

Fakta om väntetider i vården



Sveriges
Kommuner
och Regioner

Förord

Många människor berörs av väntetider till vården. I nuläget är drygt 700 000 patienter inne i vårdprocesser i den specialiserade vården. Omsättningen är också stor, de senaste 12 månaderna har 3,7 miljoner besök och operationer som omfattas av vårdgarantin genomförts inom den specialiserade vården.

Men väntetider är ingenting nytt. De har följts upp under många decennier och beskrivits som problem ända sedan 1960-talet.

Syftet med den här rapporten är att presentera fakta om väntetider i den specialiserade vården utifrån flera olika perspektiv. Det aktuella läget beskrivs, liksom utvecklingen de senaste tio åren, samt en framskrivning av vad som skulle krävas för att helt ta bort alla köer. Analyser är gjorda utifrån jämställdhets- och åldersperspektiv. I rapporten ingår jämförelser med andra OECD-länder samt en redovisning av hur befolkningen och patienterna uppfattar väntetiderna. Det finns även ett antal exempel på ändrade arbetssätt.

Rapporten presenterar data i aggregerad form i syfte att ge en bild på nationell nivå. Som i alla sammanhang finns variationer mellan olika verksamheter när data bryts ner. Långa väntetider kan leda till lidande för patienter och en ökad stress för personalen, de konsekvenserna synliggörs inte med detta angreppssätt. Rapporten är avgränsad till att belysa väntetider i den specialiserade vården.

Rapporten riktar sig till förtroendevalda och tjänstepersoner på regional och nationell nivå, liksom till andra personer och organisationer som är intresserade av väntetidsfrågans komplexitet. I diagrammen som visas i den här rapporten ingår patienter med självvald väntan och medicinskt orsakad väntan. All fakta kommer från öppna källor som Väntetidsdatabasen, Vården i siffror, Kvalitetsregister, SCB och OECD:s statistikdatabaser.

Stockholm i november 2022

Emma Spak

Sektionschef

Sektionen för hälso- och sjukvård

Avdelningen för vård och omsorg

Innehåll

Sammanfattning	5
Bakgrund.....	9
Den nationella vårdgarantin	10
Väntetidsdatabasen.....	11
Så länge väntar patienterna idag.....	13
Så länge har patienter väntat de senaste 10 åren.....	28
Väntande och genomförda första besök och operationer/åtgärder	28
Internationell jämförelse av väntetider till operation.....	32
Patienters och befolkningens åsikter om väntetider.....	34
Djupdykning inom några vårdutbud med många patienter och/eller väntande.....	36
Kataraktkirurgi	36
Knä- och höftplastiker.....	39
Ljumskbräckkirurgi	42
Cancer	46
Bröstcancer	50
Prostatacancer	52
Exempel på ändrade arbetssätt	56
Teledermatoskopi vid misstanke om malignt melanom	56
En väg in för psykisk hälsa.....	57
Digital konsultation	58
Vad är en väntetid och vad är en kö?.....	59
Vad krävs för att korta köerna	62
Diskussion	69
Ökad produktion krävs för att vända utvecklingen	69
De flesta får vård inom rimlig tid.....	70
Ökad kvalitet.....	71
Tillgänglighet handlar om mer än väntetider	72
Referenser.....	74

Sammanfattning

Långa väntetider till planerad specialiserad vård har länge varit ett omdiskuterat problem i Sverige. Med start 1992 har olika vårdgarantier avlöst varandra.

Målet med den nationella vårdgarantin är att öka tillgängligheten till vården och avveckla köer och väntetider. Från att initialt omfatta några utvalda diagnoser med långa väntetider i den specialiserade vården har arbetet breddats och fördjupats genom åren. Idag omfattas även väntetider inom primärvård, fler diagnoser och behandlingar, fler yrkesgrupper och även följsamhet till hela vårdförlopp.

2000 genomfördes den första nationella mätningen av väntetider inom den planerade specialiserade vården. SKR har sedan dess ansvarat för att följa upp måluppfyllelsen till vårdgarantin. Omkring 2012 var väntetiderna som kortast. Därefter har de återigen ökat, inte minst de senaste tre åren.

Den nationella vårdgarantin är sedan 2010 en lagstadgad skyldighet för regionerna som innebär att den som är patient ska:

- få kontakt med primärvården inom **0 dagar**.
- få en medicinsk bedömning inom **3 dagar**.
- få ett första besök i den specialiserade vården inom **90 dagar**.
- få en operation eller annan åtgärd inom den specialiserade vården inom **90 dagar** efter beslut om behandling

Statistik för tre olika typer av väntetider tas fram och beräknas på olika sätt. Patienter som blivit erbjudna en kontakt inom vårdgarantins tidsgräns men som själva valt att vänta längre tid, till exempel för att få komma till en viss vårdgivare, är exkluderade ur statistiken.

Väntetidsdatabasen innehåller inga personnummer varför möjligheten att göra analyser är begränsade. De väntande registreras i den region där vården är planerad att utföras eller har genomförts.

Data från Väntetidsdatabasen visar att den 30 september 2022 har 543 567 patienter bedömts vara i behov av ett första besök på en mottagning inom den specialiserade hälso- och sjukvården men ännu inte fått det genomfört. Samma

datum är det 196 415 patienter som bedömts vara i behov av någon form av operation eller åtgärd. Detta motsvarar cirka 2 månaders vårdproduktion av första besök och 7 veckors vårdproduktion av operationer och andra åtgärder.

Alla väntar inte lika länge. Det finns en grupp som kommer snabbt till besök och operation/ åtgärd. Övriga får vänta motsvarande vårdgarantins borte gräns eller längre. Grupper som väntat länge skiljer sig inte åt jämfört med dem som väntat 1–3 månader. Ålders- och könsfördelningen är förvånansvärt lika oavsett väntetidens längd. Detta gäller såväl för första besök som för operation/åtgärd. Inom vilket verksamhetsområde man väntar på att få sitt besök respektive sin operation/åtgärd utförd, verkar heller inte ha någon större betydelse för väntetidens längd. I materialet ses inga tecken till att väntetider för patienter påverkas negativt på grund av kön eller ålder. Analysen är gjord på det totala materialet och omotiverade skillnader beroende av ålder och kön kan finnas i mindre och mer specifika urval.

Knappt hälften av alla omhändertagna patienter har fått sitt första besök inom 30 dagar under september 2022. Gränsen för vårdgarantin, 90 dagar, har klarats för 73%. Av de som väntat mer än 90 dagar har 1,4 procentenheter eller knappt 3 500 personer väntat mer än ett år.

Drygt hälften av de patienter som fått sin operation/åtgärd utförd under september 2022 har väntat kortare tid än 30 dagar. Mer än tre fjärdedelar av operationer/åtgärder har gjorts för patienter som väntat kortare tid än vårdgarantins 90 dagar. 3 075 eller 2,7% av operationerna gjordes på personer som väntat mer än ett år.

