

Maj 2017

Aleksandra Cavic, hälso-och sjukvårdsstrateg  
Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning  
Enheten för kunskapsstyrning och metodutveckling



# Behovsrapport för planering av hälso- och sjukvård 2018



## Innehåll

<b>Förord</b> .....	4
<b>Sammanfattning</b> .....	5
<b>Inledning</b> .....	7
<b>Metod</b> .....	7
Del 1.....	8
<b>Bakgrundsuppgifter</b> .....	8
Demografi .....	8
Hälsa i befolkningen.....	10
Incidens och prevalens.....	11
Del 2.....	12
<b>Behov av hälso- och sjukvård i Region Skåne 2018 – prioriterade områden</b> .....	12
1. Sjukdomsförebyggande arbete .....	12
2. Rehabilitering .....	14
3. Kroniska sjukdomar .....	14
3.1. Hjärtsvikt.....	14
3.2. Diabetes.....	15
3.3. Cancer .....	15
3.4. Allergi, Astma och KOL .....	15
3.5. Njursjukdomar .....	15
3.6. Smärta .....	15
4. Psykisk ohälsa .....	16
5. Behov inom övriga områden .....	17
5.1. Förlossning och kvinnors hälsa .....	17
5.2. Infektioner .....	17

5.3. Palliativ vård.....	17
5.4. Demens.....	17
<b>Läkemedel och Nutrition.....</b>	<b>17</b>
<b>Tandvård .....</b>	<b>18</b>
Del 3.....	18
<b>Dagens och framtida utmaningar.....</b>	<b>18</b>

## Förord

En effektiv styrning av hälso- och sjukvården kräver beskrivningar och analyser av förhållanden som påverkar befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdsnämnden är befolkningsföreträdare och ansvarar för att invånarna har tillgång till god hälso- och sjukvård.

För att uppnå en jämlik vård, som är målet för hälso-och sjukvården, har årets behovsarbete fokuserat på att *identifiera* områden där omotiverade skillnader i vård, behandling och rehabilitering förekommer. Syftet med behovsanalysen har även varit att *kartlägga* ökande behov pga. den demografiska utvecklingen, ökad incidens/prevalens inom sjukdomar som drabbar många samt att *få kunskap* om eventuella nya behandlingsmetoder inkl. läkemedel.

Rapporten inleds med en kort presentation av den demografiska utvecklingen i Skåne och hälsan i befolkningen. Därefter beskrivs de områden som prioriterades av sakkunniga på Workshopen den 24 mars. Denna rapport är således en kortfattad version av rapporten *Behovsunderlag för hälso-och sjukvård 2018* där allt insamlat faktaunderlag, som ligger till grund för prioriteringarna, finns.

Som en del i årets behovsarbete har Kunskapscentrum för migration och hälsa tagit fram kunskapsöversikten *Vårdbehov hos asylsökande och nyanlända* där gruppens behov av hälso- och sjukvård samt tandvård kartlagts.

Vår förhoppning är att rapporten ska kunna användas som ett av underlagen för det fortsatta arbetet med hälso-och sjukvårdsuppdraget samt Region Skånes budget inför 2018.

Sven Oredsson

Enhetschef för Enheten för kunskapsstyrning och metodutveckling

Malmö, 2017- 05-11

# Sammanfattning

## *Dagens och framtida utmaningar*

Hälso- och sjukvården står inför flera utmaningar. Kraven och efterfrågan på vården kommer att öka i takt med den demografiska utvecklingen som innefattar fler äldre och kroniskt sjuka. Sjukdomsförebyggande arbete, en jämlik vård och utveckling av informationsteknologi och digitalisering kommer att vara det viktigaste verktyget för vårdens effektivisering.

Det behövs såväl preventiva som proaktiva insatser för att möta de ökande vårdbehoven; preventiva insatser för att undvika sjukdomsdebut och proaktiva insatser för att i möjligaste mån förhindra en försämring av befintligt sjukdomstillstånd. Att erbjuda jämlik vård kommer att fortsätta vara en utmaning för hälso- och sjukvården. Jämlik vård handlar om att ge alla patienter god vård anpassad efter den enskilda patientens förutsättningar och behov. Det handlar också om att ständigt utveckla kvaliteten i patientens möten med vården oavsett om det handlar om ett fysiskt möte på sjukhus eller vårdcentraler eller med hjälp av ny teknik.

Den medicinska och tekniska utvecklingen samt utvecklingen av digitalteknik och e-hälsa erbjuder förbättringar både för patienten och för vården. Flera omställningar behöver göras för att vården ska vara mer digital. Exempelvis krävs det ett förändrat arbetssätt, ett nytt ersättningsystem samt ett tydligt och modigt ledarskap på alla nivåer.

Att säkerställa kompetensförsörjning genom utbildning, fortbildning och verksamhetsutveckling är ytterligare en utmaning som berör oss alla, oavsett huvudman och i vilken regi hälso- och sjukvården utförs.

## *Årets behovsarbete och resultat av Workshopen*

- Under tredje kvartalet 2016 var 1 319 663 människor folkbokförda i Skåne. Skånes befolkning har ökat med nästan 21 000 invånare under 2016. Ökningen 2016 bestod till stor del (70 procent) av en nettoinflyttning av människor som flyttat till Skåne från andra länder.
- På tio år har medellivslängden i Skåne ökat med drygt 2,3 år för kvinnor (83,9) och 1,4 år för män. Det finns dock skillnader i medellivslängd mellan grupper med kort och lång utbildning. Utvecklingen har varit bäst för högutbildade män och sämst för lågutbildade kvinnor.
- Utvecklingen av levnadsvanor har överlag varit positiv under de senaste åren, framför allt hos individer med hög utbildningsnivå. Användningen av tobak, narkotika och alkohol minskar bland skånska elever. Övervikt och fetma ökar i befolkningen, i synnerhet bland personer med låg socioekonomisk status.
- Hälsan i befolkningen är god men ojämnt fördelad. Omotiverade skillnader i vård förekommer inom flera vårdområden samt inom tandvården. Arbetet med att utveckla metoder för att identifiera dessa skillnader behöver utvecklas.
- Den ökande psykiska ohälsan bland barn och unga är oroande. Bättre samverkan mellan olika vårdnivåer och huvudmän behöver eftersträvas.
- Under 2018 fortsätter nationella satsningar inom psykisk hälsa, förlossning och cancer.
- Satsningar på hälsofrämjande arbete, rehabilitering inom stroke, MS/ Parkinson, smärta, cancer och psykiatri samt akut resp. långvarig smärtbehandling behöver prioriteras. Behovet av fortsatt arbete för en god och jämlik vård inom psykiatri, diabetes, hjärtsvikt samt njursjukdomar kvarstår.

