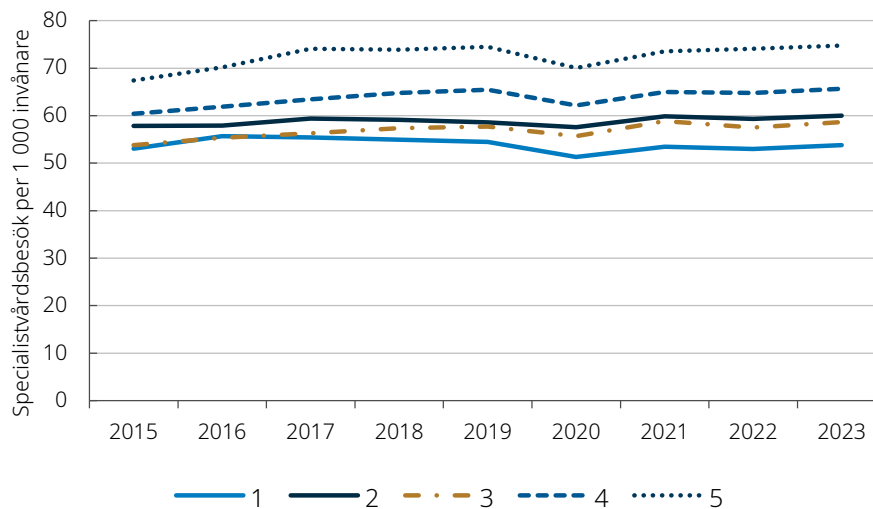
Figur 28 visar antalet besök i den specialiserade vården hos läkare för cancerpatienter per 1 000 invånare mellan 2015 och 2023, fördelat på

socioekonomiska grupper (1–5). Grupp 5, som representerar områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar, har genomgående haft flest antal besök i den specialiserade vården under perioden, medan grupp 1, områden med stora socioekonomiska utmaningar, konsekvent har haft lägst antal besök. Skillnaderna mellan grupperna är tydliga och visar på en socioekonomisk skillnad där högre socioekonomisk status är kopplad till ett högre nyttjande av specialistvård.

Över tid har nivåerna av besök i den specialiserade vården varit relativt stabila, med en mindre nedgång för alla grupper runt 2020, vilket sannolikt reflekterar pandemins påverkan på våldsökandebeteenden och vårdens kapacitet. Efter 2020 sker en återhämtning, och en större ökning bland i grupp 5.

Figur 28. Besök i den specialiserade vården hos läkare onkologi

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



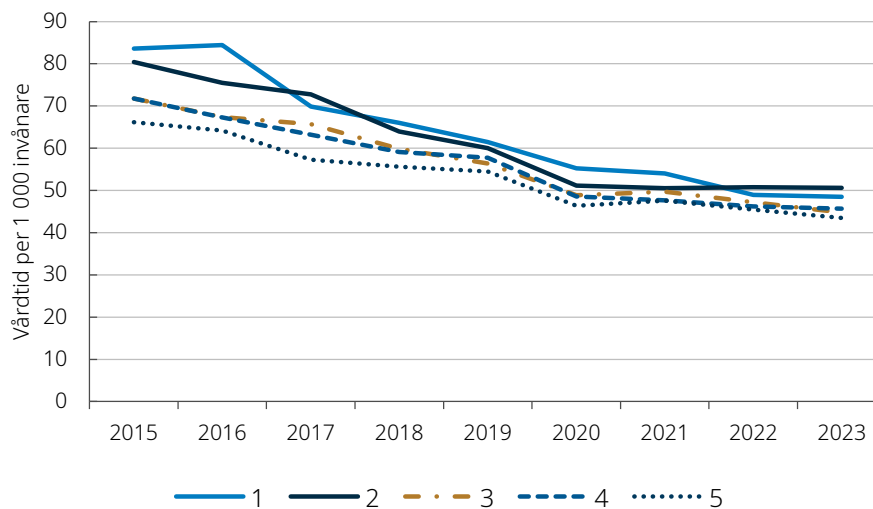
Källa: Socialstyrelsen 2024

Figur 29 visar vårdtid per 1 000 invånare som har cancer mellan 2015 och 2023, fördelat på socioekonomiska grupper (1–5). Grupp 1 och 2 som representerar områden med stora socioekonomiska utmaningar, har haft den längsta vårdtiden under större delen av perioden, medan grupp 5, områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar, har haft den lägsta vårdtiden.

Över tid har vårdtiden minskat för alla grupper, särskilt tydligt fram till 2020. Den markanta nedgången runt 2020 kan kopplas till pandemins påverkan, som begränsade tillgången till vård och förändrade våldsökandemönster. Efter 2020 stabiliseras vårdtiden på en lägre nivå, och skillnaderna mellan grupperna blir mindre framträdande. Minskningen i vårdtid kan också reflektera förändringar i vårdorganisationen, med ökat fokus på öppenvård och effektiviseringar inom vården, vilket påverkar grupper med olika socioekonomiska förutsättningar på olika sätt.