Verksamhetsområdena ögon, öron-näsa-hals och ortopedi har flest genomförda operationer/åtgärder. Allmän psykiatri hamnar högt på operationer/åtgärder med sina olika behandlingar som klassas som ”relaterade till mänsklig struktur och psyke” enligt den åtgärdskodning som finns för åtgärder, operationer och behandlingar. Drygt 5 000 barn väntar på åtgärd inom barnpsykiatri.

Patientvald väntan innebär att patienten blivit erbjuden en kontakt inom vårdgarantins tidsgräns men själv valt att vänta längre tid. En orsak kan till exempel vara att få komma till en viss vårdgivare. Medicinskt orsakad väntan avser patienter vars väntetid påverkats av medicinska orsaker, till exempel att en operation skjutits fram på grund av en annan sjukdom hos patienten. Båda

grupperna är ungefär lika små och omfattningen av denna förlängda väntetid handlar om enstaka procent. Störst är gruppen med självvald väntan till operation som ligger på 8 procent.

De senaste 10 åren har antalet patienter som väntar på en operation/åtgärd successivt ökat för att accelerera runt årsskiftet 2020–2021. Här kan det delvis vara den nya rapporteringsmodell som började användas 2021 som får genomslag men också pandemieffekter och effekter av svårigheter att rekrytera personal med rätt kompetens till vården.

Just nu ökar inflödet till första besök i något snabbare takt än vad vården förmått genomföra dem. En relativt liten minskning av antalet genomförda första besök jämfört med nytillkomna patienter ökar snabbt antalet väntande om förhållandet kvarstår under flera månader i följd. Det är alltså viktigt att planera kapaciteten för första besök så att den anpassa till det inkommande remissflödet.

En annan iakttagelse är att det finns tydliga säsongsvariationer kopplande till semesterperioder och helgdagar. De finns för genomförda första besök, men kanske framför allt för genomförda operationer/åtgärder och som bidrar till ett ökande antal väntande.

Väntetider till vård kan inte diskuteras isolerat. De måste alltid värderas i förhållande till vårdens resultat. Svensk hälso- och sjukvård håller hög medicinsk kvalitet och utvecklas ständigt. Under alla år som vården kämpat med väntetider har kvaliteten på vårdens åtgärder kraftigt förbättrats till gagn för patienterna. Överlevnaden i cancer har ökat, andelen omoperationer har minskat inom flera områden och äldre personer får i högre utsträckning del av olika behandlingar än tidigare.

Inrättande av särskilda enheter och dagkirurgi för planerad vård med industriella patientflöden vid såväl offentliga som privata sjukhus har möjliggjort den kraftiga produktionsökning som skett inom vissa områden. Antalet kataraktoperationer har ökat med över 100 000 per år sedan 1992 där halva ökningen består av fler patienter och andra halvan av personer som fått andra ögat opererat. Antalet knä- och höftplastikoperationer som utförs per år är idag nästan dubbelt så stort som för 20 år sedan.

Inom cancervården är verksamheten mer komplex. Ett bra behandlingsresultat förutsätter ett väloljat samarbete mellan organspecialister, onkologer, radiologer, patologer, operationsenheter, strålbehandlingsenheter och enheter för cytostatikabehandling. Patienterna har idag i hög utsträckning tillgång till en fast vårdkontakt och val av behandling görs efter multidisciplinära behandlingskonferenser. Ambitionsnivån för ledtider vid cancer är också betydligt högre än för andra diagnoser.

Ett angeläget problem är den stora variationen i väntetider mellan olika regioner. Idag blir det allt vanligare att patienter i regioner med längre väntetider erbjuds operation i en annan region. Under 2021 utfördes exempelvis 8 procent av alla kataraktoperationer utanför den egna regionen.

Närmare 90 procent uppgav år 2021 i Nationell patientenkät att de ansåg att de fått sitt besök i rimlig tid. Detta kan jämföras med befolkningens uppfattning i Vårdbarometern som är långt mycket sämre, bara 55 procent. De äldre anser i högre utsträckning att väntetiderna är rimliga än de yngre och de som besökt vården är generellt mer positiva än de som varit friska.

Bakgrund

Redan under senare delen av 1960-talet började Socialstyrelsen rapportera långa väntetider till vård. Det första nationella initiativet för att minska köerna togs 1987. Statliga medel avsattes till Socialstyrelsen och landstingen kunde ansöka om att få ta del av dessa för att öka antalet kranskärls- höftleds- och katarakt-operationer, områden som hade årslånga väntetider. Fortsatta stimulansmedel för en förbättrad tillgänglighet gavs år 1990 via Dagmar 50.

Staten och Landstingsförbundet enades om att införa en vårdgaranti 1992. Denna första garanti omfattade 12 insatser, varav 10 var operativa ingrepp inom planerad specialiserad vård. Dessa områden utgjorde omkring tjugo procent av totala antalet operationer och alla hade särskilt långa väntetider. En utvärdering av garantins effekter gjordes och det konstaterades då att köer och väntetider hade minskat, men att effekten av denna garanti, liksom tidigare allmänna satsningar på enstaka diagnosområden, blev kortvarig. Problemen ökade på nytt under åren 1994 och 1995.

Genom Dagmaröverenskommelsen för år 1998 fick Landstingsförbundet ansvar för arbetet med att utveckla en nationell väntetidsuppföljning och databas. Projektet ”Väntetider i vården” genomfördes mellan 1998–2004. År 2000 genomfördes den första nationella mätningen av väntetider inom den planerade specialiserade vården.

En ny nationell vårdgaranti trädde i kraft 2005 med tidsgränserna 0-7-90-90 dagar. De första åren sågs förbättrade resultat, men variationerna mellan landstingen och mellan specialiteterna var stora. I slutet av 2008 fattades beslut om en särskild nationell satsning ”för en fungerande vårdgaranti”, som i dagligt tal kom att kallas för ”Kömiljarden”. Överenskommelsen innebar att ett resurstillskott om en miljard kronor per år skulle fördelas till landstingen, denna gång prestationsbaserat. 2010 blev den nationella vårdgarantin lag och samma år kunde man för första gången avläsa ett positivt nationellt genombrott för väntetidsläget. Vårdgarantin uppfylldes då generellt för cirka 9 av 10 patienter.

Kring utvecklingen av den nationella väntetidsdatabasen (Signe¹) startade SKL 2012 arbetet, ”Led i helheten”, som har lett fram till redovisning av ledtider för bild- och funktionsmedicin samt neurofysiologi, ledtider inom patologi, cytologi och hematopatologi samt uppföljning av återbesök inom planerad specialiserad vård.