- Förekomsten av antibiotikaresistenta bakterier ökar i Skåne. Arbetet med att förhindra spridningen av dessa inom sjukvården behöver stärkas ytterligare.
- Samverkan mellan olika vårdnivåer, i synnerhet primärvård och specialistvård men även mellan huvudmän, behöver förbättras.
- Fortsatt följsamhet av nationella och regionala riktlinjer och vårdprogram är nödvändigt för att uppnå en jämlik vård i regionen.
- Flera nya läkemedel och indikationer kommer att introduceras inom exempelvis olika cancerformer, MS, hepatit C, samt hjärt- och kärl. Inom nutritionsområdet finns det ökade behov av nutritionsomhändertagande av barn med neuropsykiska sjukdomar inom BUP, personer med psykisk ohälsa samt sköra äldre och kronisk sjuka.
- Kompetensförsörjningen behöver säkerställas.

## Inledning

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (2§ HSL). Hälso- och sjukvården ska vara jämlik, vilket innebär att den ska erbjudas på lika villkor och med gott bemötande till alla oavsett bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning. Värdegrunden för planering, styrning och genomförande av hälso- och sjukvården utgår ifrån den etiska plattformens tre inbördes rangordnade principer: *människovärdesprincipen*, *behovs- och solidaritetsprincipen* samt *kostnadseffektivitetsprincipen*.

När resurserna inte räcker till för allt som vården kan och vill göra, krävs det att de prioriteringar som måste göras är väl förankrade. Behovsanalysen syftar till att ge en vägledning för prioriteringarna. Prioriteringar sker på flera nivåer i sjukvården. På den *politiska nivån* görs prioriteringar utifrån hela befolkningens behov. Prioriteringar på denna nivå sker *mellan* verksamhetsområden och mellan sjukdomsgrupper, s.k. *horisontell prioritering*. Demografiska och epidemiologiska data, exempelvis åldersfördelning, sjuklighet och riskfaktorer ligger till grund för dessa prioriteringar. Behovsanalysen är ett underlag för hälso- och sjukvårdsnämndens vidare ställningstagande i budgeten och i hälso- och sjukvårdsupdraget för 2018.

**Syftet** med denna behovsanalys är att utifrån ett befolkningsperspektiv *identifiera* områden där omotiverade skillnader i vård, behandling och rehabilitering förekommer, att *kartlägga* ökande behov pga. den demografiska utvecklingen, ökad incidens/prevalens inom sjukdomar som drabbar många samt att *få kunskap* om eventuella nya behandlingsmetoder inkl. läkemedel.

## Metod

Behovsprocessen innefattar tre faser: faktainsamlingsfas, bedömning av fakta och första prioritering samt slutlig prioritering och förslag till åtgärder.

### Fas 1. Insamling av fakta

Faktainsamlingen skedde under december 2016 – mars 2017. *Befolkningsunderlaget* har inhämtas via Epidemiologiskt registercentrum Syd (ERC Syd) och avdelningen för Regional utveckling. Det innefattar epidemiologiska data kring den demografiska utvecklingen, folkhälsa, incidens/prevalens inom några större sjukdomsgrupper samt data om vårdkonsumtion. *Hälso- och sjukvårdsunderlaget* har inhämtas via nedan angivna sakkunniga:

*Expertgrupper:* Anestesi och intensivvård, Förlossningsvård, Smittsamma sjukdomar, Ögonsjukvård, Diabetes samt Psykisk ohälsa

*Kunskapscentrum:* Geriatrik, Kvinnohälsa och barnhälsovård, Allergi/astma/KOL, Demens samt Smärta

*Övriga sakkunniga:* Regional medicinsk kunskapsgrupp (RMK) Rörelseorganens sjukdomar, Regional medicinsk kunskapsgrupp (RMK) Endokrina sjukdomar inkl. diabetes, Regional medicinsk resursgrupp (RMRG) Allmänmedicin, Regional medicinsk kunskapsgrupp (RMK) Njursjukdomar och dialys, Palliativt utvecklingscentrum, Regionalt cancercentrum Syd (RCC Syd) samt Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning, Region Skåne.

Kunskapscentrum för migration och hälsa har tagit fram kunskapsöversikten *Vårdbehov hos asylsökande och nyanlända* där gruppens behov av hälso-och sjukvård samt tandvård kartlagts.

Frågeställningarna som besvarades av de sakkunniga var knutna till följande kategorier:

- a.) Nya ökade behov pga. den demografiska utvecklingen, ökad incidens/prevalens samt nya behandlingsmetoder inklusive läkemedel
- b.) Omotiverade skillnader i vård, behandling och rehabilitering
- c.) Nya nationella riktlinjer/vårdprogram och regionala vårdprogram

Insamlat material har oavkortat sammanställs i *Behovsunderlag för hälso-och sjukvård 2018*.

## **Fas 2. Prioritera och sammanställa behovsunderlaget**

Den 24 mars hölls en Workshop med syftet att presentera och förankra behovsunderlaget, inleda diskussion kring horisontella prioriteringar utifrån befolkningsspektivet samt lägga grund för det fortsatta arbetet med Region Skånes uppdrag för hälso-och sjukvården 2018.

Sakkunniga tillsammans med några av hälso-och sjukvårdsnämndens politiker deltog i Workshopen. Sakkunnigas förslag på prioriterade områden redovisas i denna behovsrapport.

## **Fas 3. Politiska prioriteringar**

Behovsrapporten kommer att överlämnas till Hälso-och sjukvårdsnämndens (HSN:s) ledamöter och muntligt redovisas i augusti för slutligt fastställande av prioriterade områden inför budget 2018.

