



2026-08-31

# Framtida vårdbehov

En prognos av vårdbehov år 2026 - 2040  
i Västra Götalandsregionen

Dokumentnamn: Framtida vårdbehov En prognos av vårdbehov år 2026–2040  
i Västra Götalandsregionen

Diarienummer: SSN 2025-00042

Kontakt: Koncernstab strategisk hälso- och sjukvårdsutveckling

E-post: [koncernkontoret.halsoosjukvard@vgregion.se](mailto:koncernkontoret.halsoosjukvard@vgregion.se)

# Innehåll

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| Framtida vårdbehov .....              | 0  |
| Innehåll.....                         | 2  |
| Sammanfattning.....                   | 4  |
| Inledning .....                       | 6  |
| Syfte och bakgrund.....               | 7  |
| Rapportens upplägg .....              | 8  |
| Metod.....                            | 8  |
| Om vårdbehov och vårdkonsumtion ..... | 15 |
| Prognos över vårdbehov 2026-2040..... | 19 |
| Övergripande framskrivningar.....     | 19 |
| Regional primärvård .....             | 19 |
| Specialiserad vård .....              | 21 |
| Kostnader specialiserad vård .....    | 24 |
| Prognos per område .....              | 27 |
| Akutvård.....                         | 27 |
| Barn och ungdomars hälsa.....         | 29 |
| Barn- och ungdomspsykiatri.....       | 34 |
| Geriatrisk .....                      | 36 |
| Hjärta och kärl.....                  | 39 |
| Hud- och könssjukdomar.....           | 43 |
| Infektion.....                        | 46 |
| Internmedicin.....                    | 49 |
| Kirurgi .....                         | 53 |

|                                                                                           |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Kvinnosjukdomar och förlossning .....                                                     | 56  |
| Neurologi.....                                                                            | 61  |
| Onkologi .....                                                                            | 65  |
| Ortopedi .....                                                                            | 69  |
| Regional primärvård .....                                                                 | 73  |
| Rehabilitering.....                                                                       | 77  |
| Reumatologi .....                                                                         | 80  |
| Rättpsykiatri .....                                                                       | 83  |
| Urologi.....                                                                              | 86  |
| Vuxenpsykiatri .....                                                                      | 89  |
| Ögon .....                                                                                | 91  |
| Öron, näsa och hals .....                                                                 | 94  |
| Reflektion och diskussion.....                                                            | 97  |
| Medskick till kommande arbete .....                                                       | 101 |
| Bilaga A - Medicinska verksamhetsområden (MVO) fördelade per<br>samordningsråd (SOR)..... | 102 |
| Bilaga B - Frågor till samordningsråden .....                                             | 107 |
| Bilaga C – Grafer över framskrivningar fördelat på samordningsråd .....                   | 108 |
| Bilaga D – Tabell framskrivningar fördelat på samordningsråd .....                        | 112 |

# Sammanfattning

Denna rapport beskriver det framtida vårdbehovet i Västra Götalandsregionen (VGR) för perioden 2026–2040 genom kvantitativa framskrivningar av vårdkonsumtion kombinerat med kvalitativa bedömningar om hälso- och sjukvårdens utveckling. Rapporten syftar till att utgöra ett kunskapsunderlag för planering av hälso- och sjukvårdens resurser och utbud i relation till förväntade vårdbehov.

Rapporten belyser att vårdbehovet förväntas öka över tid, samtidigt som vårdens innehåll och struktur förändras. Den viktigaste drivkraften är den demografiska utvecklingen, där en växande och åldrande befolkning leder till fler patienter och en högre förekomst av kroniska sjukdomar, multisjuklighet och komplexa vårdbehov.

Framskrivningar av framtida vårdkonsumtion analyseras i rapporten utifrån två huvudsakliga scenarier baserat på olika antaganden: ett som enbart baseras på demografiska förändringar och ett som även inkluderar historiska trender i vårdkonsumtion. Resultaten visar att valet av antaganden har stor betydelse. Demografibaserade scenarier indikerar måttliga ökningar i vårdvolym, medan scenarier som inkluderar historiska trender i flera fall pekar på kraftigare ökningar. Exempelvis visar framskrivning av regional primärvård att antalet besök kan öka med cirka 10 procent när demografiska förändringar beaktas, medan framskrivning som även inkluderar historisk trend visar på en ökning av besök med cirka 50 procent. Däremot pekar beräkningarna på att slutenvårdstillfällen inom flera områden kan minska kraftigt fram till 2040 om hänsyn tas till historisk trend. Antalet besök inom specialiserad vård förväntas följa befolkningsutvecklingen och öka med cirka 10 procent oavsett om man tittar på demografi eller trend. Framskrivningarna visar att vårdkonsumtionen varierar mellan olika medicinska områden. Generellt bedöms konsumtionen av öppen vård öka mest inom områden som geriatrik, onkologi, hjärt-kärlsjukdomar och neurologi.

De kvalitativa bedömningarna lyfter fram att medicinska och teknologiska framsteg påverkar utvecklingen i flera riktningar som inte fångas av beräkningarna. Att framskrivningarna baserade på historisk trend förutspår en minskning av slutenvårdstillfällen är en följd av en tydlig strukturförändring med förändrade arbetssätt i slutenvården och en förskjutning från slutenvård till öppna vårdformer, dagvård och vård i hemmet. Men i dagsläget bedöms möjligheterna att ytterligare minska slutenvårdens omfattning vara begränsade inom flera områden, då tidigare effektiviseringar redan realiserats. Förbättrade diagnos- och

behandlingsmetoder leder till att fler sjukdomstillstånd kan behandlas med bättre resultat och att fler överlever. Ökad överlevnad bidrar också till att fler människor lever längre med sjukdom, vilket i sin tur ökar behovet av uppföljning, rehabilitering och samordnade insatser. De medicinska framstegen leder således till att vårdbehovet förändras snarare än minskar. Osäkerheten kring hur stora effektiviseringar exempelvis AI och andra tekniska och medicinska utvecklingsområden kommer att kunna leda till, samt i vilken takt de kan genomföras, gör att det är svårt att förutse om det totalt sett kommer att leda till ett minskat vårdbehov eller ytterligare belastning på hälso- och sjukvården.

Parallellt med den medicinska utvecklingen förändras patienternas beteenden och förväntningar ökar på hög tillgänglighet, snabb respons, delaktighet och individanpassning. En växande andel patienter med komplexa och långvariga tillstånd innebär ökade krav på en hälso- och sjukvård som kan hantera hållbara och sammanhållna vårdförlopp. Det framhäver också vikten av en god samverkan och samordning mellan olika aktörer inom hälso- och sjukvården.

De prognoser och framskrivningar som presenteras ska ses som en möjlig bild av framtiden, som ett underlag för dialog, och utgör inte en exakt förutsägelse eller definitiv beskrivning av den framtida utvecklingen. Den framtida utvecklingen kan exempelvis förändras av oförutsedda faktorer som medicinska genombrott, förändrade patientbeteenden samt externa händelser som pandemier, klimatpåverkan eller geopolitiska förändringar. Prognoserna påverkas också av metodval och antaganden. Ett viktigt metodologiskt perspektiv i den här rapporten är att framskrivningarna utgår från vårdkonsumtion och inte från faktiska vårdbehov. Det innebär att framskrivningarna av vårdkonsumtion kan påverkas av faktorer som tillgänglighet, vårdutbud, medicinsk och teknisk utveckling, våldsökandebeteende och registreringspraxis.

Sammantaget visar analysen att hälso- och sjukvården i Västra Götaland står inför en komplex utveckling där ökande vårdbehov sammanfaller med förändrade medicinska, tekniska och demografiska förutsättningar. Prognoser talar ofta för ett ökat vårdbehov, men erfarenheten visar att vårdssystemet också haft förmåga att kontinuerligt anpassas till nya förutsättningar. Mot denna bakgrund framträder behovet av en styrning som kombinerar långsiktig inriktning med flexibilitet. För att hantera osäkerheten krävs en successiv och kvalitetsdriven verksamhetsutveckling av vårdens organisation, där planering, uppföljning och anpassning sker kontinuerligt. Det innebär att beslut om resursfördelning, kompetensförsörjning och vårdstruktur behöver kunna justeras i takt med

att nya förutsättningar uppstår. Framtidens hälso- och sjukvård i VGR behöver därmed präglas av tydliga prioriteringar och stärkt samordning, vilket förutsätter en aktiv styrning som förenar strategisk riktning med operativ anpassningsförmåga och möjliggör en hållbar balans mellan ökande behov, höga förväntningar och begränsade resurser.

## Inledning

Hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen står inför en utveckling där vårdbehov och förutsättningar förändras till följd av flera samtidigt verkande omvärldsfaktorer. Dessa förändringar påverkar både omfattningen av efterfrågan på vård och vårdens innehåll, organisering och resursbehov. För att skapa förutsättningar för en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård krävs en samlad förståelse för hur dessa drivkrafter samverkar och påverkar utvecklingen framåt.

En av de mest centrala drivkrafterna är den demografiska utvecklingen. Befolkningen i Västra Götaland förväntas fortsätta öka fram till år 2040. Samtidigt åldras befolkningen kraftigt, vilket innebär att fler invånare kommer att leva längre med kroniska sjukdomar, multisjuklighet och funktionsnedsättningar. Det leder till ett ökat och mer komplext vårdbehov, där vårdens insatser i högre grad behöver anpassas till långvariga vårdförlopp.

En omställning av vårdens struktur och arbetssätt pågår. Den regionala primärvården ska utgöra navet i hälso- och sjukvården och vara invånarnas naturliga ingång, med ett utökat ansvar för såväl första bedömning som behandling och uppföljning. Detta är centralt för att bidra till ett mer effektivt vårdsystem och nyttjande av resurser. En allt större andel av hälso- och sjukvårdens insatser ges redan i öppna vårdformer. Tidigare analyser tyder på att denna utveckling bidragit till lägre behov av slutenvård, även om utnyttjandet av vårdplatser idag begränsas av utmaningar med att bemanna och kompetensförsörja.

Den medicinska och tekniska utvecklingen bedöms fortsatt driva på förändringar i prevention, diagnostik och behandling. Utvecklingen inom precisionsmedicin och nya högspecialiserade behandlingsmetoder väntas möjliggöra mer individanpassade insatser. Framsteg inom artificiell intelligens, maskininlärning och robotik kan ytterligare påverka vårdens utformning. Digitala uppföljningar och konsultationer samt tekniska stöd

väntas få en större roll i framtidens vård, liksom möjligheten att erbjuda vård i hemmet.

Patienternas beteenden och förväntningar förändras också. Förväntningarna på god tillgänglighet, hög kvalitet och smidig samordning mellan vårdinstanser bedöms fortsätta öka. Det ställer krav på en tydlig och sammanhållen ingång till vården, lättillgänglig rådgivning och möjligheter till egenvård med stöd av digitala lösningar. Även patienternas krav på delaktighet, kontinuitet och personcentrering blir allt större, särskilt vid kroniska och långvariga tillstånd. Behovet av tydlig information, hög tillgänglighet och möjligheter till digital kontakt ökar därmed i betydelse.

Slutligen påverkas framtida vårdbehov av insatser efter egentlig behandling såsom eftervård, rehabilitering och behov av hjälpmedel, områden som är svåra att prognostisera.

Framtidsprognoser ska inte tolkas som exakta förutsägelser om framtiden, utan som ett kunskapsunderlag för strategisk planering och beslutsfattande. Genom att synliggöra möjliga utvecklingsvägar, trender och osäkerheter bidrar de till en ökad förståelse för vilka utmaningar och möjligheter hälso- och sjukvården kan komma att möta. Prognoserna skapar därmed förutsättningar för att i god tid planera för framtida vårdbehov, kompetensförsörjning och resursanvändning samt för att fatta välgrundade prioriteringar. I en omvärld präglad av snabb förändring kan de också stärka verksamhetens förmåga att anpassa sig till nya förutsättningar.

## Syfte och bakgrund

Syftet med rapporten är att utgöra en del av underlaget för planering av hälso- och sjukvårdens resurser och utbud i relation till förväntade vårdbehov. Ambitionen är att bidra till väl underbyggda beslutsunderlag som stödjer den långsiktiga inriktningen och invånarnas tillgång till en jämlik hälso- och sjukvård i Västra Götaland.

Bakgrunden till arbetet är ett uppdrag från strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden den 7 december 2023 (§ 181) till hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören att initiera ett arbete för att förstärka genomförandet av omställningen på lång sikt. Uppdraget innebär att, med stöd av kvantitativa beräkningar, alternativa scenarier och simuleringar, analysera hur utbud och leverans av hälso- och sjukvård i Västra Götalandsregionen (VGR) kan komma att utvecklas fram till 2040. Bedömningar av bland annat framtida vårdbehov, ekonomiska

förutsättningar och arbetsmarknad utgör ramar för analyserna och syftar till att belysa centrala premisser för vårdutbud, kompetensförsörjning och investeringsbehov.

Som en del i detta arbete beslutade hälso- och sjukvårdsdirektören våren 2026 om ett specifikt uppdrag att ta fram en rapport om prognoser över vårdbehov i VGR för perioden 2026–2040. Uppdraget omfattar att identifiera övergripande utvecklingsmönster i vårdbehov, både avseende omfattning och förändring inom olika vårdområden. Resultaten är avsedda att bland annat användas som underlag i det fortsatta arbetet med regional kompetensförsörjning.

Samtidigt är det förenat med stor osäkerhet att med precision förutsäga hur vårdbehovet kommer att utvecklas på längre sikt. De framtidsbilder och prognoser som presenteras i denna rapport ska därför ses som möjliga utvecklingsvägar, baserade på ett antal antaganden.

## Rapportens upplägg

Rapporten presenterar en samlad analys av framtida vårdbehov i VGR för perioden 2026–2040. Inledningsvis beskrivs en generell utveckling av hälso- och sjukvården, följt av en beskrivning av syfte, antaganden och metod. Därefter redovisas framskrivningar av vårdkonsumtion, uppdelat på primärvård och specialiserad vård, samt prognoser över vårdbehov inom medicinska områden. Analysen kombinerar kvantitativa beräkningar med kvalitativa bedömningar av framtida utveckling. Analysen följs av en diskussion kring övergripande trender, osäkerheter och centrala faktorer för hälso- och sjukvårdens långsiktiga planering och styrning. Rapporten avslutas med medskick till framtida arbete.

## Metod

Vårdkonsumtion ligger till grund för de framskrivningar som görs i den här rapporten. Vårdkonsumtion är den faktiska användningen av vårdtjänster som registrerats.

### **Datakälla vårdkonsumtion**

Vårddatabasen Vega. Den regionala vårddatabasen Vega innehåller vårdkontakter som rapporterats av den vårdenhet där patienten är inskriven i slutenvård eller vid öppen vård av den vårdenhet där vårdkontakten är utförd. En vårdkontakt kan vara ett besök, distanskontakt, indirekt kontakt (till exempel notat) eller slutenvårdstillfälle.

Vårddatabasen Vega innehåller uppgifter om vårdkontakter från VGR: s egna vårdgivare och från privata vårdgivare inom regionen. Den innehåller även uppgifter om vård som invånare folkbokförda i Västra Götaland fått utanför regionen. Vårdval (LOV) och vård upphandlad i konkurrens enligt LOU ingår liksom vård som bedrivs med stöd av Lag om Läkarvårdsersättning (LOL) och Lag om ersättning för fysioterapi (LOF).

Vårdval vårdcentral infördes år 2009 och vårdval rehab infördes 2014, vilket ledde till ökad primärvårdskonsumtion. Kommunal primärvård ingår inte. Från och med 2019 inkluderas distanskontakter som ersätter besök i både registrering och rapportering. Dessa kontakter har tidigare förekommit i vården, men på grund av oenhetlig registrering ingår de inte i tidigare redovisningar.

### **Urval**

För att kunna relatera konsumtionen till befolkningen behöver en framskrivning av vårdkonsumtion utgå ifrån ett konsumtionsperspektiv, det vill säga hur mycket vård som konsumeras av invånarna utifrån hemregion, snarare än regionernas produktion av hälso- och sjukvård (vilken oftast ligger till grund för statistik).

Urvalet är vårdkontakter 2010–2025 bland personer folkbokförda i Västra Götaland, oavsett om vården konsumerats i VGR eller utomläns. Det medför att vi inte inkluderar utomlänspatienter, asylsökande, papperslösa, personer med skyddad adress som sökt vård i VGR. Dessa kontakter utgör cirka 2-3% av den totala vården i Vega.

### **Exklusionskriterier**

Underlaget är avgränsat till den vård och omsorg som regionen ansvarar för och innehåller ingen framskrivning av konsumtionen av kommunal vård.

Övriga och indirekta kontakter (oplanerade telefonkontakter, chattar, videomöten som inte ersätter besök, brevsvar, konsulterande möte om patient, notat om patient, samtal med patient om tider, övrig distanskontakt, brev etc., dvs vissa ”icke-vårdande kontakter”) har uteslutits från beräkningarna, även om de också tar vårdens resurser i anspråk. Övriga kontakter utgör cirka 10 procent av totala antalet kontakter i specialiserad vård och cirka 50 procent av kontakterna i primärvård. Vårddagar för rättspsykiatri är exkluderade.

I vissa verksamheter utgör oplanerade telefonkontakter en betydande del av vårdproduktionen. Dessa inkluderas dock inte i framskrivningarna för att säkerställa en enhetlig metod genom hela rapporten. Detsamma gäller brevsvar, som i vissa fall kan vara omfattande. Registreringen av dessa

kontakter kan dessutom variera mellan förvaltningar, vilket påverkar jämförbarheten. Nya arbetssätt, såsom formulärbedömningar, fångas inte heller i tillgänglig data. Om omfattningen av dessa kontakttyper har förändrats över tid kan det påverka de mönster som framgår i redovisningen. Exkluderingen av dessa kontakter kan därför påverka tolkningen av vårdkonsumtionens omfattning.

Förekomsten av övriga kontakter kan påverkas vid till exempel förändrade registreringsanvisningar. Nya registreringsanvisningar infördes i primärvården våren 2024. I samband med detta började telefonsamtal som ersätter besök (TB) debiteras, vilket tidigare inte gjordes. Samtidigt skärptes kraven på innehållet i själva telefonkontakten, exempelvis att det ska framgå att kontakten initierats av patienten. Förändringarna ledde till en viss minskning av registrerade TB och även skriftlig digital distanskontakt som ersätter besök, eftersom fler ärenden i stället klassificerades som kontakter som inte ersätter besök. Dessa inkluderas inte i denna redovisning. En ny rutin infördes även där receptförnyelser ska registreras som "Notat om patient" oavsett kontakttyp, med utgångspunkten att dessa ska vara avgiftsfria. Detta kan också ha bidragit till fler kontakter som inte ingår i denna rapport. Även ändrade ersättningsnivåer för digitala vårdmöten (ljud och bild) och skriftliga digitala kontakter som ersätter besök (chatt) har påverkat vårdkonsumtionen.

### **Om vårdkonsumtion**

En vårdkontakt speglar inte den faktiska resursinsatsen, och resultaten är inte justerade för skillnader i vårdtyngd (case-mix). Det innebär att olika typer av kontakter jämföras, exempelvis kan ett kvalificerat telefonsamtal räknas på samma sätt som ett vårdtillfälle i slutenvård. Samtidigt påverkar ersättningssystem och patientavgifter hur verksamheter registrerar sina kontakter. Detta styr i sin tur vilka vårdkontakter som ingår i konsumtion och produktion i Vega, vilket kan påverka de mönster som framgår i statistiken över tid.

### **Datakälla kostnader för specialiserad sjukvård**

Kostnader och fakturerade belopp är hämtade från vårddatabasen Vega. Kostnad per patient (KPP) är en metod för att beräkna sjukvårdens kostnader per vårdkontakt och patient inom specialiserade vården. Medicinska uppgifter och kostnader knyts till enskild patient och dess vårdkontakter. Beräkningen av KPP bygger på den fördelning av kostnader till patientrelaterad verksamhet som sker i totalkostnadsbokslutet. KPP redovisas i rapporten för specialiserad vård på VG-nivå. För de kontakter som saknar KPP används fakturerat belopp som kostnad, framför allt för

privata vårdgivare utanför vårdvalet och utomlänsvård. Vid beräkning av framskrivningar av kostnader tas inte hänsyn till inflation.

### **Datakälla befolkningsprognos**

SCB: s och VGRs befolkningsframskrivning ligger till grund för båda typerna av framskrivningar som görs här. Befolkningsframskrivningen görs utifrån antagandet att utvecklingen av fruktsamhet, dödlighet och flyttmönster i framtiden kommer att utveckla sig på samma sätt som de gjort de föregående nio åren. Den tar alltså inte hänsyn till planerat bostadsbyggande, företagsetableringar eller dylikt. Den innehåller heller inga ytterligare antaganden om den framtida utvecklingen. SCB beräknar fruktsamheten utifrån antal kvinnor i fertil ålder och trender vad gäller barnafödande. Dödligheten bygger på motsvarande sätt endast på trender och innehåller inga antaganden om hur den medicinska utvecklingen kan påverka livslängden.

Västra Götalands [befolkningsprognos](#).

### **Indelning**

I VGR finns 24 [samordningsråd](#) som ska samverka inom sitt ansvarsområde för att tillgodose behovet av hälso- och sjukvård hos invånarna i Västra Götaland och bidra till utvecklingen av hälso- och sjukvården i VGR. En indelning på samordningsrådsnivå har valts för att möjliggöra en övergripande analys av hälso- och sjukvårdens utveckling samt de utmaningar som finns inom respektive specialitet. Denna nivå är också ändamålsenlig eftersom det finns etablerade expertgrupper med god insyn i verksamheten.

För att koppla varje vårdkontakt till ett samordningsråd används medicinskt verksamhetsområde (MVO), se Bilaga A. MVO tilldelas utifrån den avdelning där kontakten äger rum och möjliggör därmed en övergripande kategorisering av patientgrupper per samordningsråd. Grupperingen av MVO till samordningsråd utgör en övergripande och sammanhållen struktur som möjliggör en heltäckande bild av hälso- och sjukvårdens omfattning och utveckling. Samtidigt speglar strukturen den bredd och komplexitet som finns inom hälso- och sjukvården.

För vissa samordningsråd, där verksamheten i huvudsak motsvaras av ett enskilt MVO, såsom ögon och urologi, ger indelningen en tydlig och direkt koppling mellan data och verksamhetsområde. För andra samordningsråd, exempelvis inom internmedicin, neurologi och geriatrik, omfattar ansvarsområdet flera olika MVO. Ett enskilt MVO kan vara relevant för flera samordningsråd. Exempelvis utgör smärtvård och geriatrisk vård patientpopulationer som berör flera samordningsråds ansvarsområden. I

denna rapport har dock varje MVO tilldelats ett specifikt samordningsråd för att möjliggöra en tydlig redovisning. Se Bilaga A.

Samordningsråd som spänner över flera verksamhetsområden, såsom rehabilitering, infektion och palliativ vård kan inte fullt ut analyseras utifrån egna vårdtillfällen eller vårdkontakter, då en stor del av uppdraget utförs konsultativt. Insatserna riktas ofta till patienter som vårdas inom andra verksamheter, vilket innebär att verksamhetens bidrag till vården är tvärgående och understödjer flera delar av patientens vårdförlopp. Dessa kontakter fångas på en övergripande nivå i analysen via andra samordningsråd.

För rehabilitering har det inte varit möjligt att fånga data på ett ändamålsenligt sätt. Därför redovisas ingen framskrivning baserad på vårdkonsumtion. Samordningsråden har fått möjlighet att lämna synpunkter på grupperingen.

Följande samordningsråd ingår inte i rapporten: AnOpIva, Prehospitalt område samt Bild- och funktionsmedicin. Skälet är att dessa saknar egna MVO:n för registrering. Vårdkontakterna registreras i stället inom andra MVO:n och kan därför inte särskiljas med den metod som används i rapporten. Det innebär att statistik inte kan tas fram och att framskrivningar inte kan genomföras.

En fördel med att aggregera MVO till en högre nivå är att det finns variationer i hur MVO registreras mellan olika förvaltningar. Detta beror på att varje mottagning eller team själva definierar vilka MVO som ska vara tillgängliga för registrering. Följden blir att större förvaltningar ofta har flera MVO inom ett och samma område, medan mindre förvaltningar kan ha färre, ibland endast ett. Denna aggregering bidrar därför till ökad jämförbarhet mellan verksamheter, inklusive primärvård. Tilldelningen till MVO görs oavsett vilken diagnos patienten har fått vid kontakten. Primärvårdskontakter ingår endast i samordningsråd primärvård. Medicinska verksamhetsområden vid sjukhusförvaltningar, Habilitering och hälsa respektive Regionhälsan ingår i övriga aggregeringar. Ett MVO ingår endast i ett samordningsråd.

Det kan finnas vissa betänkligheter med att använda MVO som grund för indelning. Eftersom rapporten främst syftar till att beskriva de övergripande utvecklingslinjerna över tid bedöms dock indelningen vara tillräckligt ändamålsenlig.

Flera alternativa indelningsprinciper för koppling till samordningsråd övervägdes, däribland diagnoskoder (ICD-10), DRG samt ACG (Adjusted

Clinical Groups). Dessa alternativ bedömdes dock ha begränsad ändamålsenlighet i detta sammanhang. För diagnoser och DRG saknas en etablerad och enhetlig koppling till samordningsrådsstrukturen, och en sådan framtagning skulle kräva omfattande metodutveckling med osäker jämförbarhet och kvalitet som följd.

ACG utgör ett väl etablerat verktyg för att beskriva befolkningens hälsotillstånd utifrån beräknad vårdtyngd. Metoden bygger på gruppering av diagnoser i 32 så kallade ADG (Aggregated Diagnosis Groups), baserat på egenskaper såsom varaktighet, svårighetsgrad och etiologi. Eftersom ADG-grupperna sällan är direkt kopplade till specifika diagnoser och dessutom möjliggör att en individ kan tillhöra flera grupper samtidigt, bedömdes metoden vara mindre lämpad för en tydlig och entydig indelning till samordningsråd i denna analys.

### **Framskrivningar**

Två typer av framskrivningar görs baserat på förändring i demografi respektive framskrivning baserad på både förändring i demografi och underliggande trend. För att fånga variationer i patientunderlaget stratifieras beräkningarna på åldersgrupp, kön och vilken delregional nämnd patienten tillhör.

1. Endast demografi: Framskrivningarna baserade på demografi utgår från att andelen vårdkontakter per invånare 2025 förblir konstant framöver, och skrivs därför fram med den beräknade förändringen i demografi som ges av befolkningsprognosen. Exempelvis beräknas antalet vårdkontakter 2026 enligt

$$\text{vårdkontakter 2026} = \frac{\text{vårdkontakter 2025}}{\text{befolkning 2025}} \times \text{befolkning 2026}$$

2. Demografi och trend: Framskrivningarna gör antagandet att den historiska trenden för vårdkonsumtionen per invånare fortsätter, samtidigt som befolkningen förändras. Trenden baseras på olika tidsperioder beroende på utveckling av historisk data och beräknas i första hand med linjär regression. Beräkningarna av trend utgår från åren 2010–2025.

Undantag från basfallet:

- I de fall plötsliga förändringar i data gör att antagandet av en linjär trend inte håller, används ett kortare intervall.
- I de fall då covid-19 pandemin har stor påverkan på data har dessa år (2020–2022) uteslutits vid beräkning av trenden.

- I de fall där en snabbt minskande trend innebär att ett linjärt samband blir orimligt beräknas trenden med Poissonregression.

Detta framgår då vid resultatredovisningen. Skälet till att olika tidsperioder använts är att det inte kan uteslutas att stora förändringar mellan år beror på brister i underliggande data. Större förändringar kan också vara resultatet av tillfälliga satsningar och effekterna av dessa på konsumtionen kan då antas avta med åren.

Eventuella synpunkter från samordningsråden ligger till grund för bedömningen.

Framskrivningar tas fram för antalet besök (öppenvård), antalet vårdtillfällen och antalet vårddagar (slutenvård), samt KPP inom specialiserad vård. Framskrivningarna görs på VGR-nivå samt för respektive delregional nämnd. Framskrivningar görs även för varje samordningsråd samt primärvården på VGR-nivå. Alla framskrivningar är framtagna oberoende av varandra, exempelvis tar inte framskrivningen av antalet vårddagar hänsyn till förändring i antalet vårdtillfällen. Framskrivningarna presenteras som grafer, där skalan är anpassad utifrån respektive samordningsrådsområdes antalet kontakter. I bilaga C och D redovisas en samlad graf med alla ingående samordningsråd, samt en tabell med procentuell förändring för respektive område, avrundad till närmaste tiotal.

Följande parametrar ingår i framskrivningen

- Åldersgrupper: 0-17, 18-44, 45-64, 65-79, 80+ baserat på födelseår (för barn 0-6, 7-17 ålder vid besök)
- Kön: Kvinna, man
- Delregional nämnd: Göteborg, Norra, Södra, Västra, Östra, baserat på folkbokföringsort

Vid den här typen av beräkningar finns en mängd metodmässiga vägval, varav flera begränsas av den data som finns tillgänglig. Andra vägval och beräkningar på andra dataunderlag ger sannolikt ett något annorlunda resultat. Vi gör inga antaganden om framtida förändringar i vårdutbud, behandlingsmetoder, omställningsarbeten med mera. Genom att anpassa framskrivningen efter historisk trend fångas denna dynamik i stället upp indirekt, men bara i den mån som historiens förändringsfaktorer sammanfaller med framtida.

**Prognoser**

Prognoserna är en sammanvägd bedömning av framskrivningarna av vårdkonsumtion och samordningsrådets synpunkter och inspel på framtida vårdbehov inom deras område. Frågor om samordningsrådets bedömningar om framskrivningarna och framtida utveckling har skickats ut till respektive samordningsråd tillsammans med framskrivningar per område, se bilaga B. Samordningsråden har haft möjlighet att få information om och ställa frågor om projektet under våren, vilket majoriteten av samordningsråden har nyttjat.

Synpunkterna och inspel från samordningsråden har bearbetats och blivit en del av prognoserna. Ett utkast av rapporten, för möjlighet till granskning, delas bland annat med samordningsråden samt styrgrupp och referensgrupp för projektet.

## **Om vårdbehov och vårdkonsumtion**

**Vårdkonsumtion och vårdbehov är inte samma sak**

Framskrivningen baseras på vårdkonsumtion, alltså den faktiska användningen av vårdtjänster som registrerats i hälso- och sjukvårdens verksamhet. Ingen anpassning görs utifrån bedömningar av historiska eller framtida vårdbehov. Det är alltså konsumtionen av vård som skrivs fram, snarare än behoven av vård. En låg vårdkonsumtion kan bero på att invånarna är friska, men kan också bero på stora vårdbehov och låg tillgänglighet.

Befolkningens behov kan beskrivas som den vård som befolkningen behöver för att uppnå eller bibehålla god hälsa, utifrån hälsotillstånd, sjuklighet och medicinska bedömningar, oavsett om de faktiskt söker eller får vård. Vårdbehovet påverkas av en mängd faktorer och leder inte alltid till faktisk vårdkonsumtion. En orsak till detta är väntetider, en annan är att vissa grupper av olika skäl inte söker vård som de har behov av, till exempel geografiska hinder, kostnad, språkbarriär. Omvänt kan det också förekomma vårdkonsumtion som inte motsvaras av ett faktiskt vårdbehov, alltså överkonsumtion av vård. Patienter söker och får ibland mer vård än vad som är medicinskt motiverat. Det blir också alltmer uppmärksammat att delar av vårdens utbud tillför begränsad nytta för patienten, så kallad lågvärdevård. Behovet av vård förändras också över tid, bland annat till följd av förändrade levnadsvanor och mer effektiva behandlingsmetoder som gör att nya former av ohälsa kan behandlas. Konsumtionen av vård kan även påverkas av annat än förändringar i behovet av vård, till exempel

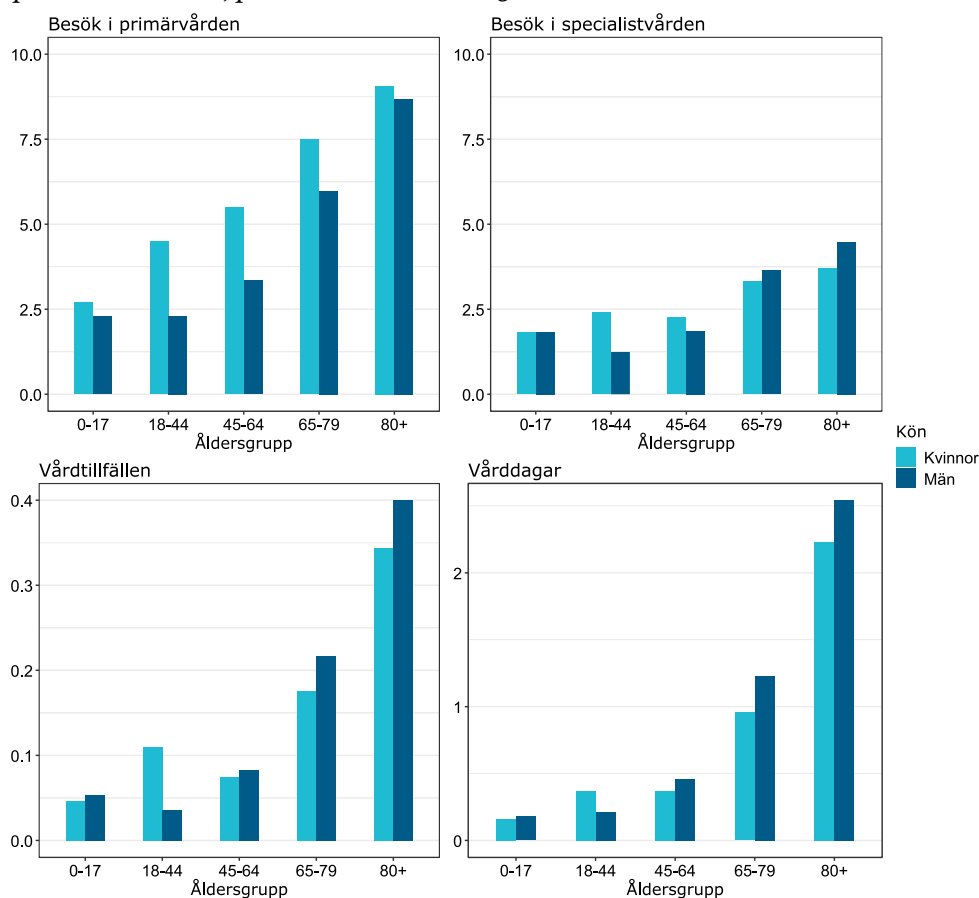
vårdutbud, ökad möjlighet att kontakta vårdpersonal via digitala kanaler som chatt och video.

### **Demografi spelar roll för vårdkonsumtion**

Vi konsumerar olika mycket och olika sorters vård beroende på ålder och kön. Hur befolkningens sammansättning förändras har därför betydelse för vårdkonsumtionen. Nedan presenteras en bild av vårdkonsumtionen utifrån ålder och kön 2025. Denna bild ligger till grund för de framskrivningar som presenteras. Generellt är det de äldsta och de yngsta invånarna (0-6 år) som konsumerar mest vård. Under de första åren i en människas liv görs relativt många vårdkontakter. Unga vuxna är den grupp som konsumerar minst vård. Det är också de allra äldsta som konsumerar mest specialiserad vård per invånare.

Mönstret för vårdkonsumtionen skiljer sig åt mellan kvinnor och män. I småbarnsåldern konsumerar pojkar mer specialiserad vård än flickor, men för tonåringar och unga vuxna gäller det omvända. Som väntat konsumerar kvinnor i barnafödande ålder mer vård än män i samma ålder. Efter 50-årsåldern stiger männens vårdkonsumtion av specialiserad vård betydligt mer än kvinnornas. Män är inlagda fler vård dygn per invånare än kvinnor i nästan alla åldersgrupper. Kvinnor har i stället fler besök i primärvården än män. Efter pensionsåldern har männen fler besök per invånare än kvinnor i specialiserad vård.

*Figur 1. Besök, vårdtillfällen och vårddagar per invånare i primärvård respektive specialiserad vård, per ålder och kön 2025*



### Befolkningen ökar och vi får fler äldre

Västra Götaland står inför ökande befolkningsutveckling och fler äldre och därmed ökande vårdbehov. Hög ålder är starkt kopplad till ökad förekomst av sjukdom och vårdkonsumtion. Tabell 1 visar befolkningsprognos per åldersgrupp i Västra Götaland. Fram till 2040 förväntas befolkningen öka med cirka 6 procent. I åldersgruppen 80 år eller äldre förväntas antalet öka med cirka 34 procent och bland 65-79-åringar med 13 procent. Antalet personer i arbetsför ålder förväntas däremot öka med cirka 4 procent under samma period.

*Tabell 1. Befolkningsprognos. Antal i befolkningen 2025 och 2040, andel av befolkningen 2025 och 2040 samt förändring av antal i befolkningen 2025 till 2040. Källa statistikdatabasen VGR.*

| Åldersgrupp | Antal invånare i<br>befolkningen |                  | Andel av<br>befolkningen (%) |            | Förändring<br>2025–2040 |          |
|-------------|----------------------------------|------------------|------------------------------|------------|-------------------------|----------|
|             | 2025                             | 2040             | 2025                         | 2040       | Antal                   | Procent  |
| 0-17        | 355 638                          | 336 723          | 20,0                         | 18,0       | -18 915                 | -5       |
| 18-44       | 627 000                          | 636 407          | 35,3                         | 34,1       | 9 407                   | 2        |
| 45-64       | 430 743                          | 460 424          | 24,2                         | 24,7       | 29 681                  | 7        |
| 65-79       | 254 468                          | 286 382          | 14,3                         | 15,3       | 31 914                  | 13       |
| 80+         | 109 948                          | 147 682          | 6,2                          | 7,9        | 37 734                  | 34       |
| Totalt VG   | <b>1 777 797</b>                 | <b>1 867 618</b> | <b>100</b>                   | <b>100</b> | <b>89 821</b>           | <b>5</b> |

Utvecklingen varierar tydligt mellan delregionerna. Göteborgsområdet får störst befolknings- och vårdbehovsökning, medan utvecklingen i Fyrbodalen, norra Bohuslän, Dalsland och Skaraborg pekar mot avtagande befolkningsökning och en mindre ökning av vårdbehov jämfört med övriga geografiska områden. Antalet äldre kommer att öka mer i Göteborgsområdet än i övriga områden fram till 2040, men andelen personer 80 år eller äldre kommer fortsatt vara högre i övriga nämndområden jämfört med i Göteborg (9-10 procent av befolkningen jämfört med 6 procent i Göteborg) och därmed ha ett relativt sett högre vårdbehov. Samtidigt förväntas andelen personer i arbetsför ålder vara fortsatt lägre i övriga nämndområden jämfört med i Göteborg.

# Prognos över vårdbehov 2026-2040

Avsnittet inleds med framskrivningar på övergripande nivå, uppdelat på regional primärvård och specialiserad vård. Därefter beskrivs framskrivningar av kostnad per patient inom den specialiserade vården. Det följs sedan av prognoser över vårdbehov uppdelat per område.