Utvecklingen har också gått vidare med att följa upp hela vårdförlopp. SVF (Standardiserade vårdförlopp) initierades år 2015 av regeringen och SKL. Där beskrivs hur lång tid det får ta för hela förloppet mellan välgrundad misstanke och start av behandling. Arbets sättet infördes först inom cancervården och har sedan utvidgats till att omfatta fler sjukdomar. Data rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen på SKR (Signe).

2019 förändrades vårdgarantin inom primärvården i och med att 3 dagar till medicinsk bedömning ersatte 7 dagar till läkarbesök. En medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården ska ske inom tre dagar från det att personen sökt kontakt med primärvården.

Uppföljningsmodellen inom specialiserad vård är sedan 2020 mer utförlig än tidigare och innehåller både väntande och genomförda besök och behandlingar. Alla legitimerade yrkesgrupper ingår liksom fler verksamheter som till exempel habilitering, geriatrik/rehabilitering och infektion.

Den nationella vårdgarantin

Målet med vårdgarantin är att öka tillgängligheten till vården samt att avveckla köer och väntetider. Den nationella vårdgarantin är en lagstadgad skyldighet för regionerna att tillse att patienten:

- får kontakt med primärvården inom **0 dagar**.
- får en medicinsk bedömning inom **3 dagar**.
- får ett förstabesök i den specialiserade vården inom **90 dagar**.
- får en operation eller annan åtgärd inom den specialiserade vården inom **90 dagar** efter beslut om behandling

¹ Sjukvårdens informationssystem för Genomförande av Nationell uppföljning – e-tjänst.

Uppföljning av vårdgarantin sker genom att följa upp andelen som fått:

- telefonkontakt i primärvården **0**
- medicinsk bedömning gjord av legitimerad personal i primärvård **3**
- förstabesök i den specialiserade vården **90**
- operation eller annan åtgärd inom den specialiserade vården efter beslut om behandling **90**

Väntetidsdatabasen

För att kunna följa upp vårdgarantin har regeringen i hälso- och sjukvårdslagen 9 kap § 3 skrivit in att regionerna ska rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas. Väntetidsdatabasen tillhandahålls av SKR. Staten bidrar till finansieringen genom årliga överenskommelser mellan SKR och regeringen. I databasen finns stora mängder information om besök och väntetider i vården. Varje månad rapporterar regionerna in data och årligen rapporteras omkring 20 miljoner kontakter för primärvården och lika många för den specialiserade vården.

Sammanställd statistik över väntetider och tillgänglighet till svensk hälso- och sjukvård utifrån den lagstadgade vårdgarantin visas på väntetider.se. Där går det att se hur många som väntar och hur lång väntetiden förväntas bli men också hur lång den faktiska väntetiden blev. Patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan är exkluderad i de utfall som visas där.

Väntetidsdatabasens innehåll är så gott som komplett, då såväl regionernas som större delen av privat vård ingår, och erbjuder goda möjligheter till analyser. Den är uppbyggd runt vårdkontakter, men saknar personnummer eller annan kod för att identifiera enskilda patienter. De gör att det inte går att se hur många personer som står som väntande till flera olika första besök eller operationer/åtgärder. Det går heller inte att följa enskilda patienter från besök på mottagning till operationer eller deras rörelser över regiongränserna. De väntande och genomförda förstabesök och operationer/åtgärder registreras i den region där vården är planerad att utföras eller har genomförts.

För att kunna följa patienter som utreds via ett Standardiserat vårdförlopp, SVF, rapporterar regionerna in datum för beslut om välgrundad misstanke och start av behandling (eller avslut av annan orsak, till exempel ej cancer). En svårighet är att de två mätpunkterna för start och slut (välgrundad misstanke och start av

behandling) ofta sätts vid olika kliniker eller på olika sidor av andra administrativa gränser. Ibland sätts mätpunkterna inte ens inom samma region. Det gör det extra svårt att få till stånd en fullständig rapportering med rättvisande mätpunkter. Täckningsgraden i regionernas inrapportering av SVF-mätpunkterna varierar också, dels mellan regionerna, dels mellan diagnoser.

Så länge väntar patienterna idag

Data från Väntetidsdatabasen visar att den 30 september 2022 har 543 567 patienter bedömts vara i behov av ett första besök på en mottagning inom den specialiserade hälso- och sjukvården men ännu inte fått det genomfört. Samma datum är det 196 415 patienter som bedömts vara i behov av någon form av operation eller åtgärd. Det är alltså sammanlagt cirka 740 000 patienter som är inne i vårdprocesserna för planerad vård inom den specialiserade hälso- och sjukvården i Sverige. Det är knappast lika många enskilda individer eftersom en person kan finnas i flera olika vårdprocesser samtidigt. Siffrorna är hämtade från SKR:s väntetidsdatabas och där är det inte möjligt att spåra enskilda personer.

I samma databas finns uppgifter om hur många patienter som under den gångna månaden fått ett första besök och en operation genomförd. De genomförda besöken uppgår till 243 966 och operationerna är 112 714 till antalet eller sammanlagt ungefär 355 000 besök och operationer. Antalet väntande motsvarar alltså drygt 2 månaders genomförda besök. För operationerna är kvoten 1,75, alltså ungefär 7 veckors genomförda operationer.

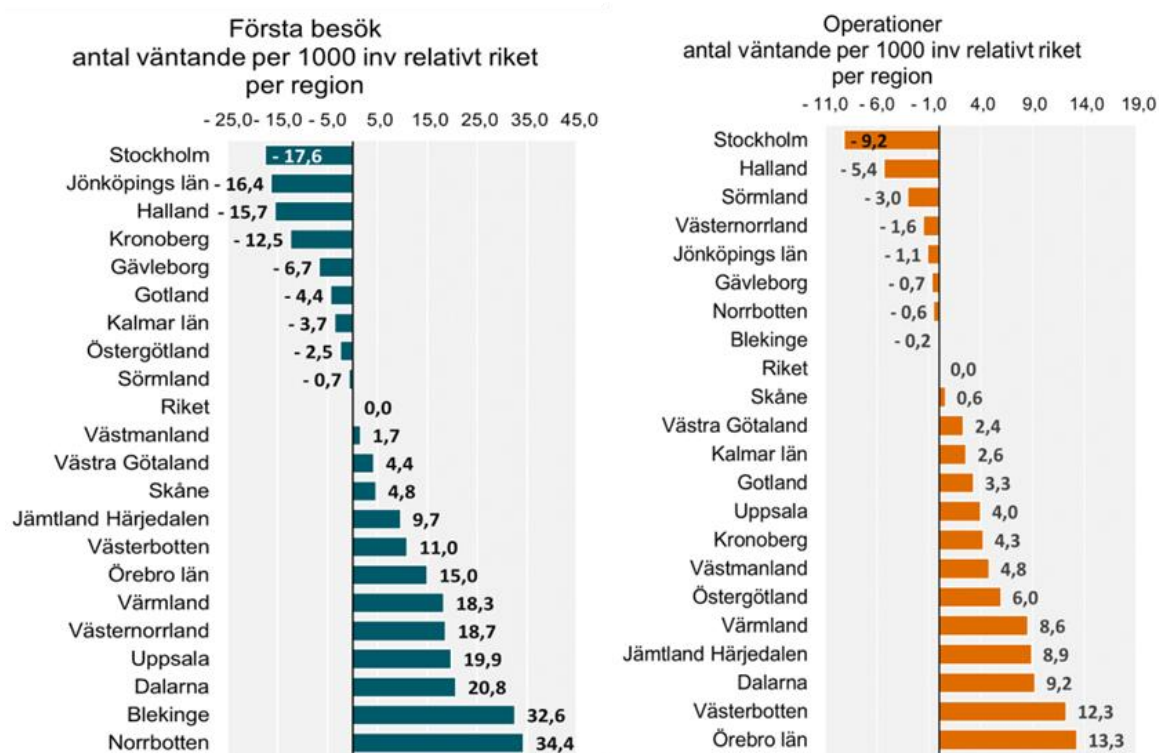
Alla siffror i rapporten som har Väntetidsdatabasen som källa avser totalen. Patienter som själva valt att vänta och de som väntar av medicinska orsaker ingår och har alltså inte exkluderats.