## **Del 1.**

### **Bakgrundsuppgifter**

#### **DEMOGRAFI**

Under tredje kvartalet 2016 var 1 319 663 människor folkbokförda i Skåne. Skånes befolkning har ökat med nästan 21 000 invånare under 2016.

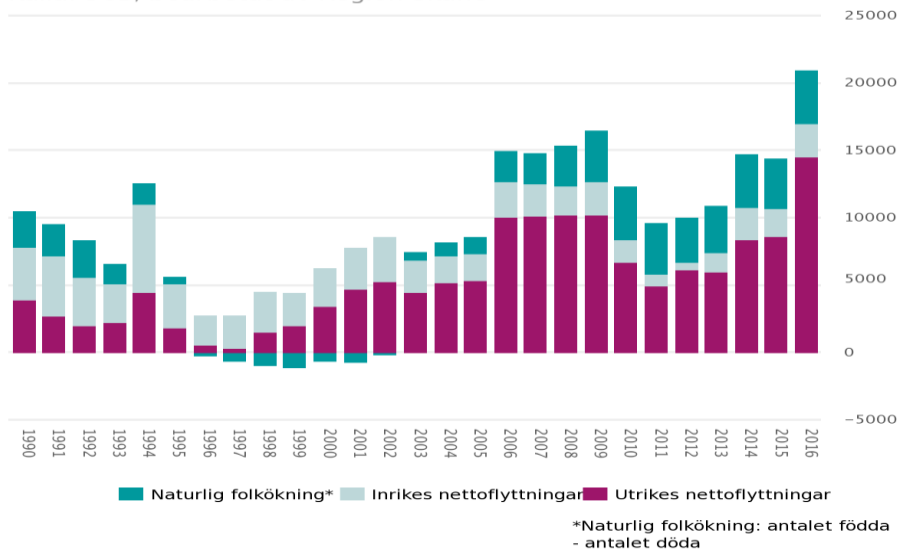
Ökningen 2016 bestod till stor del (70 procent) av nettoinflyttning av människor som flyttat till Skåne från andra länder. Detta är en konsekvens av den stora mängd människor som sökte asyl i Sverige under hösten 2015. Under 2016 tog Skånes kommuner emot 7 240 personer med uppehållstillstånd (2 798 kvinnor och 4442 män) varav 667 ensamkommande barn. Mellan 2014 och 2016 har ca 14 300 nyanlända bosatt sig i Skåne (Migrationsverket).

I förhållande till sin folkmängd ökar både sydvästra och nordvästra Skåne snabbare än den östra delen av länet. Allra störst befolkningsökning har de största kommunerna: Malmö, Lund och Helsingborg. Åldersstrukturen skiljer sig mellan Skånes västra och östra sida. I östra och sydöstra delen av regionen är andel äldre större i jämförelse med västra Skåne där befolkningen är yngre och det föds många barn (Avdelningen för Regional utveckling, 2016).



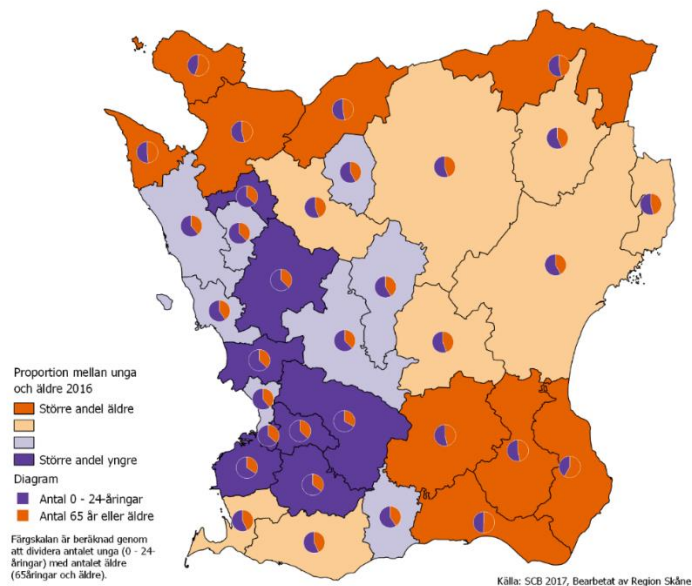
## Folkökningens komponenter 1990-2016

Källa: SCB, bearbetat av Region Skåne



Källa: SCB. Befolkningsstatistik (2016)

Under den närmaste tioårsperioden förväntas antalet äldre öka ytterligare. Det är framför allt de allra äldsta, dvs. de som är 80 år och äldre som kommer att öka mest; över 30 procent under prognosperioden. Framtida inomregionala skillnader avseende befolkningens ålder följer dagens trend.



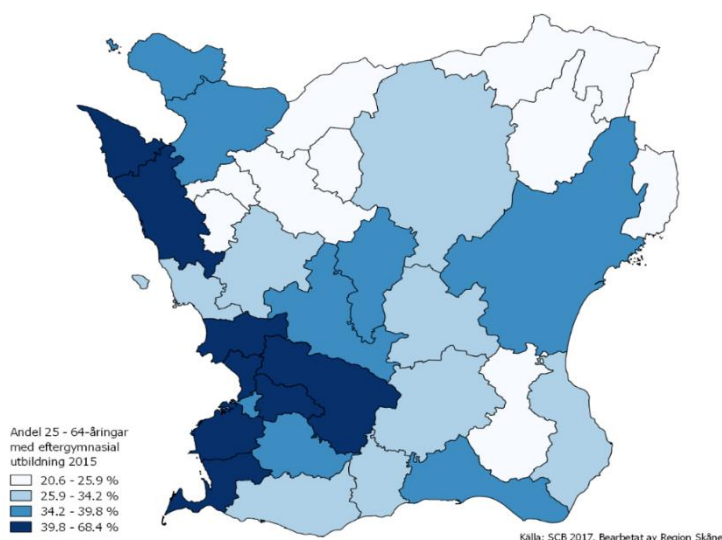
Källa: SCB (2017). Proportion mellan unga och äldre

## HÄLSA I BEFOLKNINGEN

### Medellivslängd

Medellivslängden används för att på ett övergripande sätt sammanfatta befolkningens hälsoläge. På tio år har medellivslängden i Skåne ökat med drygt 2,3 år för kvinnor (83,9) och 1,4 år för män (80,1). Medellivslängden skiljer sig mellan män och kvinnor och mellan dem med låg respektive hög utbildning. Utvecklingen har varit bäst för högutbildade män och sämst för lågutbildade kvinnor.