## Övergripande framskrivningar

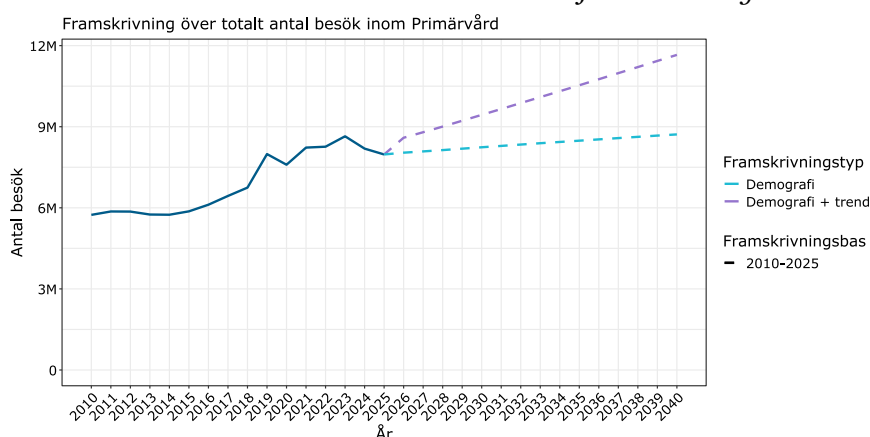
Framskrivningarna av vårdkonsumtionen i Västra Götaland fram till 2040 visar på en ökning inom både regional primärvård och specialiserad vård, med variationer beroende på antaganden om demografi och historiska trender. Utvecklingen drivs av en åldrande befolkning, en ökad förekomst av kroniska sjukdomar och psykisk ohälsa samt en växande komplexitet i patienternas vårdbehov.

### Regional primärvård

En framskrivning av regional primärvård visar att antalet besök kan öka med knappt 10 procent fram till 2040 när endast demografiska förändringar beaktas. En framskrivning som även inkluderar historisk trend visar i stället en ökning av besök med knappt 50 procent. Den observerade trenden drivs framför allt av införandet av vårdval rehab år 2014 som ledde till fler kontakter inom primärvården, men även registrering av kvalificerade distanskontakter som ersätter besök från år 2019. Se separat framskrivning för vårdval vårdcentral och vårdval rehab under Samordningsråd primärvård. Vårdval vårdcentral infördes 2009. Se figur 2a nedan, samt Bilaga C och D.

Framskrivningen är inte uppdelad på olika typer av besök. Om hänsyn tas till historisk trend så förväntas antalet distanskontakter som ersätter besök, såsom telefon, chat och videomöten öka i hög utsträckning och fysiska besök öka i mindre utsträckning.

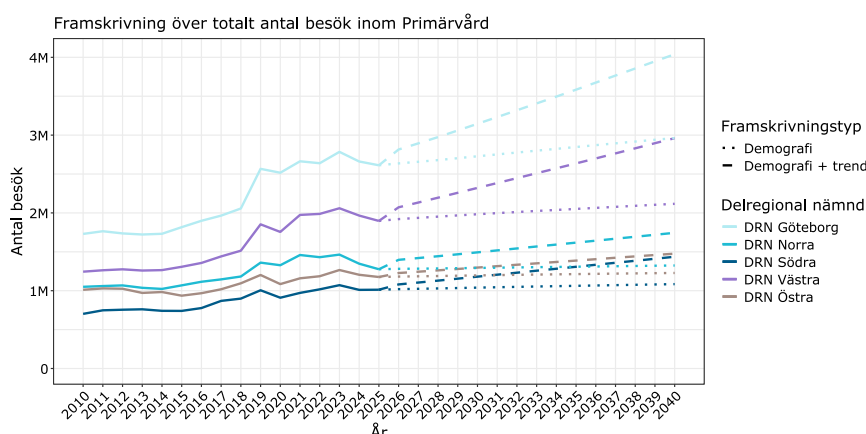
Figur 2a. Framskrivning av totalt antalet besök inom primärvård i Västra Götaland. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.



Vårdkonsumtionen skiljer sig åt delregionalt. Framskrivning baserad på demografisk förändring visar att antalet primärvårdsbesök för delregion (DRN) Göteborg, Västra och Södra förväntas öka med cirka 10 procent, medan marginell ökning ses för Östra och Norra till följd av lägre befolkningsökning.

En framskrivning som även inkluderar historisk trend visar i stället på en ökning om 60 procent för Göteborg och Västra, 40 procent för Norra och Södra och 30 procent för Östra området. Se figur 2b nedan, samt Bilaga C och D.

Figur 2b. Framskrivning av totalt antalet besök inom primärvård fördelat på delregionalt nämndområde. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.



Orsaker för ett ökat vårdbehov inom primärvården kan bero på en åldrande befolkning, en ökning av antalet äldre med multisjuklighet, en fortsatt hög och delvis ökande förekomst av kroniska sjukdomar. Socioekonomiska skillnader i hälsa utgör en utmaning, vilket ställer ökade krav på jämlik och

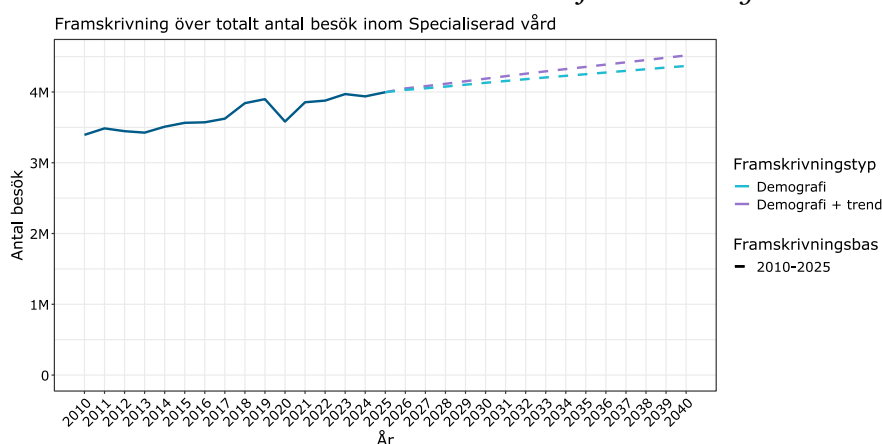
behovsanpassad vård. Sammantaget innebär detta att primärvården möter fler patienter med mer komplexa och långvariga vårdbehov, samtidigt som invånarnas förväntningar på tillgänglighet, kontinuitet och kvalitet ökar.

Samtidigt är målet med omställningen att stärka den nära vården, som många behöver, eller som är återkommande för en individ. Primärvården utgör basen i den nära vården och tillgängligheten ska öka. Det är önskvärt att fler patienter med kroniska sjukdomar får en större del av sin vård i primärvården i stället för inom den specialiserade vården.

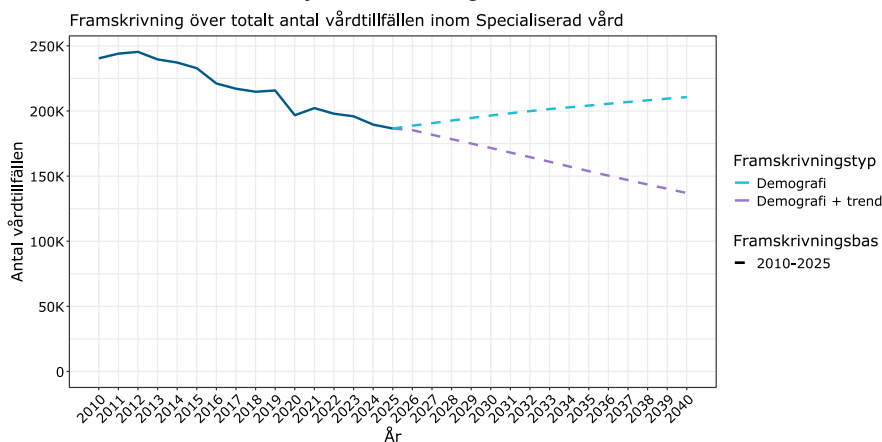
## Specialiserad vård

I framskrivningar där endast demografiska förändringar beaktas förväntas vårdkonsumtionen fram till 2040 att öka med cirka 10 procent för antalet besök och vårdtillfällen, och för vård dagar knappt 20 procent. När framskrivningen även inkluderar historisk trend förväntas samma ökning för antalet besök samtidigt som vårdtillfällen förväntas minska med knappt 30 procent och vård dagar med knappt 40 procent. Se figur 3a-c nedan, samt Bilaga C och D.

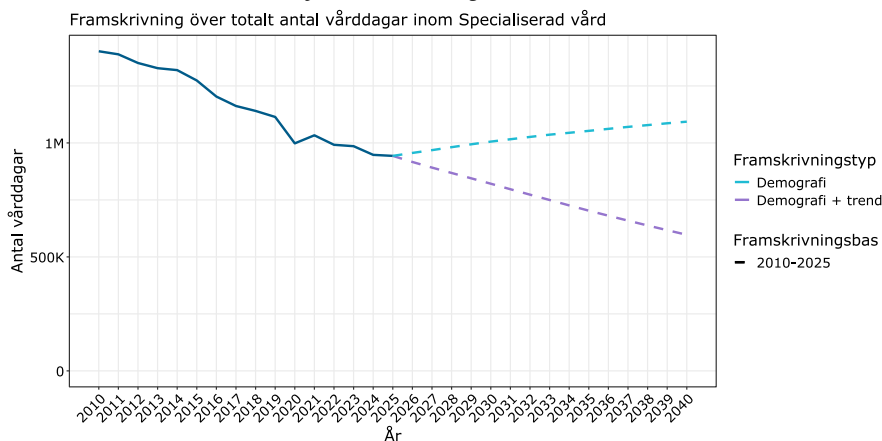
*Figur 3a. Framskrivning av totalt antalet besök inom specialiserad vård i Västra Götaland. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.*



*Figur 3b. Framskrivning av totalt antalet vårdtillfällen inom specialiserad vård i Västra Götaland. Trenden har beräknats med Poissonregression. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.*

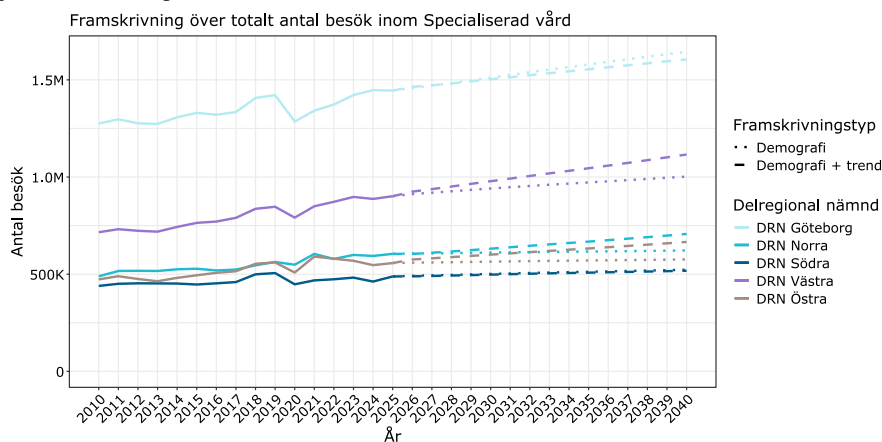


*Figur 3c. Framskrivning av totalt antalet vård dagar inom specialiserad vård i Västra Götaland. Trenden har beräknats med Poissonregression. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.*



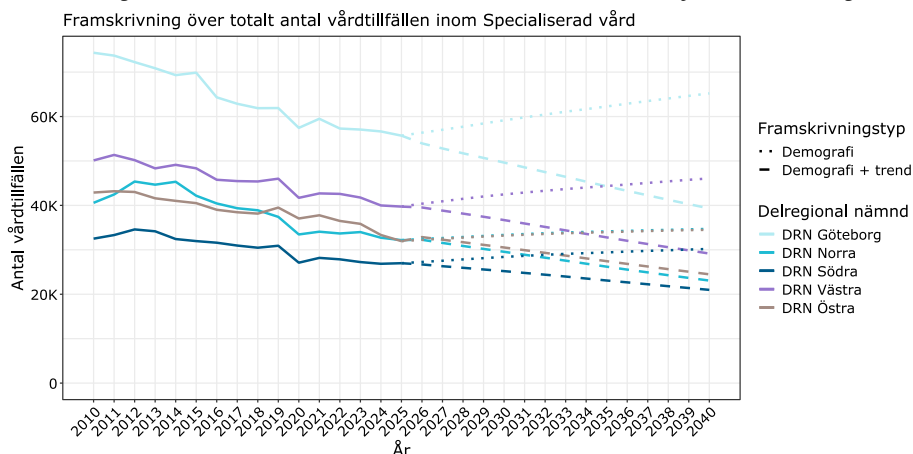
Vårdkonsumtionen skiljer sig åt mellan de olika delregionerna (DRN). Besöken förväntas öka med 10 procent för DRN Göteborg, Västra och Södra. För Norra och Östra förväntas marginell ökning. En framskrivning som även inkluderar historisk trend visar istället på en ökning om cirka 20 procent för Östra och Västra, 10 procent för Göteborg och Norra, och marginell ökning för Södra. Se figur 3d nedan, samt tabell 1 i Bilaga C.

*Figur 3d. Framskrivning av totalt antalet besök inom specialiserad vård fördelat på delregionalt nämndområde. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.*

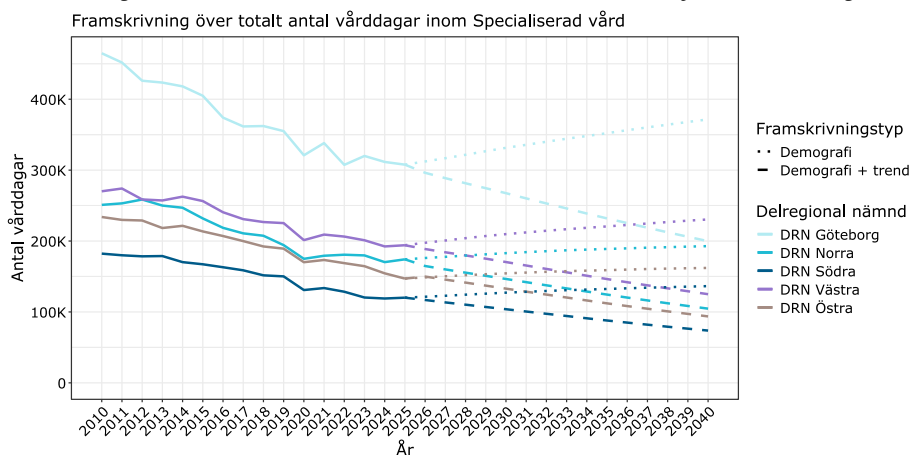


Vårdtillfällen och vård dagar förväntas öka med knappt 20 procent för DRN Göteborg och Västra, jämfört med cirka 10 procent för Östra, Norra och Södra. En framskrivning som även inkluderar historisk trend visar istället att vårdtillfällen förväntas minska med cirka 30 procent (drygt 20 procent i Södra och Östra) och vård dagar med cirka 40 procent, i samtliga delregionala områden. Se figur 3e-f nedan, samt tabell 1 i Bilaga C.

*Figur 3e. Framskrivning av totalt antalet vårdtillfällen inom specialiserad vård fördelat på delregionalt nämndområde. Trenden har beräknats med Poissonregression. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.*



Figur 3f. Framskrivning av totalt antalet vård dagar inom specialiserad vård fördelat på delregionalt nämndområde. Trenden har beräknats med Poissonregression. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.



Inom specialistvården förväntas en ökning av vårdbehov vilket främst drivs av demografiska förändringar där befolkningen väntas bli både större och betydligt äldre. Detta leder till fler patienter med kroniska sjukdomar, multisjuklighet och komplexa vårdbehov, samtidigt som psykisk ohälsa fortsätter att öka, särskilt bland barn och unga. Sammantaget bedöms efterfrågan på specialistvård öka, exempelvis inom områden som geriatrik, onkologi, hjärt-kärlsjukdomar och neurologi, med en fortsatt förskjutning från slutenvård (vård där patienten är inlagd på en vårdavdelning över natten) till öppenvård (all hälso- och sjukvård där patienten inte är inlagd på sjukhus eller vårdinrättning) genom förändrade arbetssätt.

Demografin utgör en viktig drivkraft för framtida vårdbehov, men den är inte ensam avgörande för utvecklingen. Framskrivningar som enbart baseras på demografiska förändringar riskerar att överskatta framtida behov av slutenvård eftersom de inte tar hänsyn till verksamhetsutveckling, medicinska innovationer eller förändrade vårdformer. Erfarenheten visar att vårdssystemet kontinuerligt anpassas till nya förutsättningar och att sådana anpassningar historiskt har bidragit till färre slutenvårdstillfällen än vad demografiska framskrivningar ensamma tidigare indikerat. Genom medicinska framsteg, förändrade arbetssätt, utveckling av öppenvård och riktade effektiviseringsinsatser har antalet slutenvårdstillfällen kunnat minska trots en växande befolkning.

## Kostnader specialiserad vård

Kostnader kan vara ett komplement till vårdkonsumtion för att beskriva resursbehov för den specialiserade vården eftersom olika vårdkontakter kan variera i resursinsats. Enligt framskrivningarna förväntas kostnaderna att

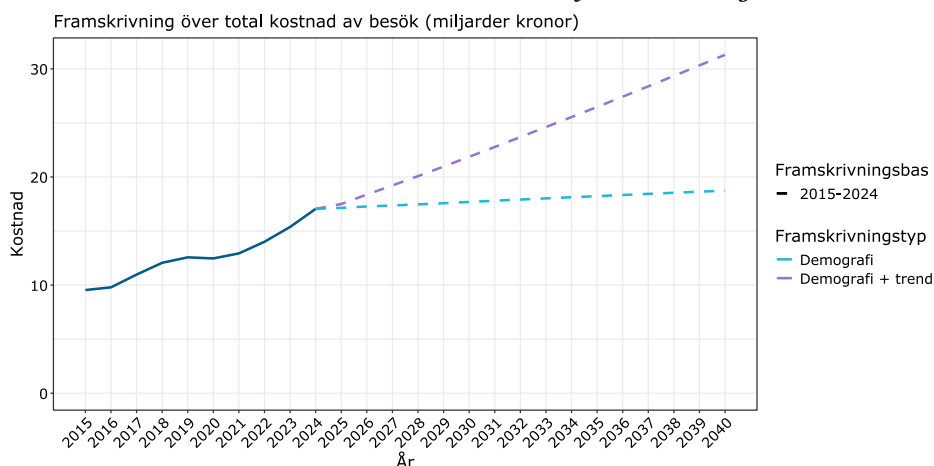
öka fram till år 2040. Denna utveckling drivs främst av en kombination av demografiska förändringar, verksamhetsutveckling, medicinsk och teknologisk utveckling samt en ökande komplexitet i patienternas vårdbehov. Ökning förväntas dock delvis balanseras av förändrade vårdformer och effektiviseringar, vilket innebär att utvecklingen präglas av både kostnadsdrivande och kostnadsdämpande faktorer.

Samtidigt förväntas den medicinska, digitala och teknologiska utvecklingen ha en kostnadsdrivande effekt. Införandet av precisionsmedicin, avancerad diagnostik och nya behandlingsmetoder innebär mer individanpassade men också mer resurskrävande vårdinsatser. Dessa utvecklingar kan medföra ökade kostnader för både utredning och behandling, samt längre behandlingsrelationer per patient. Det är dock svårt att förutse den långsiktiga prisutvecklingen vad gäller nya metoder, vissa kan också komma att sjunka i pris över tid. Vidare förväntas en ökad användning av nya och ofta kostsamma läkemedel, inklusive särläkemedel, bidra till att höja kostnaderna.

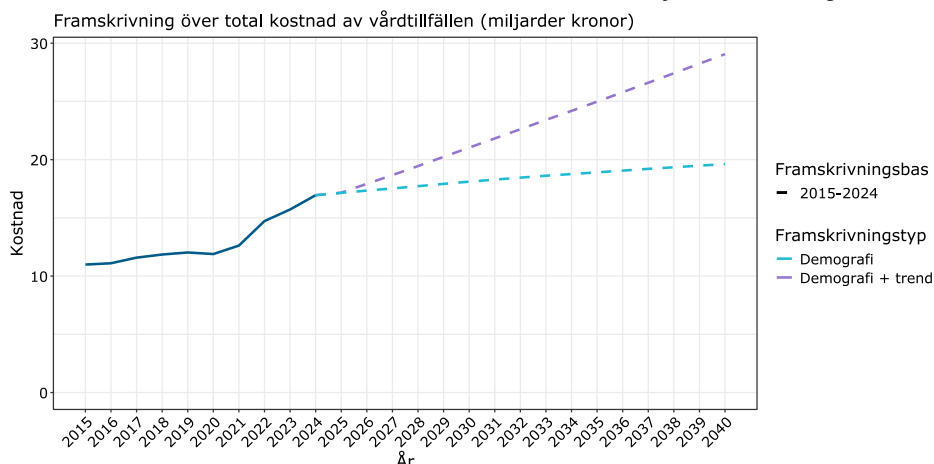
Parallellt sker en strukturell omställning av vården, där en större andel av vården flyttas från slutenvård till öppenvård och dagvård. Detta innebär generellt färre slutenvårdstillfällen, men fler vårdkontakter över tid. Denna utveckling kan bidra till att minska kostnader inom slutenvård, men det finns många andra faktorer som påverkar kostnaderna, inte minst inflation.

För framskrivningar där endast demografiska förändringar beaktas förväntas kostnader fram till 2040 att öka med cirka 10 procent för besök respektive vårdtillfällen. När framskrivningen även inkluderar historisk trend förväntas kostnader för besök öka med 80 procent och för vårdtillfällen med 70 procent. Se figur 4a-b nedan, samt Bilaga C och D.

*Figur 4a. Framskrivning av kostnader för besök inom specialiserad vård i Västra Götaland. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.*



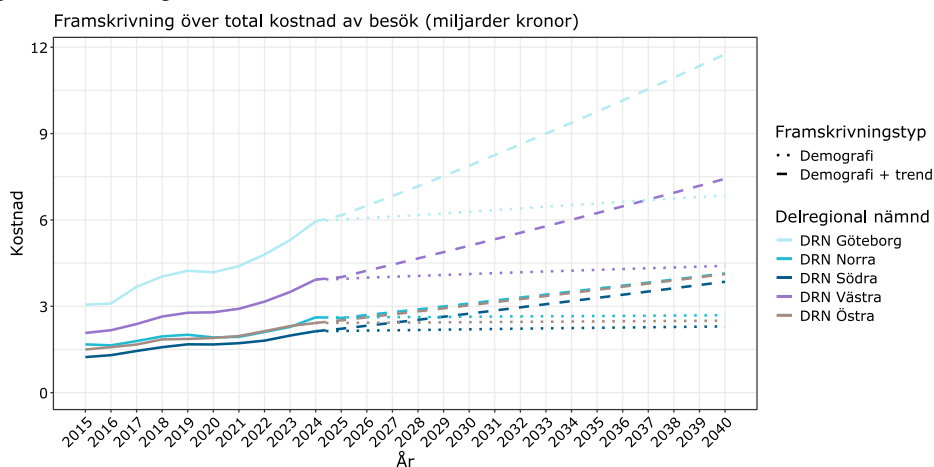
Figur 4b. Framskrivning av kostnader för vårdtillfällen inom specialiserad vård i Västra Götaland. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.



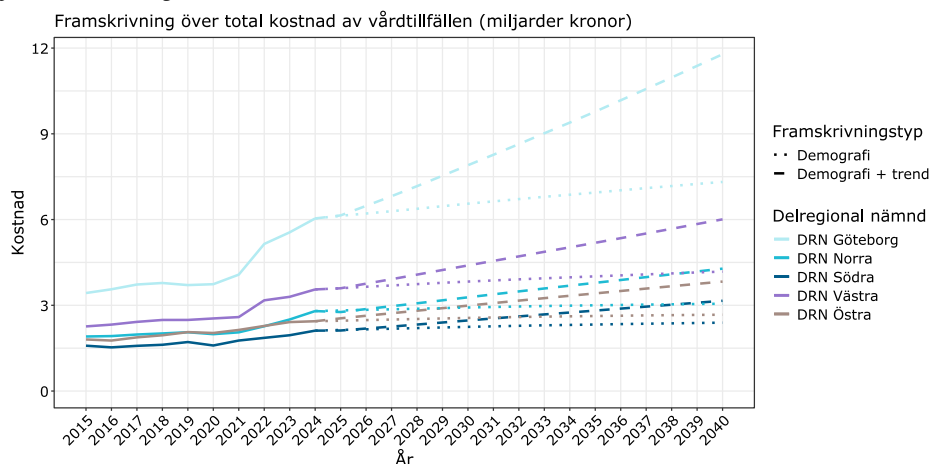
Kostnader skiljer sig något åt delregionalt. En framskrivning som utgår från endast demografisk förändring visar att kostnader för besök förväntas öka med 10 procent för alla delregioner utom Norra där marginell förändring ses. När framskrivningen utgår från både demografisk förändring och trend förväntas ökningen bli större. För Göteborg och Västra förväntas ökningen bli runt 90 procent jämfört med 60-70 procent för Östra, Norra och Södra.

Avseende vårdtillfällen visar framskrivning att kostnaderna kan öka med 20 procent för Göteborg och Västra, jämfört med 10 procent för Östra, Norra och Södra. När framskrivningen även inkluderar historisk trend förväntas kostnader för vårdtillfällen öka med 90 procent i Göteborg, 70 procent i Västra, 60 procent i Norra och 50 procent i Östra och Södra.

Figur 4c. Framskrivning av kostnader för besök inom specialiserad vård fördelat på delregionalt nämndområde. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.



*Figur 4d. Framskrivning av kostnader för vårdtillfällen inom specialiserad vård fördelat på delregionalt nämndområde. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.*



## Prognos per område

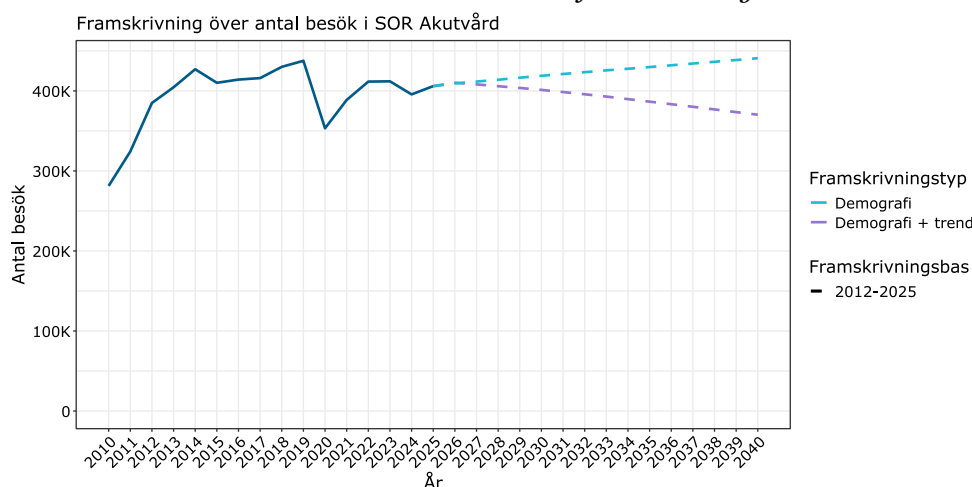
Följande avsnitt redogör för förväntad utveckling av vårdbehovet fram till 2040 inom ett antal centrala medicinska områden. Analysen bygger på framskrivningar av vårdkonsumtion baserade på demografiska förändringar och historiska trender, kompletterat med samordningsrådets kvalitativa bedömningar av hälso- och sjukvårdens utveckling inom området såsom medicinska framsteg, förändrade vårdbehov och invånares och patienter förväntningar.

## Akutvård

### Framskrivning

En framskrivning av akutmottagningsbesök till 2040 visar att antalet besök kan öka med cirka 10 procent när endast demografiska förändringar beaktas. En framskrivning som även inkluderar historisk trend (2012–2025) visar istället en minskning av besök med cirka 10 procent. Se figur 5a nedan, samt Bilaga C och D.

Figur 5a. Framskrivning av totalt antalet besök inom akutvård i Västra Götaland. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.



### Kvalitativ bedömning

Samordningsråd akutvård bedömer att en utveckling av vårdkonsumtion som bygger på endast demografisk utveckling är mest sannolikt för antalet besök, vilket innebär en successivt ökad vårdkonsumtion fram till 2040. Flera strukturella faktorer kommer troligen att påverka både behovet av och konsumtionen av akutvård framöver. Arbetet med att minska lågvärdesvård har hittills inte gett tydliga samhälleliga effekter i form av minskad efterfrågan. Utvecklingen kännetecknas i stället av ökade förväntningar på god tillgång till vård och ett fokus på att inte missa allvarliga tillstånd, även när risken är låg och nyttan av ytterligare utredning eller behandling är begränsad. En konsekvens kan bli en upplevelse av ett ökat behov av fler rutiner, riktlinjer, vårdprogram samt ökad uppföljning och mätning. Samordningsrådet bedömer inte att införandet av artificiell intelligens i sig kommer att minska denna utveckling, eftersom kraven på hög sensitivitet sannolikt kommer att bestå. Sammantaget talar detta för en fortsatt ökning av vårdkonsumtion inom akutvården.

För akutvårdens del bedöms utvecklingen även framöver präglas av en strävan att färdigvårda fler patienter direkt på akutmottagningen, med stöd av snabbare diagnostik, observationsenheter, korttidsvård och vissa operativa insatser, såsom elkonvertering och reponering. Antalet vårdplatser i slutenvården kommer troligen inte att öka då styrningen under lång tid har varit inriktad på att begränsa slutenvårdens volymer. Samtidigt har ambitionen att flytta mer vård till decentraliserad öppenvård, främst regional primärvård, hittills haft begränsat genomslag. Detta innebär att akutmottagningarna även framöver sannolikt kommer att

behöva hantera en stor del av patientflödena och ett omfattande vårdbehov inom befintliga strukturer.

### **Sammanfattning vårdbehov**

- Ökande vårdkonsumtion – fler utredningar och behandlingar trots låg sannolikhet för allvarlig sjukdom.
- Scenariot med endast demografi bedöms som mest sannolikt.
- AI och riktlinjer driver mer vård – Fokus på att inte missa diagnoser ökar diagnostik och insatser.
- Mer vård i akut- och öppenvård – fler patienter färdigbehandlas direkt på akuten medan slutenvård inte byggs ut.

## **Barn och ungdomars hälsa**

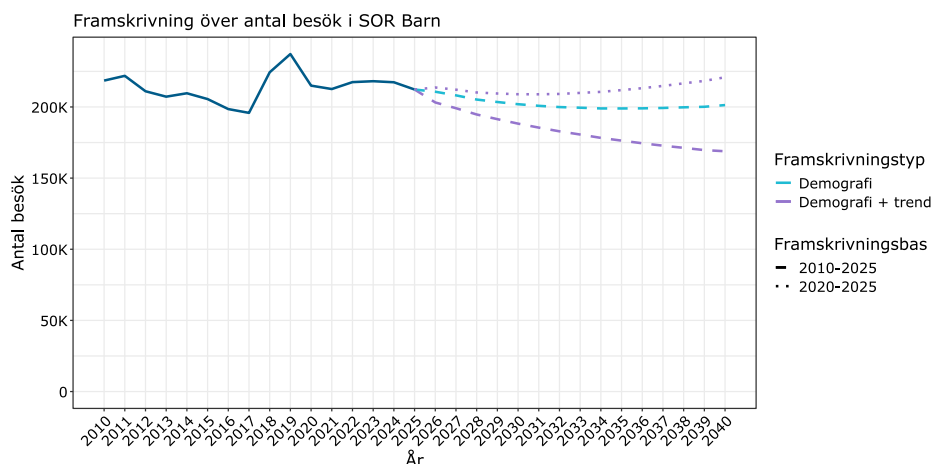
### **Framskrivning**

Fram till år 2040 förväntas konsumtionen av vård kopplat till barn och ungas hälsa utvecklas olika beroende på vilka antaganden som görs.

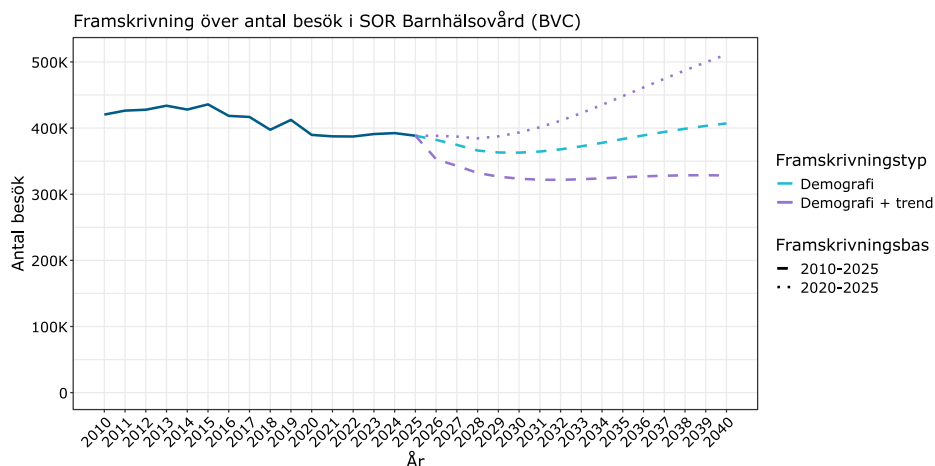
Framskrivning baserad enbart på demografiska förändringar indikerar en viss minskning av totala besök, cirka 10 procent, samtidigt som besök inom (barnhälsovård) BVC förväntas minska ytterligare några år, men sedan öka med totalt knappt 10 procent fram till år 2040. Vårdtillfällen och vårddagar förväntas vara oförändrade.

En framskrivning som inkluderar historisk trend visar en minskning av besök samt BVC med cirka 20 procent, vårdtillfällen med cirka 40 procent och vårddagar med cirka 50 procent. Utvecklingen varierar dock beroende på vilken tidsperiod som ligger till grund för framskrivningarna. En framskrivning baserad på utvecklingen 2020–2025 visar på oförändrat antal besök, samtidigt som besök på BVC förväntas öka med cirka 30 procent. En framskrivning baserad på 2016–2025 visar en ökning av vårdtillfällen med cirka 30 procent, medan antalet vårddagar förväntas vara oförändrat. Se figur 6a-d nedan, samt Bilaga C och D.

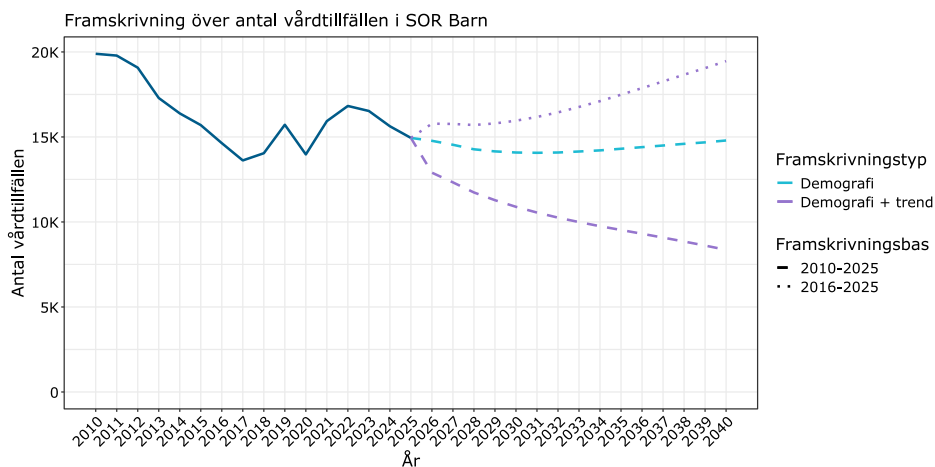
Figur 6a. Framskrivning av totalt antalet besök inom barn och ungdomars hälsa i Västra Götaland.



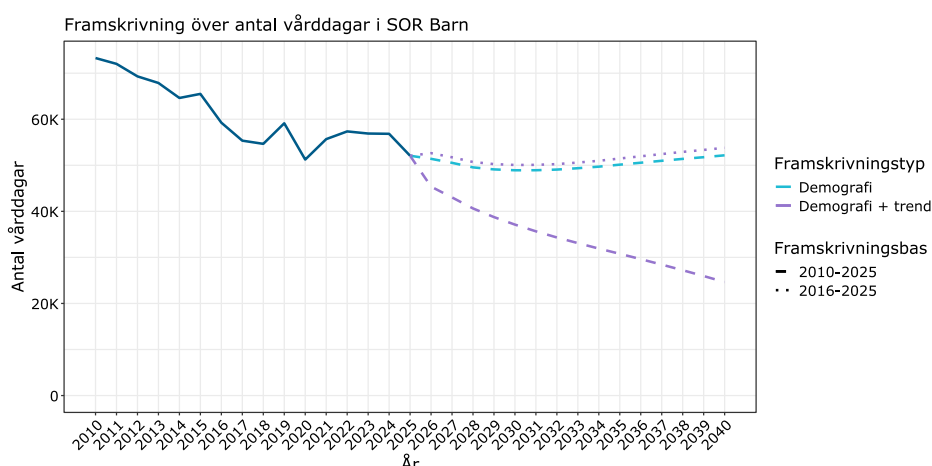
Figur 6b. Framskrivning av totalt antalet besök inom barnhälsovård (BVC) i Västra Götaland.



Figur 6c. Framskrivning av totalt antal vårdtillfällen inom barn och ungdomars hälsa i Västra Götaland.



Figur 6d. Framskrivning av totalt antal vård dagar inom barn och ungdomars hälsa i Västra Götaland.



### Kvalitativ bedömning

Samordningsrådet för barn och ungdomars hälsa bedömer att framskrivningarna behöver tolkas med försiktighet. Underlaget beaktar inte fullt ut de barn och ungdomar som står i kö för insats eller behandling, vilket innebär att framskrivningarna riskerar att underskatta det faktiska vårdbehovet och hur detta har utvecklats över tid. Bedömningen är att framskrivningen som bygger på endast demografi är mest sannolikt i samtliga framskrivningar. Den samlade bedömningen är att vårdbehovet fram till 2040 sannolikt kommer att ligga kvar på liknande nivåer som idag eller öka något. Bedömningen grundas på ökade möjligheter till utredning och behandling, ökad komplexitet hos de vårdsökande samt fortsatt utveckling inom hälso- och sjukvården. Samtidigt har effektiviseringar genomförts inom flera områden under de senaste åren. Den tidigare nedåtgående trenden bedöms därför inte kunna fortsätta i samma takt.

Den framtida utvecklingen inom området kan komma att påverka både behovet av och konsumtionen av vård på flera sätt. En central förändring är framväxten av nya patientgrupper och en ökande komplexitet i vårdbehoven. Gruppen ”nya överlevare”, såsom extremt prematura barn och patienter med neuromuskulära eller metabola sjukdomar, lyfts särskilt. Möjligheterna att identifiera dessa patientgrupper och ställa diagnos tidigare bedöms öka. Samtidigt väntas fler barn och unga ha komplexa sjukdomstillstånd som kräver samverkan, koordinering och hög grad av specialisering.

Medicinska framsteg, däribland tidigare och mer omfattande genetiska utredningar samt nya behandlingar, bedöms få stor betydelse för vårdbehovets utveckling. Utvecklingen skapar förutsättningar för mer träffsäkra insatser men är samtidigt kostnadsdrivande. Precisionsvård

bedöms kunna förbättra resultaten för enskilda patienter men också öka kostnaderna och därmed aktualisera mer komplexa prioriteringar utifrån nytta, kostnad och etiska överväganden. Även mängd och kostnad för sÄrIÄkemedel vÄntas öka. DÄrtill bedöms fler vÄrdsnadshavare efterfrÄga utredning, information och insatser kopplade till sÄllsynta hÄlsotillstÄnd. Utvecklingen kan Även komma att förstÄrkas av tydligare krav i nya vÄrdsprogram.