Figur 29. Vårdtid onkologi

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: Socialstyrelsen 2024

Psykisk ohälsa

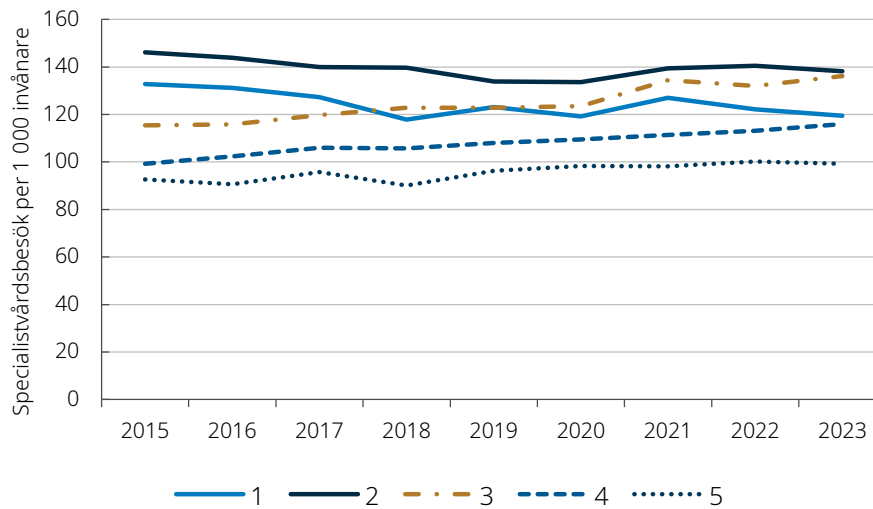
Psykisk ohälsa är ett växande samhällsproblem som ställer allt större krav på hälso- och sjukvården, särskilt inom specialiserad vård. Skillnaderna i vårdbehov hos barn och unga respektive vuxna är betydande, vilket påverkar vårdorganisation och resursfördelning. Bland barn och unga dominerar neuropsykiatriska diagnoser såsom adhd och autism, vilka kräver specialiserad psykiatrisk vård för utredning och behandling. Även om neuropsykiatriska diagnoser också ökar för vuxna är de vanligaste diagnoserna depression, ångest och beroendetillstånd, ofta kombinerade med andra somatiska eller sociala utmaningar. Jämfört med den somatiska vården tenderar psykiatriska diagnoser att medföra längre vårdtid, vilket gör vården personalintensiv.⁵

Figur 30 visar utvecklingen av besök i den specialiserade vården för psykiatrisk problematik per 1 000 invånare som är 18 år och äldre mellan åren 2015 och 2023 för socioekonomiska grupper 1 till 5, där grupp 1 representerar de mest utsatta och grupp 5 de mest privilegierade. Besök i den specialiserade vården ens frekvens är konsekvent högre i grupperna 1 och 2 jämfört med de övriga grupperna, medan grupp 5 ligger lägst genom hela perioden. Generellt sett är trenden relativt stabil för alla grupper, men det finns en viss ökning i besöksfrekvensen efter 2020, särskilt hos patienter från områden med högre socioekonomisk status. Under samma period minskar patientbesöken från mycket utsatta områden (1).

⁵ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-5-9083.pdf>

Figur 30. Besök i den specialiserade vården hos läkare för psykisk ohälsa

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



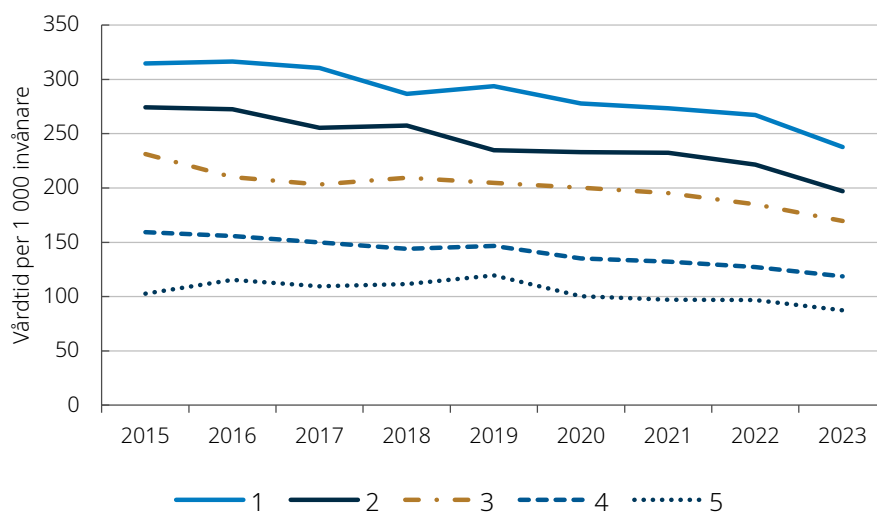
Källa: Socialstyrelsen 2024

Figuren visar specialistvårdsbesök per 1 000 invånare mellan 2015 och 2023, där socioekonomiska grupper (1–5) tydligt återspeglar att fler besök sker i mer utsatta grupper (1 och 2) jämfört med grupper med bättre socioekonomiska förutsättningar (4 och 5).

Figur 31 visar vårdtid för psykiska sjukdomar per 1 000 invånare som är minst 18 år mellan åren 2015 och 2023 för socioekonomiska grupper. Grupp 1 har konsekvent haft den längsta vårdtiden under hela perioden, medan grupp 5 har den lägsta. Alla grupper visar en nedåtgående trend i vårdtid, men minskningen är mest markant i grupp 1 och 2. Skillnaden i vårdtid mellan grupperna minskar något över tid.

Figur 31. Vårdtid psykisk ohälsa

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: Socialstyrelsen 2024



Patient- och personalcentrerad personalplanering (artikelnr 2025-3-9475)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.