Lund, Lomma och Malmö är de kommuner som har högst andel invånare med eftergymnasial utbildning. Lägst andel invånare med eftergymnasial utbildning finns i sydöstra och nordvästra Skåne.



### Hälsoläge och levnadsvanor

Hälsan i befolkningen är god, över 70 procent av invånarna skattar sin hälsa som god eller mycket god, men det förekommer stora skillnader i hälsotillstånd mellan olika grupper. Nyanlända, arbetslösa, lågutbildade samt personer med låg social status har ofta en sämre hälsa än andra och löper större risk för förtida död. En viktig orsak till deras sämre hälsa är ohälsosamma levnadsvanor såsom tobaksrökning, riskbruk av alkohol, ohälsosam kost och brist på fysisk aktivitet. Ohälsosamma levnadsvanor innebär både risk för sjukdom och lidande samt höga kostnader för vården.

Utvecklingen av levnadsvanor har dock överlag varit positiv under de senaste åren, framför allt hos individer med hög utbildningsnivå. Användningen av tobak, narkotika och alkohol minskar bland skånska elever, såväl i grundskolan som på gymnasiet. Däremot ökar övervikt och fetma kontinuerligt framför allt bland personer med låg socioekonomisk status. Dåliga matvanor och fysisk inaktivitet är bidragande orsaker till förekomsten av fetma bland barn och ungdomar. I Skåne minskar andelen ungdomar som är fysiskt aktiva med åldern. Pojkar rör sig mer än flickor och övervikt har blivit mer vanligare bland flickor (Folkhälsorapport Barn och unga i Skåne 2016).

## INCIDENS OCH PREVALENS

Med **incidens** menas här nya fall som diagnostiseras om man följer 100 000 personer under ett år. Med ”nytt fall” menas patient som under de föregående fem åren inte någon gång sökt vård för samma åkomma. När det gäller psykisk ohälsa/BUP räknas en patient som nytt fall om det har gått minst 18 månader sedan senaste vårdbesöket för samma åkomma.

**Prevalensen** av en sjukdom beskriver hur många personer som lider av sjukdomen *just nu*.

I tabellen nedan presenteras en sammanställning av incidensen och prevalensen för befolkningen i Skåne åren 2010 – 2016.

Hälsotillstånd (sjukdom, diagnos)	Incidens		Prevalens	
	Ökar	Minskar	Ökar	Minskar
Mild-måttlig psykisk ohälsa	x		x	
Cancer	x		x	
Hjärtsvikt		x	x	
Stroke		x		
Hjärtinfarkt		x		
Artros	x		x	
Osteoporos			x	
Astma	x		x	
KOL			x	
Diabetes typ 1	x		Oförändrad	
Diabetes typ 2	x		x	
Obesitas	x		x	
Generaliserad smärta	x		x	
Demens	x		x	
Njursjukdomar	x		x	

Källa: ERC Skåne (2017)

## Del 2.

# Behov av hälso- och sjukvård i Region Skåne 2018 – prioriterade områden

Nedan redovisas av sakkunniga prioriterade behov för nästkommande planperiod.

## 1. Sjukdomsförebyggande arbete

### *Behovsunderlag*

Tidiga insatser för barn och ungdomars hälsa har en stark påverkan på deras framtida hälsa. Generellt har barn i Skåne god hälsa men hälsan är ojämlikt fördelad. Barn som lever under svåra förhållanden, exempelvis barn som är hemlösa, barn som flytt krig och förföljelse, barn med funktionshinder, barn i fattigdom, barn som far illa, barn till föräldrar med psykisk ohälsa, missbruk eller svår kronisk sjukdom samt papperslösa, har betydligt sämre hälsa. Dessa löper mer än dubbelt så stor risk att utveckla psykisk, fysiskt och social ohälsa både nu och som vuxna jämfört med andra barn. Det krävs ett systematiskt och långsiktigt arbete på samhällsnivå för att identifiera och stödja dessa barn. Hälso- och sjukvården, i synnerhet de verksamheter som riktar sig mot barn, har en viktig roll i detta arbete. Det hälsofrämjande arbetet som bedrivs inom barnhälsovården behöver stödjas och vidareutvecklas.

Andelen barn med övervikt och fetma ökar i Skåne, i synnerhet i östra Skåne. Förekomsten av övervikt och fetma är högre bland barn som har föräldrar med låg utbildningsnivå. Samverkan mellan elevhälsan och barnmottagningarna behöver stärkas för att i tid upptäcka barn med övervikt samt vidta nödvändiga åtgärder. Personer med psykisk sjukdom är en annan grupp där samverkan mellan olika vårdnivåer behöver utvecklas för att förhindra utveckling av övervikt och fetma.

Växande psykisk ohälsa framför allt bland barn och unga är oroande. Preventivt arbete för att förhindra insjuknande i psykiska åkommor behöver stärkas genom bland annat samverkan mellan olika vårdnivåer samt huvudmän.

Tobaksrökning är fortfarande ett stort folkhälsoproblem, även om den minskat något och nu ligger på i genomsnitt 12 procent. Prevalensen är dubbelt så hög bland utrikesfödda (framför allt utrikesfödda män). Flera studier visar att nyanlända från bl.a. Irak och Syrien röker betydligt mer än svenskfödda. Med tanke på att rökningen är den enskilt största orsaken till utveckling av allergi, astma och KOL behöver det förebyggande arbetet till denna grupp riktas mot språk- och kulturanpassad hälsouppllysning samt tidig diagnostik och intervention. Under 2018 fortsätter satsningarna på att uppnå mål om ett Rökfritt Sverige 2025, som är en del i Regeringens strategi för alkohol-, narkotika- dopnings- och tobaksområdet 2016 -2020 (ANDT).