SamordningsrÄdet bedömer att barn och unga med obesitas i ökande utstrÄckning kommer krÄva mer resurser. Även behovet och förvÄntningarna pÄ medicinsk behandling av allergi, exempelvis allergen immunterapi och oral immunterapi, bedöms öka. Sammantaget innebÄr detta ett mer resurskrävande vÄrdsÄtagande.

Medicinska innovationer, nya behandlingar och förbÄtttrade diagnostiska metoder kan pÄverka vÄrdsbehoven i olika riktningar. Vissa lÄkemedel kan innebÄra effektiviseringar, exempelvis lÄkemedel som minskar risken för svÄr RS-virusinfektion och dÄrmed kan minska antalet vÄrdsdagar under RS-sÄsongen. Nya behandlingar vid cystisk fibros och muskelsjukdomar kan Även det bidra till färre besök, färre vÄrddygn och minskat behov av annan medicinering. Epilepsikirurgi Är ett annat exempel pÄ utveckling som kan förbÄttra vÄrdsens resultat och skapa nya behandlingsmöjligheter.

Samtidigt kan nya behandlingar och förbÄtttrad övÄrlevnad öka vÄrdsbehovet. Gruppen ”nya övÄrlevare” kan komma att behöva insatser och behandlingar vars omfattning och kostnader det i dag Är svÄrt att bedöma. Denna utveckling bedöms pÄverka barn- och ungdomssjukvÄrden mer Än mÄnga andra delar av hÄlso- och sjukvÄrden. Om utrednings- och behandlingsmöjligheterna fortsÄtter att utvecklas vÄntas Även behovet av dagsjukvÄrd öka.

EfterfrÄgan pÄ tidiga insatser vÄntas stiga, dÄr tidig kan avse bÄde lÄg Älder och tidiga skeden i ett sjukdomsförlopp eller en negativ utveckling. Behovet av stöd vid psykologiska och psykosociala frÄgestÄllningar kommer troligen vara störrÄ Än idag, exempelvis vid psykisk ohÄlsa hos barn och unga samt förÄldraskapsstöd. Redan i dag finns tecken pÄ en störrÄ osÄkerhet hos familjer, dÄr förÄldrar möts av stora mÄngder information som de behöver stöd att vÄrdera. FramÄt bedöms dÄrför behovet av ett mer sammanhÄllet förÄldraskapsstöd i VGR öka.

En sÄrskild utmaning utgörs av barn och unga med samtidig fysisk och psykisk ohÄlsa, exempelvis vid obesitas, ADHD, autism och olika former av ÄtsvÄrigheter. För dessa barn och deras familjer innebÄr dagens

organisering en betydande risk att hamna mellan olika verksamheters ansvar och uppdrag. Samverkan mellan barn- och ungdomsmedicin, barn- och ungdomspsykiatri, habilitering och andra berörda verksamheter försvåras ofta av organisatoriska gränser, vilket kan påverka både vårdens tillgänglighet, kontinuitet och kvalitet. Behovet av mer sammanhållna vårdprocesser bedöms därför öka. Att överbrygga organisatoriska gränser genom gemensamma arbetssätt och integrerade vårdformer, exempelvis specialistcentrum där kompetens från barn- och ungdomsmedicin, barn- och ungdomspsykiatri och habilitering samlas kring barnet och familjen, kan vara en viktig förutsättning för att möta framtida vårdbehov.

Det hänger även samman med vikten av utökad samordning för barn med många vårdkontakter. Även om möjligheterna till diagnostik och behandling förbättras motsvaras detta i stor utsträckning av ökade krav på samordning, samverkan och teamarbete. Behovet av kontinuitet, det relationella mötet samt avsatt tid för samverkan behöver därför särskilt beaktas.

För att möta det ökande vårdbehovet är bedömningen att fortsatta satsningar på insatser inom både primärvård och specialiserad vård och stärkt kompetens är nödvändiga, både inom barnsjukvården och i övergången till vuxenvården. Vuxenvården behöver i högre grad kunna möta behoven hos patienter med komplexa tillstånd som följer med upp i åldrarna.

### **Sammanfattning vårdbehov**

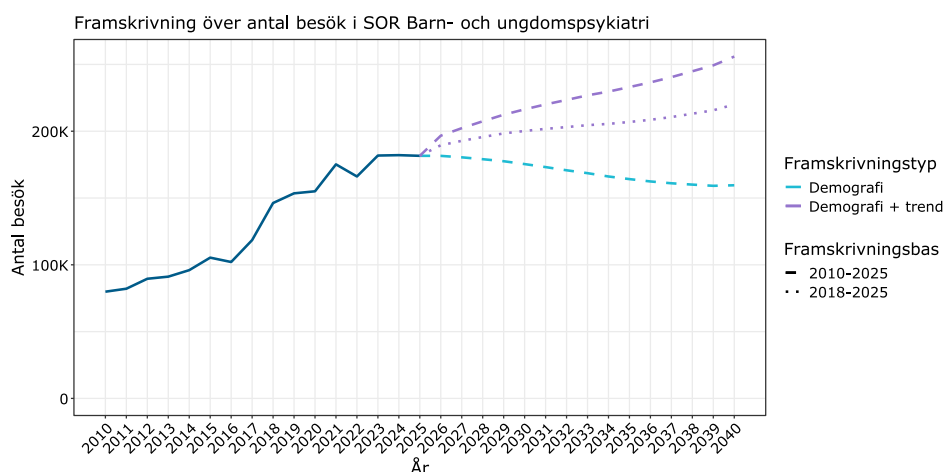
- Fler komplexa och kroniska barnfall – fler överlevare kräver långsiktig, specialiserad vård.
- Ökade vårdbehov kopplade till områden såsom obesitas, allergi och psykisk ohälsa ökar.
- Medicinska framsteg ökar kostnader – bättre behandling men fler och dyrare insatser.
- Högre krav på vården – ökad efterfrågan på tillgänglighet och samordning.
- Totalt ökat vårdbehov – fler patienter, ökade förväntningar och större komplexitet framöver.
- Scenarier med endast demografi bedöms som mest sannolikt.

## Barn- och ungdomspsykiatri

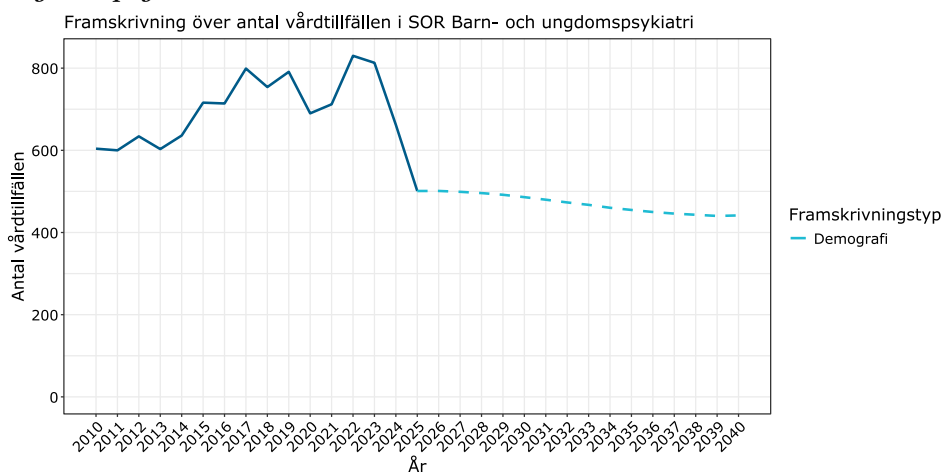
### Framskrivning

Framskrivningar som endast bygger på demografisk utveckling visar att besök, vårdtillfällen och antalet vård dagar kan komma att minska med cirka 10 procent. Om historisk trend läggs till visas en helt annan utveckling då besöken förväntas öka med cirka 40 procent. Samtidigt kan utvecklingen variera om tidsperiod som ligger till grund ändras, exempelvis visar en framskrivning utifrån åren 2018–2025 en ökning på 20 procent. En framskrivning baserad på historisk trend för vårdtillfällen och vård dagar har inte varit möjlig, eftersom utvecklingen har påverkats av nedläggning av BUP-avdelningar vid Skaraborgs Sjukhus och NU-sjukvården. Se figur 7a-c nedan, samt Bilaga C och D.

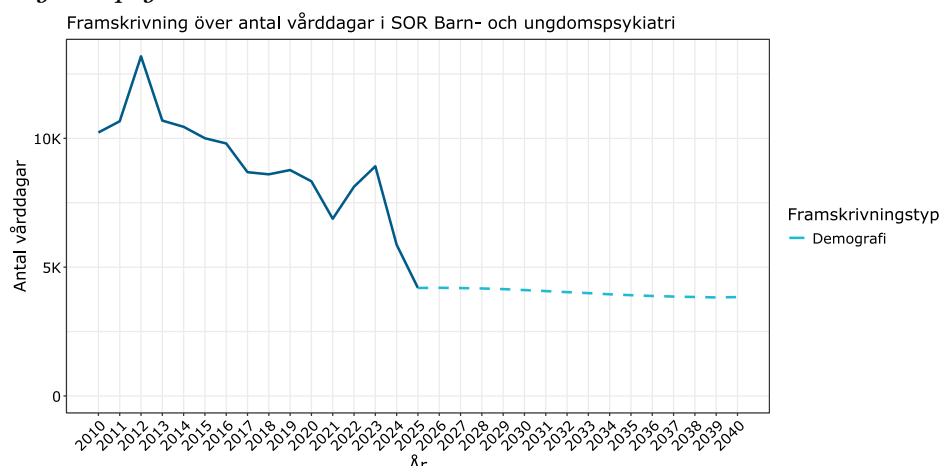
*Figur 7a. Framskrivning av totalt antalet besök inom barn och ungdomspsykiatri i Västra Götaland.*



*Figur 7b. Framskrivning av totalt antal vårdtillfällen inom barn och ungdomspsykiatri i Västra Götaland.*



Figur 7c. Framskrivning av totalt antal vårddagar inom barn och ungdomspsykiatri i Västra Götaland.



### Kvalitativ bedömning

Samordningsrådet för barn- och ungdomspsykiatri bedömer att framskrivningar av vårdkonsumtion fram till 2040 är förenade med osäkerhet. Utvecklingen påverkas av flera samtidiga förändringar, som psykiatriens framtida uppdrag, ett eventuellt vårdval inom barn- och ungdomspsykiatri, samsjuklighetsreformen samt genomförandet av nationell och regional plan för psykisk hälsa och suicidprevention. Även digitalisering och utvecklingen av privata aktörer bedöms kunna påverka såväl vårdkonsumtion som vårdens organisering och patientflöden.

Den samlade bedömningen är att behovet av barn- och ungdomspsykiatrisk vård kommer att fortsätta öka fram till 2040. Ökad kunskap om psykisk ohälsa och minskad stigmatisering bidrar till att fler söker vård, samtidigt som samhällsutvecklingen bedöms påverka barns och ungas psykiska hälsa negativt. Oro kopplad till krig, ekonomisk utsatthet samt klimat är exempel på faktorer som, tillsammans med erfarenheterna från pandemiåren, kan bidra till ett ökat behov av psykiatriska insatser för barn och unga.

Bedömningen är att ökningen särskilt kommer att märkas inom neuropsykiatriska tillstånd, framför allt ADHD och autism, vilket även påverkar vårdbehovet i högre åldrar. Behovet av neuropsykiatriska utredningar väntas därför vara fortsatt stort. Därtill bedöms förekomsten av depressiva och ångestrelaterade tillstånd samt ätstörningsproblematik öka bland barn och unga. Utvecklingen drivs både av större medvetenhet, utvidgade utredningsinsatser och faktiska förändringar i den psykiska ohälsans omfattning. Samtidigt leder uppmärksamheten på psykisk ohälsa inom skola, socialtjänst, hälso- och sjukvård och familjer till att fler barn och unga remitteras till barn- och ungdomspsykiatri i stället för att få stöd genom regional primärvård eller tidiga insatser.

## **Sammanfattning vårdbehov**

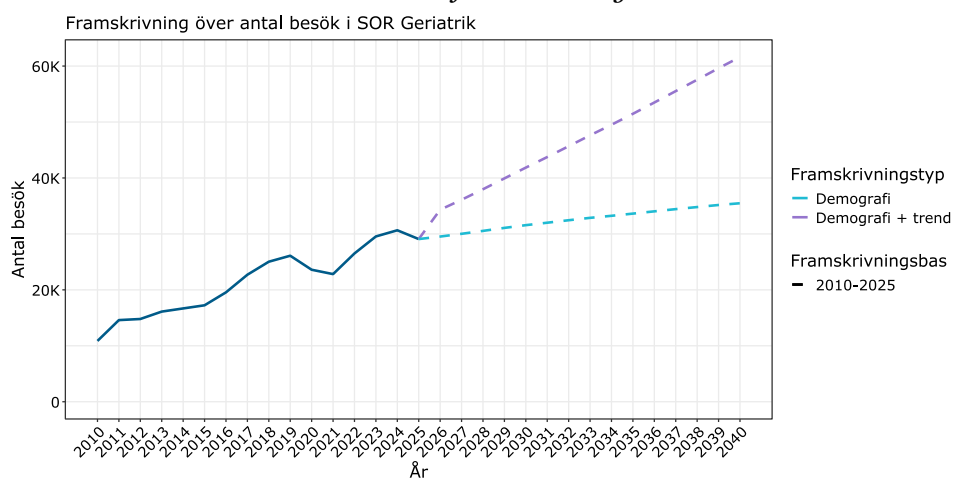
- Ökad efterfrågan på psykiatrisk vård – fler söker vård till följd av minskad stigmatisering och ökad samhällsoro.
- Fler neuropsykiatriska diagnoser hos unga – särskilt ADHD och autism, med ökat behov av utredningar och långsiktig behandling.
- Ökning av psykisk ohälsa hos barn och unga – depression, ångest och ätstörningar blir vanligare.
- Ökat tryck på specialistpsykiatri – fler remitteras till BUP i stället för att få stöd i primärvård eller tidiga insatser.
- Osäkra effekter av reformer och förändringar – vårdval, digitalisering och nya styrsystem kan påverka kapacitet och resursfördelning.
- Scenarier med demografi och trend bedöms som mest sannolikt.

## **Geriatrisk**

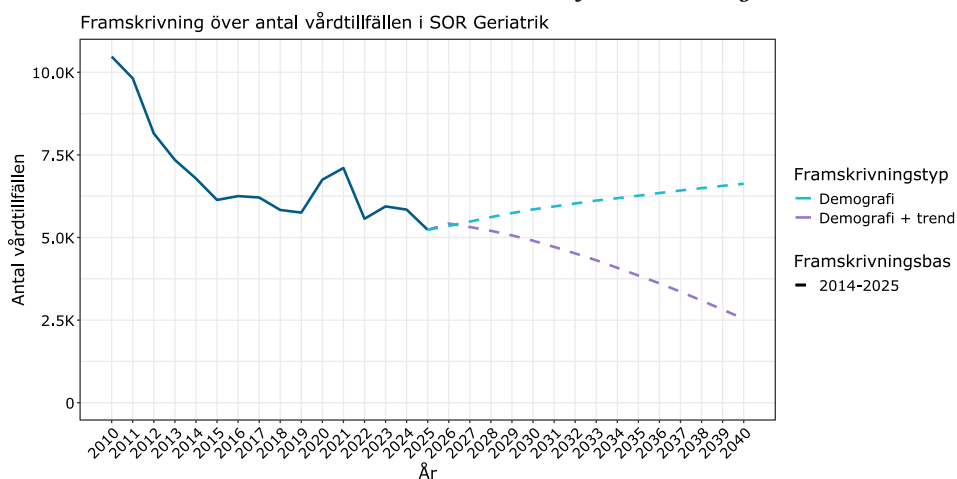
### **Framskrivning**

Framskrivningar av geriatrisk vård fram till år 2040 indikerar en ökning av vårdvolymen till följd av ett ökat antal äldre i befolkningen. Om utvecklingen enbart baseras på demografiska förändringar beräknas antalet öppenvårdsbesök öka med cirka 20 procent, medan vårdtillfällen och vårddagar förväntas öka omkring 30 procent. När framskrivningen även tar hänsyn till historisk trend framträder en mer omfattande förändring, där antalet besök bedöms kunna öka med upp till 110 procent. Samtidigt visar utvecklingen baserat på åren 2014–2025 och 2017–2025 en motsatt riktning för slutenvården, med en förväntad minskning av vårdtillfällen med cirka 50 procent och en minskning av antalet vårddagar med cirka 80 procent. Se figur 8a-c nedan, samt Bilaga C och D.

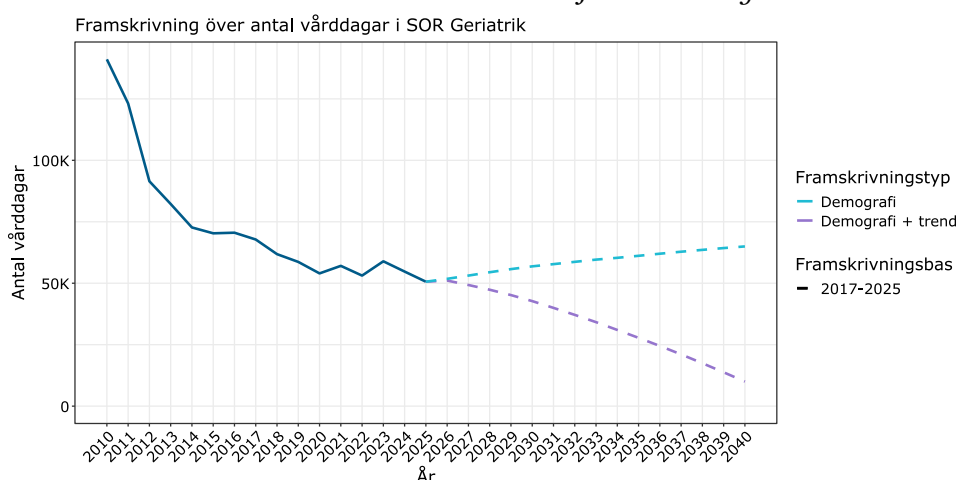
*Figur 8a. Framskrivning av totalt antalet besök inom geriatrik i Västra Götaland. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.*



*Figur 8b. Framskrivning av totalt antal vårdtillfällen inom geriatrik i Västra Götaland. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.*



Figur 8c. Framskrivning av totalt antal vård dagar inom geriatrik i Västra Götaland. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.



### Kvalitativ bedömning

Befolkningsutvecklingen i Västra Götaland innebär att den procentuellt största ökningen fram till 2040 väntas ske i gruppen 85 år och äldre. Detta bedöms få stor betydelse för vårdbehovets utveckling inom geriatriken, eftersom hög ålder är starkt kopplad till ökad förekomst av sjukdom, skador, funktionsnedsättning och behov av samordnade vårdinsatser. Samtidigt som fler personer är friska högre upp i åldrarna ökar risken för sjukdom, skada och funktionsnedsättning med stigande ålder, särskilt efter 80 års ålder. Åldrande är en central riskfaktor för många kroniska sjukdomar, och högre ålder innebär ofta en kombination av multisjuklighet, skörhet, kognitiv nedsättning och minskad autonomi. Detta medför ett växande behov av vård, omvårdnad, rehabilitering och samordning mellan olika aktörer.

Samordningsråd geriatrik bedömer att många äldre framöver kommer att ha mycket komplexa medicinska och omsorgsrelaterade behov. Äldre med flera långvariga sjukdomar från olika organsystem, tidigare skador och nedsatt kognitiv förmåga ställer höga krav på ett sammanhållet och personcentrerat omhändertagande. En stor del av hälso- och sjukvårdens resurser riktas redan i dag till vård av äldre, och detta behov väntas öka i takt med befolkningens åldrande.

Mot denna bakgrund bedömer samordningsrådet att behovet av geriatrisk kompetens kommer att öka inom både regional primärvård och slutenvård. Fler specialister i geriatrik behöver utbildas, liksom fler sjuksköterskor och undersköterskor med specialistkompetens inom vård av äldre. Samordningsrådet bedömer också att fler vårdplatser kommer att behövas, eftersom en betydande andel äldre även framöver kommer att ha behov av

slutenvård trots den pågående omställningen mot mer öppna och nära vårdformer.

Palliativ vård bedöms öka över tid till följd av befolkningsförändringen och det ökande antalet äldre. I VGR avlider omkring en procent av befolkningen varje år, majoriteten av dessa dödsfall bedöms vara förväntade. Hos denna patientgrupp finns genomgående behov av vårdpersonal med kompetens inom palliativ vård, vilket behöver stärkas brett i hälso- och sjukvården. Samtidigt bedöms en mindre men betydande andel patienter ha så pass komplexa vårdbehov att de behöver specialiserad palliativ vård. Det finns utvecklingspotential för att säkerställa att dessa patienter får tillgång till vård på rätt vårdnivå.

### **Sammanfattning vårdbehov**

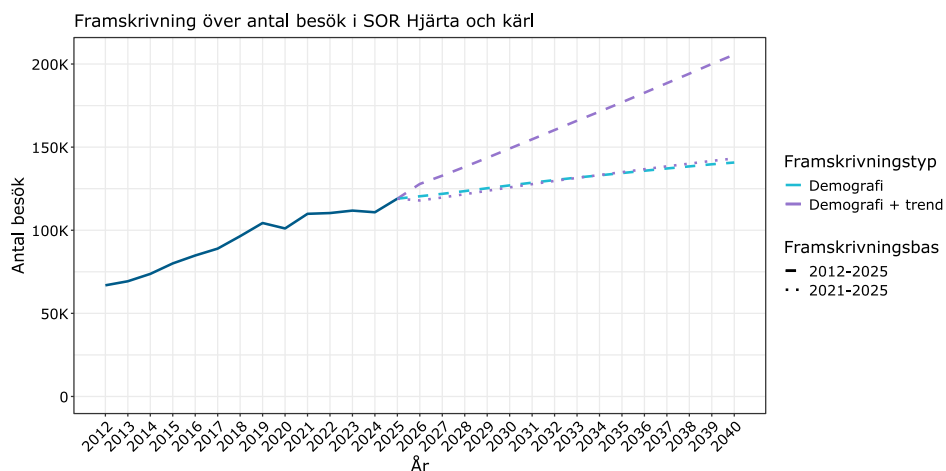
- Stor ökning av äldre (framför allt 85+) – kraftigt ökat behov av vård och omsorg.
- Mer komplex sjukdomsbild – fler med multisjuklighet och kognitiv svikt.
- Ökat behov av kompetens – fler geriatriker, specialistsjuksköterskor och vårdplatser krävs.
- Mer palliativ vård – ökad efterfrågan med fortsatt gap i tillgång.
- Högre tryck på hela vårdssystemet – kräver bättre samordning och kapacitet.
- Scenarier med demografi och trend bedöms som mest sannolik för öppenvård, respektive endast demografi för slutenvård.

## **Hjärta och kärl**

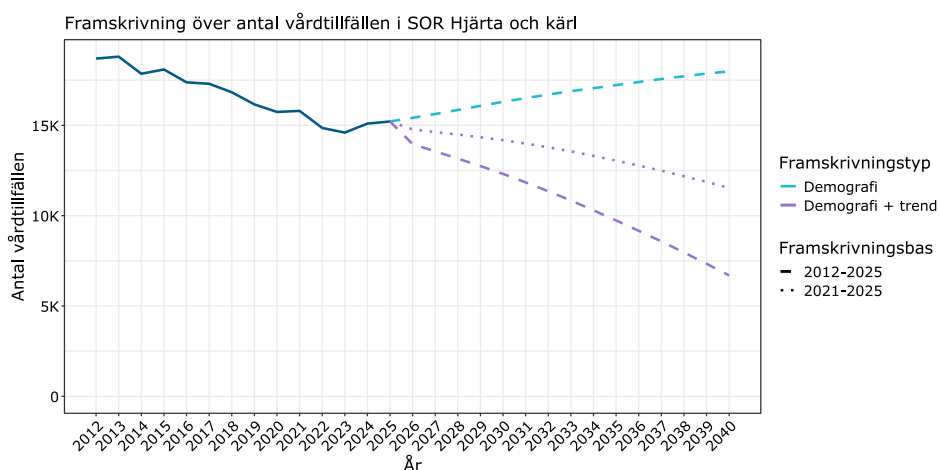
### **Framskrivning**

Fram till 2040 bedöms vårdkonsumtion kopplat till hjärt- och kärl utvecklas olika, beroende på vilka antaganden som görs. En framskrivning som enbart utgår från demografiska förändringar indikerar en ökning av antalet besök, vårdtillfällen och vårddagar med cirka 20 procent. När historiska trender inkluderas förväntas antalet besök öka med cirka 70 procent, samtidigt som antalet vårdtillfällen minskar med cirka 60 procent och vårddagar med 50 procent. Utvecklingen varierar dock beroende på vilken tidsperiod som används som underlag för analyserna. En framskrivning baserad på åren 2021–2025 visar exempelvis en ökning av antalet besök med cirka 20 procent, medan vårdtillfällen förväntas minska med cirka 20 procent och vårddagar med cirka 10 procent. Se figur 9a-c nedan, samt Bilaga C och D. I figur 9a överlappar linjen demografi med linjen trendframskrivning 2021–2025.

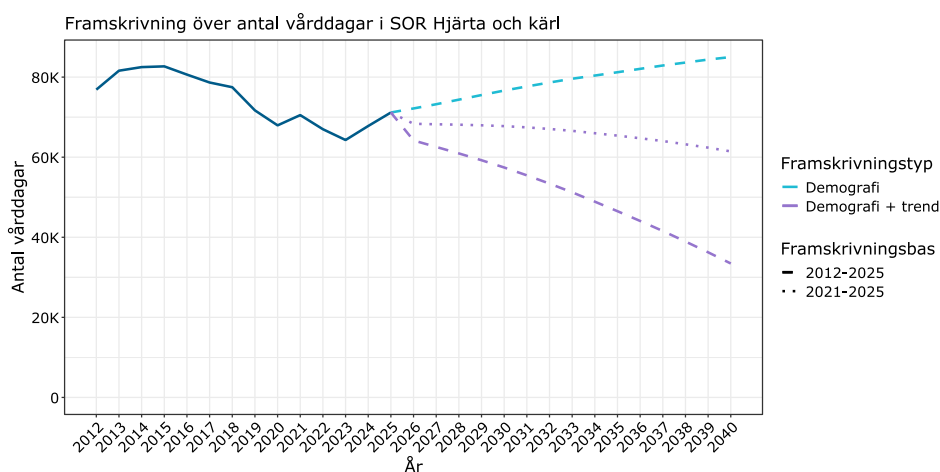
Figur 9a. Framskrivning av totalt antalet besök inom hjärta och kärl i Västra Götaland.



Figur 9b. Framskrivning av totalt antal vårdtillfällen inom hjärta och kärl i Västra Götaland.



Figur 9c. Framskrivning av totalt antal vård dagar inom hjärta och kärl i Västra Götaland.



**Kvalitativ bedömning**

Antalet hjärtinfarkter har minskat över tid och samordningsråd hjärta och kärl bedömer att det är en utveckling som kommer att fortsätta. Samtidigt ökar remissinflödet tydligt för hjärtsvikt och arytmier, särskilt förmaksflimmer, vilket bedöms bidra till ett ökat behov av specialistvård. Det finns samtidigt en osäkerhet kring den framtida utvecklingen av hjärtsvikt med bevarad ejektionsfraktion, där antalet diagnostiserade patienter sannolikt kommer att öka i takt med en växande äldre befolkning. Utvecklingen påverkas dock även av diagnostiska utmaningar, eftersom flera av de kriterier som används vid diagnostiken, såsom lätt förhöjda NT-proBNP-nivåer, förmaksförstoring, hypertoni, förmaksflimmer och viss andfåddhet, är vanliga även hos äldre personer utan tydlig hjärtsvikt. Detta medför en osäkerhet kring hur stor del av den framtida ökningen som speglar en faktisk ökning av sjukdomsförekomsten respektive förändringar i diagnostik och upptäckt. Bedömningen är även att behovet av icke-invasiv diagnostik kommer att öka, bland annat genom ett växande behov av datortomografi av hjärtat på sjukhusförvaltningar. Även kapaciteten för ablationsbehandling bedöms behöva förstärkas. För infarktvård och ballongvidgning (PCI) pågår särskilda processer för att bedöma framtida kapacitetsbehov. Samtidigt väntas behovet av mer avancerad diagnostik öka, liksom möjligheten att kombinera flera diagnostiska metoder för en mer precis bedömning.

Teknikutvecklingen, inklusive användning av artificiell intelligens och på sikt digitala tvillingar, kan komma att påverka diagnostik, riskbedömning och uppföljning inom hjärt-kärlvården. I dagsläget är det dock svårt att bedöma hur stor den praktiska nyttan kommer att bli. Samtidigt förväntas patienterna i högre grad vilja vara delaktiga i sin vård och efterfråga bättre tillgänglighet. Det ställer ökade krav på tillgängliga kontaktvägar, tydlig information och digitalt stöd.

Inom den thoraxkirurgiska vården är bedömningen att det totala antalet ingrepp nationellt har planat ut. Samtidigt väntas andelen komplexa ingrepp och reoperationer öka, vilket medför en större belastning på hela vårdkedjan. Antalet thoraxkirurgiska centra i landet kan på sikt minska, till följd av låga volymer och svårigheter att upprätthålla verksamhet på vissa håll. Utvecklingen inom minimalinvasiv kirurgi och robotkirurgi går snabbt, liksom användningen av hjärtpumpar vid svår hjärtsvikt, vilket sammantaget förändrar både vårdprocesser och kompetensbehov.

Inom den kärlkirurgiska vården kan utvecklingen fram till 2040 komma att påverkas av flera motverkande faktorer. Medan flera andra aterosklerosrelaterade sjukdomar minskar i befolkningen ses fortsatt en

ökad förekomst av benartärsjukdom. Denna utveckling drivs främst av en åldrande befolkning och en ökande förekomst av typ 2-diabetes. I Sverige ökade prevalensen av typ 2-diabetes från 4,5 procent till närmare 6 procent mellan 2006 och 2021 och utvecklingen bedöms fortsätta. Det kan innebära en ökning med 30–50 procent fram till 2040.

Samtidigt utvecklas nya och mer avancerade minimalinvasiva tekniker, vilket möjliggör behandling av benartärsjukdom i större omfattning än tidigare. För aortaaneurysm bedöms den totala förekomsten kunna minska men förbättrade behandlingsmöjligheter för komplexa aneurysm med minimalinvasiv teknik innebär att denna patientgrupp sammantaget kan förbli relativt oförändrad. Det finns ökade behandlingsmöjligheter för venös tromboembolism, venösa ocklusioner och komplikationer till dessa tillstånd. Detta gäller ofta yngre patienter med höga förväntningar på funktion och livskvalitet, vilket ökar behovet av nya operationsmetoder och specialistkompetens.

Innovationer och förbättrade tekniker inom behandling av perifer artärsjukdom bedöms kunna bidra till ökad amputationsfri överlevnad. Nya tekniker för behandling av komplex aneurysmsjukdom gör det möjligt att behandla fler patienter, medan utvecklingen inom venös tromboembolisk sjukdom och kroniska venösa ocklusioner kan förbättra livskvaliteten för ytterligare patientgrupper. Samtidigt kan förbättrad sekundärprofylax vid kardiovaskulär sjukdom dämpa ökningen av vissa tillstånd, men även bidra till att fler personer lever längre med kroniska vårdbehov.

Behovet av digitala vårdmöten och hög tillgänglighet till specialistkompetens kommer troligtvis att öka. Inom kärlkirurgin bedöms även en utveckling mot ökad nivåstrukturering vara sannolik, i likhet med utvecklingen i övriga Europa, med färre enheter och en tydligare koncentration av olika diagnosgrupper till särskilda noder. Detta ses som en förutsättning för att kunna upprätthålla kompetens inom en högteknologisk specialitet med snabb utveckling.

### **Sammanfattning vårdbehov**

- Ökat behov av kronisk hjärtsjukvård – mer hjärtsvikt, arytmier och kärlsjukdomar, trots minskade infarkter.
- Mer avancerad diagnostik/behandling – ökad användning av CT, PET, ablation.
- Fler komplexa patienter – mer resurskrävande vård och återoperationer.
- Längre överlevnad leder till mer vård – fler lever länge med sjukdom.

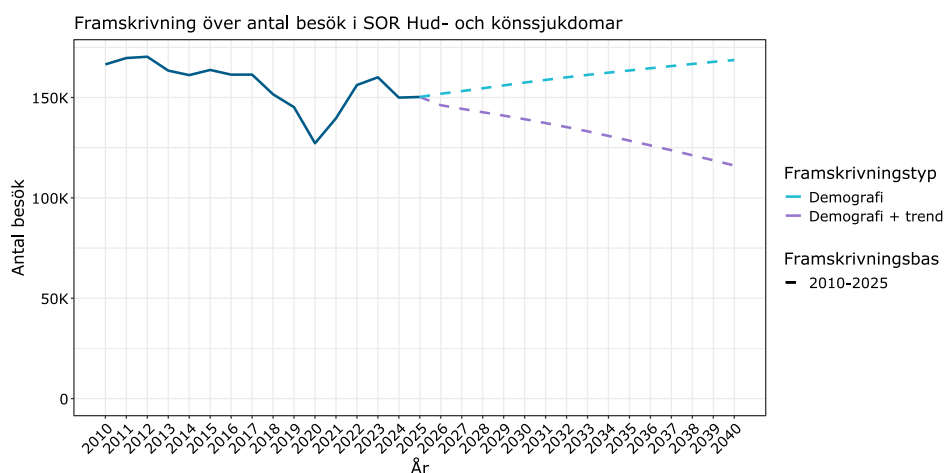
- Högre krav på vården – tillgänglighet, digital kontakt och specialisering.
- Scenarier med endast demografi och trend bedöms som mest sannolikt inom öppenvård, medan endast demografi för slutenvård.

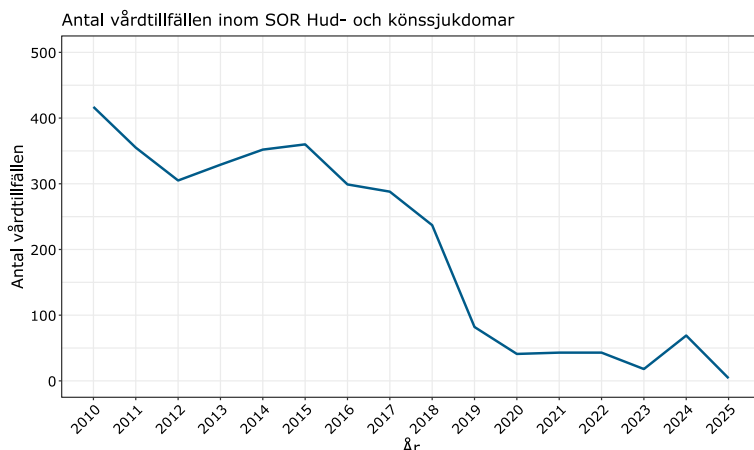
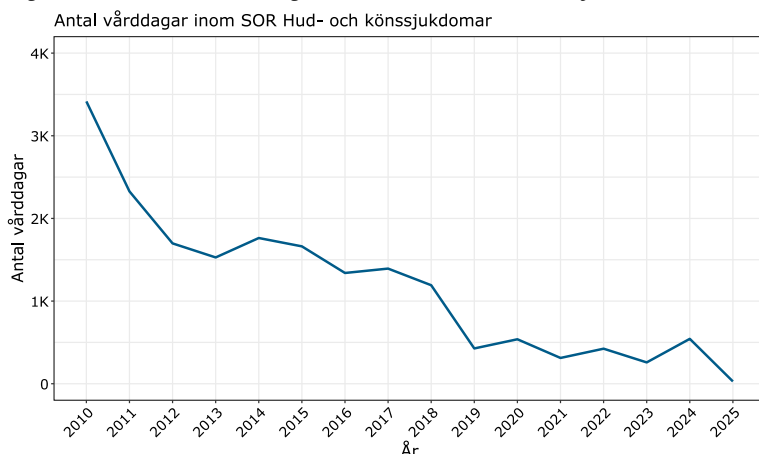
## Hud- och könssjukdomar

### Framskrivning

Fram till år 2040 förväntas besök kopplat till hud- och könssjukdomar öka med cirka 10 procent när man enbart utgår från demografiska förändringar. När historiska trender inkluderas förväntas antalet besök minska med cirka 20 procent. I dessa besök ingår även besökstyperna första och efterföljande distansbedömning utan patient, vilket är en följd av förändrade arbetssätt där tidigare fysiska besök i stället ersatts av bedömningar på distans baserade på bildunderlag. En framskrivning av vårdtillfällen och vård dagar har inte varit möjlig, eftersom utvecklingen har lett till ett i det närmaste obefintligt antalet vårdtillfällen under 2025. Se figur 10a-c nedan, samt Bilaga C och D.

*Figur 10a. Framskrivning av totalt antalet besök inom hud- och könssjukdomar i Västra Götaland. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.*



*Figur 10b. Antal vårdtillfällen inom hud- och könssjukdomar i Västra Götaland.**Figur 10c. Antal vård dagar inom hud- och könssjukdomar i Västra Götaland.*

### Kvalitativ bedömning

Samordningsråd hud och könssjukdomar bedömer att fler diagnosgrupper inom hudsjukvården kommer att öka fram till 2040, till följd av faktorer utöver demografi. Hudcancer, särskilt keratinocyt cancer, väntas fortsätta öka, drivet av förändrade solvanor, ökad överlevnad i riskgrupper, fler organtransplanterade samt förbättrad upptäckt i vårdkedjan. Även genetiska utredningar vid melanom och mer individanpassade terapier bedöms bli vanligare. Hidradenitis suppurativa, kronisk inflammatorisk hudsjukdom, väntas bli mer framträdande till följd av ökad medvetenhet, förbättrad diagnostik och fler behandlingsmöjligheter. Samtidigt väntas fler patienter med inflammatoriska hudsjukdomar, såsom eksem, bli aktuella för systembehandling inom specialistvården. Även alopeci, vitiligo och genodermatoser bedöms öka i betydelse, i takt med ökad efterfrågan och medicinska framsteg, inklusive genterapier. Antalet patienter med svårläkta sår bedöms öka i takt med en åldrande befolkning och fler kroniska tillstånd, vilket medför ett ökat behov av resurskrävande behandling och

uppföljning. Inom området för sexuellt överförbara infektioner kan hemtest och digital provtagning förändra patientflödena, medan behovet av lättillgänglig specialisttestning kvarstår för riskgrupper. Sammantaget väntas hudsjukvården möta fler patienter och mer komplexa vårdbehov. Det kommer att medföra ett ökat behov av specialiserad vård och mer riktade terapier.

Medicinska innovationer ökar både behandlingsmöjligheter och vårdbehov. Fler patienter kan bli aktuella för avancerad utredning, behandling och uppföljning inom hudcancer, samtidigt som behovet av riskstratifiering och multidisciplinärt omhändertagande ökar. Nya biologiska och riktade behandlingar inom inflammatoriska och autoimmuna hudsjukdomar höjer behandlingsmålen och leder till långsiktigt behov av uppföljning. Även behandlingar inom andra specialiteter som ger hudbiverkningar ökar behovet av dermatologisk kompetens. Sammantaget innebär den medicinska utvecklingen ett ökat behov av specialistkompetens, samordning och uppföljning.