Om inte annat anges så avser data läget den 30 september 2022 när det gäller de väntande. För genomförda första besök och operationer/åtgärder är mätperioden 1 – 30 september om inte annat anges.

Väntande patienter

Variationen i antalet väntande patienter mellan landets 21 olika regioner är ganska stor även om det relateras till invånarantalet. I graferna nedan har ingen hänsyn tagits till var patienterna är folkbokförda utan de väntande har registrerats i den region där vården är planerad att utföras. Regioner med högspecialiserad vård och många privata utförare får därigenom relativt sett många väntande patienter.

Diagram 1: Antal väntande till besök och antal väntande till operation per 1 000 invånare i regionerna och relaterat till riket

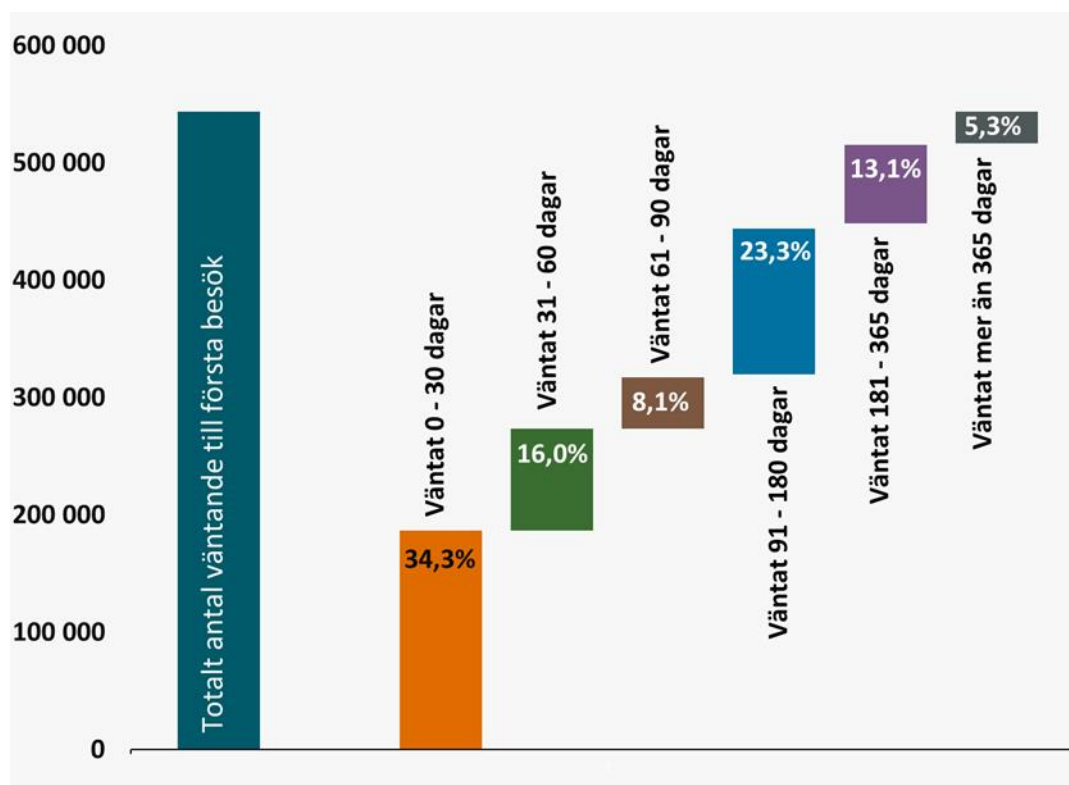


Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg

Väntetidsdatabasen delar månadsvis in de väntande i 30-dagars intervaller utifrån hur länge de varit planerade för ett besök eller operation utan något genomförande. Efter vårdgarantins 90 dagar är indelning stegvis 90 – 180 dagar, 181 – 365 dagar och slutligen 365 dagar eller längre.

Den 30 september 2022 har en tredjedel av de drygt 500 000 behövande patienterna väntat 30 dagar eller mindre på att få ett första besök genomfört. 58,4% eller 317 375 har väntat upp till 90 dagar på besöket. Gruppen som väntat mer än 90 dagar utgör sammanlagt 226 000 och nästan exakt 100 000 patienter har väntat mer än ett halvår. 5,3% eller 28 590 av patienterna har väntat ett helt år eller längre. Den genomsnittliga väntetiden är 121,7 dagar och medianvärdet är 53 dagar.