Cancersjukdomar ökar, i synnerhet bröstcancer, prostatacancer, lungcancer samt malignt melanom. Ca 30 procent av all cancer kan förebyggas med sunda levnadsvanor. Preventionssatsningar i form av ökad screening kan leda till att fler cancerfall upptäcks i tid, vilket ökar sannolikheten för överlevnad. Deltagande i cervix-och bröstcancerscreening behöver öka, i synnerhet i områden med låg socioekonomisk status. Införande av prostata-och eller kolorektalcancerscreening planeras på nationell nivå och kommer att leda till att den ostrukturerade och ojämlika screeningen minskar.

Incidensen i njursjukdomar ökar. För att undvika framtida behov av dialys/transplantation behöver det preventiva arbetet förstärkas.

För att förebygga sjukdomar i rörelseorganen krävs fortsatta satsningar på att minska fetma och övervikt samt öka den fysiska aktivitetsnivån i befolkningen. Även satsningar på skadeförebyggande åtgärder inom idrotten behöver stimuleras.

Fall och fallskador ökar med stigande ålder och andelen över 65 år som vårdas inom akutsjukvården på grund av skador i samband med fall, beräknas till nästan 50 procent. Flera av riskfaktorerna är påverkansbara såsom nedsatt muskelstyrka/rörlighet, balans, syn/hörsel, defekta hjälpmedel, inkontinens, olämpliga läkemedel (opiater, neuroleptika, blodtrycksmedicin, sömnmedel) m.m. Det behövs fortsatt arbete kring fallprevention i samverkan med kommuner.

Incidensen i diabetes ökar. Över 80 procent av patienterna har också övervikt och/eller fetma som bidrar till högt blodsocker, blodfetterubbnings och högt blodtryck. Risken att utveckla följsjukdomar såsom stroke, hjärtinfarkt och njursjukdomar är stor. Måluppfyllelsen för HbA1c ser olika ut beroende på vilken socioekonomisk status personen har. Sekundärpreventionen vid typ 2-diabetes behöver förbättras, framför allt i socioekonomiskt utsatta områden.

Vissa migrantgrupper är mer drabbade än svenskfödda av diabetes typ 2 och hjärt- och kärlsjukdomar<sup>1,2</sup>. Forskning har visat att dessa migrantgrupper, även flyktingar, har högre förekomst av riskfaktorer för dessa sjukdomar<sup>3,4</sup>. En sådan viktig riskfaktor är övervikt och fetma.

#### ***Bedömning av behovet***

För att nå framgångar i det sjukdomsförebyggande arbetet bör hälso- och sjukvården sträva efter mer lika utfall när det gäller hälsa. Åtgärderna bör vara såväl generella som riktade så att nivån och intensiteten i stödet motsvarar nivån på utsattheten hos individen/gruppen. Detta gäller åtgärder för tidig upptäckt och förebyggande av sjukdom, såsom identifiering av riskfaktorer, biologiska riskmarkörer, ohälsosamma levnadsvanor (tobaksbruk, alkohol, fysisk aktivitet och mat) och levnadsförhållanden.

Det sjukdomsförebyggande arbetet måste prioriteras samt bedrivs långsiktigt och systematiskt. Det är först när alla professioner och aktörer inom hälso- och sjukvården insett värdet av preventionen som vi kan forma en hållbar hälso- och sjukvård.

---

<sup>1</sup> Wandell, P.E; Gafvels, C, 2007: *High prevalence of diabetes among immigrants from non-European countries in Sweden*. Prim Care Diabetes 1: 13-16.

<sup>2</sup> Gadd, M; Johansson, S. E; Sundquist, J; Wandell, P, 2006: *Are there differences in all-cause and coronary heart disease mortality between immigrants in Sweden and in their country of birth? A follow-up study of total populations*. BMC Public Health 6: 102-.

<sup>3</sup> Gadd, M; Sundquist, J; Johansson, S-E & Wändell, P, 2005: *Do immigrants have an increased prevalence of unhealthy behaviours and risk factors for coronary heart disease? European journal of cardiovascular prevention & rehabilitation* 12(6): 535-541.

<sup>4</sup> Sundell Lecerof, S & Stafström, M, 2011: *Olika villkor, olika hälsa – En osynlig intervention?* Malmö: Malmö högskola, Lunds Universitet, Uppsala Universitet.

## 2. Rehabilitering

### *Behovsunderlag*

Under våren 2017 genomfördes GAP-analys i samband med implementering av de nya nationella riktlinjerna för vård vid MS och Parkinson. Resultaten av den genomförda analysen visar att patienter med MS och Parkinson inte får sina rehabiliteringsbehov tillgodosedda inom samtliga Region Skånes förvaltningar.

Äldre patienter är ofta uteslutna från de program för smärtrehabilitering som finns, trots att principerna för smärtrehabilitering (fysisk träning, psykologiska och beteendemedicinska insatser, aktivitetsträning, med mera) skulle passa utmärkt även för denna grupp. Även patienter med bristande språkkunskaper har mycket svårare att få adekvat hjälp mot långvarig smärta, eftersom de flesta smärtrehabiliteringsprogram kräver att deltagarna förstår svenska.

Det förekommer stora regionala skillnader i rehabilitering efter stroke. Trelleborg- och Landskronapatienter har exempelvis inte tillgång till någon ineliggande rehabilitering. Ängelholm tar bara patienter från Helsingborgs lasarett. ESD-team (ett specialistteam för rehabilitering av strokepatienter i hemmet) finns bara på SUS i Malmö.

Behoven av cancerrehabilitering kommer att öka då fler drabbas men även överlever cancer. De sammantagna rehabiliteringsbehoven är inte kända, men det är rimligt att anta att minst 1/3 av patienterna (3 000 individer) behöver särskilda insatser inom fysisk rehabilitering och 1/3 behöver motsvarande psykosocial rehabilitering. Samverkan kring cancerrehabilitering mellan olika vårdnivåer behöver tydliggöras.

Tillgången till rehabilitering för patienter som lider av depression, ångestsyndrom, stressrelaterad ohälsa, schizofreniforma psykoser och bipolär sjukdom behöver förbättras.