Den ökade användningen av digitala kontakter och patientgenererad data förbättrar möjligheterna till tidig bedömning och uppföljning, men innebär också ökade krav på struktur och medicinsk bedömning. Parallellt sker en förskjutning där vårdinsatser i allt högre grad inte fångas i traditionella besöksmått, vilket riskerar att underskatta vårdproduktionen i prognoser. Nya arbetssätt kräver samtidigt utvecklade journalsystem och bildhanteringssystem med stöd för digitala flöden, AI och informationsdelning. AI-stöd och teledermatoskopi kan förbättra triagering och diagnostik samt möjliggöra ökad egendiagnostik och bättre patientstyrning i vårdkedjan. Samtidigt väntas inflödet av digitala kontakter öka, vilket ställer högre krav på kvalitetssäkring, prioritering och tydlig ansvarsfördelning. Digitala arbetssätt ökar tillgängligheten men förändrar snarare än minskar behovet av specialistkompetens.

Sammantaget talar utvecklingen för att framtidens hudsjukvård behöver kombinera hög medicinsk kvalitet med god digital tillgänglighet, där systemen i ökad utsträckning anpassas efter verksamhetens och patienternas behov och där specialistkompetens, samordning och digital kapacitet blir avgörande.

### **Sammanfattning av vårdbehovet**

- Fler hudsjukdomar – ökning av hudcancer och inflammatoriska tillstånd.
- Fler kroniska fall – långvarig uppföljning och mer komplex vård.

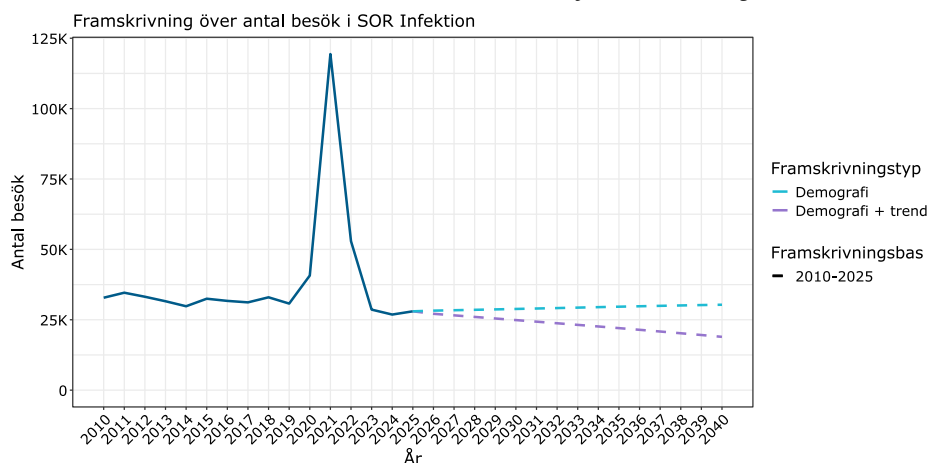
- Avancerad behandling ökar behovet – fler patienter kräver specialistvård.
- Åldrande driver vårdbehov – mer sårvård och komplikationer.
- Digitalisering ökar inflödet – fler patienter söker och behöver bedömning.
- Scenarier med endast demografi bedöms som mest sannolikt.

## Infektion

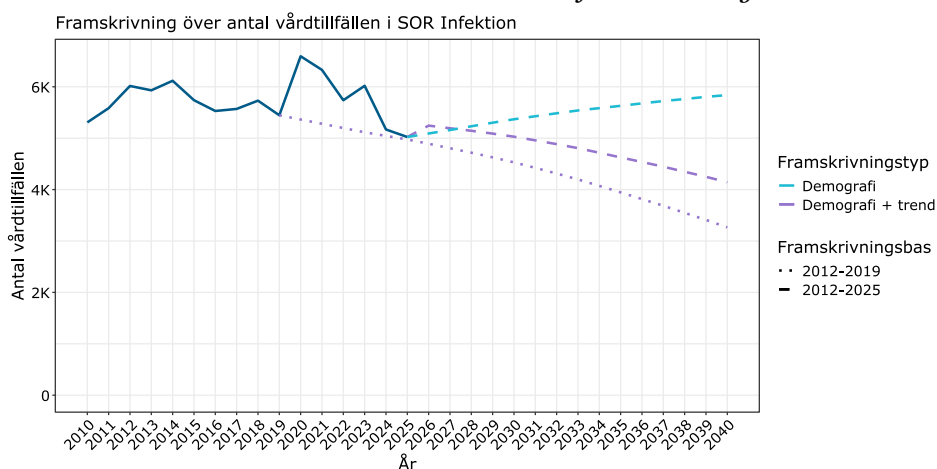
### Framskrivning

Framskrivningar som enbart baseras på demografiska förändringar indikerar att konsumtion av infektionsvård fram till 2040 ökar med cirka 10 procent vad gäller besök samt med cirka 20 procent för både vårdtillfällen och vårddagar. För de framskrivningar som bygger på både demografi och historisk trend framträder en annan utveckling där besöken förväntas minska med cirka 30 procent och vårddagar öka med 30 procent. För vårdtillfällen används framskrivningsbas utifrån olika år. En framskrivning baserad på åren 2012–2025 indikerar en minskning av vårdtillfällen med cirka 20 procent, medan en framskrivning utifrån perioden 2012–2019 pekar på en minskning med cirka 40 procent. Se figur 11a-c nedan, samt Bilaga C och D.

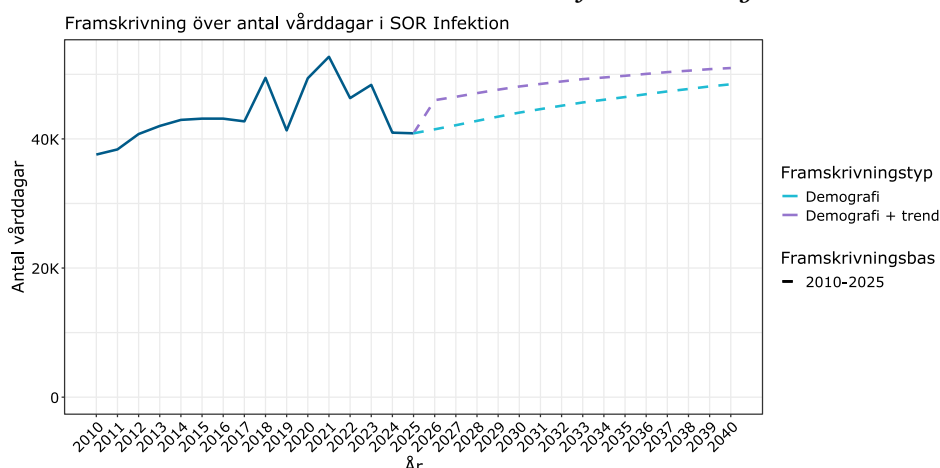
*Figur 11a. Framskrivning av totalt antalet besök inom infektion i Västra Götaland. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.*



Figur 11b. Framskrivning av totalt antal vårdtillfällen inom infektion i Västra Götaland. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.



Figur 11c. Framskrivning av totalt antal vård dagar inom infektion i Västra Götaland. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.



### Kvalitativ bedömning

Samordningsråd infektion bedömer att framskrivningarna behöver tolkas med försiktighet. Underlaget påverkas av tillfälliga variationer, såsom mykoplasmaåren 2010–2011 vilket försvårar tolkningen av historiska trender. Den samlade bedömningen är att antalet öppenvårdsbesök sannolikt inte kommer att öka i någon större omfattning och möjligen kan minska något, medan antalet vårdtillfällen och framför allt antalet vård dagar bedöms öka fram till 2040. Bedömningen är att en utveckling med ökande antalet vård dagar är den mest trovärdiga av de redovisade framskrivningarna. Antalet vårdtillfällen förväntas inte minska utan snarare öka något, samtidigt som fler patienter sannolikt kommer att kunna avsluta delar av behandlingen i hemmet efter en kortare sjukhusvistelse. Det innebär inte nödvändigtvis ett minskat resursbehov för

infektionssjukvården, utan snarare en förändrad vårdstruktur där fler patienter med infektioner som i dag vårdas inom andra medicinska verksamhetsområden successivt kan komma att tas över av medicinskt vårdområde infektion. Samtidigt är möjligheterna att dra säkra slutsatser från historiska data begränsade, eftersom perioden är relativt kort och ännu inte fullt ut fångar effekterna av den förväntade ökningen av patienter med sekundär immunbrist.

Det finns samtidigt flera förändringar i vårdbehovet inom infektionsområdet som inte fullt ut fångas av demografi eller historiska trender. Den mest betydelsefulla utvecklingen gäller patienter med sekundär immunbrist, en grupp som väntas öka tydligt till följd av ökad användning av behandlingar inom andra sjukdomsområden som sekundärt ger nedsatt immunförsvar. Det medför en ökad risk för allvarliga infektioner och ett större behov av avancerad antimikrobiell behandling, specialistbedömning och samordning. Även om många av dessa patienter vårdas på slutenvårdsplatser utanför infektionsklinikerna bedöms utvecklingen ändå medföra ett ökat behov av vårdplatser och specialistkompetens inom infektionsklinikerna. Samtidigt skiljer utvecklingen sig mellan olika diagnosgrupper. Hepatit C väntas fortsätta minska och kräver redan i dag endast undantagsvis slutenvård, vilket främst förklaras av medicinska framsteg och riktade strategier för uppsökande verksamhet. Även hiv kan på sikt kräva färre mottagningsbesök till följd av mer effektiva behandlingar och sjunkande incidens. Samtidigt innebär det internationella läget, med risk för ökade flyktingströmmar och försämrad behandlingstillgång i vissa länder, att antalet patienter med hiv också kan öka. Andra diagnosgrupper som bedöms öka är endokardit och bakteriemier, bland annat till följd av en åldrande befolkning, fler hjärtoperationer och ökad användning av invasiva ingrepp och intravasala katetrar.

Medicinska innovationer och nya arbetssätt bedöms framför allt påverka hur vården organiseras snarare än minska det samlade vårdbehovet. Infektionssjukvården är ett område där fler patienter framöver kan få avancerad behandling i hemmet. Utvecklingen av antibiotikapumpar som byts en gång per dygn har redan effektiviserat vården genom att möjliggöra intravenös antibiotikabehandling utanför slutenvården.

Troligtvis kommer patienternas förväntningar på vård i hemmet att öka fram till 2040. Efterfrågan på digitala kontakter väntas också öka men bedöms endast i begränsad omfattning kunna ersätta fysiska mottagningsbesök eftersom infektionssjukvård ofta kräver somatisk undersökning, uppföljning av behandling och kliniska bedömningar.

Utvecklingen talar därför för en kombination av ökad tillgänglighet genom digitala kontaktvägar och ett fortsatt behov av fysiska bedömningar.

Specialiserad vård i hemmet och utökad dagvårdsverksamhet behöver beaktas tydligare i planeringen av framtida vårdbehov. Möjligheten att behandla patienter med avancerade infektionssjukdomar utanför traditionell slutenvård innebär inte att resursbehovet minskar, utan att resurser i högre grad behöver fördelas till andra vårdformer. Det är en viktig förklaring till att antalet vårddagar inom traditionell slutenvård inte väntas öka i samma omfattning som det samlade behovet av specialiserad infektionssjukvård.

### **Sammanfattning vårdbehov**

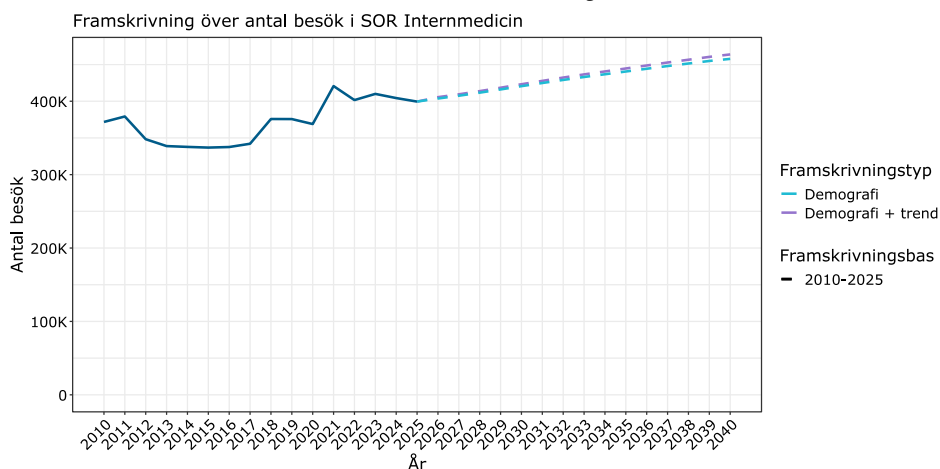
- Fler infektioner vid sekundär immunbrist – ökar behov av avancerad infektionsvård.
- Mer vård i hemmet, till exempel antibiotikapumpar – mindre slutenvård men mer uppföljning.
- Ökning av svåra infektioner – till exempel endokardit och bakteriemier.
- Vissa infektioner minskar – till exempel hepatit C, hiv förändras.
- Totalt ökat vårdbehov – fler och mer komplexa patienter.
- Scenarier med demografi och trend bedöms som mest sannolikt för öppenvårdsbesök och slutenvårdsdagar, medan endast demografi för vårdtillfällen.

## **Internmedicin**

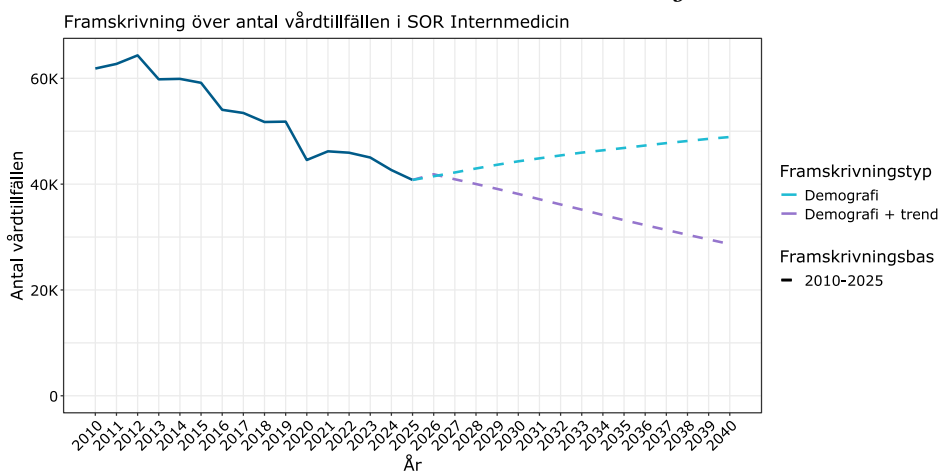
### **Framskrivning**

Fram till år 2040 förväntas antal besök, vårdtillfällen och vårddagar kopplat till internmedicin öka med 20 procent när hänsyn tas till demografiska förändringar. När framskrivningen även beaktar den historiska trenden framträder en annan utveckling där antalet besök förväntas öka med 20 procent, samtidigt som vårdtillfällen och vårddagar förväntas minska med cirka 30 procent. Se figur 12a-c nedan, samt Bilaga C och D.

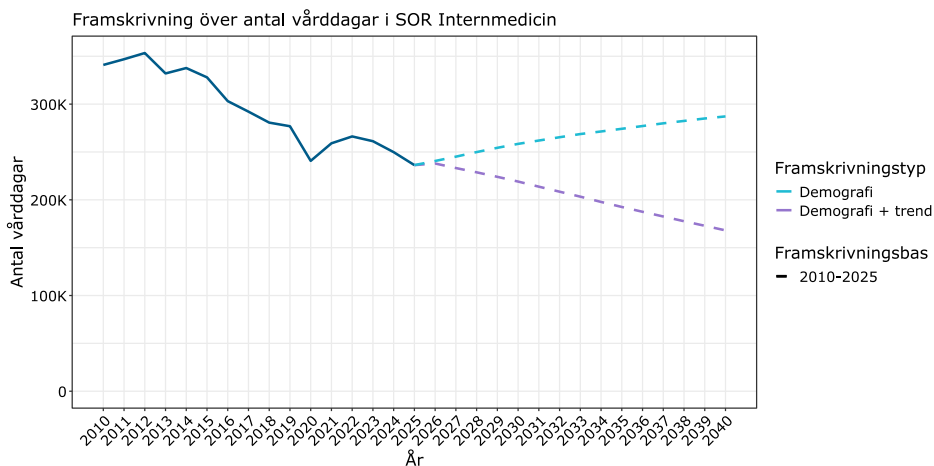
**Figur 12a. Framskrivning av totalt antalet besök inom internmedicin i Västra Götaland. Trenden har beräknats med Poissonregression.**



**Figur 12b. Framskrivning av totalt antal vårdtillfällen inom internmedicin i Västra Götaland. Trenden har beräknats med Poissonregression.**



**Figur 12c. Framskrivning av totalt antal vård dagar inom internmedicin i Västra Götaland. Trenden har beräknats med Poissonregression.**



**Kvalitativ bedömning**

Samordningsråd internmedicin ansvarar för ett vårdområde som är mycket stort och heterogent. Det är därför svårt att prognostisera totalt vårdbehov i generella termer över ett långt tidsspänn och den sammanlagda trenden kommer att vara summan av ett otal oberoende trender inom delkomponenterna allergisjukvård, diabetologisk vård, endokrinologisk vård, hematologisk vård, internmedicinsk vård, lungsjukvård, medicinsk gastroenterologi och hepatologi, dialysvård, medicinsk njursjukvård, sömnmedicin och yrkesmedicinsk vård samt Osäkerheten i prognosen är därför betydande.

En trend som inte fångas av demografi och historiska data är införande av terapier inom fältet Advanced Therapy Medicinal Products (ATMP) inom cancervård och vård av patienter med allvarliga kroniska autoimmuna sjukdomar. Dessa terapier är resurskrävande men har stor potential. Uppskattningen är att dessa terapiformer kommer att öka behovet av slutenvårdsdygn utöver det som kan fångas av demografi och historiska trender. Samordningsrådets bedömning är att effekten inte är så omfattande att minskningen av antalet vårdtillfällen kan fortsätta, utan att effekten av tidigare effektiviseringsåtgärder i huvudsak är uttömd. Demografiska effekter kan delvis bromsas genom nya åtgärder inom digitalisering och hospital-at-home men ATMP-terapierna skapar nya behov av slutenvårdsresurser. Det innebär att den mest rimliga framskrivningen ligger i nivå med det som beskrivs enligt demografiscenariot.

Öppenvården inom internmedicin utgörs i huvudsak av uppföljning av patienter med kronisk sjukdom som är alltför avancerad för att skiftas ut till regional primärvård. Nya avancerade terapier för dessa patientgrupper når kontinuerligt vården och behovet av specialiserad internmedicinsk uppföljning ökar påtagligt. Demografisk utveckling med en växande äldre befolkning innebär att volymen patienter ökar ytterligare. Effektiviseringar genom egenvård och digitala kontakter har genomförts och kommer att behöva utvecklas ytterligare. Bedömningen är att vårdbehovet kommer att öka, sannolikt mer än vad som prognostiseras baserat på historiska data och demografi. Hur mycket mer utöver framskrivna trender är mycket svårt att säga.

Exempel på områden där samordningsrådet ser att förekomsten sannolikt kommer att öka i annan takt än vad som kan prognostiseras baserat på enbart historiska trender och demografisk utveckling:

- Hematologisk cancer och lungcancer: Nya terapier väntas leda till förlängd överlevnad för stora patientgrupper vilket kommer att innebära en ökad prevalens av patienter som är i något skede av

behandling för hematologisk cancer eller under uppföljning efter aktiv behandling. Det förväntas leda till en ökning, grovt skattat en fördubbling, av behovet av öppenvård för dessa patientgrupper.

- Diabetesvård: Området är svårt att prognostisera då incidensen stiger och det sker utveckling i både möjligheter att förebygga och behandla diabetes. Uppskattningen är att kostnader för tekniska hjälpmedel för behandling av typ 1-diabetes kommer att öka som en följd av teknisk utveckling där bättre men mer kostsamma alternativ ökar i användning. Behovet av slutenvård och öppenvård kan komma att öka mer än vad som kan extrapoleras från historiska data givet att incidensen av typ 1-diabetes hos barn har ökat relativt dramatiskt (cirka 50 procent) under senare år vilket kommer att börja synas i vuxenvården om cirka ett decennium.
- Obesitasvård: Prevalensen av obesitas ökar i samhället samtidigt som nya medicinska behandlingar blir tillgängliga. Bedömningen är att det kommer att leda till ett ökande behov av öppenvårdskontakter.
- Mag-tarmsjukvård: Prevalensen av inflammatorisk tarmsjukdom ökar av oklara skäl och prevalensen av leversjukdom stiger som en konsekvens av att övervikt och det metabola syndromet blir allt vanligare förekommande i befolkningen.

### **Sammanfattning vårdbehov**

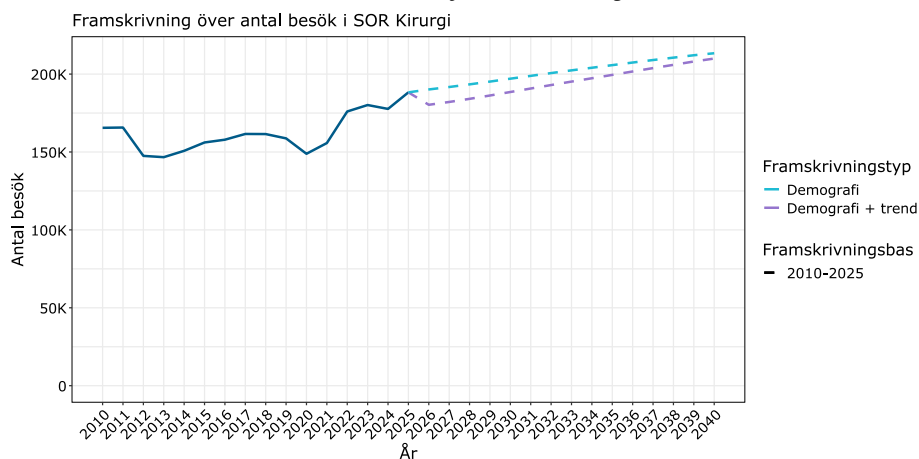
- Fler kroniskt sjuka som lever längre – ökat behov av kontinuerlig specialistuppföljning i öppenvård.
- Avancerade behandlingar ökar resurser – fler vård dagar och högre krav.
- Effektivisering når gräns – begränsad ytterligare minskning av slutenvård.
- Ökning i flera diagnoser – särskilt cancer, diabetes, obesitas, mag-tarm och leversjukdomar.
- Demografi + medicinska framsteg – fler patienter med långvariga och komplexa behov.
- Scenarier med större ökning än endast demografi och trend bedöms som mest sannolik för öppenvård. För slutenvård demografiscenariot.

## Kirurgi

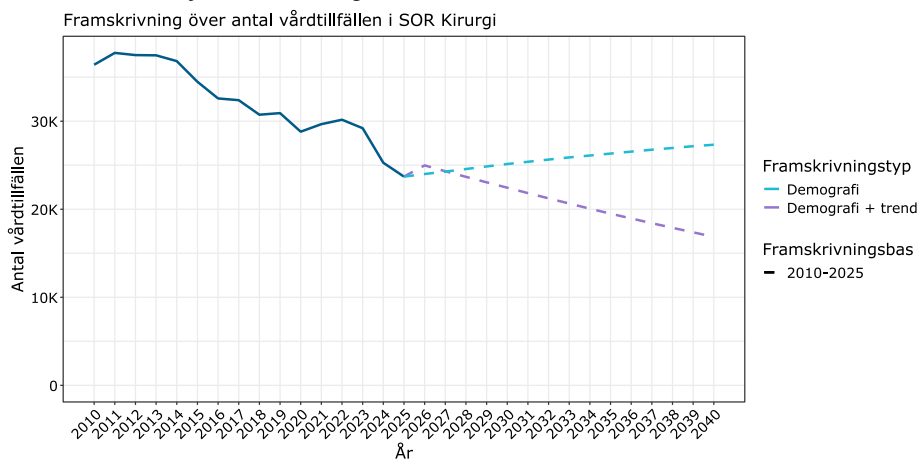
### Framskrivning

Fram till 2040 bedöms vårdkonsumtion inom kirurgi utvecklas olika beroende på vilka antaganden som görs. Framskrivningar som enbart utgår från demografiska förändringar indikerar en viss ökning av antal besök, cirka 10 procent, medan vårdtillfällen och vård dagar förväntas öka med cirka 20 procent. När framskrivningen baseras på både demografi och historisk trend framträder en annan utveckling, där antalet besök fortsatt förväntas öka med cirka 10 procent, samtidigt som vårdtillfällen bedöms minska med omkring 30 procent och antalet vård dagar med cirka 40 procent. Se figur 13a-c nedan, samt Bilaga C och D.

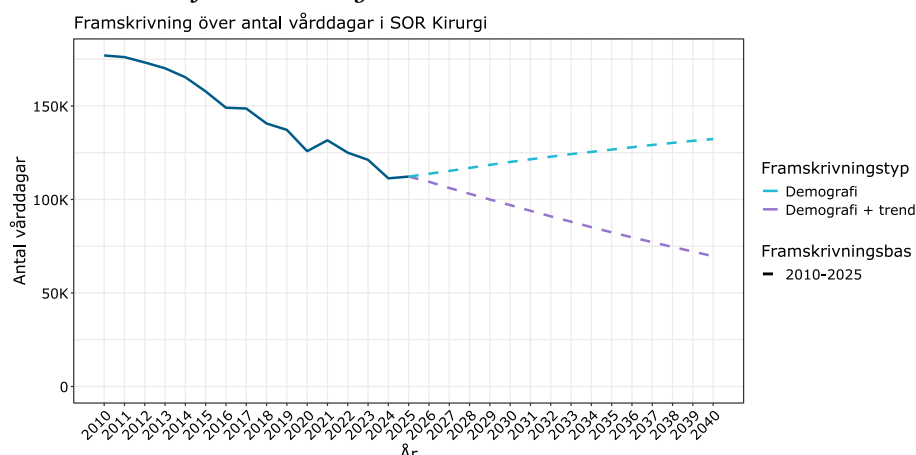
*Figur 13a. Framskrivning av totalt antalet besök inom kirurgi i Västra Götaland. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.*



*Figur 13b. Framskrivning av totalt antal vårdtillfällen inom kirurgi i Västra Götaland. Trenden har beräknats med Poissonregression. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.*



Figur 13c. Framskrivning av totalt antal vårddagar inom kirurgi i Västra Götaland. Trenden har beräknats med Poissonregression. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.



### Kvalitativ bedömning

Utvecklingen mot minimalinvasiv kirurgi, inklusive laparoskopi och robotkirurgi, har bidragit till kortare postoperativa vårdtider och möjliggjort kirurgiska ingrepp hos äldre och mer sköra patienter. Samordningsråd kirurgi bedömer att en stor del av omställningen redan har genomförts inom allmänskirurgin och att potentialen för ytterligare minskningar av vårdtillfällen och vårddagar därmed är mer begränsad än under de senaste femton åren. Därmed bedömer samordningsrådet att framskrivning utifrån demografisk utveckling är mest sannolikt.

Behovet av akutkirurgi förväntas kvarstå i stort sett en oförändrad nivå för tillstånd såsom akut buk, appendicit, gallstenssjukdom och divertikulit. Till följd av den demografiska utvecklingen kan antalet äldre patienter med geriatriskt trauma komma att öka, exempelvis fallrelaterade skallskador samt skelett- och mjukdelsskador. Det innebär att behovet av vårdplatser inom kirurgin kvarstår, då de patienter som kräver slutenvård i allt högre grad är äldre, skörare och har mer komplexa vårdbehov. Samtidigt finns möjligheter att minska belastningen på slutenvården genom utvecklade stödfunktioner före och efter kirurgiska ingrepp, liksom genom mer strukturerade vårdplaner för vissa patientgrupper. Uppföljning efter kirurgi bedöms även i ökad utsträckning kunna ske digitalt eller genom alternativa vårdformer, såsom vård i hemmet (hospital at home).

Utvecklingen inom medicinsk behandling väntas påverka kirurgins volymer och innehåll. Bedömningen är att behovet av bariatrisk kirurgi – fetmaoperation - kan minska till följd av mer effektiva läkemedel för viktnedgång, även om kirurgi fortsatt kommer att vara ett behandlingsalternativ för vissa patientgrupper. På längre sikt kan

övergången till minimalinvasiv kirurgi även bidra till färre komplikationer, exempelvis genom minskad förekomst av sammanväxningar efter öppen bukkirurgi. Samtidigt förväntas dagkirurgi omfatta fler patientgrupper, vilket ställer ökade krav på den postoperativa vården och uppföljningen.

Inom cancerkirurgin bedöms antalet patienter öka, främst till följd av en åldrande befolkning. Screeningprogram kan bidra till att cancer upptäcks i tidigare skeden och därmed möjliggöra mindre omfattande kirurgiska ingrepp. Parallellt kan utvecklingen inom onkologisk behandling innebära att vissa patienter i framtiden inte behöver opereras. En del patienter som i dag följs upp i specialistvården efter kirurgi, utan behov av ytterligare kirurgisk intervention, kan troligtvis i större utsträckning följas upp inom den regionala primärvården i framtiden.

Invånarnas förväntningar på snabb tillgång till vård och återkoppling bedöms fortsätta öka, vilket ställer krav på utveckling av digitala verktyg och nya kontaktvägar. Samtidigt behöver kirurgins roll i beredskap och krig särskilt beaktas. Förmågan att hantera akut traumakirurgi och andra allvarliga tillstånd förutsätter att kompetens inom öppen kirurgi bibehålls, även i en vårdstruktur där minimalinvasiva metoder dominerar. Det innebär att framtida planering av kirurgisk verksamhet inte enbart bör utgå från effektivitet och flödesoptimering, utan även från krav på robusthet, tillgänglighet och beredskapsförmåga.

### **Sammanfattning av vårdbehov**

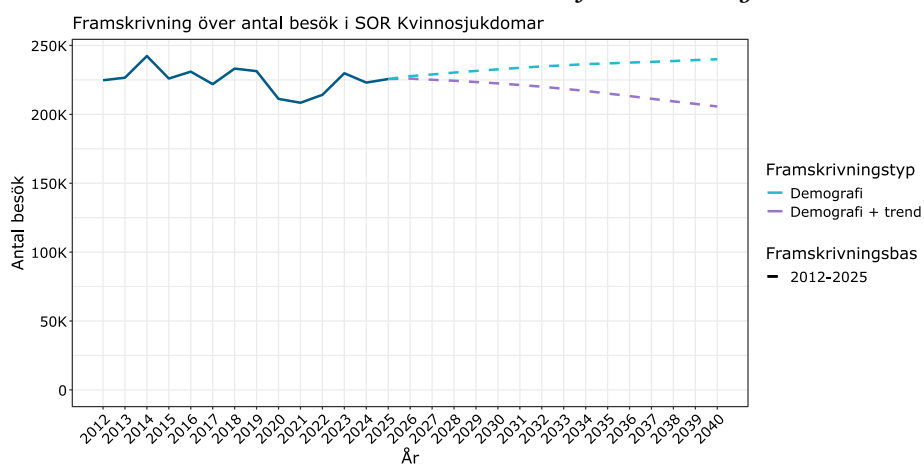
- Stabil kirurgi, förändrad vårdform – mer uppföljning digitalt, i primärvård och hemvård.
- Fler sköra patienter och traumafall, ökad komplexitet och resursbehov.
- Effektivisering – minimalinvasiv kirurgi, laparoskopi, robotkirurgi - når gräns – små framtida vinster.
- Förändrade behov – mer cancer, mindre obesitaskirurgi. Akutkirurgi kvarstår.
- Ökade krav på vården – dagkirurgi, flexibilitet, planering och tillgänglighet.
- Scenarier med endast demografi bedöms som mest sannolikt.

## Kvinnosjukdomar och förlossning

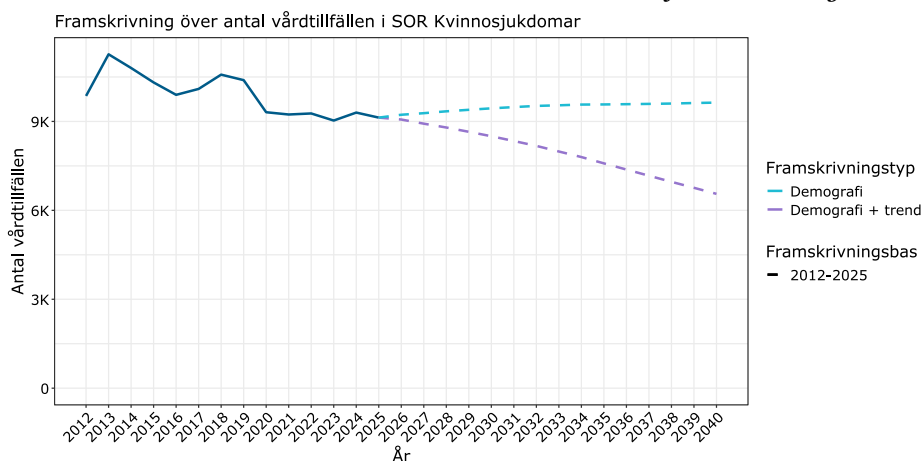
### Framskrivning

Fram till år 2040 förväntas vårdkonsumtion kopplat till kvinnosjukdomar utvecklas olika beroende på vilka antaganden som görs. En framskrivning baserad enbart på demografiska förändringar indikerar en ökning av besök, vårdtillfällen och vård dagar om cirka 10 procent. När framskrivningen baseras på både demografi och historisk trend, utifrån åren 2012–2025, framträder en annan utveckling där antalet besök förväntas minska med cirka 10 procent, antalet vårdtillfällen och vård dagar med 30 respektive 60 procent. Se figur 14a-c nedan, samt Bilaga C och D.

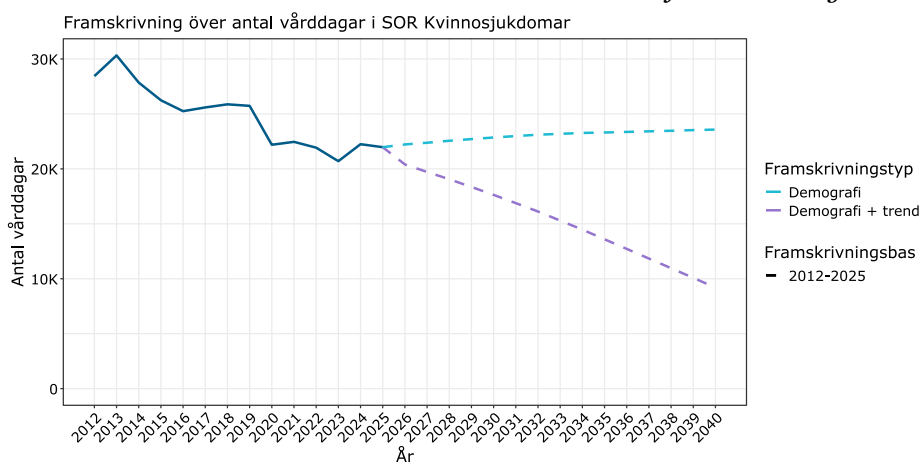
Figur 14a. Framskrivning av totalt antalet besök inom kvinnosjukdomar i Västra Götaland. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.



Figur 14b. Framskrivning av totalt antal vårdtillfällen inom kvinnosjukdomar i Västra Götaland. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.



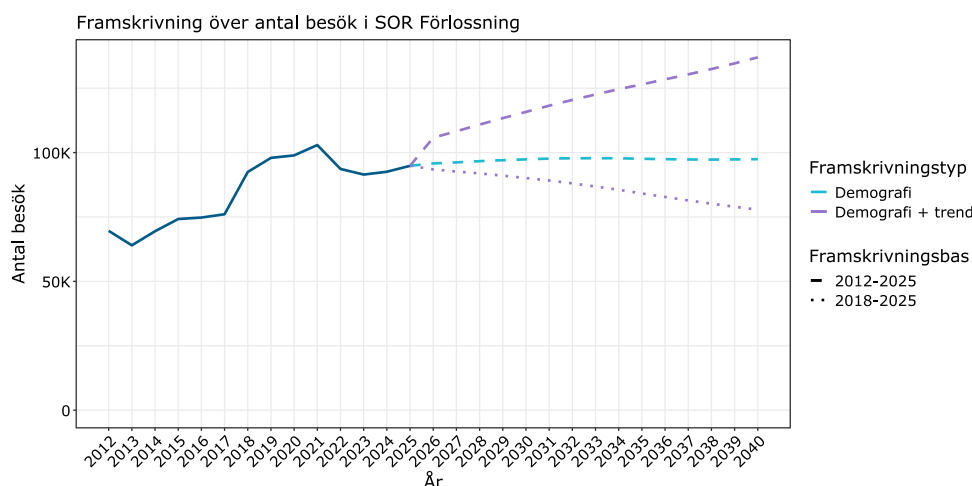
Figur 14c. Framskrivning av totalt antal vårddagar inom kvinnosjukdomar i Västra Götaland. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.



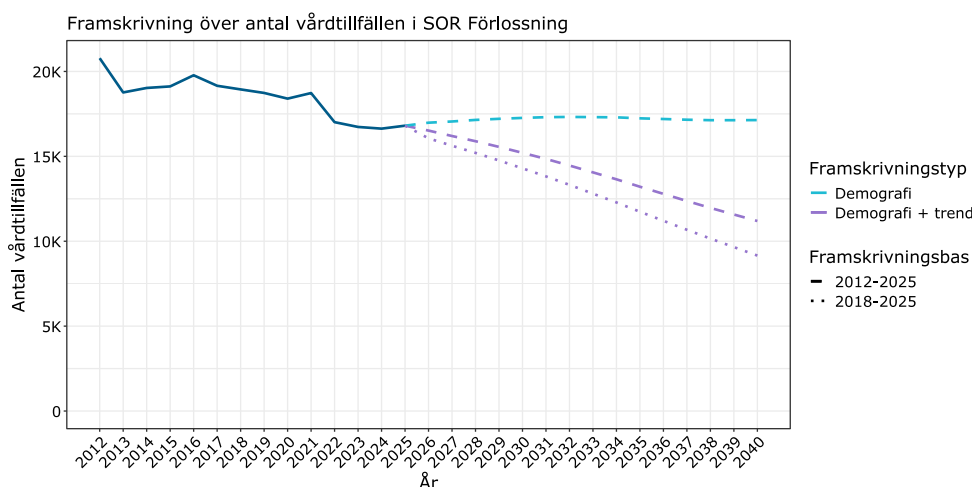
När det gäller förlossningsvården visar framskrivningar som enbart baseras på demografisk utveckling att vårdkonsumtionen år 2040 kan förbli oförändrad jämfört med dagens volymer.

Framskrivningar som även inkluderar historisk trend visar olika utvecklingsmönster beroende på vald basperiod. En framskrivning baserad på åren 2012–2025 indikerar att antalet besök ökar med cirka 40 procent, samtidigt som vårdtillfällen minskar med omkring 30 procent och vårddagar med cirka 60 procent. Om framskrivningen i stället baseras på perioden 2018–2025 förväntas antalet besök minska med cirka 20 procent, medan vårdtillfällen minskar med omkring 50 procent och vårddagar med cirka 60 procent. Se figur 15a-c nedan, samt Bilaga C och D.