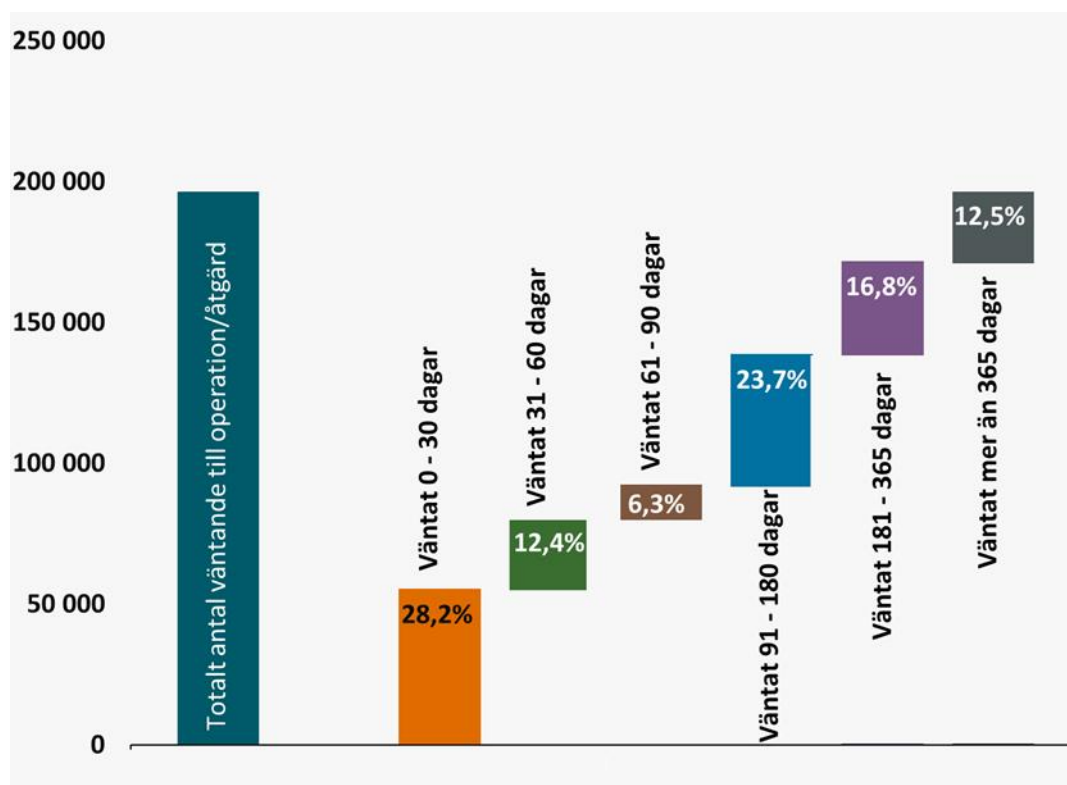
Diagram 2: Antal väntande till besök grupperat på antal väntedagar



Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg

Gruppen som är planerad för en operation eller annan åtgärd utgör den 30 september över 196 000. Drygt 92 000 eller 47,0% av har väntat upp till 90 dagar. Längre än 90 dagar har över 104 000 av patienterna väntat. Av dem har nästan 25 000 väntat längre än ett år. Den genomsnittliga väntetiden den 30 september var 200,6 dagar och medianvärdet 81 dagar.

Diagram 3. Antal väntande till operation grupperat på antal väntedagar



Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg

För att få en bild av vad som är planerat för de 750 000 personer som befinner sig i flödet vid en given tidpunkt ger väntetidsdatabasen möjlighet att sammanställa till vilka medicinska verksamhetsområden som de är planerade. Det gäller såväl till första besök som till operation/åtgärd.

Tabell 1: Antal väntande till besök och operation fördelat på medicinska verksamhetsområden

Väntande till första besök	antal	Väntande till operation/åtgärd	antal
Medicinskt verksamhetsområde	väntande	Medicinskt verksamhetsområde	väntande
Ögonsjukvård	96 062	Ortopedi	38 509
Öron-näsa-halssjukvård	88 143	Öron-näsa-halssjukvård	33 541
Ortopedi	62 878	Allmän kirurgi	31 221
Kvinnosjukvård	48 048	Ögonsjukvård	31 040
Hudsjukvård	36 843	Kvinnosjukvård	12 304
Allmän kirurgi	30 551	Allmän psykiatri	11 106
Barn- och ungdomsmedicin	26 603	Urologi	10 293
Urologi	19 918	Handkirurgi	7 420
Allmän psykiatri	18 405	Barn- och ungdomspsykiatri	5 305
Allmän internmedicin	17 824	Plastikkirurgi	4 431
Kardiologi	11 868	Kardiologi	3 829
Neurologi	8 231	Mag- och tarmsjukvård	1 544
Lungsjukvård	8 159	Neurokirurgi	1 485
Handkirurgi	7 278	Kärlkirurgi	1 120
Barn- och ungdomspsykiatri	7 252	Barn- och ungdomsmedicin	514
Övriga områden	55 504	Övriga områden	2 753
totalt	543 567	totalt	196 415

Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg

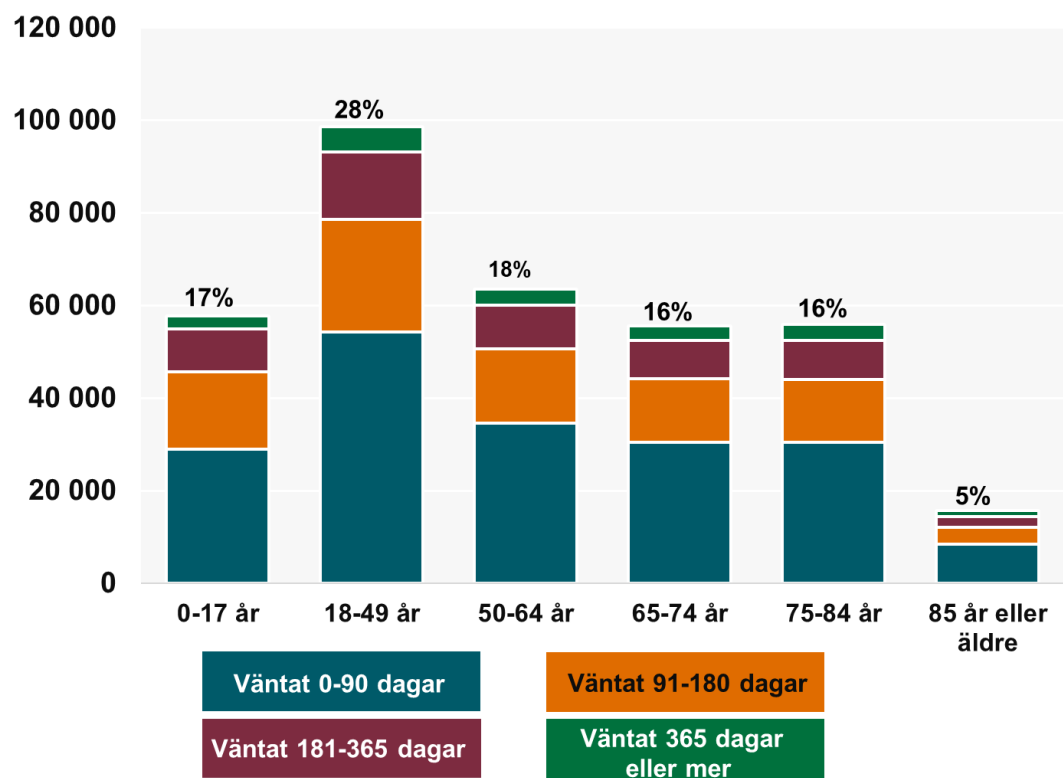
Analys har genomförts huruvida det finns något som särskiljer de som väntar länge i jämförelse med de som kommer snabbt till vård. Kön och ålder är två sådana intressanta bakgrundsvariabler. Dessa finns med i de data som regionerna förväntas rapportera i den utökade uppföljningen av den specialiserade vården.