### *Bedömning av behovet:*

Omotiverade skillnader i tillgången till rehabilitering förekommer inom flera vårdområden, exempelvis inom MS och Parkinson, stroke, cancer, smärta och psykiatri.

Tillgången till rehabilitering behöver förbättras och personalens kompetens utvecklas. Satsningar på upprustning av träningslokaler och utrustning behöver göras.

Samverkan mellan Region Skåne och skånska kommuner kring personer som är i behov av livslång rehabilitering samt geriatrisk rehabilitering behöver stärkas.

## 3. Kroniska sjukdomar

### 3.1. HJÄRTSVIKT

#### *Bedömning av behovet*

Hjärtsvikt är en folksjukdom där prevalensen i olika undersökningar uppskattats till ca 2 procent med en tydlig ökning i högre åldrar. I 50-årsåldern är förekomsten ca 1 procent för att stiga till över 10 procent vid 80 år. Hjärtsvikt är förenat med stora kostnader, vilka uppskattas till 2–3 procent av de totala sjukvårdskostnaderna i Sverige. På sjukhus är hjärtsvikt den vanligaste inläggningsorsaken för patienter över 65 år.

Skåne ligger lågt jämfört med andra landsting när det gäller basbehandling vid hjärtsvikt (Öppna jämförelser). Det finns behov av att öka basbehandlingen vid systolisk hjärtsvikt och optimera tilläggsbehandlingen.

### **3.2. DIABETES**

#### *Bedömning av behovet*

Andelen äldre i befolkningen ökar och med detta även incidensen i diabetes typ 2. I Skåne finns det idag drygt 50 000 personer med typ 2- diabetes samt 6 000 vuxna och 900 barn med typ 1- diabetes. För att säkerställa god, jämlik och personcentrerad diabetesvård behövs fortsatta satsningar inom exempelvis sjuksköterskekompetens, certifiering av hälsovalsenheter, digitalisering, tvärprofessionella diabetesteam m.m.

### **3.3. CANCER**

#### *Bedömning av behovet*

Incidensen i flera cancerformer ökar. Huvudmålsättningen för cancervården är att minska antalet cancerfall, öka överlevnaden och förbättra livskvaliteten hos patienter med cancer. Även satsningar på att korta ner utredningstiderna vid misstänkte om cancer prioriteras. Att höja personalens kompetens, förbättra tillgängligheten till PET-CT, samt utveckla IT-lösningar är några av de identifierade behoven.

### **3.4. ALLERGI, ASTMA OCH KOL**

#### *Bedömning av behovet*

Både incidensen och prevalensen i astma och KOL ökar. Förutom satsningar på tobaksavvänjning bland nyanlända och personer med låg socioekonomisk status behövs fortsatta satsningar på exempelvis utökade hälsoundersökningar för nyanlända och asylsökande för att i tid upptäcka KOL, fler allergi-, astma- och KOL-certifierade vårdcentraler samt en i hela regionen tillgänglig immunoterapibehandling vid svårbehandlad allergi.

### **3.5. NJURSJUKDOMAR**

#### *Bedömning av behovet*

Prevalensen i njursjukdomar ökar nationellt med 2-3 procent årligen. I Skåne är ökningen för närvarande nära 4-5 procent, dels pga. en högre incidens, men också pga. en liten men säker trend där den årliga mortaliteten minskar. Det stigande antalet dialyspatienter kräver kapacitetsökningar inom dialysvården men även bättre tillgång till donerade njurar och övriga organ.

### **3.6. SMÄRTA**

#### *Bedömning av behovet*

Mer än 150 000 invånare i Skåne har kronisk smärta som påverkar deras livskvalitet och i grunden innebär behov av vårdinsatser. Överlevnaden i cancer ökar och 30 – 90 procent av dessa patienter har behov av behandling mot sina cancerbetingade smärtor. Omhändertagandet av cancer- och neurogensmärta är inte tillfredställande idag. Flera omotiverade skillnader i smärtbehandling har identifierats. Exempelvis får ungdomar med långvarig smärta ofta problem att finna sig tillrätta med ”vuxenvårdgivare” när de vid 15-18 års ålder skrivs ut från pediatrika vårdenheter och plötsligt ska tas omhand på exempelvis ortopedkliniker, neurologmottagningar eller gyn-kliniker. Steget blir ofta alltför stort. Det finns därför behov av en smidigare övergång, anpassad för tonåringar och unga vuxnas behov. Även patientgrupper där samsjuklighet med svåra psykiatriska symptom/personlighetsstörningar förekommer, har ofta svårt att få den hjälp de behöver. Anledningen till detta är att smärtmottagningarna saknar kunskap för att hantera den psykiatriska problematiken och inom psykiatrin ses ofta smärtproblemet som ett hinder för framgångsrik psykiatrisk behandling.

Kompetensen inom framför allt primärvården behöver förbättras och organisationen av smärtvården bör ses över. Samverkan mellan olika vårdnivåer samt huvudmän behöver utvecklas.

## 4. Psykisk ohälsa

### *Behovsunderlag*

Den psykiska ohälsan ökar bland barn och unga. Folkhälsorapporten *Barn och unga i Skåne 2016*, visar att psykiska besvär som nedstämdhet, ångslan/oro, irritation/dåligt humör samt sömnbesvär ökar bland skånska elever. Oroväckande är att andelen barn och unga med flera psykiska besvär ökar jämfört med folkhälsoundersökningen 2012. Ensamkommande flyktingbarn är en särskilt utsatt grupp när det gäller psykisk ohälsa. Traumatiska upplevelser och sorg efter förluster av nära anhöriga samt ensamhet i det nya landet är vanliga riskfaktorer. Fortsatt osäkerhet och otrygghet i den miljö som skulle ge skydd förhindrar läkning av traumatiska skador och riskerar att leda till förlängd svår stress.

Enligt Socialstyrelsens kunskapsunderlag om psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända i Sverige beräknas mellan 20-30 procent lida av psykisk ohälsa. Vårdens utmaningar vad gäller psykisk ohälsa hos personer med migrationsbakgrund är *å ena sidan*, att inte överdiagnostisera psykisk ohälsa och *å andra sidan* att inte missa att diagnostisera psykisk ohälsa på grund av annorlunda uttryck som kan bero på kulturella skillnader i uttrycksformer.