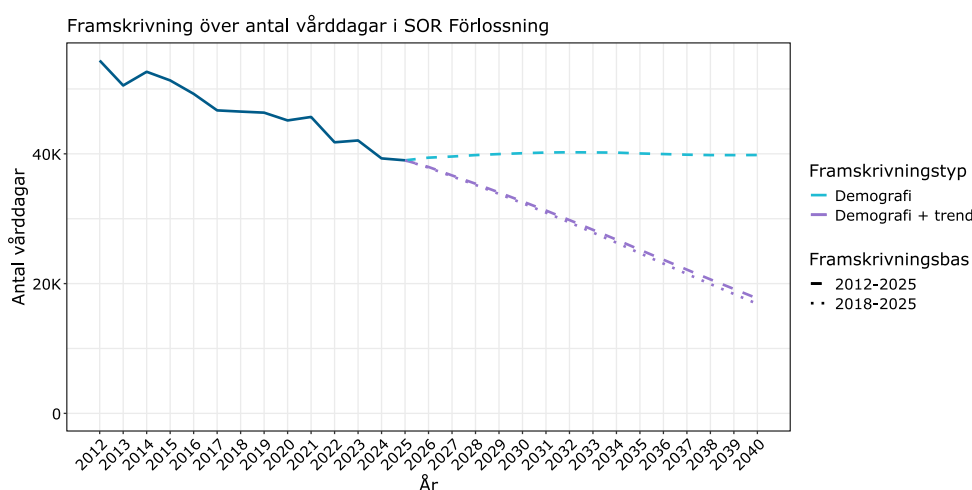
Figur 15a. Framskrivning av totalt antalet besök inom förlossning i Västra Götaland.



Figur 15b. Framskrivning av totalt antal vårdtillfällen inom förlossning i Västra Götaland.



Figur 15c. Framskrivning av totalt antal vård dagar inom förlossning i Västra Götaland.



### Kvalitativ bedömning

Samordningsrådet för kvinnosjukdomar och förlossning bedömer att framskrivningarna för antalet besök behöver tolkas med försiktighet. Den tydliga förändringen i besöksmönster mellan 2017 och 2018 samt de tillfälliga effekterna under pandemiåren innebär att historiska trender är svåra att tolka entydigt. Flera trendantaganden har därför prövats. Den samlade bedömningen är att scenarier med en kraftig minskning av antalet vårdkontakter inte framstår som sannolika, eftersom de inte fullt ut fångar förändringar i befolkningens sammansättning, medicinsk utveckling och framtida efterfrågan på gynekologisk specialistvård.

Bedömningen är att den mest sannolika utvecklingen för öppenvården ligger i nivå med, eller något över, det scenario som enbart utgår från

demografiska förändringar. Förändrade riktlinjer för graviditetsdiabetes väntas öka antalet besök inom mödra- och förlossningsvården. Samtidigt talar den fortsatta utvecklingen inom reproduktionsmedicin för att fler kvinnor kommer att bli gravida i högre ålder, vilket ökar risken för samtidiga sjukdomstillstånd under graviditeten och därmed behovet av vårdkontakter. Den åldrande kvinnliga befolkningen väntas också leda till en ökad förekomst av åldersrelaterade gynekologiska tillstånd, såsom urininkontinens, genital prolaps, atrofiska slemhinneförändringar samt gynekologiska cancersjukdomar, särskilt endometrie- och vulvacancer. Därtill ökar andelen kvinnor i klimakteriet som behandlas med menopausal hormonbehandling, vilket kan medföra fler utredningskrävande blödningsrubbnings och ett ökat behov av specialistbedömning. Efterfrågan på fertilitetsutredningar, assisterad befruktning och andra fertilitetsfrämjande åtgärder bedöms samtidigt ligga kvar på en hög nivå eller öka ytterligare.

För slutenvården är bedömningen att scenarier med en kraftig minskning av vårdtillfällen inte är realistiska. Minimalinvasiv kirurgi, inklusive laparoskopi, robotkirurgi, hysteroskopi och dagkirurgi, är redan sedan länge brett införd inom kvinnosjukvården och har medfört att vårdtiderna i många fall reducerats till mellan noll och två dagar. Den avplaning som kan observeras i senare års data bedöms därför spegla en redan genomförd omställning snarare än en fortsatt stor effektiviseringspotential. Samtidigt innebär den demografiska utvecklingen att fler äldre kvinnor kommer att behöva utredning och behandling för gynekologiska tillstånd och cancersjukdomar som i många fall fortfarande kräver operation och slutenvårdsresurser. Den samlade bedömningen är därför att vårdtillfällen och vårdbehov i slutenvård sannolikt kommer att utvecklas närmare demografiscenariot än den kraftigt nedåtgående trend som vissa modellberäkningar visar.

När det gäller vårddagar gäller samma grundläggande resonemang som för vårdtillfällen. Den gynekologiska slutenvården är redan i hög grad optimerad genom omfattande användning av minimalinvasiva tekniker. Exempelvis genomförs en mycket stor andel av kirurgin vid endometriecancer robotassisterat, med betydligt kortare vårdtider än tidigare. Motsvarande utveckling ses inom annan gynekologisk kirurgi, inklusive avancerad endometrioscirurgi. Det innebär att ytterligare minskningar av vårddagar sannolikt blir begränsade. Samtidigt kan den medicinska utvecklingen leda till att fler patienter blir aktuella för utredning och behandling, vilket sammantaget talar för att en kraftigt nedåtgående utveckling av vårddagar inte är sannolik.

Förändrade riktlinjer kring graviditetsdiabetes kommer att leda till ett ökat antal besök inom mödravård och förlossningsvård. Det kan även förväntas en fortsatt ökad ålder hos gravida och födande med tanke på teknisk utveckling kring reproduktionsmedicin. En ökande ålder innebär också en större risk för interkurrent – tillstötande - sjukdom under graviditet. Det leder till ett ökat antal besök inom mödra- och förlossningsvård.

Gällande vårdtillfällen inom förlossningsvården är det svårt att bedöma den fortsatta trenden för barnafödande då det till viss del kan hänga ihop med politiska beslut och samhällsekonomin i sin helhet. Till exempel kan ett ökat antal IVF-försök inom offentlig regi leda till fler graviditeter. Även utvecklingen inom reproduktionsmedicin kan leda till fler graviditeter högre upp i åldern och att äldre kvinnor får möjlighet att skaframför allt fler barn.

Samtidigt kan det sannolika införandet av heminduktioner innebära en kortare vårdtid och färre vårddygn. När det gäller eftervård efter förlossning har vårdtiden å andra sidan redan minskat kraftigt de senaste tio åren. Vårdtiden förväntas endast minska marginellt då det är förenat med medicinska risker, främst för det nyfödda barnet, att ha en alltför kort vårdtid efter förlossningen. Förändrade riktlinjer kring graviditetsdiabetes med betydligt fler gravida som får den diagnosen kommer att öka vårdtiden.

Sammanfattningsvis bedöms det framtida vårdbehov inom kvinnosjukdomar och förlossning i hög grad påverkas av en åldrande befolkning, fortsatt hög efterfrågan på reproduktionsmedicinska insatser och ett växande behov av specialistbedömning för både benigna och maligna gynekologiska tillstånd. Medicinska och kirurgiska framsteg har redan förändrat vårdens organisering och förkortat vårdtiderna avsevärt, men bedöms inte medföra någon fortsatt kraftig minskning av vårdbehovet. Den mest sannolika utvecklingen är därför att vårdkonsumtionen utvecklas i linje med eller något över demografiscenariot, snarare än enligt de mer kraftigt nedåtgående trendframskrivningarna.

### **Sammanfattning vårdbehov**

- Åldrande kvinnor ökar behovet – mer prolaps, inkontinens och gynekologisk cancer.
- Fler klimakterieutredningar – ökat inflöde via hormonbehandling.
- Ökat fertilitetsbehov – fler IVF och utredningar, delvis kopplat till högre ålder.
- Begränsad effektivisering – korta vårdtider redan uppnådda.

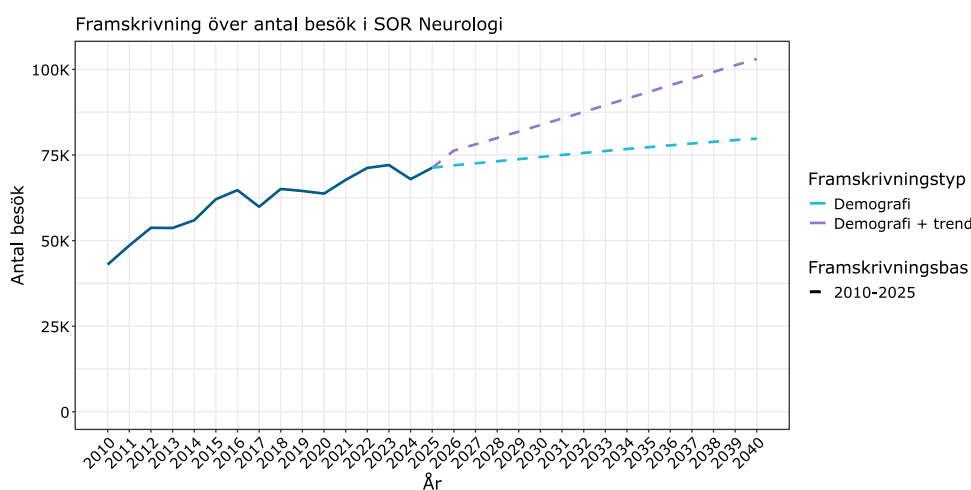
- Mer mödra-/förlossningsvård – äldre gravida och nya riktlinjer för till exempel graviditetsdiabetes.
- Scenarier med något större ökning än endast demografi bedöms som mest sannolikt för öppenvård kvinnosjukvård och förlossning. För slutenvård bedöms demografiscenariot mest sannolikt.

## Neurologi

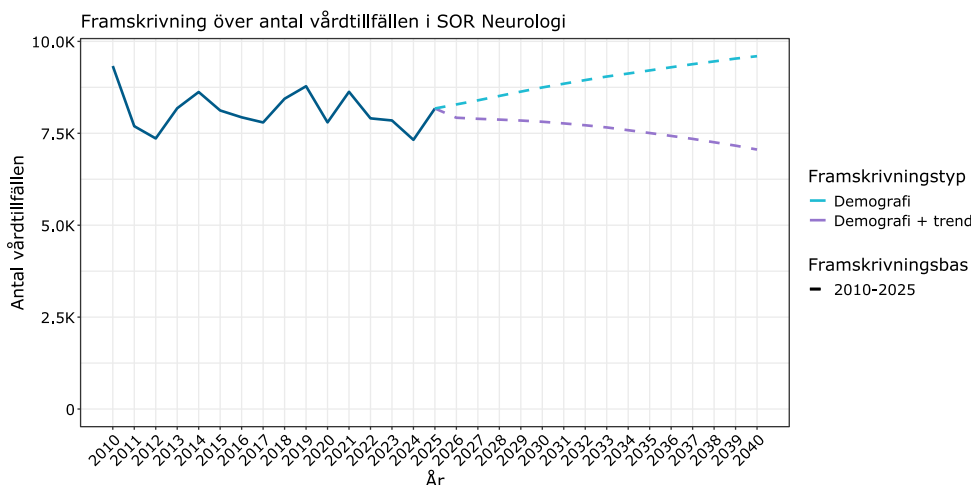
### Framskrivning

Framskrivningar som enbart baseras på demografiska förändringar indikerar att antalet besök fram till 2040 inom neurologisk vård ökar med cirka 10 procent, jämfört med cirka 20 procent för både vårdtillfällen och vårddagar. För de framskrivningar som bygger på både demografi och historisk trend framträder en annan utveckling där besöken förväntas öka med cirka 50 procent och vårdtillfällen och vårddagar minska, med 10 respektive 70 procent. Se figur 16a-c nedan, samt Bilaga C och D.

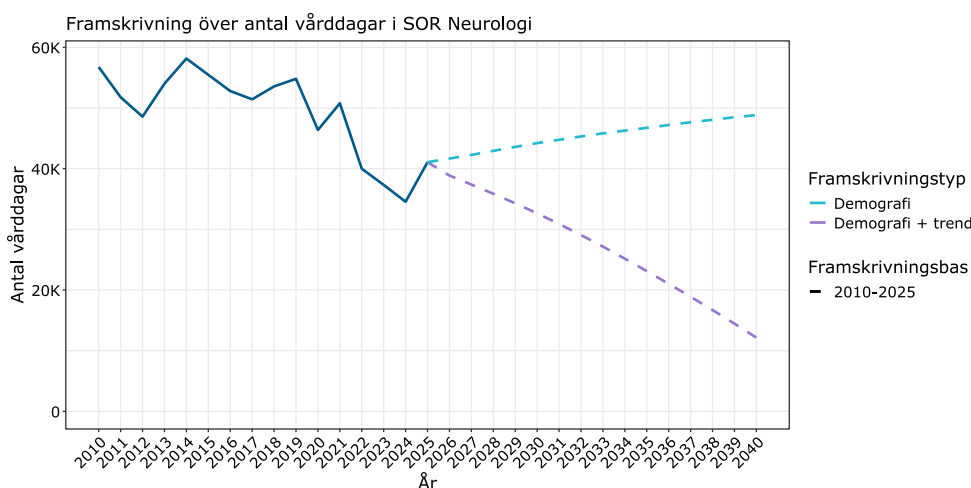
*Figur 16a. Framskrivning av totalt antalet besök inom neurologi i Västra Götaland.*



Figur 16b. Framskrivning av totalt antal vårdtillfällen inom neurologi i Västra Götaland.



Figur 16c. Framskrivning av totalt antal vård dagar inom neurologi i Västra Götaland.



### Kvalitativ bedömning

Samordningsråd neurologi bedömer, i likhet med framskrivningarna utifrån demografisk utveckling, att vårdbehovet inom området kommer att öka fram till år 2040. Samtidigt framhålls att det är en utmaning att framskrivningar av vårdbehov utgår från medicinska verksamhetsområden i en samlad bedömning. Särskilt gäller det området smärta som förekommer inom flera samordningsråd och utgör cirka 8 procent av besöken och en försumbar mängd av vårdtillfällena inom samordningsråd neurologi.

Viktigt att beakta är att framskrivningarna inte tar hänsyn till patienter som i dagsläget väntar på utredning eller behandling, då underlaget baseras på

faktiskt genomförda vårdkontakter. Det innebär att det faktiska vårdbehovet och dess utveckling över tid riskerar att underskattas. Samordningsråd neurologi bedömer därför att framskrivningar baserade på demografiska förändringar i första hand bör utgöra grund för prognostisering. Den historiska trend som kan observeras bedöms vara svårtolkad, då den kan påverkas av flera faktorer, såsom förändringar i sjukdomspanorama, tillgång till vårdplatser och bemanning samt förändrade förväntningar från samhället på hälso- och sjukvården.

Vad gäller öppenvårdsbesök bedöms den ökande trenden kvarstå och, utöver den demografiska utvecklingen, bidra till ett ökat framtida vårdbehov, även om omfattningen av denna utveckling är svår att fastställa. Samtidigt behöver befintliga köer för utredning och behandling beaktas, då dessa i stor utsträckning har uppstått till följd av resursbrist, främst avseende personal. För vårdtillfällen och vårddagar är påverkan från historiska trender mer svårbedömd, men någon minskning från dagens nivåer är inte sannolik.

Frågor kring prognoser av vårdbehov är komplexa och förenade med osäkerhet, särskilt med hänsyn till den långa tidshorisonten. Den samlade bedömningen är att vårdbehovet inom neurologi fram till 2040 kommer att öka både i omfattning och komplexitet. Den demografiska utvecklingen, med en ökande andel äldre i befolkningen, utgör den främsta drivkraften, då många neurologiska sjukdomar är kroniska och åldersrelaterade. Även medicinska framsteg bidrar till utvecklingen genom att möjliggöra längre överlevnad och förbättrad prognos vid tidigare livshotande tillstånd, samt genom förbättrad diagnostik. Det medför ett ökat behov av vårdinsatser över längre tid.

Den växande gruppen patienter med kroniska neurologiska tillstånd förväntas medföra ökade behov av långsiktig uppföljning, rehabilitering och samordnade insatser, särskilt vid samsjuklighet. Framtidens vårdbehov omfattar därför inte enbart diagnostik och behandling utan i hög grad även eftervård, rehabilitering och hjälpmedel. Hjälpmedelsbehovet riskerar att underskattas i prognoserna trots att det utgör en betydande och resurskrävande del av det långsiktiga vård- och stödbehovet när fler patienter lever längre med neurologiska sjukdomar och kvarstående funktionsnedsättningar. Övergången från barn- till vuxensjukvård innebär ytterligare påverkan, då medicinska framsteg inom barnsjukvården lett till ökad överlevnad även vid tillstånd som tidigare varit förenade med hög mortalitet, ofta med kvarstående funktionsnedsättningar.

Vidare bedöms den växande gruppen patienter med samsjuklighet och långvariga vårdbehov medföra ökade krav på samordning och samverkan mellan vårdens aktörer. Framtidens neurologiska vårdbehov handlar därmed inte enbart om ökade patientvolymen utan även om en ökad komplexitet i patienternas samlade vård- och stödbehov. Detta förstärker behovet av hållbara samverkansstrukturer, förbättrad samverkan mellan vårdnivåer samt utvecklade arbetssätt inom nära vård för att kunna möta behoven hos en växande grupp patienter med neurologiska sjukdomar.

Inom det neuromuskulära området bedöms patientantalet öka till följd av förbättrad överlevnad från barndom till vuxen ålder. För stroke och TIA förväntas incidensen minska något eller plana ut till följd av förbättrad prevention, samtidigt som en åldrande befolkning sannolikt medför en viss ökning av det totala antalet fall. Kroniska subduralhematom bedöms öka, bland annat till följd av en äldre befolkning och ökad användning av blodförtunnande behandling. Inom neurotrauma ses en förskjutning från högenergitrauma hos yngre till vardagstrauma hos äldre, vilket i kombination med befolkningsutvecklingen kan leda till ett ökat vårdbehov. För tumörer i centrala nervsystemet förväntas behovet öka, dels till följd av förändrade riktlinjer, dels genom ökad upptäckt via avancerad bilddiagnostik.

För neurodegenerativa sjukdomar, såsom Parkinsons sjukdom, förväntas en tydlig ökning av antalet patienter, främst drivet av demografiska förändringar och ökad överlevnad. Även inom epilepsi bedöms en viss ökning, kopplad till en åldrande befolkning. För multipel skleros bedöms incidensen vara relativt stabil, medan prevalensen ökar till följd av längre överlevnad och förbättrad funktionsnivå, vilket påverkar behovet av uppföljning över tid. Därutöver förväntas en generell ökning inom flera neurologiska tillstånd, som neuroinflammatoriska sjukdomar, kronisk huvudvärk samt tillstånd med psykisk samsjuklighet.

Utvecklingen påverkas också av medicinska innovationer, där nya diagnostiska metoder och behandlingar kan tillkomma. Dessa kan både öka och minska vårdbehovet inom specifika diagnosgrupper, vilket innebär att prognoser bör tolkas med försiktighet. Samtidigt bedöms den övergripande effekten av medicinska framsteg vara en ökning av vårdbehovet, då tidigare diagnostik och förbättrade behandlingar leder till att patienter lever längre och därmed kräver uppföljning under längre tid. Inom exempelvis neuromuskulära sjukdomar innebär nya behandlingar, såsom genterapier, ökade krav på uppföljning och resursinsatser per patient. Inom strokevården kan ökad användning av etablerade behandlingsmetoder

bidra till förbättrad överlevnad, men också till ett ökat behov av efterföljande vård. Motsvarande utveckling ses inom tumörsjukdomar och neurodegenerativa tillstånd, där behandlingar kan förlänga överlevnaden men samtidigt medföra behov av kontinuerlig vård, utredning och uppföljning.

### **Sammanfattning av vårdbehov**

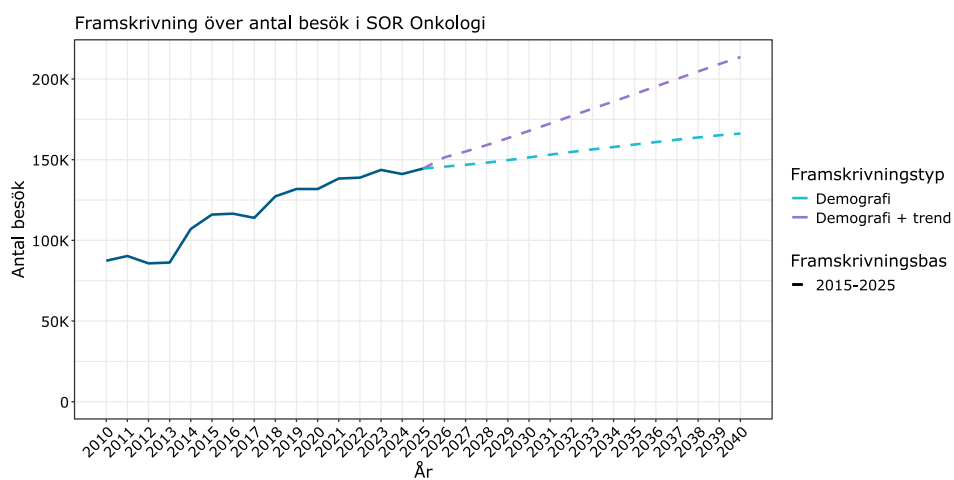
- Ökat och mer komplext behov – fler patienter med kroniska neurologiska vårdbehov
- Längre överlevnad till följd av medicinska framsteg – ökat behov av långsiktig uppföljning och rehabilitering.
- Fler diagnoser ökar – till exempel neuromuskulära, neurodegenerativa, tumörer och trauma.
- Större samordningsbehov – mer samsjuklighet, eftervård, rehabilitering, hjälpmedel.
- Högre krav på vården – tillgänglighet och sammanhållen vård.
- Scenarier med endast demografi bedöms som mest sannolikt.

## **Onkologi**

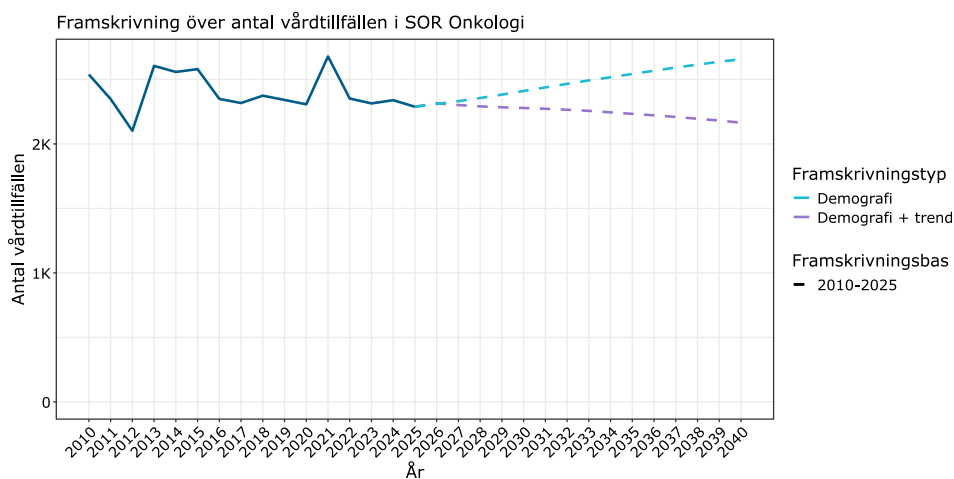
### **Framskrivning**

Framskrivningar som enbart baseras på demografiska förändringar indikerar att antalet besök, vårdtillfällen och vårddagar inom onkologisk vård ökar med cirka 20 procent fram till 2040. För de framskrivningar som baseras på både demografi och historisk trend framträder en annan utveckling där besöken förväntas öka med cirka 60 procent samtidigt som vårdtillfällen och vårddagar minskar med cirka 10 procent. Se figur 17a-c nedan, samt Bilaga C och D.

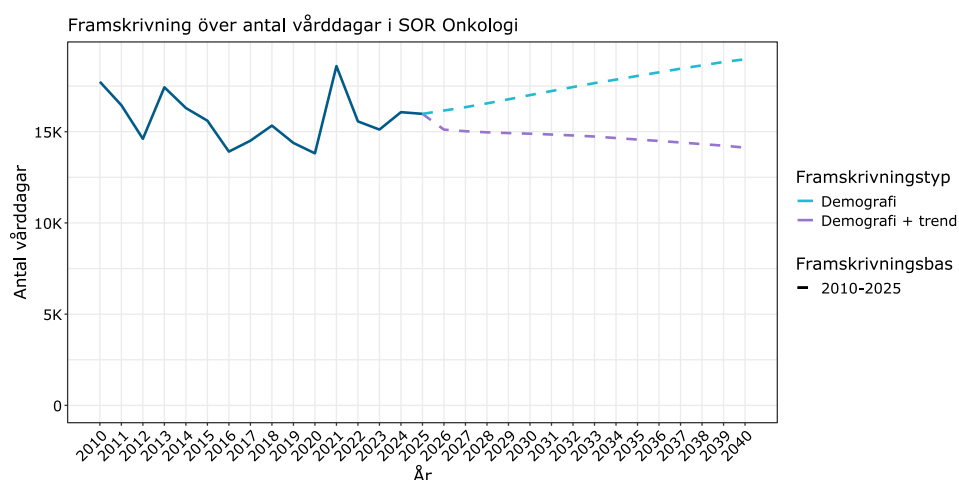
Figur 17a. Framskrivning av totalt antalet besök inom onkologi i Västra Götaland.



Figur 17b. Framskrivning av totalt antal vårdtillfällen inom onkologi i Västra Götaland.



Figur 17c. Framskrivning av totalt antal vårddagar inom onkologi i Västra Götaland.



Samordningsråd onkologi bedömer att åren som framskrivningarna baseras på är rimliga och att framskrivningarna baserade på demografi respektive demografi + trend i huvudsak korrekt beskriver riktningen för utvecklingen, men att de riskerar att underskatta den ökande arbetsintensiteten per patient på grund av den ökade komplexiteten. Särskilt belyser inte framskrivningar effekterna av ökad överlevnad, multipla behandlingslinjer, högre andel komplexa immunologiska behandlingar och behov av långvarig uppföljning. Med tanke på den ökade incidens och prevalens inom cancersjukdomar som väntas så är det heller inte sannolikt att trenden för faktiskt antal slutenvårdsinläggningar och vårddagar successivt minskar, då även en stabil nivå innebär en kontinuerlig relativ minskning jämfört med patientunderlaget och öppenvårdsbehovet.

VGR står inför en tydlig och långsiktig ökning av det onkologiska vårdbehovet som inte fullt ut fångas av demografiska framskrivningar eller historiska trender. Incidens kommer att öka till följd av ett ökat antal individer och på grund av att Västra Götaland har en växande äldre befolkning, särskilt i vissa delar, vilket kan samvariera med högre cancerincidens och komplexare vårdbehov. Samtidigt leder förbättrad överlevnad till att allt fler invånare lever med cancer som ett långvarigt eller kroniskt tillstånd. Modeller och nutida planering tar inte tillräcklig hänsyn till denna kroniska prevalensökning som vi redan befinner oss i. Det innebär ett ökande behov av onkologisk kompetens, planerad uppföljning i öppenvård, multidisciplinär cancerrehabilitering samt tidig integrering av palliativa insatser. Onkologisk vård i VGR behöver därmed i allt högre grad planeras som en kontinuerlig vårdprocess snarare än som episodisk specialistvård.

De största volymökningarna bedöms fortsatt ske inom prostatacancer, bröstcancer, kolorektalcancer och lungcancer, med en teoretisk möjlighet till minskning av lungcancer mot slutet av prognosperioden. För Västra Götaland spelar även socioekonomiska skillnader en roll, där exempelvis tobaksrelaterad cancer och lungcancer är överrepresenterad i vissa geografiska områden. Utbyggda screeningprogram, inklusive pågående och planerade initiativ och precisionsbaserad diagnostik, förväntas öka antalet patienter som identifieras i tidigare stadier. Det kan initialt öka vårdkonsumtionen, särskilt i öppenvård och inom diagnostik, men samtidigt bidra till förbättrade behandlingsresultat och minskade vårddagar över tid. Regionalt förebyggande arbete bedöms kunna dämpa framtida sjuklighet men effekterna förväntas främst bli tydliga mot slutet av prognosperioden.

Implementeringen av precisionsmedicin, bred molekylär diagnostik och ökad användning av immun- och målstyrda terapier innebär en mer individualiserad handläggning. Precisionsmedicin kräver utökad testning på bred nivå vilket kommer att öka kostnaden för analyser och påföljande målstyrda terapier innebär också ökade kostnader. Utvecklingen bedöms leda till fler planerade öppenvårdsbesök och längre behandlingsrelationer per patient, men relativt sett, samtidigt färre och kortare slutenvårdstillfällen. Det ställer ökade krav på onkologi som sammanhållande i cancervårdens vårdkedja samt på samverkan mellan såväl specialiteter som vårdnivåer. Medicinsk utveckling kan i vissa fall leda till förenklad behandling, som att slippa operation eller för- och efterbehandling, men ofta innebär behandlingsframgång hittills ett tillägg. Medicinsk och teknisk utveckling leder även till att patienter erhåller både läkemedelsbehandling och strålbehandling i högre åldrar vilket bidrar till ökad komplexitet till följd av komorbiditet inklusive annan malign sjukdom.

FoUUI bedöms bli en allt mer integrerad del av ordinarie vård, vilket också påverkar resurs- och kompetensbehovet. Patienters möjligheter att delta i kliniska prövningar behöver samtidigt ses över.

Onkologisk vård i VGR behöver balansera centralisering av högspecialiserad vård med nära vårdlösningar och strukturerad samverkan med primärvård och kommunal vård. Här behöver man beakta den överföring av vård till onkologiska enheter som har skett och fortsatt sker inom sjukhusen, exempelvis från kirurgi, urologi, lungmedicin osv samt diskussion om "cancercentra" och gynekologins framtid.

### **Sammanfattning av vårdbehov**

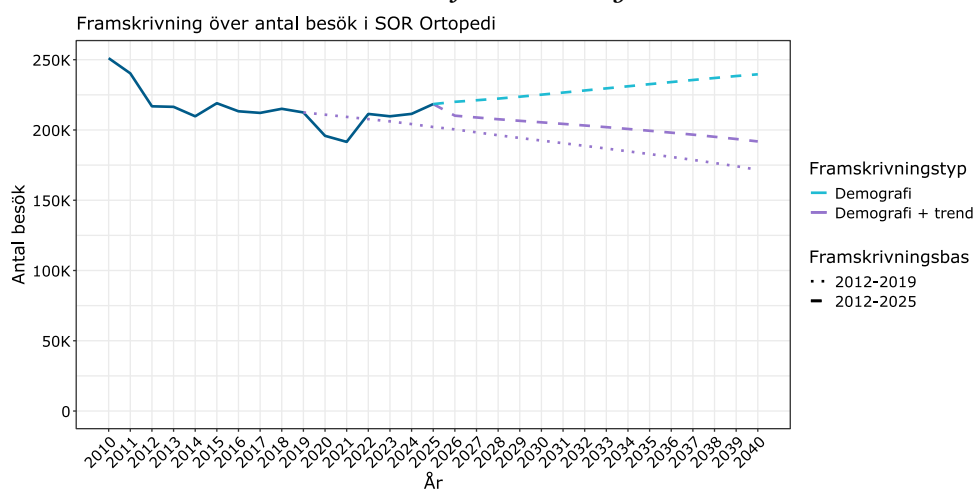
- Stigande medelålder i befolkningen leder till ett ökat antal cancersjukdomar med längre förlopp – ökat behov av uppföljning och palliation.
- Fler vanliga cancerformer – prostata, bröst, kolorektal- och lungcancer ökar.
- Avancerad behandling ökar resurser – mer komplex och kostsam vård.
- Mer öppenvård och samverkan – längre vårdrelationer.
- Högre krav på vården – tillgänglighet och jämlikhet – kräver utvecklad digital uppföljning.
- Scenarier med endast demografi bedöms som mest sannolikt för öppenvård och vårdtillfällen. För vårddagar demografi och trend.

## **Ortopedi**

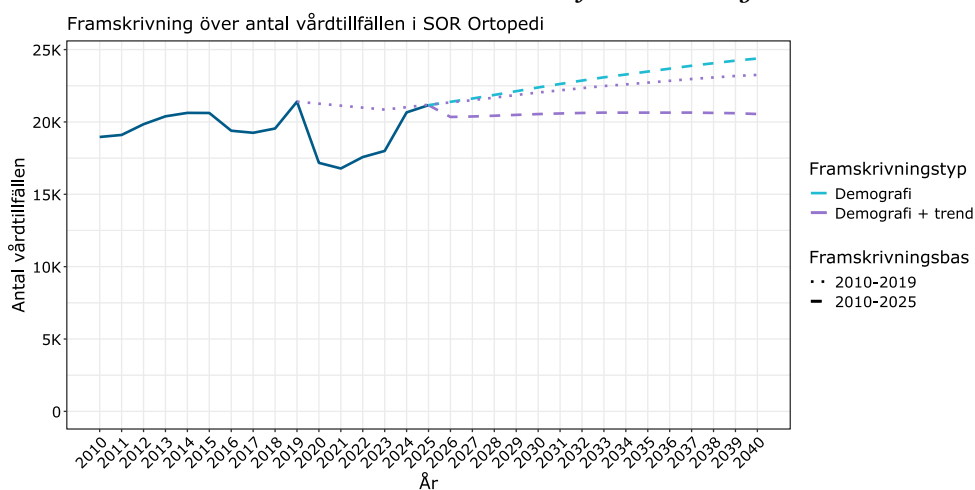
### **Framskrivning**

Framskrivningar för ortopedi som endast utgår från demografisk utveckling visar att antal besök förväntas öka med cirka 10 procent och vårdtillfällen och vårddagar med cirka 20 procent. För de framskrivningar som även inkluderar historisk trend är utvecklingen olika beroende på vilka år de baseras på. Framskrivningen med trend som utgår från åren 2012-2019 visar en minskning av besök om cirka 20 procent och för åren 2012–2025 en minskning om cirka 10 procent. När en framskrivning med trend utgår från åren 2010-2019 visas en ökning av vårdtillfällen på cirka 10 procent och en minskning om 50 procent för vårddagar. Vid åren 2010–2025 visas en förväntan om oförändrat antalet vårdtillfällen samtidigt som vårddagar förväntas minska med 70 procent. Se figur 18a-c nedan, samt Bilaga C och D.

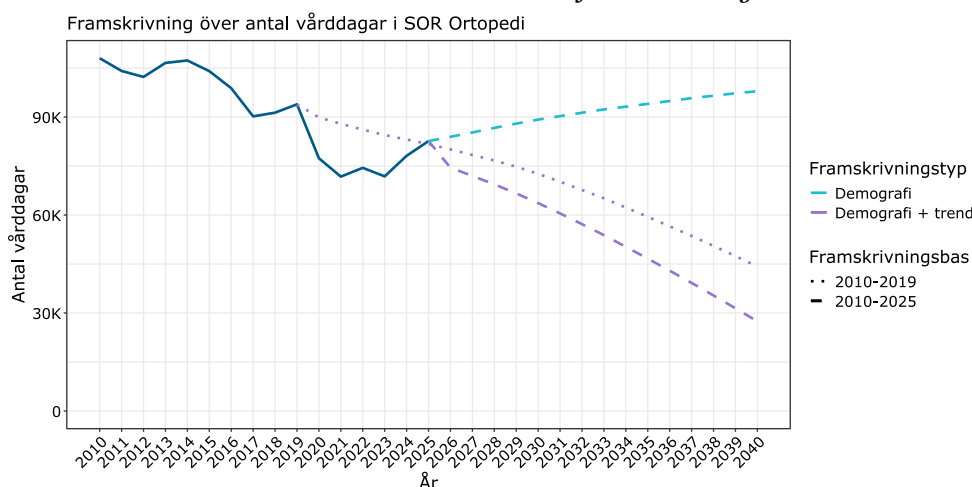
*Figur 18a. Framskrivning av totalt antal besök inom ortopedi i Västra Götaland. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.*



*Figur 18b. Framskrivning av totalt antal vårdtillfällen inom ortopedi i Västra Götaland. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.*



Figur 18c. Framskrivning av totalt antal vårddagar inom ortopedi i Västra Götaland. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.



### Kvalitativ bedömning

Samordningsrådet för ortopedi bedömer att det mest realistiska är att framskriva antalet besök utifrån demografi utan trend, vårdtillfällen utifrån demografi i kombination med trend med framskrivningsbas 2010–2019 samt vårddagar utifrån enbart demografiska förändringar. Den samlade bedömningen är att vårdbehovet inom ortopedi kommer att öka i samtliga kategorier fram till 2040. Minskningen av antalet vårddagar under 2010-talet bedöms i huvudsak vara en följd av införandet av nya vårdprogram och arbetssätt, särskilt inom ramen för enhanced recovery after surgery. Utrymmet för ytterligare förkortning av vårdtiden per vårdtillfälle bedöms därför vara begränsat. Mot denna bakgrund anser samordningsrådet att framskrivningar bör baseras på senare års utveckling, exempelvis perioden 2021–2025 eller perioden 2012–2025 med exkludering av pandemiåren.

Bedömningen är att utvecklingen inom ortopedin fram till 2040 kommer att påverkas av flera samtidiga faktorer som både kan öka och i vissa delar dämpa vårdbehovet. Förbättrad frakturprevention, exempelvis genom frakturkedjor och systematisk behandling av osteoporos, kan bidra till att minska förekomsten av vissa frakturer. Samtidigt innebär en ökad prevalens av höftproteser att antalet höfter med risk för höftfraktur minskar, medan andra och ibland mer komplexa skador kan bli vanligare. Även obesitasläkemedel kan på sikt påverka utvecklingen genom att minska förekomsten av vissa ortopediska tillstånd och reducera risken för komplikationer vid ortopedisk och handkirurgisk kirurgi.

Medicinska innovationer, nya behandlingsmetoder och teknisk utveckling bedöms samtidigt förändra förutsättningarna för vården. Till exempel kan sjukdomsmodifierande läkemedel vid artros potentiellt få stor betydelse,

men sannolikheten bedöms som låg för att en enskild behandling i grunden förändrar ortopedin eller handkirurgin före 2040. Nya ATMP-produkter, såsom broskcellstransplantation, kan däremot innebära att fler tillstånd blir möjliga att behandla och därmed öka vårdbehovet. Teknisk utveckling, exempelvis robotkirurgi, bedöms kunna förbättra precisionen och minska komplikationer, men väntas främst påverka kostnader snarare än det samlade vårdbehovet. Även smarta implantat och uppkopplad uppföljning kan bidra till tidigare upptäckt av komplikationer, vilket kan öka behovet av kontroller och uppföljning. Samtidigt bedöms utvecklingen mot minimalinvasiv kirurgi och dagkirurgi i stor utsträckning redan ha nått en plåta efter de omfattande framsteg som genomfördes under 2010-talet. Utvecklingen inom AI och bilddiagnostik kan också leda till fler fynd och tidigare diagnoser, vilket i sin tur kan innebära att fler patienter kommer in i vårdsystemet.

Patienternas beteenden och förväntningar kommer högst troligt att förändras fram till 2040. Fortsatt utveckling av appar för egenvård, ökad efterfrågan på digitala plattformar och vårdkontakter samt en lägre acceptans för funktionsnedsättning, särskilt i arbetsför ålder, kan bidra till att patienter söker vård tidigare och i högre grad efterfrågar kirurgiska åtgärder. Det kan ytterligare öka trycket på ortopedin. Det finns även flera bredare omvärldsfaktorer som kan påverka utvecklingen. Generella förbättringar inom stora sjukdomsgrupper som stroke, hjärtinfarkt, cancer och diabetes gör att fler människor lever längre, vilket ökar risken för degenerativa sjukdomar i rörelseapparaten samt ortopediska och handkirurgiska skador. Samtidigt finns en risk att fler patienter drabbas av infektioner med multiresistenta bakterier, vilket kan medföra fler vårdkontakter och längre vårdtillfällen. Bättre säkerhetsteknik i fordon kan å andra sidan minska risken för allvarliga trafikskador, medan ökad robotisering och teknisk utveckling i samhället både kan minska vissa arbetsrelaterade belastningsskador och samtidigt bidra till mer stillasittande livsstil, vilket i sig kan öka förekomsten av ortopediska besvär.