Då tre regioner inte helt följer modellen för rapportering när det gäller dessa variabler har dessa exkluderats i analysen. Kvar blir 63%, av de totalt 543 567 väntande patienterna. Det bedöms vara tillräckligt för att kunna se eventuella mönster i fördelningen mellan åldersgrupperna och mellan könen.

Fördelningen i åldrarna för de som har beslut om ett besök i den öppna specialiserade hälso- och sjukvården är inte särskilt oväntad. Ju högre ålder desto mer överrepresenterad är gruppen i förhållande till sin andel av befolkningen. Däremot är fördelningen av åldersgrupperna på de olika väntetidsintervallen förvånansvärd lika i procent räknad. Att man fått vänta

längre verkar inte ha något tydligt samband med ålder. Möjligen kan man se att de allra äldsta är något överrepresenterade bland de som väntat ett år eller mer.

Diagram 4: Väntande till besök fördelade på ålder och väntad tid



Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg

I tabellen ses hur jämn fördelningen är av åldersgrupperna över väntetidsintervallen.

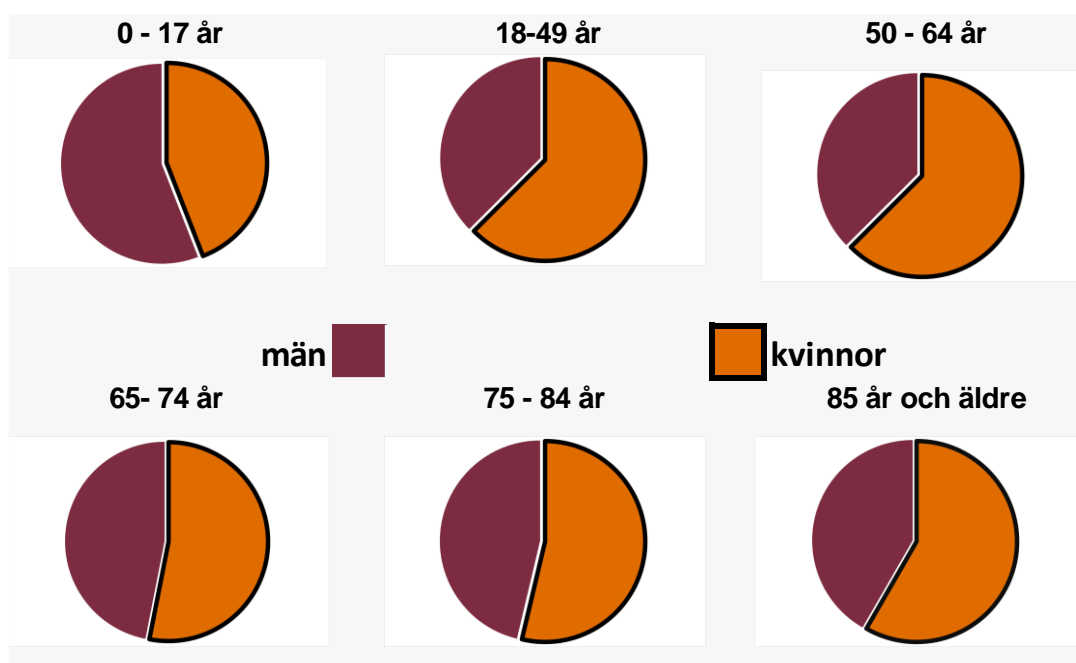
Tabell 2: Väntande till besök - fördelningen av åldersgrupperna på de fyra väntetidsintervallen

	totalt	0-90 dagar	91-180 dagar	181-365 dagar	Över 365 dagar
0-17 år	17%	15%	19%	18%	14%
18-49 år	28%	29%	28%	28%	28%
50-64 år	18%	18%	18%	18%	19%
65-74 år	16%	16%	16%	16%	16%
75-84 år	16%	16%	15%	16%	18%
85 år eller äldre	5%	5%	4%	4%	6%

Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg

Könsfördelningen i de olika åldersgrupperna av väntande speglar fördelningen i befolkningen relativt väl. Bland de yngsta är pojkar överrepresenterade. Bland de allra äldsta som väntar på ett första besök är kvinnorna överrepresenterade även med hänsyn tagen till sin högra andel i befolkningen. I gruppen 18 - 49 år är kvinnor överrepresenterade.

Diagram 5: Väntande till besök - fördelade på ålder och kön

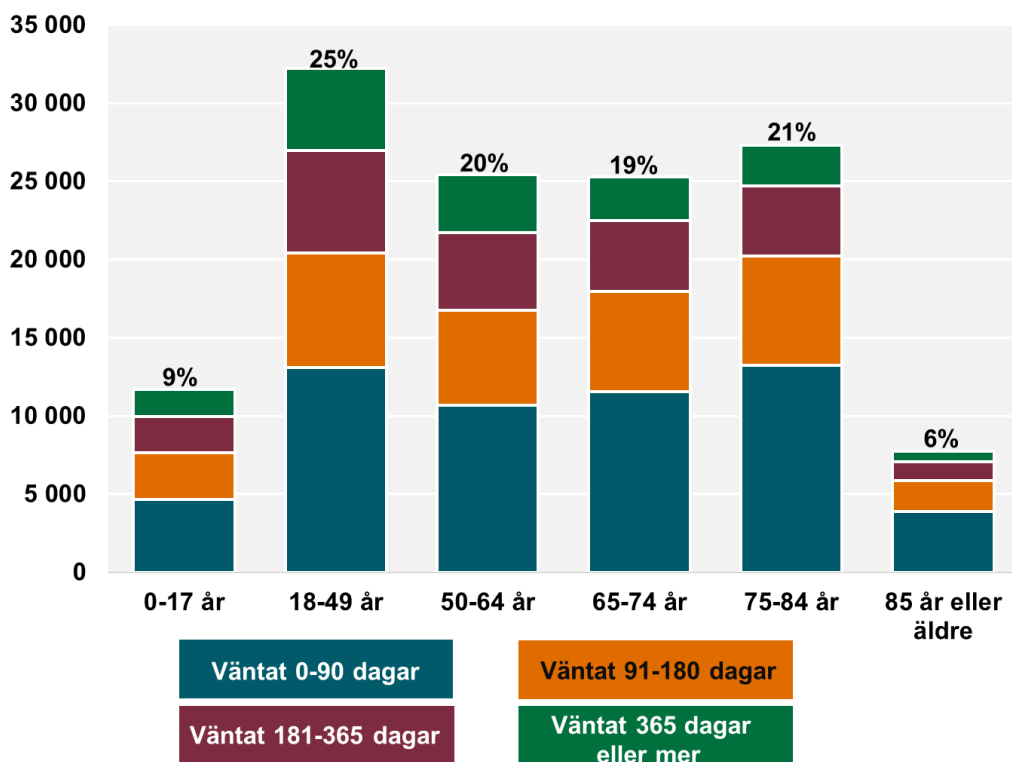


Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg

Till operation/åtgärd är åldersfördelningen på de som väntar förskjuten mot de högre åldrarna. Nästan hälften, 46%, av de som är bedömda ha behov av en operation eller annan behandlande åtgärd är 65 år eller äldre. Detta trots att de bara utgör 20% av befolkningen.