Lättare och medelsvår psykisk ohälsa är fortsatt den dominerade orsaken till sjukfrånvaro, i synnerhet bland kvinnor. Utmattningssyndrom och depressiv episod<sup>5</sup> är de mest förekommande diagnoserna, tätt följt av akut stressreaktion.

Överdödligheten bland personer som lider av långvariga psykiska sjukdomar såsom schizofreni och bipolär sjukdom är hög. Medellivslängden är förkortad med hela 20 år för män och 15 år för kvinnor. Personer med psykisk ohälsa har sämre förutsättningar än andra att få en tillräckligt god somatisk vård. Detta kan ha flera orsaker, exempelvis att somatisk (kroppslig) sjuklighet upptäcks senare hos personer med psykisk ohälsa och att de får ett sämre somatiskt omhändertagande inom vården. Exempelvis inleds cancerbehandling i ett senare skede och risken för amputation vid diabetes är större i denna grupp än hos den övriga befolkningen. Detta visar på behovet av förstärkt samarbete mellan somatisk och psykiatrisk vård samt att den psykiatriska vården behöver integreras bättre i ordinarie verksamhet (Regeringskansliet 2012).

Under 2017 kommer reviderade nationella riktlinjer, *Vård vid depression och ångestsyndrom – stöd för styrning och ledning*, att skapa behov av bättre tillgång till psykologisk behandling. Dessa nationella riktlinjer fokuserar på förebyggande insatser, tidig upptäckt, effektiva behandlingar och förbättrad kontinuitet inom vården. Förutom antidepressiva läkemedel lyfts kognitiv beteendeterapi (KBT) fram som en lämplig behandling vid de flesta former av lindrig till medelsvår depression och ångest liksom repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS) vid behandling av vuxna med medelsvår till svår egentlig depression.

### *Bedömning av behovet*

Region Skåne behöver tillhandahålla en likvärdig psykiatrisk vård. De omotiverat stora skillnaderna i medellivslängd för gruppen med långvarig allvarlig psykisk ohälsa behöver

---

<sup>5</sup> Depressiv episod betecknar ett första insjuknande i depression (Socialstyrelsen)  
<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/depressivepisod-f32>



minska. Arbetet med att förbättra bemötandet, öka tillgängligheten och kompetensen gällande personer med psykisk ohälsa, i synnerhet unga, behöver bedrivas i samverkan med interna och externa aktörer.

Arbetet med att minska antalet suicid behöver fortsätta och förstärkas.

Implementeringen av de nationella riktlinjerna *Vård vid depression och ångestsyndrom - stöd för styrning och ledning* behöver genomföras.

## **5. Behov inom övriga områden**

### **5.1. FÖRLOSSNING OCH KVINNORS HÄLSA**

#### *Bedömning av behovet*

Födelsetalen ökar för varje år och beräknas öka ytterligare med uppskattningsvis mer än 5 procent på grund av ökande befolkningens mängd i fertil ålder i Region Skåne. Ökande födelsetal genererar ökat behov av graviditets- och förlossningsvård, inklusive personal och lokaler. Kompetensförsörjningen behöver säkerställas. Satsningar på eftervårdsmottagningar och amningsmottagningar bör prioriteras.

### **5.2. INFEKTIONER**

#### *Bedömning av behovet*

Förekomsten av antibiotikaresistenta bakterier ökar i Skåne. Behov av fortsatta satsningar för att förhindra spridningen av dessa inom sjukvården.

Tuberkulos är en diagnos som är överrepresenterad bland migranter. I Sverige ökade antalet fall av aktiv sjukdom med 23 procent (sammanlagt 835 personer) under 2015. Den siffran håller i sig under 2016. I Skåne är trenden identisk med en 29-procentig ökning mellan 2014 och 2015. Behandling av latent tuberkulos kräver inte stora medicinska insatser men utgör ändå en belastning i verksamheten genom att det krävs många och täta uppföljande besök. Behov av fortsatta satsningar på att i tid upptäcka personer med aktiv respektive latent tuberkulos.

### **5.3. PALLIATIV VÅRD**

#### *Bedömning av behovet*

Flertalet patienter avlider på sjukhus och kommunal omsorg. Det är viktigt att dessa patienter erhåller allmän palliativ vård enligt det nationella vårdprogrammet för palliativ vård. Behov av fortsatta satsningar på implementering av vårdprogrammet inom samtliga vårdnivåer.

### **5.4. DEMENS**

#### *Bedömning av behovet*

Andelen personer med demenssjukdom ökar i takt med att vi lever allt längre. En ökande andel patienter söker vård i ett tidigt skede av sin demenssjukdom och vissa uppvisar enbart lindrig kognitiv störning. Kunskapen om differentialdiagnostik inom framförallt primärvården behöver stärkas.

## **LÄKEMEDEL OCH NUTRITION**

#### *Bedömning av behovet*

Nya läkemedel och indikationer introduceras inom flera cancerformer, MS, hjärt-och kärl sjukdomar samt infektionssjukdomar. Flera läkemedelsbehov är identifierade och några av dem är: behov av en samlad gemensam läkemedelslista, behov av en fortsatt säker ordination av läkemedel till barn, behov av bättre läkemedelsbehandling av äldre, behov av ett ordnat

införande och en strukturerad uppföljning av FGM (flashglukosmätare – en scanningsfunktion) och CGM (kontinuerliga glukosmätare) samt behov av utökad molekylärpatologi och diagnostik kopplat till nya läkemedelsterapier inom onkologi/hematologi.

Inom nutritionsområdet finns ökade behov av nutritionsomhändertagande vid neuropsykiatriska sjukdomar inom barn- och ungdomspsykiatri, behov av implementering av regiongemensamma riktlinjer som syftar till att identifiera, förebygga och behandla undernäring hos barn och ungdom inom slutenvården.

Personer med psykiatriska sjukdomar löper större risk att drabbas av undervikt, övervikt och/eller ensidigt livsmedelsval med risk för näringsbrist. Nutritionsomhändertagandet av patienter med psykiatrisk sjukdom behöver förstärkas.