När det gäller tolkningen av historiska trender är bedömningen att flera förändringar under senare år sannolikt speglar förändrade arbetssätt snarare än en varaktigt minskad efterfrågan på vård. Exempel som lyfts fram är att återbesök efter rutinoperationer i högre grad har tagits bort, att arbetsuppgifter har förskjutits till andra professioner såsom fysioterapeuter, gipstekniker och sjuksköterskor, samt att fler ärenden hanteras via digitala tjänster. Även införandet av vårdprogram, ökad dagkirurgi och ett större ansvar för kommunerna avseende utskrivningsklara patienter har bidragit till kortare vårdtider och färre vård dagar. Geriatriska enheter bedöms även i allt större utsträckning vårda

patienter med ortopediska skador, vilket påverkar hur utvecklingen inom ortopedin framträder i statistiken.

### **Sammanfattning av vårdbehov**

- Ökat behov trots frakturprevention och obesitasläkemedel – fler äldre och belastningsbesvär.
- Förändrade skademönster – färre höftfrakturer, fler komplexa tillstånd.
- Ny medicinsk teknik ökar efterfrågan – fler behandlingar och uppföljning.
- Begränsad effekt av effektivisering – små vinster framöver.
- Högre patientkrav – ökad efterfrågan på snabb vård.
- Scenarier med endast demografi bedöms som mest sannolikt.

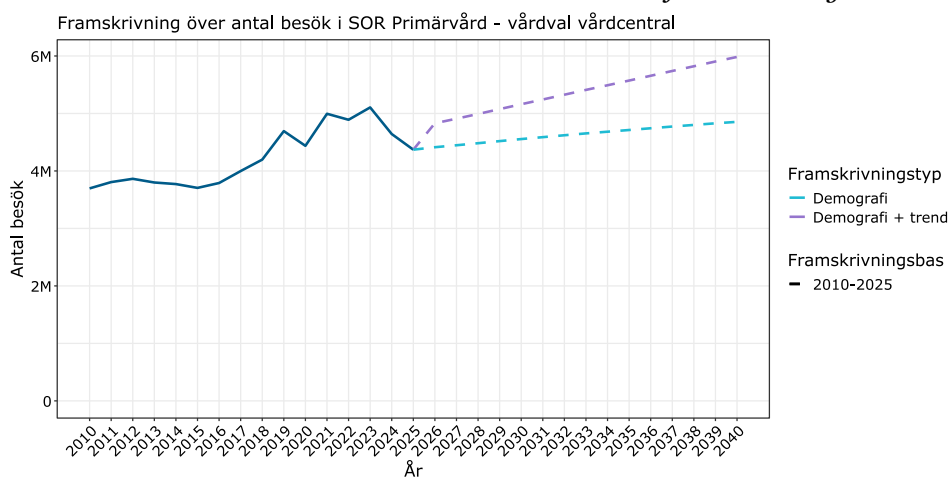
## **Regional primärvård**

### **Framskrivning**

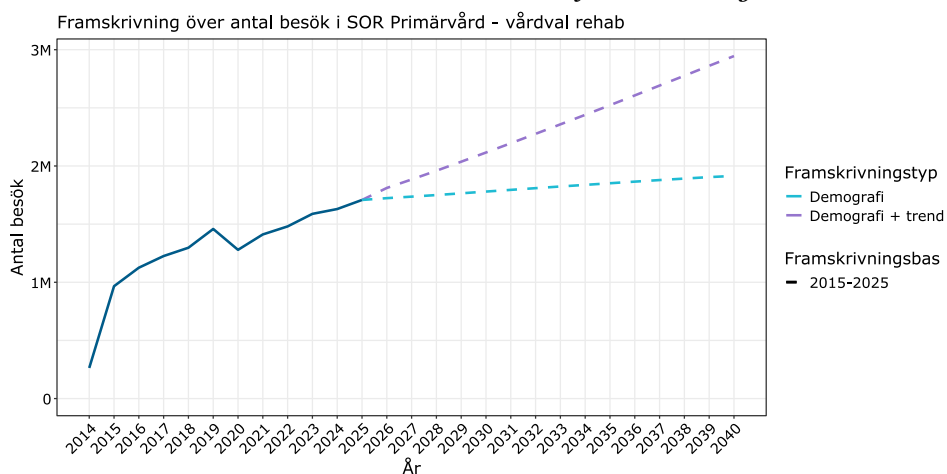
Framskrivningar av regional primärvård som enbart baseras på demografisk förändring indikerar att antalet besök ökar med cirka 10 procent fram till 2040. Detta gäller vårdval vårdcentral, vårdval rehab samt övrig primärvård. Se figur 19a-c nedan, samt Bilaga C och D.

För de framskrivningar som bygger på både demografi och historisk trend framträder en annan utveckling där besöken förväntas öka med cirka 40 procent inom vårdval vårdcentral, en ökning med cirka 70 procent inom vårdval rehab och 10 procent inom övrig primärvård. Vårdval rehab infördes 2014 vilket ledde till en markant ökning av antalet kontakter vilket driver trendframskrivningen för vårdval rehab. Vårdval vårdcentral infördes 2009, men det är framför allt införandet av kvalificerade distanskontakter 2019 som driver trendframskrivningen för vårdval vårdcentral.

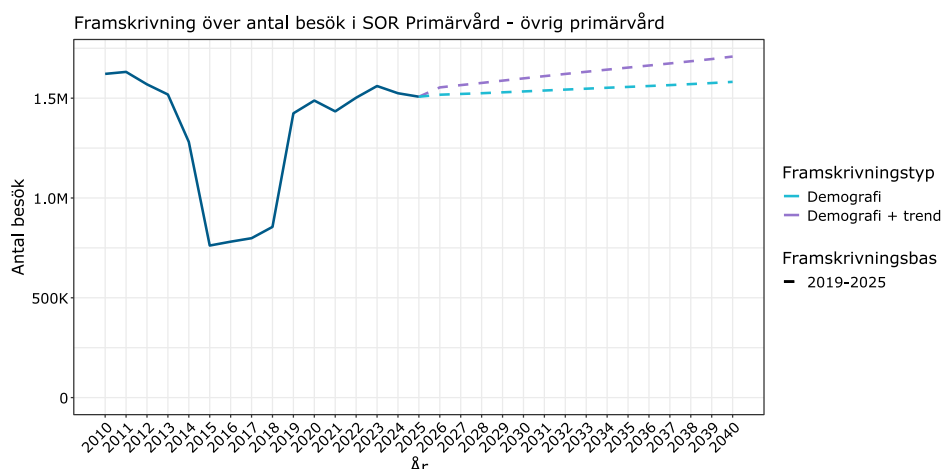
**Figur 19a. Framskrivning av totalt antalet besök inom vårdval vårdcentral i Västra Götaland. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.**



**Figur 19b. Framskrivning av totalt antalet besök inom vårdval rehab i Västra Götaland. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.**



Figur 19c. Framskrivning av totalt antal besök inom övrig primärvård i Västra Götaland.



### Kvalitativ bedömning

Till skillnad från den specialiserade sjukhusvården, som är organiserad i organspecifika enheter, möter primärvården en bred och ofta osorterad symtombild. Patientens behov prioriteras utifrån medicinsk allvarlighetsgrad, vilket innebär att enskilda vårdkontakter ofta omfattar flera samtidiga hälsoproblem. Denna utveckling förstärks av en åldrande befolkning och av att invånarna i större utsträckning söker vård tidigare och oftare än tidigare generationer, vilket sammantaget bidrar till en ökad total efterfrågan på primärvård. Samtidigt har innehållet i patientbesöken förändrats över tid. En ökande andel patienter har multipla sjukdomar och komplex läkemedelsbehandling, vilket medför att varje vårdkontakt kräver mer tid. För att upprätthålla patientsäkerheten kan det därför bli nödvändigt att successivt förlänga besökstiderna, vilket påverkar produktiviteten per läkare. Forskning visar samtidigt att en väl fungerande primärvård bidrar till ökad livslängd, minskad belastning på sjukhusen och en mer kostnadseffektiv vårdstruktur.

En tydlig utveckling är att allt fler patienter, efter initial behandling inom specialistvården, återremitteras till primärvården. Dessa patienter är ofta medicinskt stabila men har omfattande samsjuklighet och komplexa behandlingsregimer, vilket ökar kraven på primärvårdens kapacitet och kompetens. Vidare bedöms FoUUI bli en mer integrerad del av vården, vilket också påverkar resurs- och kompetensbehovet.

Primärvården möter bland annat en betydande andel patienter med psykisk ohälsa och långvarig smärtproblematik, vilka båda förväntas öka i takt med befolkningens åldrande. Det är numera ovanligt att patienter söker vård för

enbart ett enskilt hälsoproblem, vilket understryker behovet av fortsatt fokus på primärvårdens kärnuppdrag.

Samverkansuppdraget med den kommunala hälso- och sjukvården har successivt ökat i omfattning i takt med att befolkningen blivit äldre, med ökad samsjuklighet och mer omfattande läkemedelsbehandling. Andelen patienter som vårdas i hemmet förväntas fortsätta öka, vilket förstärker behovet av hembesök, gemensamma ronder och samordnade insatser. Dessa insatser är resurskrävande och svåra att kvantifiera, då de i dagsläget inte fullt ut fångas i befintliga uppföljningssystem.

Behovet av rehabilitering förväntas öka, främst till följd av en åldrande befolkning där fler lever längre med kroniska sjukdomar och överlever allvarliga tillstånd. Det innebär en växande grupp patienter med funktionsnedsättningar och ett ökat behov av rehabilitering, hjälpmedel och stöd i vardagen. Särskilt väntas artros och andra muskuloskeletal smärttillstånd öka i omfattning, vilket ytterligare förstärker behovet av rehabiliterande insatser inom primärvården.

Prognoser visar att en betydande andel av befolkningen i medelåldern och uppåt redan har eller kommer att utveckla artrossymtom, och att antalet fall för olika typer av artros kommer att öka fram till 2050. Artros förekommer ofta i kombination med andra sjukdomar, såsom hjärt-kärlsjukdom, diabetes, depression och ländryggsbesvär, vilket ökar komplexiteten i rehabiliteringsbehoven. Ländryggssmärta är dessutom en av de vanligaste orsakerna till kontakt inom primärvårdsrehabilitering och en globalt ledande orsak till funktionsnedsättning, med en förväntad fortsatt ökning. Sammantaget innebär utvecklingen att rehabilitering kommer att utgöra en allt viktigare del av primärvårdens uppdrag, både i omfattning och komplexitet, vilket medför ökade krav på resurser, kompetens och samordnade insatser.

Det finns behov av att effektivisera arbetssätt och minska administrativa belastningar som inte direkt bidrar till patientnytta. Utveckling av journalsystem, automatiserad datainsamling och minskad manuell rapportering kan bidra till att frigöra tid för patientnära arbete. Ett centralt utvecklingsområde är att förbättra möjligheterna att mäta och synliggöra den vård som ges till de mest sjuka patienterna, särskilt i samverkan mellan regional och kommunal primärvård. I dag saknas tillförlitliga indikatorer för att kvantifiera dessa insatser, vilket medför att en betydande del av primärvårdens produktion inte fullt ut återspeglas i tillgänglig statistik.

Omställningen till en god och nära vård kan medföra ytterligare behov av vård i primärvården. Ökningen kan delvis bero på förflyttning av vård från sjukhus och specialiserad öppenvård till dagens primärvård.

### **Sammanfattning vårdbehov**

- Kraftigt ökat vårdbehov – fler äldre och fler patienter med kroniska sjukdomar.
- Mer komplexa patienter – ökad samsjuklighet till exempel hjärt-kärlsjukdom, diabetes, smärta, psykisk ohälsa.
- Större ansvar i primärvård – fler svårt sjuka tas över från specialiserad vård.
- Ökat rehab- och hemsjukvårdsbehov – till exempel artros, smärttillstånd, funktionsnedsättningar – mer samverkan krävs även med kommunal vård.
- Ökat tryck på tid, tillgänglighet och resurser – mer tid per patient till följd av komplexa besök och krav på helhetsomhändertagande.
- Scenarier med endast demografi bedöms som mest sannolikt.

## **Rehabilitering**

Rehabilitering bedrivs tvärgående över flera diagnos- och specialitetsområden och utgör en integrerad del av hela vårdkedjan, från nationell högspecialiserad vård till primärvård och kommunal omsorg. Den tvärgående karaktären innebär dock att rehabiliteringsinsatser inte enkelt kan analyseras utifrån enskilda medicinska vårdområden eller organisatoriska strukturer, vilket begränsar möjligheterna att göra samlade framskrivningar av framtida behov.

Samordningsråd rehabilitering bedömer att behovet av rehabiliteringsinsatser i Västra Götalandsregionen kommer att öka långsiktigt fram till 2040. Utvecklingen drivs av medicinska framsteg, ökad överlevnad vid sjukdom och skada samt en växande andel personer som lever länge med kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar. Exempelvis förväntas antalet personer med knäledsartros öka kraftigt under kommande decennier. Samtidigt ökar förekomsten av samsjuklighet, vilket innebär att fler patienter har komplexa vård- och rehabiliteringsbehov. Detta ställer ökade krav på samordnade insatser, multiprofessionellt arbetssätt och en långsiktigt hållbar kompetensförsörjning inom rehabiliteringsområdet.

Rehabilitering omfattar ett brett spektrum av insatser, från förebyggande åtgärder till avancerad och högspecialiserad rehabilitering. Insatserna bör

initieras tidigt i vårdförloppet, ofta redan i det akuta skedet, för att förbättra funktionsförmåga, förebygga komplikationer och minska risken för återinsjuknande. Samtidigt finns betydande utmaningar inom vissa områden, däribland kognitiv rehabilitering, där tillgängliga resurser idag inte motsvarar behoven.

I VGR bedrivs specialiserad rehabilitering inom regionens rehabiliteringsmedicinska verksamheter. Sahlgrenska Universitetssjukhuset har nationella uppdrag för rehabilitering vid ryggmärgsskador och postpolio, medan avancerad rehabilitering genomförs inom sjukhusförvaltningarna i samverkan med flera medicinska specialiteter. Primärvården ansvarar samtidigt för en stor del av de rehabiliterande insatserna och har en central roll i omställningen till en god och nära vård. Se ovan avsnitt om regional primärvård för närmare beskrivning av utvecklingen inom rehabilitering i primärvården.

Eftersom ansvaret för rehabilitering delas mellan region och kommun är samverkan en grundläggande förutsättning för en fungerande rehabiliteringskedja. VGR och regionens kommuner har därför utvecklat gemensamma arbetssätt för bland annat utskrivning från slutenvård och rehabilitering i hemmiljö för att säkerställa kontinuitet och sammanhang över organisatoriska gränser.

Under de senaste åren har flera förändringar bidragit till att utveckla rehabiliteringsområdet. Omställningen till en mer personcentrerad och nära vård har förstärkt rehabiliteringens roll i både primärvård och vårdssamverkan. Digitala arbetssätt, såsom videobesök och digitala träningsprogram, har också skapat nya möjligheter att erbjuda rehabiliteringsinsatser nära patientens vardag.

För att möta framtidens behov bedriver VGR ett strategiskt utvecklingsarbete med fokus på kompetensförsörjning, samverkan och utveckling av nya arbetssätt. Satsningar på teamarbete, uppgiftsväxling och utbildning syftar till att säkerställa tillgången till rehabiliteringskompetens samtidigt som samarbetet mellan vårdens olika nivåer stärks. Det nya hälso- och sjukvårdsavtalet med kommunerna, som träder i kraft 2027, förväntas bidra till en tydligare ansvarsfördelning och mer sammanhållna rehabiliteringsinsatser i hemmet. För att bättre kunna följa utvecklingen pågår även arbete med att utveckla indikatorer och uppföljningssystem som stärker möjligheterna att mäta kvalitet, resultat och resursutnyttjande inom rehabiliteringsområdet.

Mot år 2040 förväntas rehabilitering få en alltmer central roll i hälso- och sjukvården. En ökande andel invånare kommer att behöva

rehabiliteringsinsatser som är personcentrerade, kunskapsbaserade och integrerade genom hela vårdförloppet. Genom fortsatta satsningar på kompetensförsörjning, samverkan, teknikutveckling och kunskapsstyrning skapas förutsättningar för ett mer sammanhållet, effektivt och jämlikt hälso- och sjukvårdssystem där rehabilitering bidrar till ökad hälsa, självständighet och livskvalitet.

### **Sammanfattning av vårdbehov**

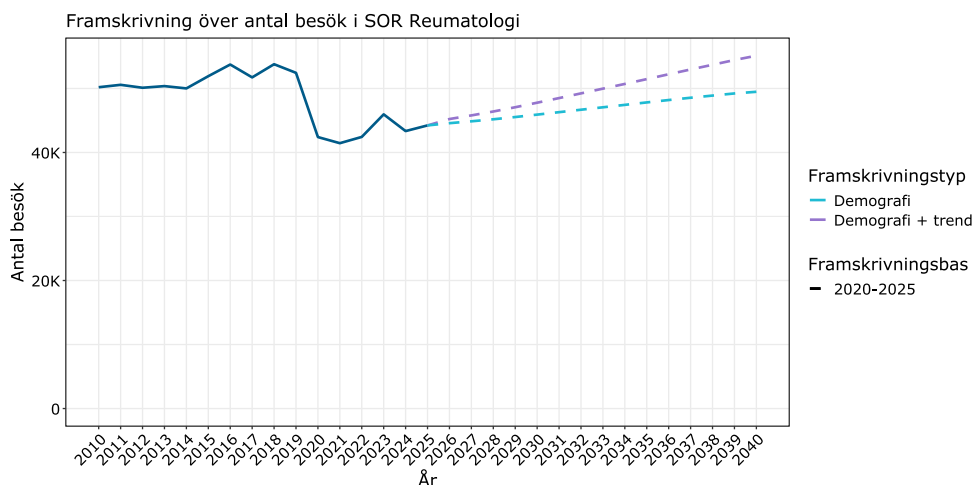
- Ökat och mer komplext rehabiliteringsbehov – fler äldre och kroniska sjukdomar, till exempel artros, stroke, cancer.
- Mer vård nära hemmet – öppenvård och hemsjukvård ökar.
- Större samordningskrav – tätare samverkan i vårdkedjan även med kommunal vård.
- Längre uppföljning – fler överlever och behöver rehab.
- Resursbrist och kompetensbehov – ökade krav på personal och arbetssätt.

## Reumatologi

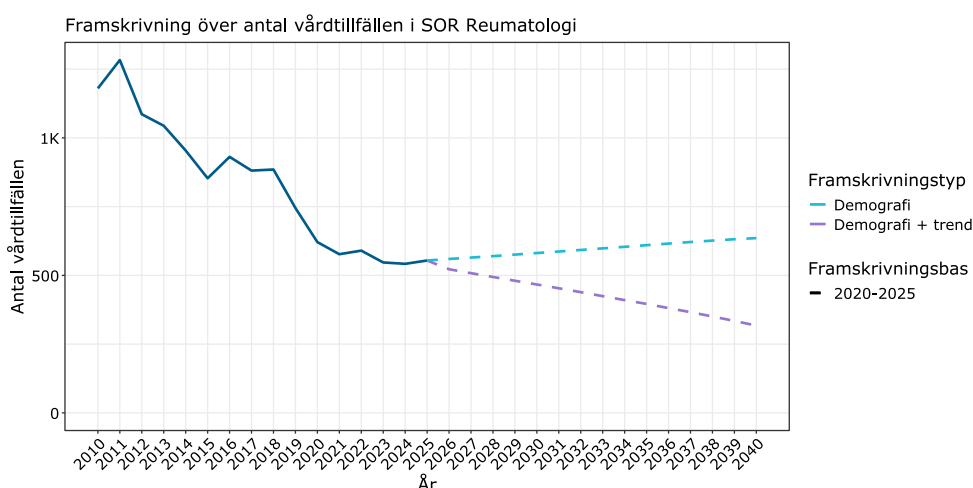
### Framskrivning

Fram till 2040 bedöms vårdkonsumtion inom reumatologi utvecklas olika beroende på vilka antaganden som görs. En framskrivning baserad enbart på demografiska förändringar indikerar en viss ökning av besök om cirka 10 procent, vårdtillfällen och vårddagar förväntas öka med cirka 20 procent. När framskrivningen baseras på både demografisk utveckling och historisk trend framträder en annan utveckling där besöken ökar med cirka 30 procent samtidigt som vårdtillfällen och vårddagar förväntas minska med cirka 40 procent. Se figur 20a-c nedan, samt Bilaga C och D.

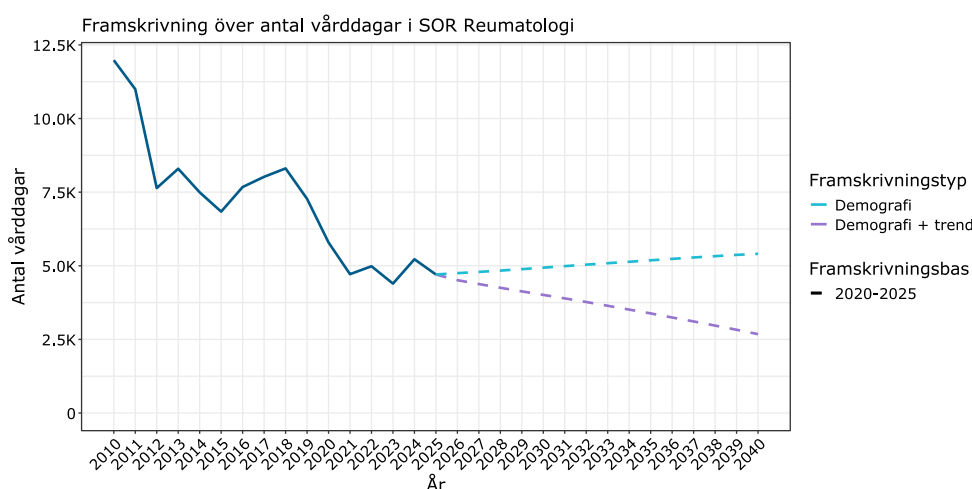
Figur 20a. Framskrivning av totalt antal besök inom reumatologi i Västra Götaland.



Figur 20b. Framskrivning av totalt antal vårdtillfällen inom reumatologi i Västra Götaland.



Figur 20c. Framskrivning av totalt antal vårddagar inom reumatologi i Västra Götaland.



### Kvalitativ bedömning

Behovet av reumatologisk öppenvård bedöms kvarstå på nuvarande nivå eller öka över tid. Slutenvården inom reumatologi förväntas initialt vara relativt stabil eller minska något, men kan därefter komma att öka under 2030-talet. Samtidigt kan de samlade vårdtiderna förlängas.

Den medicinska och tekniska utvecklingen innebär att nya diagnostiska markörer, analysmetoder samt undersöknings- och behandlingsmetoder möjliggör identifiering av sjukdomstillstånd som tidigare inte uppmärksammats eller kunnat diagnostiseras. Detta kan leda till att fler patienter utreds och tas om hand inom reumatologin, exempelvis vid olika febersjukdomar, ospecifika inflammatoriska tillstånd eller tillstånd associerade med moderna cancerbehandlingar.

Nya vårdförlopp, såsom för jättecellsarterit (GCA), har redan medfört att patientgrupper som tidigare hanterats i andra verksamheter i större utsträckning omhändertas inom reumatologin. Ytterligare implementering av vårdförlopp kan på motsvarande sätt bidra till ett ökat antal vårdkontakter. Samtidigt sker nu en ökning av precisionsmedicinska studier inom inflammatoriska sjukdomar och år 2035 är sannolikheten stor att man kan bota flera av de svåra reumatiska sjukdomarna med precisionsmedicin.

Antalet svårt sjuka patienter i behov av slutenvård bedöms vara något färre från en redan låg nivå, även om en successiv ökning av precisionsmedicinska behandlingar för större patientgrupper kan medföra längre vårdtider för vissa individer. Sammantaget kan detta innebära en stabil eller på sikt ökande volym vårdtillfällen, särskilt efter 2030. En ökad

användning av distansbesök och mer flexibel, behovsstyrd vård kan bidra till att större patientgrupper hanteras utan motsvarande ökning av personalresurser, även om nya kontaktformer samtidigt kräver medarbetartid och kompetens och inte alltid syns i traditionell besöksstatistik.

Kompetensförsörjningen bedöms utgöra en växande utmaning, särskilt avseende tillgång till specialiserade läkare, sjuksköterskor samt utbildningsplatser för AT/BT och fortsatt god ST-utbildning i en föränderlig vårdstruktur. Läkemedelskostnaderna förväntas generellt vara relativt stabila eller något lägre inom stora patientgrupper, exempelvis perifera artrit, till följd av ökad användning av biosimilarer. Samtidigt motverkas denna utveckling delvis av att fler patienter behandlas samt av introduktion av nya, ofta kostnadsdrivande läkemedel riktade mot mer sällsynta sjukdomar. Utvecklingen av avancerade behandlingsformer, såsom CAR-T och andra precisionsmedicinska terapier, kan på sikt ytterligare påverka kostnadsbilden i betydande grad.

Förändringar i diagnostik påverkar även andra verksamheter. En ökad användning av ultraljud vid exempelvis GCA innebär minskad användning av temporalisbiopsier, vilket påverkar verksamheter som öron-näsa-hals, samtidigt som behovet av bilddiagnostik, såsom CT och PET, ökar. Generellt ses även en minskad användning av konventionell slätröntgen.

Digitala kontaktvägar, såsom rådgivning via 1177, app-baserade kontakter och formulärbesök, förväntas öka och kan bidra till en mer tillgänglig vård, men innebär också att fler kontakter registreras utan att det faktiska vårdbehovet nödvändigtvis ökar i motsvarande grad. Parallellt finns en risk att vissa insatser, såsom rehabilitering, kommer i skymundan trots att behovet kvarstår, särskilt hos en grupp patienter som generellt är mer sköra och med mer komplexa behov.

Sammantaget indikerar utvecklingen att vårdbehovet inom reumatologi kommer att bestå eller öka, samtidigt som arbetssätt, behandlingsmöjligheter och resursbehov förändras. Prognosen påverkas dock av betydande osäkerheter, inte minst kopplat till framtida medicinska genombrott och hur nya vårdformer och behandlingsmetoder implementeras över tid.

### **Sammanfattning av vårdbehovet**

- Fler patienter i öppenvård – ökad diagnostik och upptäckt av tidigare svåridentifierade tillstånd.
- Mer specialistuppföljning – fler patienter i reumatologisk vård.

- Stabil/ökad slutenvård – längre vårdtider för vissa patienter.
- Nya behandlingar ökar behov – högre kostnader och komplexitet.
- Digitalisering, AI-triagering och patientinitierade ärenden ökar belastning – fler kontakter utan att synas i statistik.
- Scenarier med demografi och trend bedöms som mest sannolikt för öppenvård. För slutenvård demografiscenarierna.

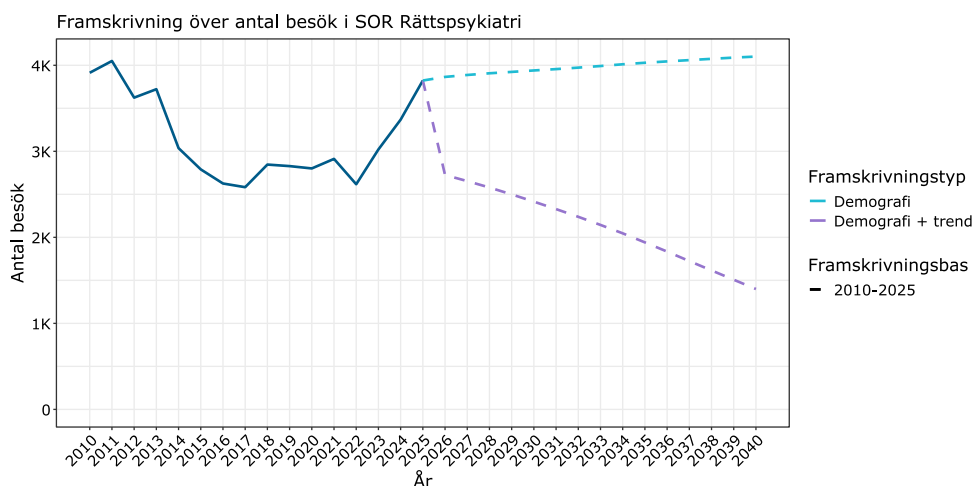
## Rättspsykiatri

### Framskrivning

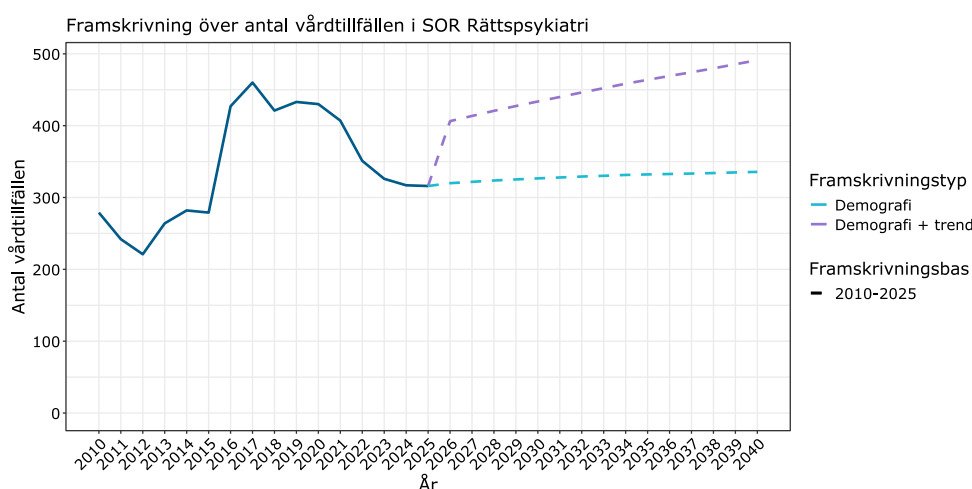
Framskrivningar inom rättspsykiatri baserade enbart på demografiska förändringar indikerar en viss ökning av besök och vårdtillfällen om cirka 10 procent fram till år 2040. Framskrivningen som byggs på både demografisk utveckling och historisk trend visar en annan utveckling där besöken förväntas minska med cirka 60 procent och vårdtillfällen öka med cirka 60 procent. Se figur 21a-b nedan, samt Bilaga C och D.

Framskrivningar har inte tagits fram för vård dagar eftersom ett vårdtillfälle inom rättspsykiatri kan pågå i flera år, vilket gör statistiken svårtolkad. Det medför att vi endast redovisar antalet utskrivna patienter per år, och inte inneliggande vid årets slut. Om även oavslutade vårdtillfällen inkluderas var antalet vårdtillfällen år 2025 nästan 50 procent fler. Notera att stora variationer gör framskrivningarna för rättspsykiatri osäkra.

*Figur 21a. Framskrivning av totalt antal besök inom rättspsykiatri i Västra Götaland.*



Figur 21b. Framskrivning av totalt antal vårdtillfällen inom rättspsykiatri i Västra Götaland.



### Kvalitativ bedömning

Samordningsrådet för rättspsykiatri bedömer att vårdbehoven i VGR kommer att fortsätta öka under perioden 2026–2040, både inom öppenvård och slutenvård. Utvecklingen väntas dock i hög grad präglas av förändrade vårdformer och ett förändrat vårdinnehåll, snarare än av enbart ökad vårdkonsumtion i traditionell mening. Framskrivningarna bedöms i huvudsak spegla den övergripande utvecklingen men resultaten behöver tolkas med försiktighet eftersom rättspsykiatrisk vård påverkas av faktorer som inte fullt ut fångas i historiska vårdkonsumtionsdata. Exempel på sådana faktorer är juridiska processer, domstolsbeslut, säkerhetsbedömningar samt tillgången till kommunala stöd- och boendeinsatser. Vårdbehovet styrs därmed inte enbart av medicinska faktorer eller demografi. Bedömningen är att scenariot med demografi är mest trovärdigt för öppenvården, där utvecklingen mot fler patienter i öppna vårdformer väntas fortsätta. Det stöds av att antalet patienter i öppen rättspsykiatrisk vård har ökat successivt under senare år. För slutenvården bedöms utvecklingen vara mer komplex. Historiska variationer i antalet vårdtillfällen kan delvis spegla förändrade arbetssätt, vårdstruktur och externa förutsättningar snarare än ett förändrat faktiskt vårdbehov. Samtidigt kvarstår en hög belastning och ett fortsatt betydande behov av rättspsykiatriska vårdplatser. En viktig begränsning i underlaget är att vård dagar inte redovisas, trots att vård dagar och beläggningsgrad är centrala för att förstå det faktiska resursbehovet inom rättspsykiatrin. Resultaten bör också tolkas med försiktighet eftersom förändrade registreringsrutiner, införandet av digitala vårdkontakter från 2019 och områdets begränsade storlek kan ge stora utslag i statistiken.

Framtida vårdbehov inom rättspsykiatri bedöms i allt högre grad handla om fler patienter samtidigt i vårdsystemet, längre vårdtider, mer omfattande öppenvårdsuppdrag samt ökade krav på samverkan och säkerhet. Allt fler patienter väntas vårdas under lång tid i öppen rättspsykiatrisk vård, ofta med omfattande stöd-, kontroll- och samverkansinsatser, samtidigt som belastningen inom slutenvården bedöms fortsätta vara hög. Det speglar både ett ökat inflöde till rättspsykiatri och längre vårdtider där utskrivning ofta påverkas av externa faktorer, såsom tillgång till kommunala stödinsatser, boendelösningar och samverkan med andra huvudmän.

Utvecklingen inom vuxenpsykiatri bedöms vara en viktig påverkansfaktor för rättspsykiatriens framtida belastning. Om patienter med svår psykisk sjukdom och komplex samsjuklighet inte får tillräckligt tidiga, samordnade och långsiktiga insatser inom allmänpsykiatri finns risk för försämring, ökad social utsatthet och i vissa fall ökad risk för allvarliga våldshändelser och kriminalitet. Rättspsykiatriens vårdbehov kan därför inte analyseras isolerat utan behöver förstås i relation till hur väl övriga delar av psykiatri och samhällets stödinsatser fungerar över tid. Förändringar i rättstillämpning och målgrupper, där även minderåriga patienter i vissa fall kan bli aktuella för rättspsykiatrisk vård, kan påverka vårdbehovet framöver. Även om patientgruppen väntas vara liten bedöms vårdinsatserna vara mycket resurskrävande och ställa höga krav på särskild kompetens, samverkan och anpassade vårdmiljöer.

Kriminalvårdens pågående och planerade utbyggnad av antalet platser i VGR kan samtidigt påverka rättspsykiatriens framtida vårdbehov och förutsättningar att genomföra sitt uppdrag, bland annat genom ökad konkurrens om personal. Utvecklingen mot mer vård utanför traditionella heldygnsvårdsstrukturer innebär samtidigt ökade krav på mobila arbetssätt, kontinuitet, riskhantering och samverkan över längre tid. Patienter med samsjuklighet, särskilt i form av substansbrukssyndrom i kombination med allvarlig psykisk störning, bedöms utgöra en allt större andel av patientgruppen. Även neuropsykiatriska tillstånd och komplex social problematik väntas bli vanligare, vilket ökar behovet av integrerade och personcentrerade vårdinsatser samt samverkan mellan rättspsykiatri, beroendevård, regional primärvård, socialtjänst och kriminalvård. Därutöver bedöms framtida vårdbehov påverkas av ökade krav på säkerhet och riskhantering, större förväntningar på tillgänglighet och individualiserade insatser, utvecklingen av digitala arbetssätt samt förändrade juridiska och samhälleliga förväntningar kring psykisk ohälsa, våldsrisk och återanpassning. Medicinska och tekniska framsteg kan på sikt bidra till förbättrade behandlingsmöjligheter och ökad precision i

riskbedömningar, men bedöms inte minska det samlade behovet av rättspsykiatrisk vård. Snarare kan förbättrade behandlingsmöjligheter innebära att fler patienter vårdas i öppnare former under längre tid, vilket förändrar resursbehoven snarare än minskar dem.

### Sammanfattning vårdbehov

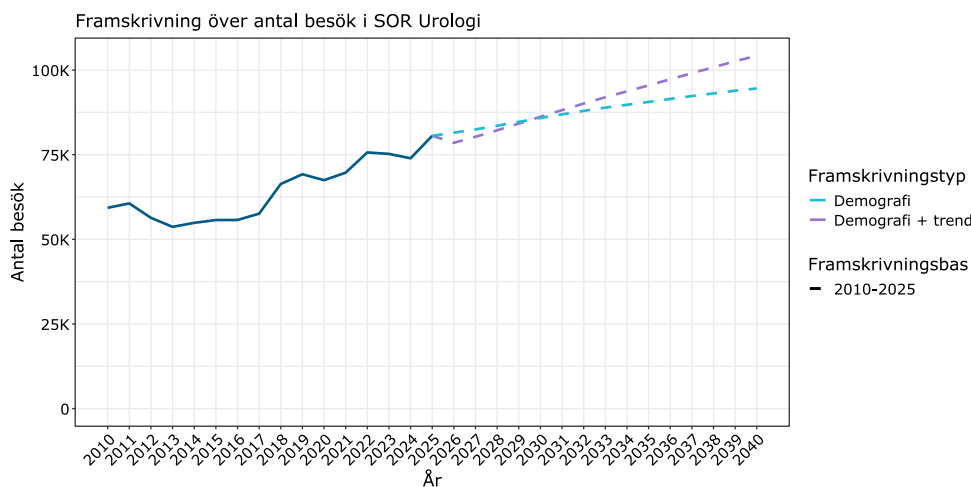
- Mer öppenvård över tid – långvariga och omfattande vårdinsatser.
- Hög belastning i slutenvård – fler patienter och långa vårdtider.
- Mer komplexa patienter – samsjuklighet, substansbruk och social problematik ökar.
- Ökade krav på samverkan, säkerhet och flexibilitet – mer mobil och samordnad vård.
- Extern påverkan styr behovet – psykiatri, lagstiftning och samhälle.
- Scenarier med endast demografi bedöms som mest sannolikt för öppenvård, men underskattar troligen behovet. För slutenvård väldigt osäkert.