Det är även här slående hur lika åldersgruppernas andelar är fördelade över väntetidsintervallen.

Diagram 6: Väntande till operation - fördelade på ålder och väntad tid



Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg

Tabell 3: Väntande till operation - fördelningen av åldersgrupperna på de fyra väntetidsintervallen

	totalt	0-90 dagar	91-180 dagar	181-365 dagar	Över 365 dagar
0-17 år	9%	8%	9%	10%	11%
18-49 år	25%	23%	23%	27%	31%
50-64 år	20%	19%	19%	21%	22%
65-74 år	19%	20%	20%	19%	17%
75-84 år	21%	23%	22%	19%	16%
85 år eller äldre	6%	7%	6%	5%	4%

Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg

Fördelningen över könen är mycket lik den som gäller för väntande till besök och visas därför inte i någon graf.

Vad väntar de patienter som väntat 365 dagar eller mer på? En genomgång av alla åldersgrupper och de som där väntat mer än 365 dagar på besök och operation visar ingen tydlig skillnad i till vilket verksamhetsområde de väntar.

Vilka verksamhetsområden de som väntat 1 år eller längre väntar till framgår av tabellen nedan. Jämför man den med tabell 1 på sid 17 så kan man inte se några större skillnader mellan vad totalen väntade väntar till jämfört med vad de som väntat 365 dagar. Möjligen kan lungsjukvården pekats ut för att ha relativt sett färre som väntat ett år eller mer.

Tabell 4: Verksamhetsområden som de som väntat mer än 365 dagar väntar till

Väntande till första besök Medicinskt verksamhetsområde	antal väntande	Väntande till operation/åtgärd Medicinskt verksamhetsområde	antal väntande
Ögonsjukvård	7 802	Ortopedi	6 341
Öron-näsa-halssjukvård	5 150	Allmän kirurgi	4 327
Ortopedi	2 018	Öron-näsa-halssjukvård	3 078
Kvinnosjukvård	1 753	Kvinnosjukvård	1 889
Allmän psykiatri	1 577	Ögonsjukvård	1 600
Lungsjukvård	1 298	Allmän psykiatri	1 389
Urologi	918	Urologi	1 326
Barn- och ungdomsmedicin	832	Plastikkirurgi	1 244
Allmän kirurgi	825	Handkirurgi	1 114
Allmän internmedicin	785	Mag- och tarmsjukvård	653
Endokrinologi	683	Barn- och ungdomspsykiatri	614
Tandvård	682	Kardiologi	415
Kärlkirurgi	616	Kärlkirurgi	130
Barn- och ungdomspsykiatri	452	Neurokirurgi	107
Hudsjukvård	412	Habilitering	71
Övriga områden	2 787	Övriga områden	328
totalt	28 590	totalt	24 626

Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg

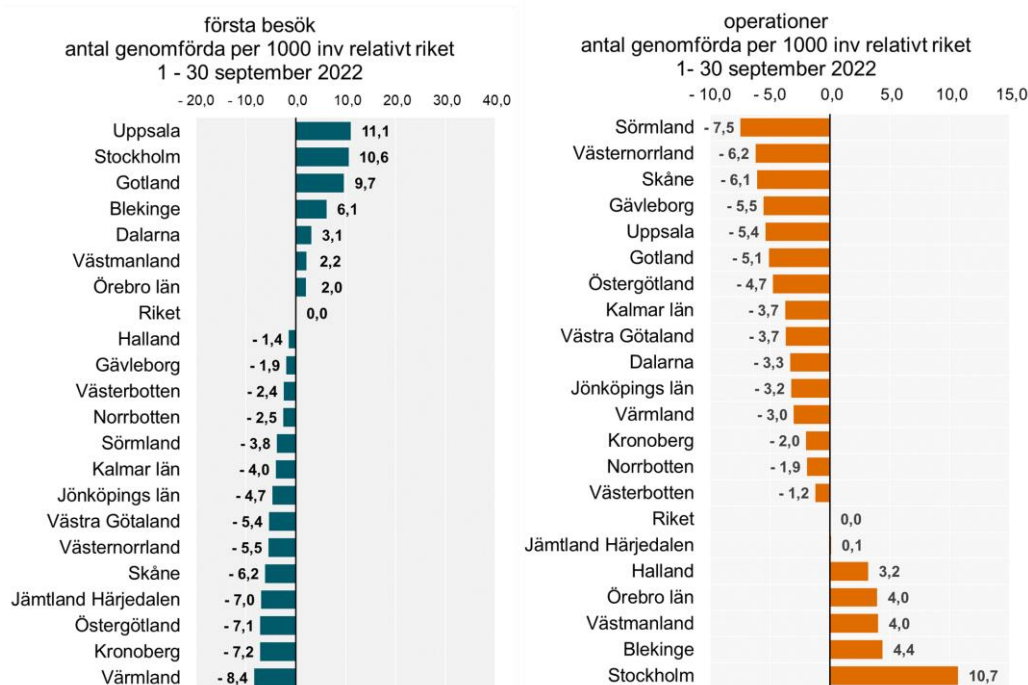
Sammanfattningsvis skiljer sig grupper som väntat länge inte åt jämfört med dem som väntat 1–3 månader. Ålders- och könsfördelningen är förvånansvärt lika oavsett väntetidens längd. Inom vilket verksamhetsområde man väntar på att få sitt besök respektive sin operation utförd, verkar heller inte ha någon tydlig betydelse för väntetidens längd.

Genomförda besök och operationer

Väntetidsdatabasen erbjuder också möjligheter att månadsvis följa uppgifter om alla besök och operationer och åtgärder som genomförts under den gångna månaden. För dessa patienter är ju nu väntan över och de väntetider som kan sammanställas och grupperas är de faktiska väntetiderna.

Under september 2022 genomfördes 243 966 första besök inom den specialiserade hälso- och sjukvårdens och 112 714 operationer eller andra åtgärder på mottagningar och operationsavdelningar. Genomsnittsväntetiden för ett första besök var 70,5 dagar och medianväntetiden 31 dagar. Motsvarande siffror för operationerna är 75,3 dagar för genomsnittet och 27 dagar för medianväntetiden.