Även äldre och patienter med kroniska sjukdomar löper stor risk att drabbas av nutritionsproblem i samband med sjukdom. Arbetet utifrån modellen framtagen i samverkan med skånska kommuner behöver fortsätta för att säkerställa en jämlik nutritionsvård genom hela vårdkedjan.

## **TANDVÅRD**

### *Bedömning av behovet*

Tandhälsan i befolkningen är god men ojämnt fördelad. Inom barn och ungdomstandvården finns behov av att fånga upp ”barn som far illa” genom att intensifiera utbildningsinsatserna till kontaktpersoner. I samband med munhälsobedömningar av barn 11-16 månader ska vårdnadshavarens behov uppmärksammas och ett partnerskap skapas för att säkerställa förutsättningar för god oral hälsa.

Sköra äldre är ytterligare en grupp som löper risk för sämre oral hälsa. Samverkan mellan tandvården, hälso- och sjukvården samt kommunerna är viktig för att optimera omhändertagandet och förbättra livskvaliteten för denna grupp.

I en enkätundersökning<sup>6</sup> bland nyanlända (främst syriska) flyktingar i Skåne uppgav 48 procent att de hade dålig eller mycket dålig tandhälsa. De vanligaste tandhälsobesvärerna bland både män och kvinnor var karies, besvär med tandköttet, tuggsvårigheter, tandlossning och tandlöshet.

## **Del 3.**

### **Dagens och framtida utmaningar**

Befolkningen i Sverige kommer att leva allt längre. Medellivslängden väntas enligt SCB:s framskrivning öka från dagens ca 82 år till ca 86 år 2050. Mellan åren 2010 och 2030 beräknas antalet personer som är 80 år eller äldre öka med ca 300 000 i Sverige, resp. 20 000 i Skåne. Den förändrade befolkningsstrukturen kommer att påverka den demografiska försörjningskvoten i negativ riktning. År 2035 kommer 100 personer i förvärvsverksam ålder att försörja 85 personer i icke förvärvsverksam ålder. Motsvarande siffra idag är 74 personer. Till det kommer att dagens sjukvårdskostnader växer snabbare än BNP, vilket långsiktigt är inte hållbart. Om kostnadsökningarna fortsätter i samma takt som de senaste decennierna, med i genomsnitt 1 procent årligen utöver demografin, kommer skattesatsen för kommuner

---

<sup>6</sup> Zdravkovic, S; Grahn, M; Björngren Cuadra, C, 2016: *Kartläggning av nyanländas hälsa*. Malmö: Malmö högskola.

och landsting att behöva öka med i genomsnitt cirka 13 kronor fram till 2035<sup>7</sup>. Cirka en tredjedel av dessa höjningar kan hänföras till hälso- och sjukvården (SKL, 2016)<sup>8</sup>.

Med stigande ålder ökar förekomsten av kroniska sjukdomar och i samband med detta även kostnaderna för vården. Antalet personer med flera kroniska sjukdomar (multisjuka) kommer att öka med ca 45 procent mellan 2010 och 2050 (Regeringskansliet, 2010)<sup>9</sup>. Med tanke på att vården av personer med kroniska sjukdomar, i synnerhet multisjuka, kommer att utgöra en stor del av sjukvårdskostnaderna även i framtiden, bör de långsiktiga insatserna riktas mot att förbättra vården för denna målgrupp.

### *Var ska vi lägga fokus idag för att skörda vinster imorgon?*

Sjukdomsförebyggande arbete, en jämlik vård och utveckling av informationsteknologi och digitalisering kommer att vara det viktigaste verktyget för vårdens effektivisering (SKL 2016).

De satsningar vi idag gör på att förebygga ohälsa hos befolkningen kommer att påverka hälso- och sjukvårdskostnaderna i en positiv riktning. Det behövs såväl preventiva som proaktiva insatser för att möta de ökande vårdbehoven som kommer med en äldre och sjukare befolkning; preventiva insatser för att undvika sjukdomsdebut och proaktiva insatser för att i möjligaste mån förhindra en försämring av befintliga sjukdomstillstånd.

Att erbjuda jämlik vård kommer att fortsätta vara en utmaning för hälso- och sjukvården. Jämlik vård handlar om att ge alla patienter god vård anpassad efter den enskilda patientens förutsättningar och behov. Det handlar också om att ständigt utveckla kvaliteten i patientens möten med vården oavsett om det handlar om ett fysiskt möte på sjukhus eller vårdcentraler eller med hjälp av ny teknik.

Stor inverkan på framtida behov av hälso- och sjukvård kommer även utvecklingen av informationsteknik och digitaliseringen att ha. Denna utveckling kommer att bidra till att patientens delaktighet i vården ökar. Digitaliseringen och e-hälsa kommer även att ge beslutsfattarna bättre informationstätt för att styra. Flera omställningar behöver göras för att vården ska vara mer digital. Exempelvis krävs det ett förändrat arbetssätt, ett nytt ersättningsystem samt ett tydligt och modigt ledarskap på alla nivåer.

Att säkerställa kompetensförsörjning genom utbildning, fortbildning och verksamhetsutveckling är en utmaning som berör oss alla, oavsett huvudman och i vilken regi hälso- och sjukvården utförs. Behoven av kompetensförsörjning, framför allt specialistutbildade sjuksköterskor kommer att öka i framtiden. Det finns ett långsiktigt behov av en bättre balans mellan grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor<sup>10</sup>. Det ska finnas möjligheter att arbeta över yrkesgränserna och omfördela roller och arbetsuppgifter, använda kompetens på ett flexibelt sätt och arbeta i multidisciplinära team (Regeringskansliet 2010).

---

<sup>7</sup> SKL (2010) Framtidens utmaning

<sup>8</sup> SKL (2016) Hälso- och sjukvården år 2035

<sup>9</sup> Regeringskansliet (2010) Den ljusnande framtid är vård. Delresultat från LEV-projektet.

<sup>10</sup> Arbetsmarknaden i Skåne. Sjuksköterskorna. Tillgång och efterfrågan på kort och lång sikt.