## Urologi

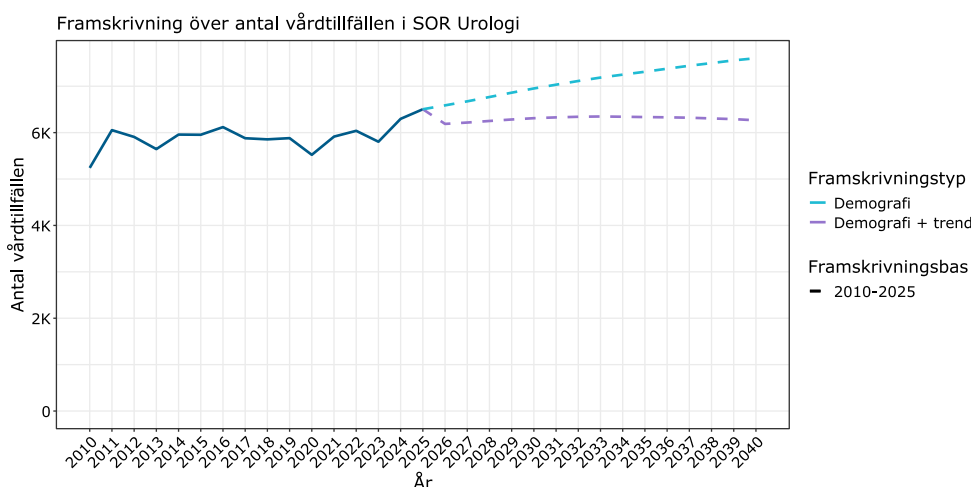
### Framskrivning

Framskrivning inom urologi baserad enbart på demografiska förändringar visar att antalet besök, vårdtillfällen och vård dagar kan öka med ca 20 procent. När historisk trend inkluderas visar framskrivningen på cirka 30 procents ökning av besök, oförändrat avseende vårdtillfällen och en minskning av vård dagar om cirka 60 procent. Se figur 22a-c nedan, samt Bilaga C och D.

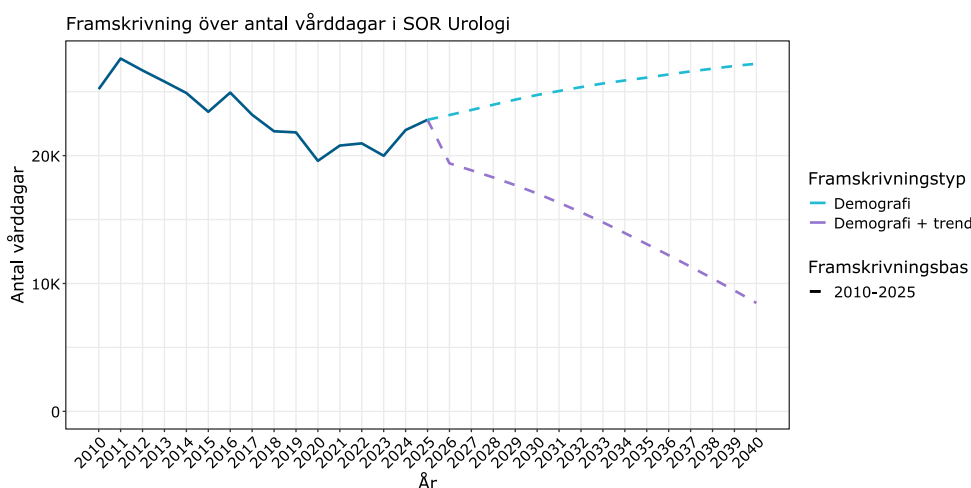
Figur 22a. Framskrivning av totalt antal besök inom urologi i Västra Götaland.



Figur 22b. Framskrivning av totalt antal vårdtillfällen inom urologi i Västra Götaland.



Figur 22c. Framskrivning av totalt antal vård dagar inom urologi i Västra Götaland.



### Kvalitativ bedömning

Samordningsrådet för urologi bedömer att behovet av slutenvård fram till 2040 kommer att öka något, sannolikt i en något lägre takt än vad den demografiska framskrivningen indikerar. Samtidigt väntas en åldrande befolkning och ett ökat antal cancerpatienter påverka behovet av vård dagar, särskilt genom fler patienter med komplexa och resurskrävande vårdförlopp. Bedömningen är att utvecklingen inom urologin fram till 2040 kommer att påverkas av flera samtidiga faktorer som både förändrar vårdens innehåll och påverkar resursbehovet.

Övergången från slutenvård till öppenvård samt utvecklingen av minimalinvasiv kirurgi och robotkirurgi på SU sedan 2008 har bidragit till att antalet vårdplatser inom urologin kunnat minskas avsevärt, samtidigt

som vårdtiderna har förkortats. Denna utveckling bedöms dock ha nått sin huvudsakliga potential, vilket framgår av den historiska trenden. Möjligheterna till ytterligare minskningar av vårdtiderna bedöms därför vara begränsade.

Samtidigt finns faktorer som kan bidra till ett ökat behov av inneliggande vård. Förekomsten av resistenta bakterier och infektioner kan öka belastningen på slutenvården, och majoriteten av de patienter som vårdas inneliggande inom urologin är inte postoperativa utan har andra typer av vårdbehov. Därtill väntas fler cancerfall upptäckas inom urologin, särskilt bland äldre patienter, vilket kan bidra till ett ökat behov av både utredning, behandling och uppföljning.

Bedömningen är även att nya diagnostiska metoder kommer att påverka vårdbehovet framöver. Exempelvis testas metoder där urinprov kan ersätta vissa röntgenundersökningar och cystoskopier, vilket på sikt kan minska antalet mottagningsbesök. Samtidigt kommer ett nationellt screeningprogram för prostatacancer sannolikt införas före 2040, vilket kan leda till en tillfällig ökning av diagnostik och behandling under en övergångsperiod. Medicinska innovationer, såsom genetiska tester och ytterligare utveckling av minimalinvasiva behandlingar, väntas också påverka vårdens innehåll och vårdtider, även om det i dagsläget är svårt att bedöma den samlade effekten i kvantitativa termer.

Fler patienter kan på sikt även komma att behandlas inom den regionala primärvården men huvuddelen av vårdbehovet bedöms även framöver hanteras inom sjukhus och specialistmottagningar. Sammantaget talar det för att urologin fortsatt kommer att behöva hantera ett betydande och delvis förändrat vårdbehov, där medicinsk utveckling, demografiska förändringar och förändrade patientflöden samverkar.

### **Sammanfattning vårdbehov**

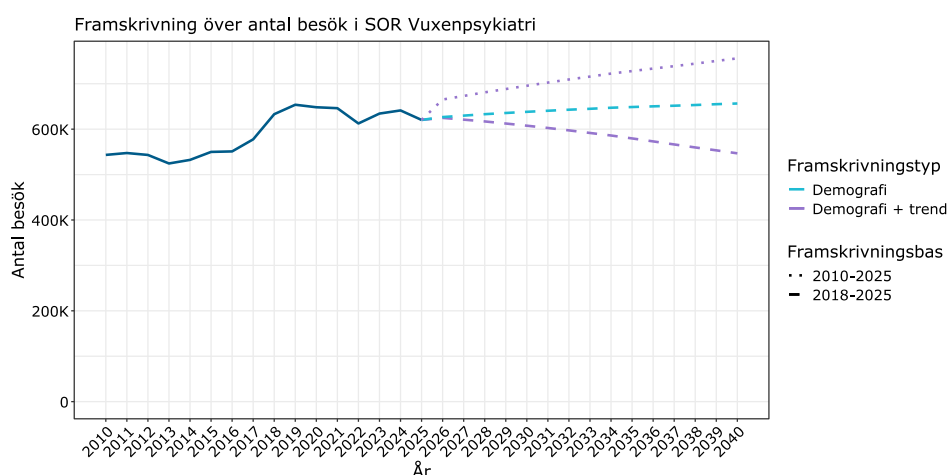
- Vårdbehov underskattas – mycket vårdproduktion syns inte i statistik.
- Begränsad ytterligare effektivisering – små möjligheter att korta vårdtider.
- Ökat slutenvårdsbehov – fler komplexa och äldre patienter, cancer och infektioner.
- Mer cancerdiagnostik – screening och fler fall ökar volym.
- Medicinsk innovation ökar inflödet – fler patienter trots effektivare vård.
- Scenarier med endast demografi bedöms som mest sannolikt.

## Vuxenpsykiatri

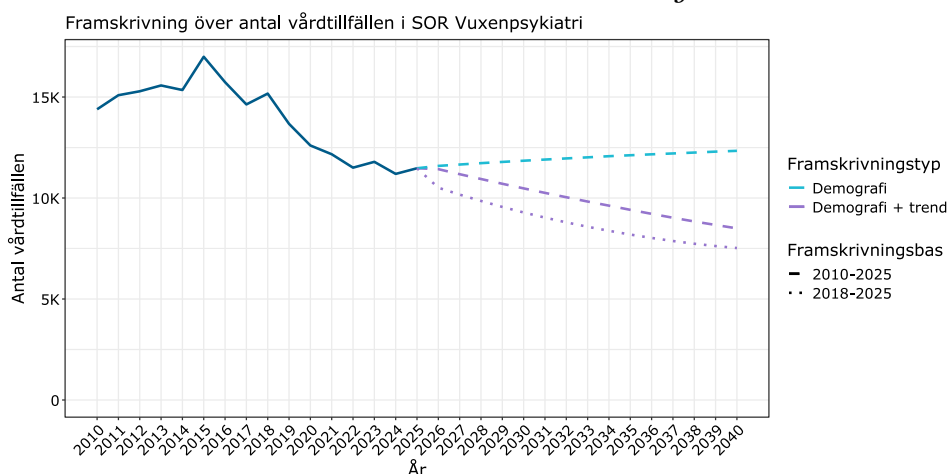
### Framskrivning

Vårdkonsumtionen inom vuxenpsykiatri förväntas ha olika utveckling beroende på vilka antaganden som görs vid framtagning av framskrivningar. En framskrivning baserad enbart på demografiska förändringar indikerar en ökning av besök, vårdtillfällen och vårddagar om cirka 10 procent. När framskrivningen baseras på både demografisk utveckling och historisk trend framträder en annan utveckling. Om dessa utgår från åren 2010-2025 förväntas en ökning om cirka 20 procent för besök samtidigt som vårdtillfällen förväntas minska med 30 procent och vårddagar med 50 procent. Om framskrivningen i stället utgår från åren 2018-2025 visas samma mönster med skillnad att besök förväntas minska med cirka 10 procent. Se figur 23a-c nedan, samt Bilaga C och D.

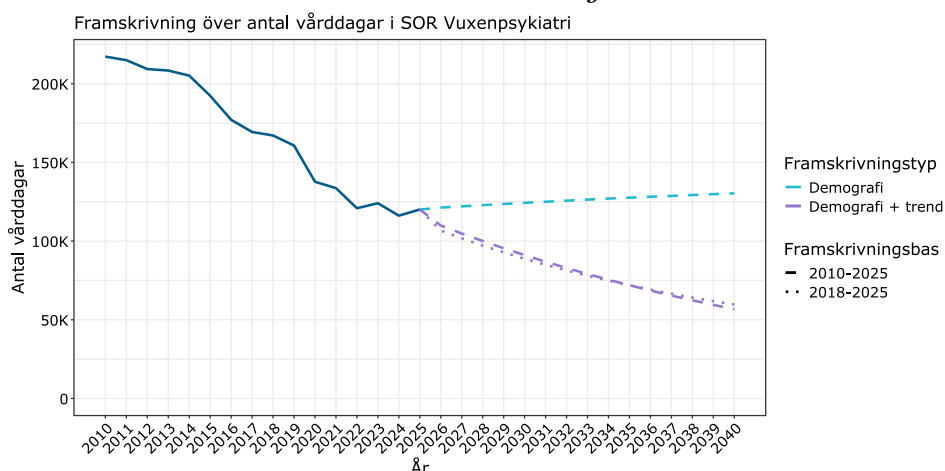
Figur 23a. Framskrivning av totalt antal besök inom vuxenpsykiatri i Västra Götaland.



Figur 23b. Framskrivning av totalt antal vårdtillfällen inom vuxenpsykiatri i Västra Götaland. Trenden har beräknats med Poissonregression.



Figur 23c. Framskrivning av totalt antal vård dagar inom vuxenpsykiatri i Västra Götaland. Trenden har beräknats med Poissonregression.



### Kvalitativ bedömning

Samordningsråd vuxenpsykiatri bedömer att det fram till 2040 kommer att ske en fortsatt utveckling inom flera områden som sammantaget påverkar både vårdbehovet och vårdkonsumtionen. En central utveckling är en ökande tillströmning av patienter från barn- och ungdomspsykiatrin till vuxenpsykiatrin, vilket redan i dag bidrar till ett ökat tryck på öppenvården. Parallellt ses en generell ökning av psykiatriska diagnoser i arbetsför ålder, där särskilt depression, ångestsyndrom, stressrelaterad ohälsa och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar hos vuxna har ökat över tid. Den långvariga utvecklingen med ökande sjukskrivningar relaterade till psykisk ohälsa förstärker denna bild och indikerar ett fortsatt högt vårdbehov. Den demografiska utvecklingen med en åldrande befolkning förväntas dessutom medföra ett ökat antal äldre patienter med psykiska besvär, där samsjuklighet mellan somatiska och psykiatriska tillstånd blir allt vanligare. Särskilt förväntas en ökning av depression kopplad till ensamhetsproblematik samt demensrelaterad psykiatri. I takt med att livslängden ökar bedöms även förekomsten av demenssjukdomar stiga.

Utvecklingen inom läkemedelsområdet indikerar att nya behandlingar kan komma att introduceras, vilket kan öka efterfrågan på diagnostik och behandling. Samtidigt innebär dessa behandlingar behov av mer avancerade utredningar och uppföljning, vilket i dagsläget inte kan hanteras på primärvårdsnivå och i vissa fall kräver slutenvård vid behandlingsstart. Även kostnadsaspekten är betydande, då dessa läkemedel ofta är resurskrävande.

Gällande neuropsykiatriska tillstånd som ADHD konstateras att dessa ofta debuterar i yngre ålder men kvarstår som kroniska tillstånd upp i

vuxenlivet. Den kraftiga ökningen som setts under de senaste decennierna kan komma att fortsätta påverka vårdbehovet, även om det finns osäkerhet kring om utvecklingen når en plåtå. Vidare påverkas vårdbehovet av externa faktorer såsom migration och samhällsutveckling, vilket är särskilt tydligt för tillstånd som posttraumatiskt stressyndrom, där förekomsten är kopplad till exponering för krig, konflikter och andra traumatiska miljöer. Prognoser för denna grupp är därför beroende av omvärldsfaktorer som är svåra att förutse. Även inom området ätstörningar har en tydlig ökning observerats och det finns indikationer på att den utvecklingen fortsätter. Sammantaget förväntas vårdbehovet inom vuxenpsykiatri öka i både omfattning och komplexitet, drivet av demografiska förändringar, epidemiologiska trender och utvecklade behandlingsmöjligheter.

### **Sammanfattning vårdbehov**

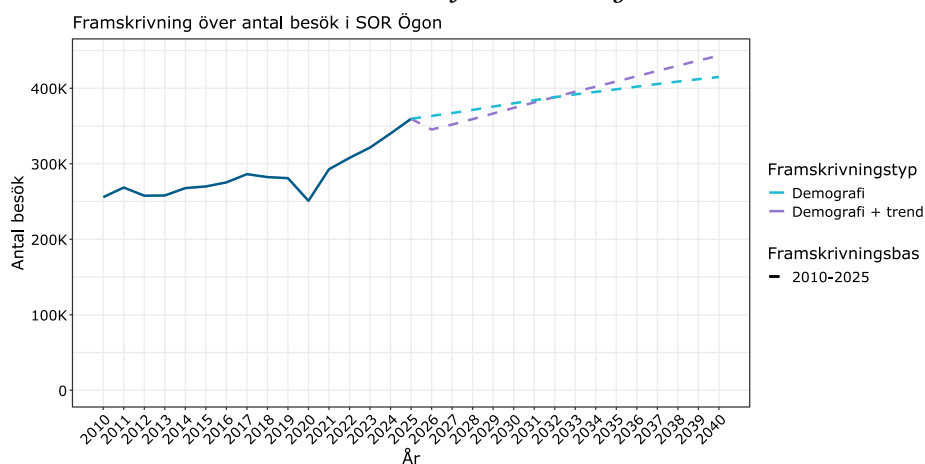
- Ökat tryck i öppenvård – fler unga vuxna övergår från BUP och stannar länge i systemet.
- Mer psykisk ohälsa – ökning i arbetsför ålder, påverkar sjukskrivningar.
- Fler äldre patienter – mer demens, ensamhet och samsjuklighet.
- Mer avancerad diagnostik – ökat resurs- och kostnadsbehov.
- Fler komplexa patienter – ätstörningar, neuropsykiatriska tillstånd, samsjuklighet - ökade krav på samordnad vård.
- Scenarier med demografi och trend bedöms som mest sannolikt för öppenvård.

## **Ögon**

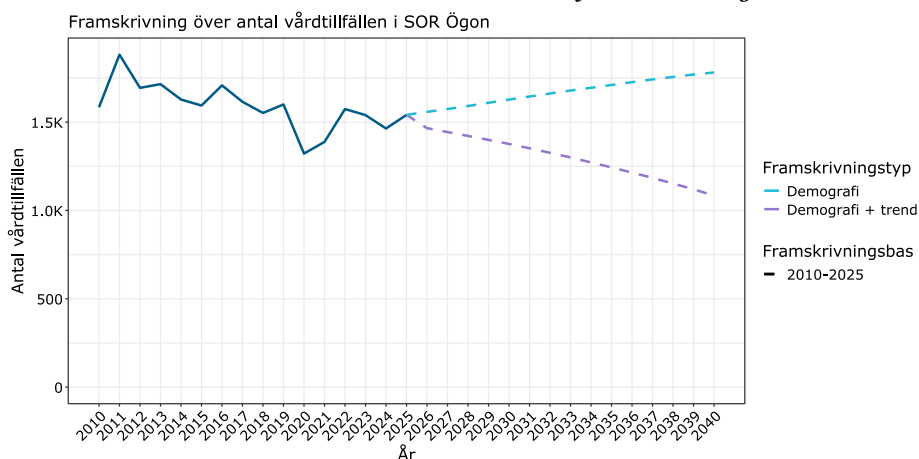
### **Framskrivning**

Framskrivningar som enbart baseras på demografiska förändringar indikerar att behovet av ögonvård fram till 2040 ökar med cirka 20 procent vad gäller besök, vårdtillfällen och vårddagar. För de framskrivningar som baseras på både demografi och historisk trend framträder en utveckling där besöken förväntas öka med cirka 20 procent men vårdtillfällen och vårddagar förväntas minska, med 30 respektive 70 procent. Se figur 24a-c nedan, samt Bilaga C och D.

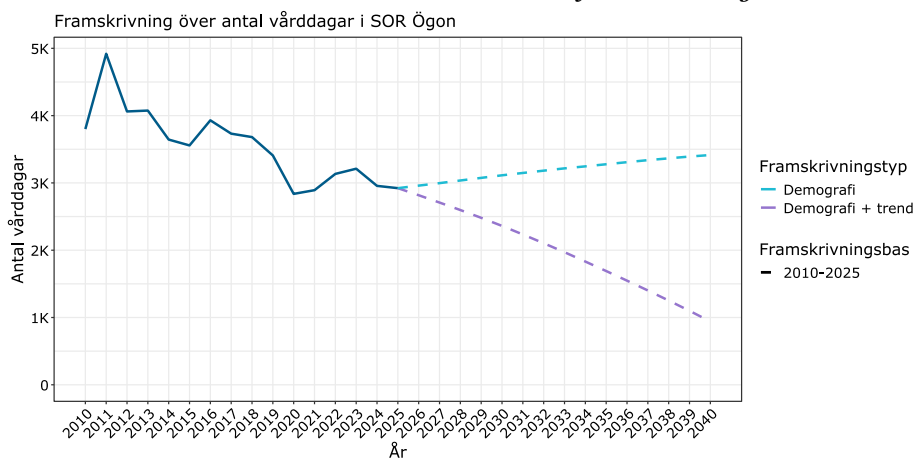
*Figur 24a. Framskrivning av totalt antal besök inom ögon i Västra Götaland. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.*



*Figur 24b. Framskrivning av totalt antal vårdtillfällen inom ögon i Västra Götaland. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.*



*Figur 24c. Framskrivning av totalt antal vård dagar inom ögon i Västra Götaland. Åren 2020–2022 har exkluderats vid framskrivning av trend.*



**Kvalitativ bedömning**

Samordningsråd ögon bedömer att det framöver kommer att ske en utveckling inom flera områden som sammantaget leder till ett ökat behov av och en förändrad konsumtion av vård. En central drivkraft är den demografiska utvecklingen, där en åldrande befolkning förväntas medföra en ökning av tillstånd såsom katarakt, glaukom och åldersrelaterad makuladegeneration. Dessa sjukdomar kännetecknas dessutom av längre sjukdomsdurationer, vilket innebär att patienterna lever med sina tillstånd under en längre tid och därmed genererar ett ökat behov av uppföljning och behandling. Den ökande multisjukligheten i befolkningen förstärker denna utveckling ytterligare. Samtidigt förväntas en ökning av specifika diagnos- och åtgärdsområden, såsom fler operationer för ögonlocks- och adnexatumörer samt ett ökat antal glaukomoperationer. Antalet kataraktoperationer förväntas fortsätta öka i takt med att befolkningen blir äldre. En annan bidragande faktor är att fler barn föds för tidigt, vilket medför en ökad risk för ögon- och synrelaterade problem senare i livet och därmed ett ökat vårdbehov över tid. Parallellt med detta ses en ökad efterfrågan på synhjälpmedel samt högre krav från patienter på god synskärpa och funktion.

Den medicinska utvecklingen, inklusive framsteg inom diagnostik och behandling, påverkar också vårdbehovet. Nya behandlingsmöjligheter, exempelvis inom torr AMD – den vanligaste formen av makuladegeneration - bidrar till en ökad behandlingsaktivitet. Samtidigt innebär tillgång till mer avancerad diagnostik, såsom bildanalys, AI-stödd diagnostik och hemmonitorering, att fler patienter kan identifieras och följas upp, vilket kan öka inflödet till den specialiserade vården. Även externa faktorer, som patienter som söker vård utanför VGR och senare återkommer för utredning eller behandling, bidrar till ett ökat tryck på specialistvården.

Utvecklingen inom vårdutbud och patientbeteenden bedöms också påverka efterfrågan. En ökning av refraktiva ingrepp (ögonoperationer som syftar till att ta bort behov av glasögon) AL, estetiska behandlingar och andra livsstilsrelaterade åtgärder förväntas, liksom en ökad andel kontroller och behandlingar som utförs inom optikerverksamhet. Tillgången till avancerade behandlingsmetoder, såsom genterapi, kan på sikt förändra både behandlingsmöjligheter och vårdbehov. Samtidigt förväntas patienter i högre grad efterfråga second opinions. Patienter använder i ökande utsträckning digitala verktyg och artificiell intelligens för att själva identifiera och tolka symtom. Det kan innebära att patienter i högre grad söker sig till den specialiserade vården med egna misstankar om diagnos och med fokus på utredning och behandling. I detta sammanhang blir tillgängligheten till specialistvård en alltmer central faktor. Sammantaget

bedöms dessa förändringar bidra till ett ökat och mer komplext vårdbehov inom ögonsjukvården, där både medicinska framsteg och förändrade patientbeteenden påverkar efterfrågan på vårdinsatser.

### Sammanfattning vårdbehov

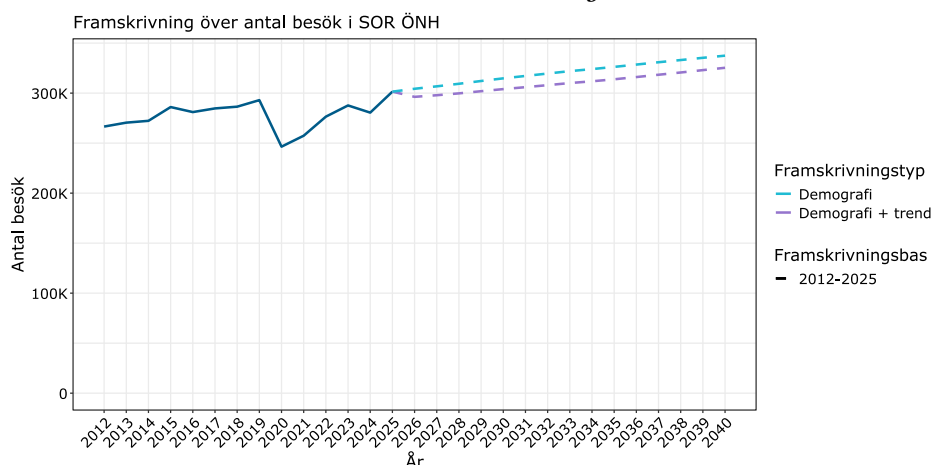
- Åldrande ökar behovet – fler ögonsjukdomar och livslång uppföljning.
- Fler komplexa synproblem – multisjuklighet och prematuritet.
- Ny teknik ökar inflödet – fler upptäckta och behandlade patienter.
- Högre patientkrav – mer efterfrågan på behandling och second opinions.
- Nya arbetssätt förändrar flöden – mer egenmonitorering och digital vård.
- Scenarier med demografi och trend bedöms som mest sannolik för öppenvård.

## Öron, näsa och hals

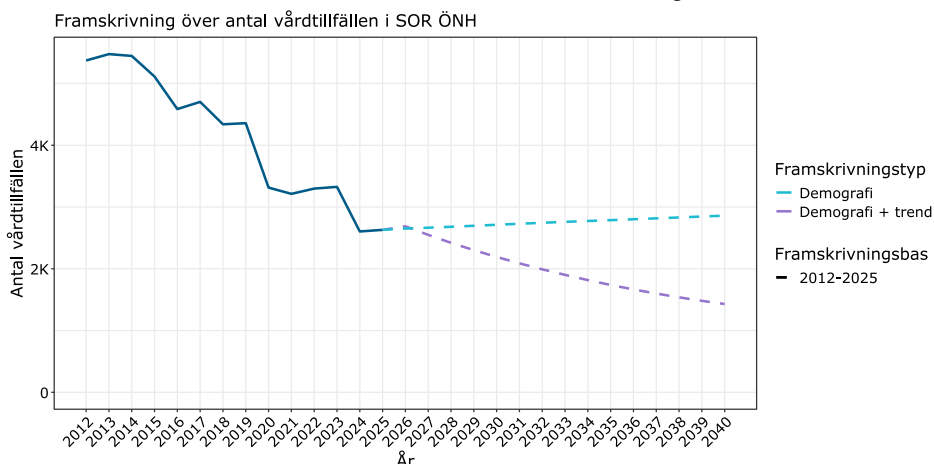
### Framskrivning

Framskrivningar inom öron, näsa och halsvård som enbart baseras på demografiska förändringar indikerar att antalet besök, vårdtillfällen och vårddagar ökar med cirka 10 procent fram till 2040. För de framskrivningar som baseras på både demografi och historisk trend 2012–2025 framträder en utveckling där besöken förväntas öka med cirka 10 procent men vårdtillfällen och vårddagar förväntas minska, med 50 procent för 40 procent. Se figur 25a-c nedan, samt Bilaga C och D.

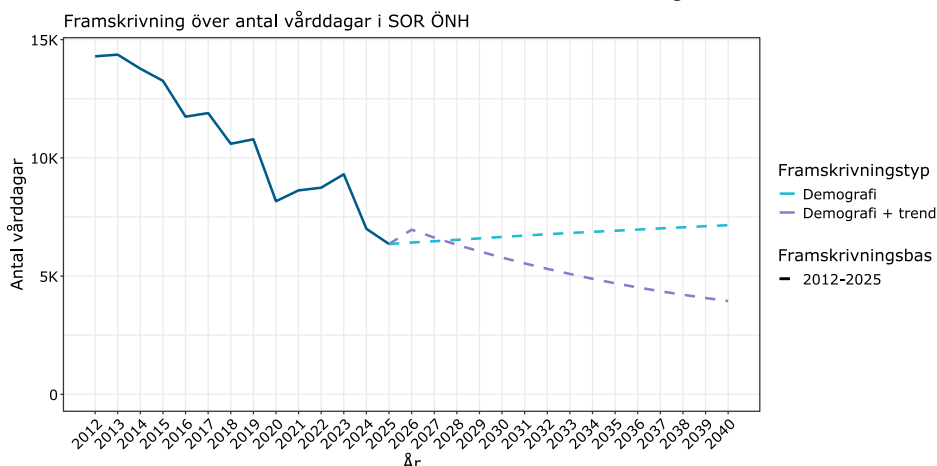
Figur 25a. Framskrivning av totalt antal besök inom öron, näsa och hals i Västra Götaland. Trenden har beräknats med Poissonregression.



*Figur 25b. Framskrivning av totalt antal vårdtillfällen inom öron, näsa och hals i Västra Götaland. Trenden har beräknats med Poissonregression.*



*Figur 25c. Framskrivning av totalt antal vård dagar inom öron, näsa och hals i Västra Götaland. Trenden har beräknats med Poissonregression.*



### Kvalitativ bedömning

Samordningsrådet för öron-, näs- och halssjukvård bedömer att de övergripande trenderna i huvudsak är korrekta. Avvikelse kan uppstå vid extraordinära händelser, som covid-19-pandemin, men i ett längre perspektiv bedöms trendlinjerna vara stabila.

För slutenvården bedöms den tidigare minskningstakten inte fortsätta i samma omfattning, utan antalet slutenvårdstillfällen väntas snarare stabiliseras nära dagens nivå. Samtidigt behöver den HPV-relaterade topp som präglade huvud- och halscancer under det senaste decenniet beaktas vid tolkning av historiska data och framtida prognoser.

Öppenvården bedöms fortsätta öka i linje med nuvarande framskrivning, men digifysiska arbetssätt kan dämpa ökningstakten genom minskat behov av fysiska besök. Slutenvården har historiskt minskat kraftigt, främst till följd av poliklinisering av kirurgi, och väntas fortsätta minska men i långsammare takt. Inom vissa verksamheter, exempelvis vid SÄS, bedöms utvecklingen ha nått en mognadsnivå där ytterligare minskningar är begränsade, vilket talar för en mer stabil nivå framöver. Det finns också viss potential att ytterligare minska vårdtider, exempelvis efter onkologisk behandling.

Demografiska förändringar, inklusive migration, kan påverka vårdbehovet. Tidigare har exempelvis öknings av öron- och näskirurgi hos barn kunnat kopplas till sådana förändringar. Samtidigt kan framtida behandlingsformer och medicinska innovationer förändra både behandlingsmönster och vårdbehov på sätt som i dag är svåra att förutse.

Förekomsten av cancer bedöms kunna fortsätta minska svagt, sannolikt till följd av förändrade levnadsvanor och ett visst genomslag av HPV-vaccination. Samtidigt väntas hudcancer öka, främst på grund av en åldrande befolkning. I övrigt bedöms utvecklingen inom området i huvudsak följa tidigare trender.

Samtidigt väntas befolkningens krav på åtgärder och ingrepp öka, exempelvis avseende cochleaimplantat och hörapparater. Därtill ses en generell kostnadsökning kopplad till introduktion av nya läkemedel, såsom biologiska behandlingar.

Medicinska innovationer, utvecklade behandlingsmetoder och förbättrad diagnostik kan på sikt förändra både vårdbehov och arbetssätt. En ökad användning av digifysiska arbetssätt kan få stor betydelse, särskilt om primärvården med stöd av digitala verktyg kan förmedla mer kvalificerat underlag, exempelvis bild och video. Det kan möjliggöra att fler patienter handläggs via remiss eller digital konsultation och att specialistvården i högre grad får en konsultativ expertroll gentemot andra vårdgivare, främst primärvården. Följden kan bli färre fysiska besök, även om den samlade medicinska bedömningstiden bedöms vara relativt oförändrad.

Samtidigt finns begränsningar. Patienters förväntningar på specialistkontakt kan motverka en minskning av fysiska besök, och erfarenheter av digitala konsultationsmodeller visar utmaningar i form av ökad tidsåtgång och begränsad patienttillfredsställelse. Digitala kontakter kan effektivisera kommunikationen och underlätta prioritering, men ställer också krav på stärkt kompetens i primärvården, särskilt inom ÖNH, vilket kan motivera riktade utbildningsinsatser.

Digitala kontaktvägar bedöms bli en självklar del av kommunikationen, även om deras direkta påverkan på vårdbehovet sannolikt är begränsad. Samtidigt väntas patienternas krav på specialistbedömning och second opinion öka. Den låga acceptansen för egenvård som alternativ kan ytterligare förstärka trycket på specialistvården, även om utvecklingen samtidigt går mot att patienter i högre grad utför vissa vårdinsatser i hemmet.

### **Sammanfattning vårdbehov**

- Ökat behov i öppenvård – fler söker specialistbedömning.
- Förändrade diagnosmönster – mer hudcancer, viss minskning annan cancer till exempel HPV.
- Begränsad effekt av digitalisering – förändrar arbetssätt, ej volym.
- Nya behandlingar ökar kostnader – fler patienter och högre efterfrågan.
- Stabil/minskande slutenvård – små effektiviseringsvinster kvar.
- Scenarier med endast demografi bedöms som mest sannolik för besök, möjligen dämpad ökning, medan demografi och trend är mest sannolikt för slutenvård men i långsammare takt.

## **Reflektion och diskussion**

Analysen av de genomförda framskrivningarna visar att hälso- och sjukvården i Västra Götaland står inför en långsiktigt ökande efterfrågan, samtidigt som vårdbehoven förändras i karaktär. Den demografiska utvecklingen utgör den mest grundläggande drivkraften, där en ökande andel äldre invånare resulterar i såväl större vårdvolym som mer komplexa behov. Utvecklingen innebär inte enbart att fler personer behöver vård, utan också att en växande andel lever med åldersrelaterade sjukdomar, multisjuklighet och funktionsnedsättning.

Utfallet av framskrivningarna påverkas i hög grad av de antaganden som ligger till grund för analyserna. Scenarier baserade enbart på demografi pekar mot måttliga öknings av vårdvolymerna och ett fortsatt tryck på slutenvården. När även historiska trender beaktas framträder i stället en utveckling med minskad slutenvård och ökade insatser i öppna vårdformer, särskilt inom regional primärvård. Det speglar den pågående omställningen mot en mer nära och tillgänglig vård. Samtidigt visar bedömningar från

samordningsråden att utrymmet för ytterligare minskningar av slutenvården bedöms vara begränsat.

Medicinska och tekniska framsteg har en stor påverkan på utveckling, bland annat genom att möjliggöra behandling av tillstånd som tidigare varit svårbehandlade. Även om detta bidrar till förbättrad överlevnad och livskvalitet innebär det också att fler patienter lever vidare med kroniska tillstånd, komplikationer och behov av återkommande vårdinsatser. Den medicinska utvecklingen förändrar därmed inte enbart vårdens möjligheter utan även dess omfattning och ansvar. Nya diagnostiska metoder, precisionsmedicin och digitala lösningar skapar förutsättningar för effektivare vård och bättre resultat, men medför också ökade krav på investeringar, avancerad teknik och rätt kompetens. Osäkerheten kring hur stora effektiviseringar exempelvis AI och andra tekniska och medicinska utvecklingsområden kommer att kunna leda till, samt i vilken takt de kan genomföras, gör att det är svårt att förutse om det totalt sett kommer att leda till ett minskat vårdbehov eller ytterligare belastning på hälso- och sjukvården.

Den ökande samsjukligheten innebär att vårdbehoven blir mer komplexa, vilket ställer högre krav på samordning, kontinuitet och sammanhållna vårdförlopp. Tidigare analyser visar att omkring fem procent av patienterna svarar för nästan hälften av kostnaderna inom sjukhusvården. Denna grupp består till stor del av äldre patienter, som förväntas öka. Äldre patientgrupper har ofta ett särskilt behov av en sammanhållen vård i samverkan mellan flera aktörer, exempelvis regional primärvård, specialistsjukvård och kommunala aktörer. Västra Götalands och VGR: s storlek innebär i detta sammanhang både utmaningar och möjligheter. Regionala skillnader kräver anpassning av vårdutbudet, samtidigt som storleken ger möjligheter till samverkan, samordning och gemensam utveckling. En god samverkan och samordning mellan olika aktörer inom hälso- och sjukvården är en förutsättning för ett ändamålsenligt nyttjande av resurser och kompetenser. Det handlar bland annat om fortsatt utveckling och genomförande av förändrade och utvecklade arbetssätt, rätt använd kompetens och möjlighet att dela information.

Ett förstärkt fokus på förebyggande och hälsofrämjande insatser är en annan viktig del i att möta framtidens vårdbehov. Sådana insatser kan på sikt bidra till förbättrad hälsa och minskat vårdbehov men förutsätter användande av evidensbaserade och kostnadseffektiva metoder.

Framskrivningarna pekar på att kostnaden per patient inom den specialiserade vården förväntas öka fram till 2040, främst till följd av demografi, medicinsk utveckling och ökande komplexitet. Samtidigt finns

motverkande faktorer i form av effektiviseringar och förändrade vårdformer. Analyser från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys indikerar att det nuvarande offentliga åtagandet inom hälso- och sjukvården i stort kan upprätthållas fram till 2040, men det krävs effektiviseringar för att kunna realisera fortsatta ambitionshöjningar. Det aktualiserar frågor om ambitionsnivå och omfattning av det framtida offentliga åtagandet.

Den samlade utvecklingen medför ett ökat behov av välgrundade och systematiska prioriteringar på flera nivåer inom hälso- och sjukvårdssystemet. En central utgångspunkt i VGR: s omställningsstrategi är att tillgängliga resurser blir till största möjliga nytta för de patienter som behöver det mest. Omställningen bygger samtidigt på en kvalitetsdriven verksamhetsutveckling, där vårdprocessernas kvalitet stärks och utvecklas innan prioriteringar görs mellan olika insatser. Gränserna mellan prioritering, effektivisering och utmönstring av lågvärdevård är inte alltid helt skarpa men arbetet med välgrundade och systematiska prioriteringar bör utgå från att nya metoder och arbetssätt prioriteras utifrån tillgängliga ekonomiska och personella resurser.

Samtidigt förändras befolkningens förväntningar på vården. Patienter efterfrågar i allt högre grad delaktighet, tillgång till information och möjlighet att vara aktiva i sin egen vård, samtidigt som kraven på tillgänglighet och snabba insatser ökar. Digitalisering och teknikutveckling skapar här nya möjligheter genom exempelvis distansmonitorering, digital uppföljning och stärkt stöd till egenvård. Personcentrerade arbetssätt och stärkt stöd till egenvård kan bidra till både mer delaktiga patienter och ett mer effektivt resursutnyttjande.

Kompetensförsörjningen framstår som en av de mest avgörande förutsättningarna för att hantera utvecklingen. Begränsad tillgång till arbetskraft, i kombination med ökade vårdbehov, innebär att hälso- och sjukvården i hög grad behöver anpassa sina arbetssätt och säkerställa en effektiv användning av befintlig kompetens. Variationer i tillgång till kompetens mellan olika delar av Västra Götaland riskerar dessutom att påverka tillgänglighet och jämlikhet i vården. Samtidigt kräver utvecklingen både ökad specialisering och en stark generalistkompetens, inte minst inom den regionala primärvården. Det ställer krav på att VGR kan attrahera, utveckla och behålla medarbetare samt säkerställa en långsiktigt hållbar kompetensmix.

Det finns många goda exempel på nya arbetssätt, både i VGR och runt om i landet, som visat på positiva effekter inom områden som resursutnyttjande, kvalitet och arbetsmiljö. Det saknas dock ofta tillräcklig forskning för att

kunna dra slutsatser om vilka effekter ett bredare införande kan ha på hälso- och sjukvården som helhet. Trots detta finns en relativt samstämmig bild av riktningen, där ökat fokus på prevention, nya arbetssätt för att använda kompetensen rätt, effektiv resursanvändning, sammanhållna vårdprocesser, digitalisering och utveckling inom precisionsmedicin och AI framstår som centrala. Dessa inriktningar ligger i linje med omställningen till en god och nära vård, men det har samtidigt konstaterats att förändringstakten hittills varit relativt långsam.

Prognoser om framtiden är alltid förenade med ett stort mått av osäkerhet. Varje metod som kan användas för att sja om framtiden har sina begränsningar, så även den som använts i denna rapport.

Framskrivningarna bygger på data om vårdkonsumtion, vilket inte alltid motsvarar det faktiska vårdbehovet. Pågående och framtida arbete med nya och effektivare arbetssätt kan göra att ett ökat vårdbehov inte nödvändigtvis leder till motsvarande ökning av vårdkonsumtion.

Vårdkonsumtionsdatan likställer också olika sorters vårdkontakter som kan skilja sig mycket åt i resursinsats, samt exkluderar vissa kontakttyper, till exempel icke-vårdande kontakter, som också tar vårdens resurser i anspråk. Samtidigt är det viktigt att beakta att även externa faktorer kan få stor betydelse för framtidens vårdbehov och förutsättningar. Exempelvis kan pandemier, klimatförändringar och geopolitiska förändringar påverka både sjukdomspanorama och resursförutsättningar på sätt som är svåra att förutse.

Denna rapport om prognos för vårdbehov ska inte ses som exakta förutsägelser av vad som kommer att ske, utan som ett strategiskt stöd för planering och beslutsfattande. Genom att belysa möjliga utvecklingsvägar, trender och osäkerheter skapar prognoser förutsättningar för att i tid identifiera utmaningar och möjligheter. De hjälper hälso- och sjukvårdens organisation att förbereda sig för olika framtidsscenarier, stärka sin handlingsberedskap och fatta mer välgrundade beslut om prioriteringar, kompetensförsörjning och resursanvändning.

Sammantaget visar analysen att hälso- och sjukvården i Västra Götaland står inför en komplex utveckling där ökade och förändrade vårdbehov sammanfaller med förändrade förutsättningar, högre förväntningar och begränsade resurser. För att möta denna utveckling krävs en fortsatt omställning mot en mer personcentrerad, samordnad och tillgänglig vård, där hög kvalitet förenas med effektivt resursutnyttjande och en långsiktigt hållbar kompetensförsörjning. En avgörande förutsättning för att denna omställning ska lyckas är en effektiv samordning och organisering av hälso- och sjukvården, där olika aktörer och vårdnivåer samverkar på ett

ändamålsenligt sätt och resurser används där de gör störst nytta. Det ställer i sin tur krav på ett tydligt och långsiktigt ledarskap som kan prioritera, skapa riktning och hålla i det uthålliga förändringsarbete som behövs. I en omvärld som präglas av snabb förändring kan prognoser bidra till att öka organisationens förmåga att anpassa sig och möta framtida behov på ett långsiktigt hållbart sätt. Framtiden är inte förutbestämd, utan formas av de beslut och vägval som görs idag.

## **Medskick till kommande arbete**

I det fortsatta arbetet med prognoser av framtida vårdbehov finns flera utvecklingsområden som bör beaktas för att stärka förståelsen av vårdens utveckling. På grund av det metodval som använts i rapporten saknas vissa delar av hälso- och sjukvårdssystemet, som prehospital vård och diagnostik. I kommande rapporter och uppföljningar är det dock viktigt att säkerställa att även dessa områden belyses för att ge en mer heltäckande bild av utvecklingen av framtidens vårdbehov.

Det kan även vara relevant att göra en fördjupad analys inom respektive samordningsråd med syfte att bättre fånga verksamhetsspecifika förutsättningar och skillnader i exempelvis inklusionskriterier.

För att öka förståelsen för observerade förändringar i vårdkonsumtionen kan även historiska händelser och omvärldsfaktorer kartläggas och analyseras mer systematiskt. En sådan analys kan bidra till att identifiera vilka faktorer som tidigare påverkat efterfrågan på vård och därmed ge ett starkare underlag för framtida bedömningar. Det finns också behov av att i högre grad inkludera vårdutbudet i analyserna, då vårdkonsumtion påverkas av såväl behov som tillgängliga resurser och vårdens organisering.

# Bilaga A - Medicinska verksamhetsområden (MVO) fördelade per samordningsråd (SOR)

| Nr                    | SOR och ingående MVO                               | Kommentar                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SOR Primärvård</b> |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                       | Vårdval vårdcentral                                | Inklusive distanskontakter som ersätter besök.                                                                                                                                                                                                                 |
|                       | Vårdval rehab                                      | Inklusive distanskontakter som ersätter besök.                                                                                                                                                                                                                 |
|                       | Övrig primärvård                                   | Till exempel 1177, ungdomsmottagning, ungas psykiska hälsa, läkare och fysioterapeuter som har avtal enligt lagen om läkarvårdsersättning/fysioterapiavtal. Utomlans digitala kontakter ingår. Exkluderat: Barnhälsovårdcentral, mödravårdscentral ingår inte. |
| <b>SOR Akutvård</b>   |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 046                   | Akutvård                                           | Egen utsökning i Vega. Jourcentraler och prehospital vård ingår inte.                                                                                                                                                                                          |
| <b>SOR Barn</b>       |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 009                   | Barnhälsovård (BVC)                                | 0-6, 7-17 för barn pga. olika omhändertagande                                                                                                                                                                                                                  |
| 142                   | Allergisjukvård, barn- och ungdom                  |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 203                   | Barn- och ungdomskardiologisk vård                 |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 401                   | Barn- och ungdomskirurgisk vård                    |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 201                   | Barn- och ungdomsmedicinsk vård                    | Regionhälsan ingår här                                                                                                                                                                                                                                         |
| 207                   | Neonatal intensivvård                              |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 206                   | Prematurvård                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 251                   | Barn- och ungdomsneurologisk vård med habilitering |                                                                                                                                                                                                                                                                |

| <b>Nr</b> | <b>SOR och ingående MVO</b>                | <b>Kommentar</b>                                                                                             |
|-----------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 413       | Barn- och ungdomsanestesiologisk vård      |                                                                                                              |
| P090      | Övrig primärvård                           | 0-6, 7-17 för barn pga. olika omhändertagande                                                                |
| <b>Nr</b> | <b>SOR Barn- och ungdomspsykiatri</b>      |                                                                                                              |
| 931       | Barn- och ungdomspsykiatrisk vård          | BUP-avdelning finns idag på SU och SÄS. SKAS stängde 2017 pga. personalbrist och NU för inte så länge sedan. |
| <b>Nr</b> | <b>SOR Kvinnosjukdomar och förlossning</b> | Mödravård MVC ingår inte                                                                                     |
| 441       | Förlossningsvård (BB)                      |                                                                                                              |
| 431       | Gynekologisk vård                          | Majoritet privat, Lundby, upphandlad, LOL                                                                    |
| 451       | Obstetrisk och gynekologisk vård           | Regionhälsan ingår här.                                                                                      |
| 435       | Reproduktionsmedicin                       | Ffa Sahlgrenska universitetssjukhuset. Finns även på Carlanderska.                                           |
| 751       | Onkologisk vård, gynekologisk              | Framför allt Skaraborgs sjukhus, Norra Älvsborgs Länssjukhus/ Uddevalla sjukhus.                             |
| <b>Nr</b> | <b>SOR Geriatrik</b>                       |                                                                                                              |
| 241       | Geriatrisk vård                            | Registreras ej på Skaraborgs sjukhus.                                                                        |
| 061       | Palliativ vård                             |                                                                                                              |
| <b>Nr</b> | <b>SOR Hjärta/kärl</b>                     |                                                                                                              |
| 231       | Kardiologisk vård                          |                                                                                                              |
| 341       | Thoraxkirurgisk vård                       | Sahlgrenska universitetssjukhuset                                                                            |
| 304       | Kärlkirurgisk vård                         |                                                                                                              |
| <b>Nr</b> | <b>SOR Hud- och könssjukdomar</b>          |                                                                                                              |
| 211       | Hud- och könssjukvård                      | Har även inkluderat besökstyp FN (första distansbedömning utan patient)                                      |

| Nr        | SOR och ingående MVO                      | Kommentar                                                                                                                                            |
|-----------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |                                           | och EN (efterföljande distansbedömning utan patient)                                                                                                 |
| 215       | Yrkesdermatologisk vård                   | Sahlgrenska universitetssjukhuset                                                                                                                    |
| <b>Nr</b> | <b>SOR Infektion</b>                      |                                                                                                                                                      |
| 121       | Infektionssjukvård                        |                                                                                                                                                      |
| <b>Nr</b> | <b>SOR Kirurgi</b>                        |                                                                                                                                                      |
| 198       | Obesitas                                  | Endast Sahlgrenska universitetssjukhuset & Skaraborgs sjukhus,                                                                                       |
| 301       | Kirurgisk vård                            | Mycket privat upphandlade, Lundby,                                                                                                                   |
| 303       | Mag-tarm-sjukvård                         |                                                                                                                                                      |
| 351       | Plastikkirurgisk vård                     | Sahlgrenska universitetssjukhuset                                                                                                                    |
| 371       | Transplantationskirurgisk vård            | Sahlgrenska universitetssjukhuset                                                                                                                    |
| <b>Nr</b> | <b>SOR Internmedicin</b>                  |                                                                                                                                                      |
| 141       | Allergisjukvård                           |                                                                                                                                                      |
| 199       | Diabetologisk vård                        |                                                                                                                                                      |
| 161       | Endokrinologisk vård                      |                                                                                                                                                      |
| 108       | Hematologisk vård                         |                                                                                                                                                      |
| 101       | Internmedicinsk vård                      | Stor andel privata, Capio Lundby, Etableringar, Sjukhusen i Väster dubbelt så stor volym jämfört med Skaraborgs sjukhus. Svårt göra prognos per MVO. |
| 111       | Lungsjukvård                              |                                                                                                                                                      |
| 105       | Medicinsk gastroenterologi och hepatologi |                                                                                                                                                      |
| 156       | Dialysvård                                |                                                                                                                                                      |
| 151       | Medicinsk njursjukvård                    |                                                                                                                                                      |
| 197       | Sömnmedicin                               | Finns ej på Södra Älvsborgs sjukhus el sjukhusen i Väster.                                                                                           |

| <b>Nr</b> | <b>SOR och ingående MVO</b>   | <b>Kommentar</b>                                                                                                                         |
|-----------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 171       | Yrkesmedicinsk vård           | Bara SU                                                                                                                                  |
| <b>Nr</b> | <b>SOR Neurologi</b>          |                                                                                                                                          |
| 221       | Neurologisk vård              |                                                                                                                                          |
| 109       | Strokevård                    |                                                                                                                                          |
| 412       | Smärtbehandling               | Framför allt Sahlgrenska universitetssjukhuset, Norra Älvsborgs Länssjukhus/ Uddevalla sjukhus, registreras olika på olika förvaltningar |
| 331       | Neurokirurgisk vård           |                                                                                                                                          |
| 335       | Neurotraumatologisk vård      |                                                                                                                                          |
| 851       | Klinisk neurofysiologi        |                                                                                                                                          |
| <b>Nr</b> | <b>SOR Onkologi</b>           |                                                                                                                                          |
| 741       | Onkologisk vård, allmän       |                                                                                                                                          |
| <b>Nr</b> | <b>SOR Ortopedi</b>           |                                                                                                                                          |
| 321       | Handkirurgisk vård            |                                                                                                                                          |
| 311       | Ortopedisk vård               |                                                                                                                                          |
| 312       | Ryggsjukvård                  | Bara privat.                                                                                                                             |
| <b>Nr</b> | <b>SOR Reumatologi</b>        |                                                                                                                                          |
| 131       | Reumatologisk vård            |                                                                                                                                          |
| <b>Nr</b> | <b>SOR Rättsspsykiatri</b>    |                                                                                                                                          |
| 943       | Rättsspsykiatri               |                                                                                                                                          |
| <b>Nr</b> | <b>SOR Urologi</b>            |                                                                                                                                          |
| 361       | Urologisk vård                |                                                                                                                                          |
| <b>Nr</b> | <b>SOR Vuxenpsykiatri</b>     |                                                                                                                                          |
| 901       | Allmänpsykiatrisk vård, vuxna | Exkluderat: Utomläns digitala vårdkontakter. PV ingår inte.                                                                              |

| <b>Nr</b> | <b>SOR och ingående MVO</b> | <b>Kommentar</b>                               |
|-----------|-----------------------------|------------------------------------------------|
| 928       | Geropsykiatrisk vård        | Sahlgrenska universitetssjukhuset              |
| 945       | Alkoholsjukvård             | Framför allt Sahlgrenska universitetssjukhuset |
| 954       | Narkomanvård                | Framför allt Sahlgrenska universitetssjukhuset |
| 944       | Specialvård, psykiatrisk    |                                                |
| 096       | Psykiatrisk sjukhemsvård    | Skaraborgs sjukhus                             |

| <b>Nr</b> | <b>SOR Ögon</b> |                          |
|-----------|-----------------|--------------------------|
| 511       | Ögonsjukvård    | Mycket privat upphandlad |

| <b>Nr</b> | <b>SOR ÖNH</b>               |  |
|-----------|------------------------------|--|
| 521       | Öron-, näs- och halssjukvård |  |
| 531       | Audiologisk vård             |  |
| 541       | Foniatrisk vård              |  |
| 599       | Logopedverksamhet            |  |

# Bilaga B - Frågor till samordningsråden

## Frågor till samordningsråden

### Samordningsrådet reflektioner om framskrivningarna (scenario: demografi och demografi + trend)

Syfte: Få kvalificerad input på hur framskrivningarna tolkas.

- Stämmer framskrivningarna med er bild av utvecklingen?
  - Vad saknas eller bör tolkas med försiktighet?

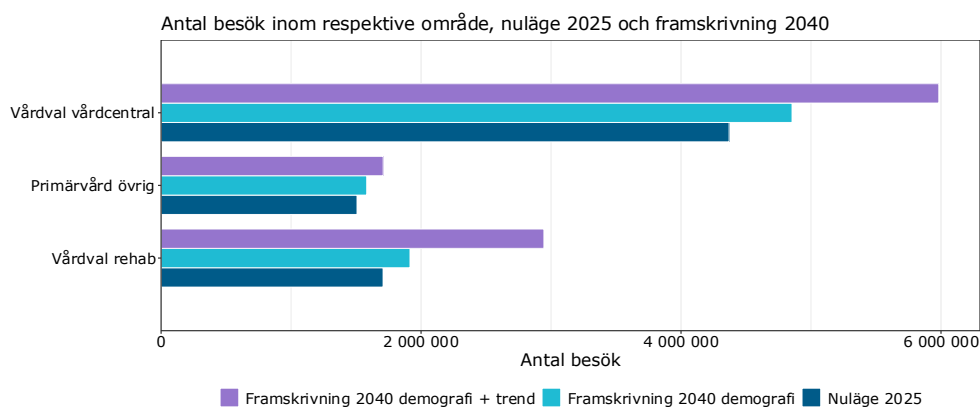
### Samordningsrådets reflektioner om förändrade vårdbehov 2026–2040

Syfte: Fånga samordningsrådets kvalitativa bedömningar av utvecklingen av framtida vårdbehov som inte syns i historisk data.

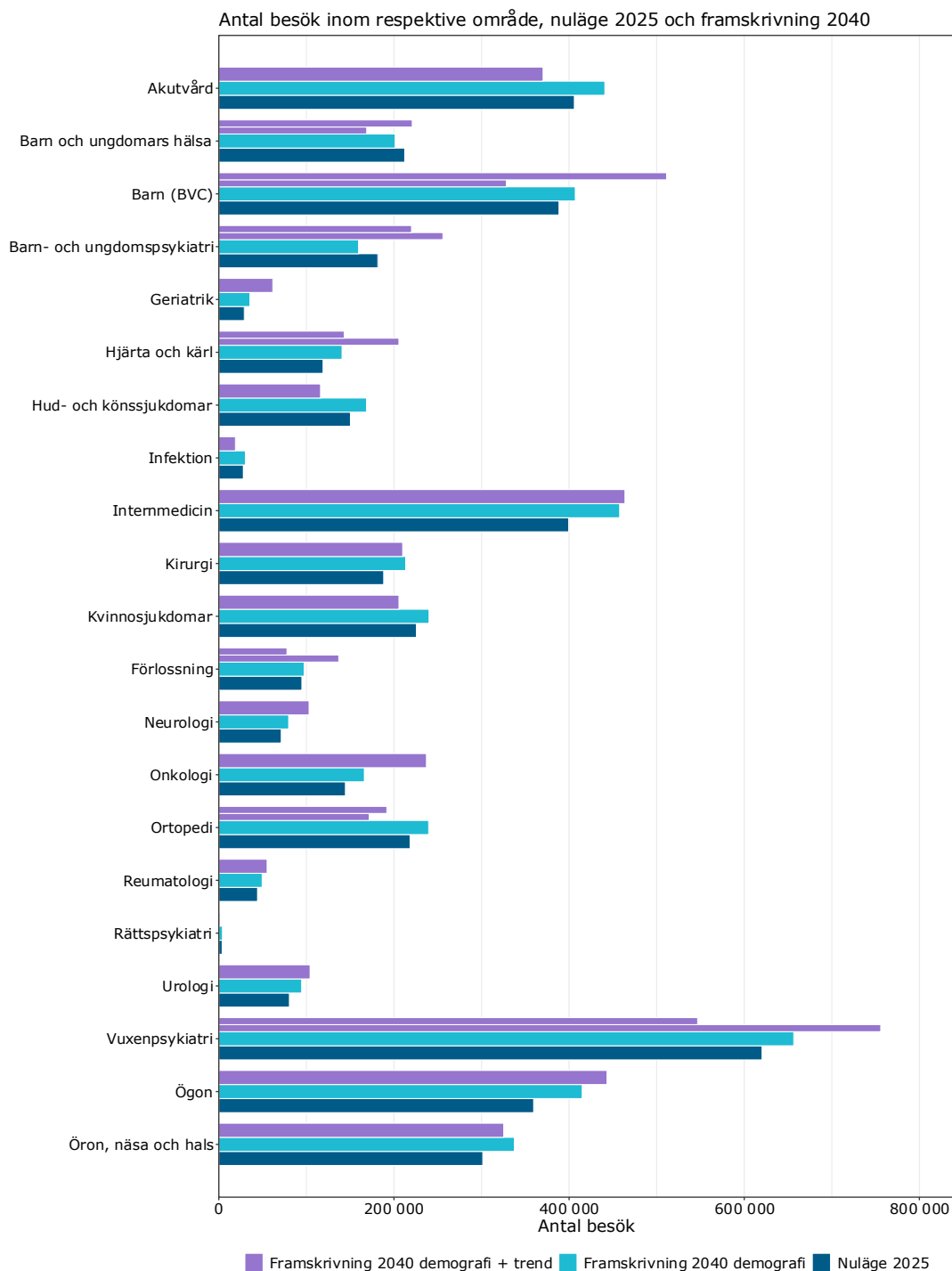
- Vilka förändringar i vårdbehov inom ert samordningsråd bedömer ni sannolikt kommer att ske under perioden 2026–2040, som inte fångas av demografi eller historiska trender? Exempel på fördjupande områden/frågor inom ramen för frågeställningen:
  - Finns det specifika diagnosgrupper eller tillstånd som ni förväntar er kommer att öka eller minska? Vad är drivkrafterna bakom förändringen (till exempel livsstil, prevention, medicinska framsteg, ändrade vårdriktlinjer)?
  - På vilket sätt kan medicinska innovationer, nya/utvecklade behandlingar eller diagnostiska metoder komma att påverka vårdbehoven inom ert område?
  - Hur bedömer ni att patienternas beteenden, preferenser eller förväntningar kommer förändras fram till 2040? Exempelvis digitala kontakter, egenvård, prevention, tillgänglighet, specialiserad vård.
  - Andra områden/frågor som ni anser vara relevanta att lyfta.

## Bilaga C – Grafer över framskrivningar fördelat på samordningsråd

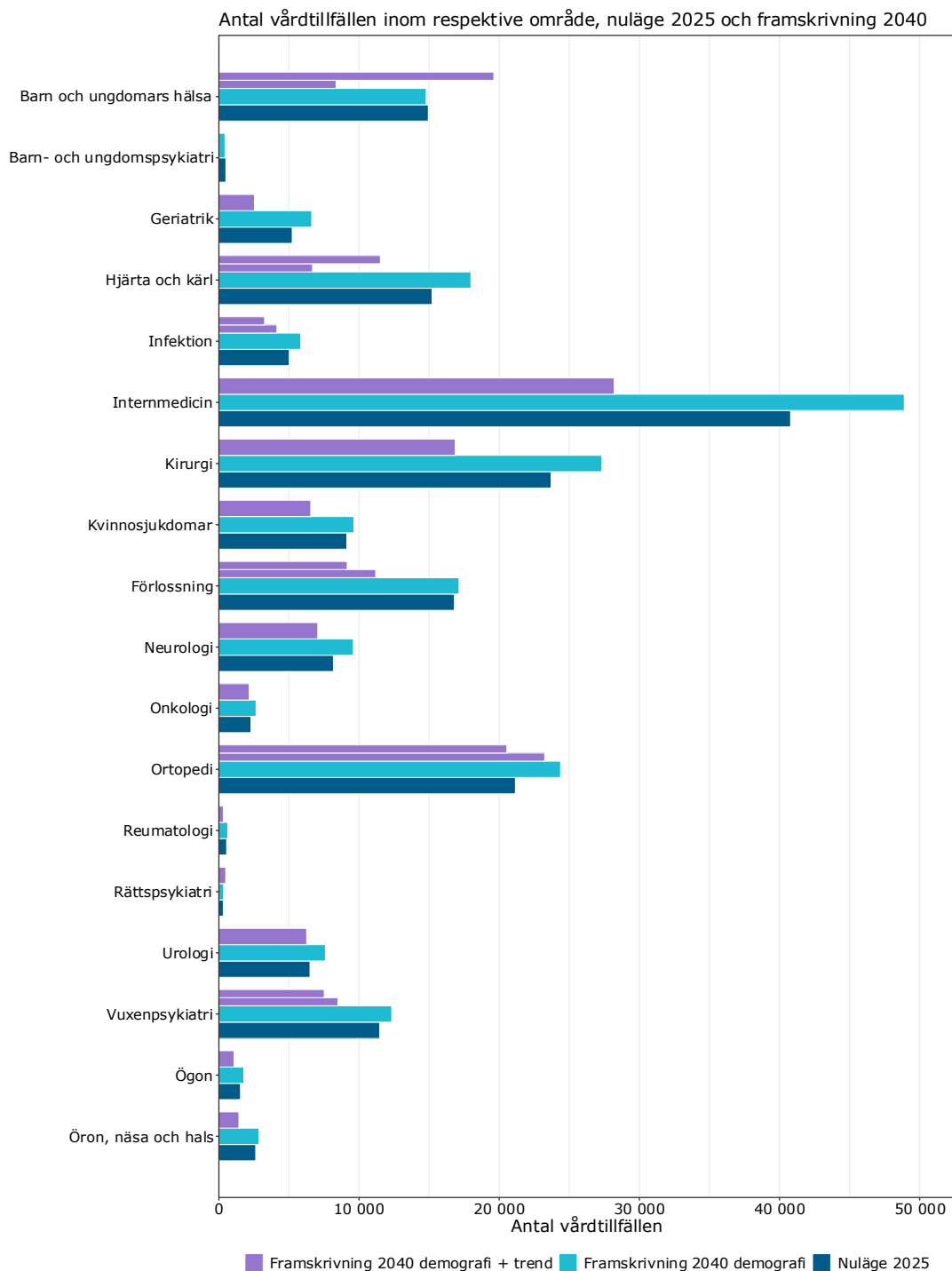
*Figur 26. Antal besök inom samordningsråd primärvård år 2025 samt skattad vårdkonsumtion 2040 enligt framskrivning baserat på demografi respektive demografi + trend. För detaljer kring respektive framskrivning, se avsnitten för respektive samordningsråd, eller tabellbilaga.*



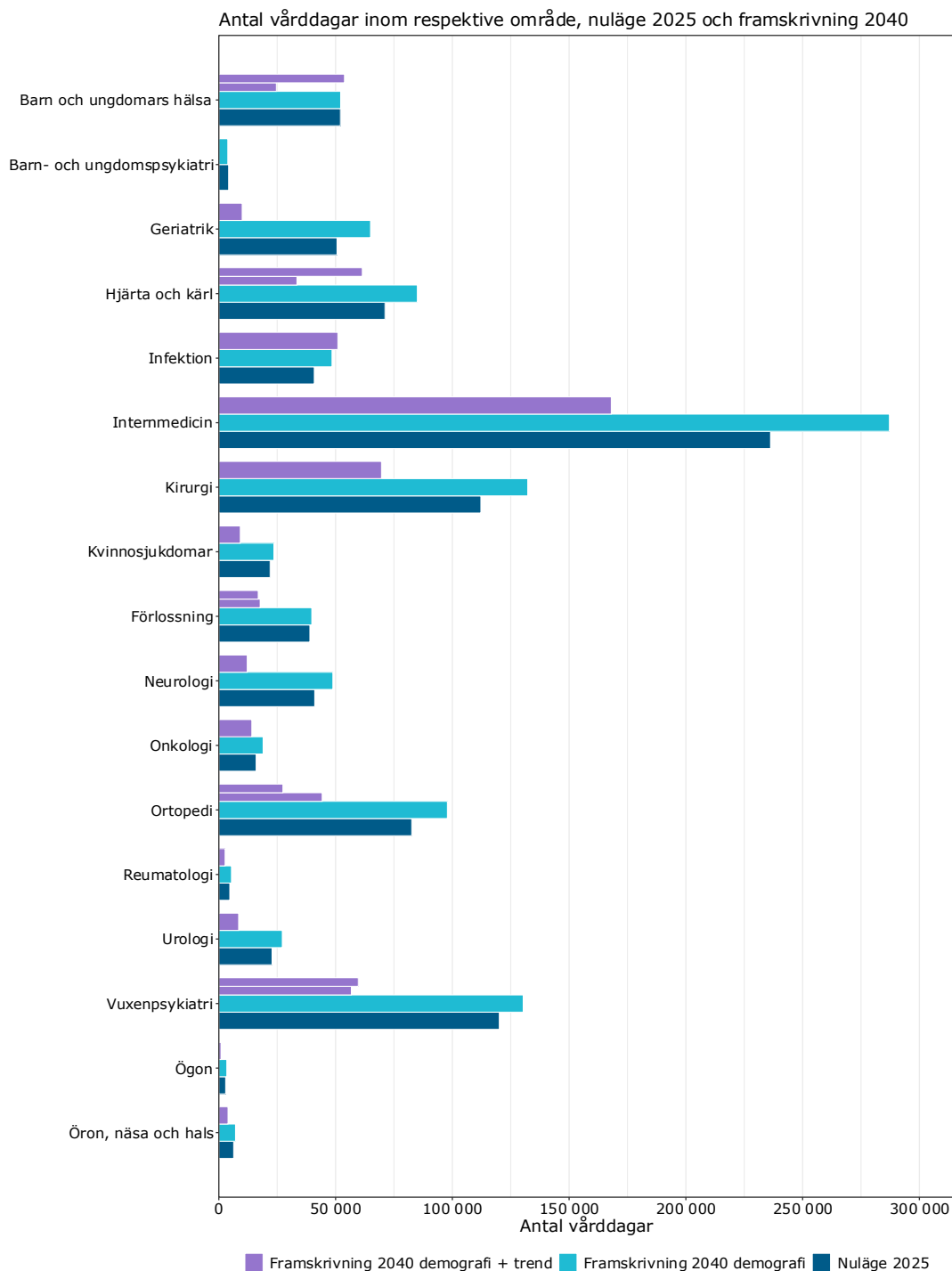
*Figur 27a. Antal besök inom specialiserad vård för respektive samordningsråd år 2025 samt skattad vårdkonsumtion 2040 enligt framskrivning baserat på demografi respektive demografi + trend. Vissa samordningsråd har flera framskrivningar baserat på trend, och dessa redovisas i denna figur med hjälp av två smalare staplar. För detaljer kring respektive framskrivning, se avsnitten för respektive samordningsråd, eller tabellbilaga.*



*Figur 27b. Antal vårdtillfällen inom specialierad vård för respektive samordningsråd år 2025 samt skattad vårdkonsumtion 2040 enligt framskrivning baserat på demografi respektive demografi + trend. Vissa samordningsråd har flera framskrivningar baserat på trend, och dessa redovisas i denna figur med hjälp av två smalare staplar. För detaljer kring respektive framskrivning, se avsnitten för respektive samordningsråd, eller tabellbilaga.*



*Figur 27c. Antal vårddagar inom specialiserad vård för respektive samordningsråd år 2025 samt skattad vårdkonsumtion 2040 enligt framskrivning baserat på demografi respektive demografi + trend. Vissa samordningsråd har flera framskrivningar baserat på trend, och dessa redovisas i denna figur med hjälp av två smalare staplar. För detaljer kring respektive framskrivning, se avsnitten för respektive samordningsråd, eller tabellbilaga.*



## Bilaga D – Tabell framskrivningar fördelat på samordningsråd

**Tabell:** Procentuell förändring mellan 2025 och 2040 avrundade till närmsta tiotal, för framskrivningar baserade på demografi och demografi och trend.

| Totalt                     | Kontakttyp     | Framskrivning procentuell förändring |                     |                         |                   |
|----------------------------|----------------|--------------------------------------|---------------------|-------------------------|-------------------|
|                            |                | Demografi                            | Demografi och trend |                         | Framskrivningsbas |
|                            |                |                                      | 2010–2025           | Annan framskrivningsbas |                   |
| Primärvård                 | Besök          | +10%                                 | +50%*               | -                       |                   |
| – DRN Göteborg             | Besök          | +10%                                 | +60%*               | -                       |                   |
| – DRN Östra                | Besök          | ±0%                                  | +30%*               | -                       |                   |
| – DRN Västra               | Besök          | +10%                                 | +60%*               | -                       |                   |
| – DRN Norra                | Besök          | ±0%                                  | +40%*               | -                       |                   |
| – DRN Södra                | Besök          | +10%                                 | +40%*               | -                       |                   |
| Specialiserad vård         | Besök          | +10%                                 | +10%*               | -                       |                   |
|                            | Vårdtillfällen | +10%                                 | -30%* **            | -                       |                   |
|                            | Vård dagar     | +20%                                 | -40%* **            | -                       |                   |
| – DRN Göteborg             | Besök          | +10%                                 | +10%*               | -                       |                   |
|                            | Vårdtillfällen | +20%                                 | -30%* **            | -                       |                   |
|                            | Vård dagar     | +20%                                 | -40%* **            | -                       |                   |
| – DRN Östra                | Besök          | ±0%                                  | +20%*               | -                       |                   |
|                            | Vårdtillfällen | +10%                                 | -20%* **            | -                       |                   |
|                            | Vård dagar     | +10%                                 | -40%* **            | -                       |                   |
| – DRN Västra               | Besök          | +10%                                 | +20%*               | -                       |                   |
|                            | Vårdtillfällen | +20%                                 | -30%* **            | -                       |                   |
|                            | Vård dagar     | +20%                                 | -40%* **            | -                       |                   |
| – DRN Norra                | Besök          | ±0%                                  | +10%*               | -                       |                   |
|                            | Vårdtillfällen | +10%                                 | -30%* **            | -                       |                   |
|                            | Vård dagar     | +10%                                 | -40%* **            | -                       |                   |
| – DRN Södra                | Besök          | +10%                                 | ±0%*                | -                       |                   |
|                            | Vårdtillfällen | +10%                                 | -20%* **            | -                       |                   |
|                            | Vård dagar     | +10%                                 | -40%* **            | -                       |                   |
| Kostnad specialiserad vård | Besök          | +10%                                 | -                   | +80%*                   | 2010–2024         |
|                            | Vårdtillfällen | +10%                                 | -                   | +70%*                   | 2010–2024         |
| – DRN Göteborg             | Besök          | +10%                                 | -                   | +90%*                   | 2010–2024         |
|                            | Vårdtillfällen | +20%                                 | -                   | +90%*                   | 2010–2024         |
| – DRN Östra                | Besök          | ±0%                                  | -                   | +60%*                   | 2010–2024         |
|                            | Vårdtillfällen | +10%                                 | -                   | +50%*                   | 2010–2024         |
| – DRN Västra               | Besök          | +10%                                 | -                   | +90%*                   | 2010–2024         |
|                            | Vårdtillfällen | +20%                                 | -                   | +70%*                   | 2010–2024         |
| – DRN Norra                | Besök          | ±0%                                  | -                   | +60%*                   | 2010–2024         |
|                            | Vårdtillfällen | +10%                                 | -                   | +60%*                   | 2010–2024         |
| – DRN Södra                | Besök          | +10%                                 | -                   | +70%*                   | 2010–2024         |
|                            | Vårdtillfällen | +10%                                 | -                   | +50%*                   | 2010–2024         |

\*Covid-19-åren exkluderade ur framskrivningsbasen

\*\*Trend beräknad med Poissonregression

|                                  |                | Framskrivning procentuell förändring |                     |                         |                   |
|----------------------------------|----------------|--------------------------------------|---------------------|-------------------------|-------------------|
| Totalt                           | Kontakttyp     | Demografi                            | Demografi och trend |                         |                   |
|                                  |                |                                      | 2010–2025           | Annan framskrivningsbas | Framskrivningsbas |
| SAMORDNINGSRÅD                   |                |                                      |                     |                         |                   |
| Akutvård                         | Besök          | +10%                                 | -                   | -10%*                   | 2012–2025         |
| Barn och ungdomars hälsa         | Besök          | -10%                                 | -20%                | ±0%                     | 2020–2025         |
|                                  | Besök BVC      | +10%                                 | -20%                | +30%                    | 2020–2025         |
|                                  | Vårdtillfällen | ±0%                                  | -40%                | +30%                    | 2016–2025         |
|                                  | Vårddagar      | ±0%                                  | -50%                | ±0%                     | 2016–2025         |
| Barn- och ungdomspsykiatri       | Besök          | -10%                                 | +40%                | +20%                    | 2018–2025         |
|                                  | Vårdtillfällen | -10%                                 | Ej tillämpligt      | -                       |                   |
|                                  | Vårddagar      | -10%                                 | Ej tillämpligt      | -                       |                   |
| Geriatrisk                       | Besök          | +20%                                 | +110%*              | -                       |                   |
|                                  | Vårdtillfällen | +30%                                 | -                   | -50%*                   | 2014–2025         |
|                                  | Vårddagar      | +30%                                 | -                   | -80%*                   | 2017–2025         |
| Hjärta och kärl                  | Besök          | +20%                                 | +70%                | +20%                    | 2021–2025         |
|                                  | Vårdtillfällen | +20%                                 | -                   | -60%                    | 2012–2025         |
|                                  | Vårddagar      | +20%                                 | -                   | -50%                    | 2012–2025         |
| Hud- och kön                     | Besök          | +10%                                 | -20%*               | -                       |                   |
|                                  | Vårdtillfällen | Ej tillämpligt                       | Ej tillämpligt      | -                       |                   |
|                                  | Vårddagar      | Ej tillämpligt                       | Ej tillämpligt      | -                       |                   |
| Infektion                        | Besök          | +10%                                 | -30%*               | -                       |                   |
|                                  | Vårdtillfällen | +20%                                 | -                   | -20%*                   | 2012–2025         |
|                                  | Vårddagar      | +20%                                 | +30%*               | -                       |                   |
| Internmedicin                    | Besök          | +20%                                 | +20%                | -                       |                   |
|                                  | Vårdtillfällen | +20%                                 | -30%**              | -                       |                   |
|                                  | Vårddagar      | +20%                                 | -30%**              | -                       |                   |
| Kirurgi                          | Besök          | +10%                                 | +10%*               | -                       |                   |
|                                  | Vårdtillfällen | +20%                                 | -30%* **            | -                       |                   |
|                                  | Vårddagar      | +20%                                 | -40%* **            | -                       |                   |
| Kvinnosjukdomar                  | Besök          | +10%                                 | -                   | -10%*                   | 2012–2025         |
|                                  | Vårdtillfällen | +10%                                 | -                   | -30%*                   | 2012–2025         |
|                                  | Vårddagar      | +10%                                 | -                   | -60%*                   | 2012–2025         |
| Förlossning                      | Besök          | ±0%                                  | -                   | +40%                    | 2012–2025         |
|                                  | Vårdtillfällen | ±0%                                  | -                   | -30%                    | 2012–2025         |
|                                  | Vårddagar      | ±0%                                  | -                   | -60%                    | 2012–2025         |
| Neurologi                        | Besök          | +10%                                 | +50%                | -                       |                   |
|                                  | Vårdtillfällen | +20%                                 | -10%                | -                       |                   |
|                                  | Vårddagar      | +20%                                 | -70%                | -                       |                   |
| Onkologi                         | Besök          | +20%                                 | +60%                | -                       |                   |
|                                  | Vårdtillfällen | +20%                                 | -10%                | -                       |                   |
|                                  | Vårddagar      | +20%                                 | -10%                | -                       |                   |
| Ortopedi                         | Besök          | +10%                                 | -                   | -20%                    | 2012–2019         |
|                                  | Vårdtillfällen | +20%                                 | -                   | +10%                    | 2010-2019         |
|                                  | Vårddagar      | +20%                                 | -                   | -50%                    | 2010-2019         |
| Primärvård - vårdval vårdcentral | Besök          | +10%                                 | +40%*               | -                       |                   |
| Primärvård - vårdval rehab       | Besök          | +10%                                 | -                   | +70%*                   | 2015–2025         |
| Primärvård - övrig               | Besök          | +10%                                 | -                   | +10%                    | 2019–2025         |

|                  |                | Framskrivning procentuell förändring |                     |                         |                   |
|------------------|----------------|--------------------------------------|---------------------|-------------------------|-------------------|
| Totalt           | Kontakttyp     | Demografi                            | Demografi och trend |                         |                   |
|                  |                |                                      | 2010–2025           | Annan framskrivningsbas | Framskrivningsbas |
| SAMORDNINGSRÅD   |                |                                      |                     |                         |                   |
| Reumatologi      | Besök          | +10%                                 | -                   | +30%                    | 2020–2025         |
|                  | Vårdtillfällen | +20%                                 | -                   | -40%                    | 2020–2025         |
|                  | Vårddagar      | +20%                                 | -                   | -40%                    | 2020–2025         |
| Rättspsykiatri   | Besök          | +10%                                 | -60%                | -                       |                   |
|                  | Vårdtillfällen | +10%                                 | +60%                | -                       |                   |
|                  | Vårddagar      | Ej tillämpligt                       | Ej tillämpligt      | Ej tillämpligt          | Ej tillämpligt    |
| Urologi          | Besök          | +20%                                 | +30%                | -                       |                   |
|                  | Vårdtillfällen | +20%                                 | ±0%                 | -                       |                   |
|                  | Vårddagar      | +20%                                 | -60%                | -                       |                   |
| Vuxenpsykiatri   | Besök          | +10%                                 | +20%                | -10%                    | 2018–2025         |
|                  | Vårdtillfällen | +10%                                 | -30%**              | -30%**                  | 2018–2025         |
|                  | Vårddagar      | +10%                                 | -50%**              | -50%**                  | 2018–2025         |
| Ögon             | Besök          | +20%                                 | +20%*               | -                       |                   |
|                  | Vårdtillfällen | +20%                                 | -30%*               | -                       |                   |
|                  | Vårddagar      | +20%                                 | -70%*               | -                       |                   |
| Öron, näsa, hals | Besök          | +10%                                 | -                   | +10%* **                | 2012–2025         |
|                  | Vårdtillfällen | +10%                                 | -                   | -50%* **                | 2012–2025         |
|                  | Vårddagar      | +10%                                 | -                   | -40%* **                | 2012–2025         |

\*Covid-19-åren exkluderade ur framskrivningsbasen

\*\*Trend beräknad med Poissonregression