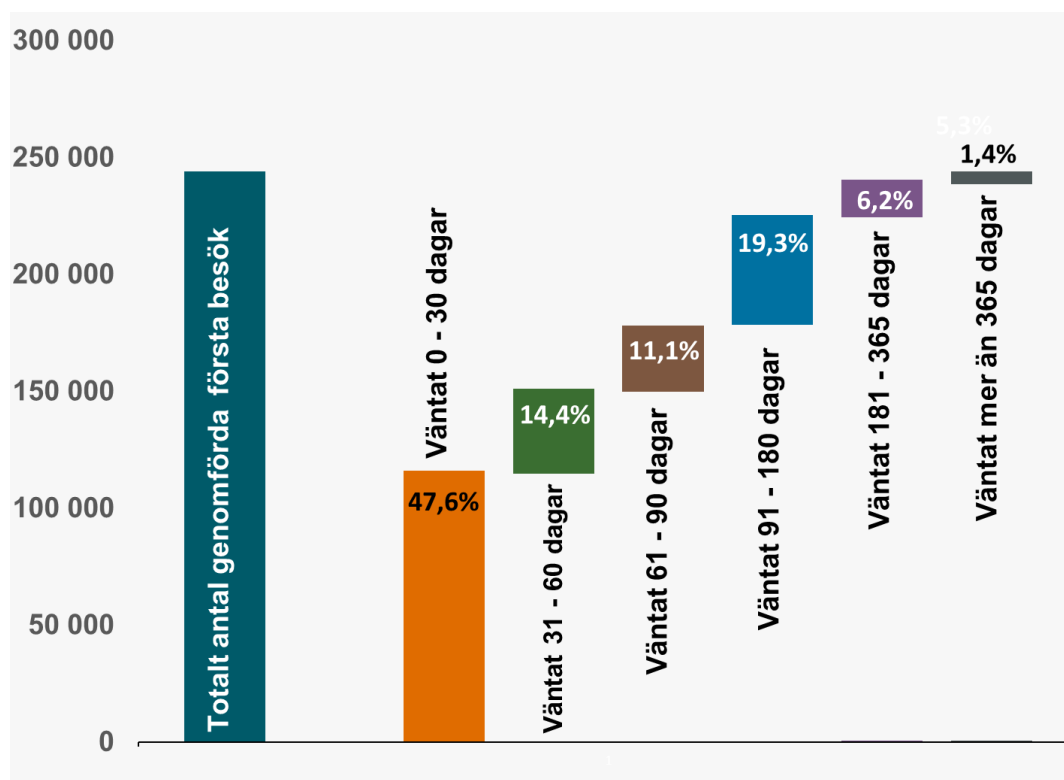
Diagram 7: Faktisk medianväntetid till besök och operation relativt riket



Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg

Knappt hälften av alla omhändertagna patienter har fått sitt första besök inom 30 dagar. Gränsen för vårdgarantin, 90 dagar, har klarats för 73%. Av de 27% som väntat mer än 90 dagar har 1,4 procentenheter eller knappt 3 500 personer väntat mer än ett år.

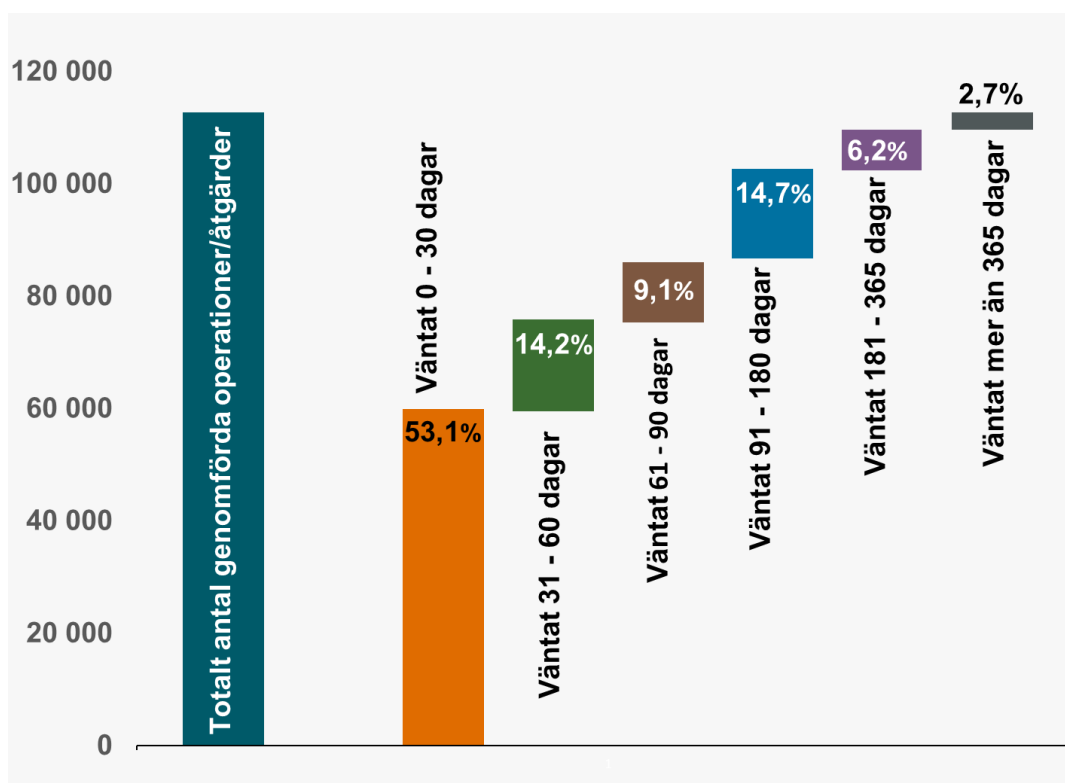
Diagram 8: Faktisk väntetid till första besök grupperat på antal väntedagar



Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg

Drygt hälften av de patienter som fått sin operation eller annan åtgärd utförd under september 2022 har väntat kortare tid än 30 dagar, Mer än tre fjärdedelar av operationer och åtgärder har gjorts för patienter som väntat kortare tid än vårdgarantins 90 dagar. 3 075 eller 2,7% av operationerna gjordes på personer som väntat mer än ett år.

Diagram 9: Faktisk väntetid till operation grupperat på antal väntedagar



Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg

En sammanställning av vilka medicinska verksamhetsområden som de 355 000 genomförda besöken och operationerna genomförts inom visar att ögonsjukvård, öron-näsa-hals och ortopedi har flest genomförda insatser. Allmän psykiatri hamnar högt på operationer/åtgärder med sina olika behandlingar som klassas som ”relaterade till mänsklig struktur och psyke” enligt den åtgärdskodning som finns för åtgärder, operationer och behandlingar.

Tabell 5: Antal genomförda besök och operationer fördelade på medicinska verksamhetsområden 1 – 30 september 2022

Genomförda första besök		Genomförda operationer	
Medicinskt verksamhetsområde	antal	Medicinskt verksamhetsområde	antal
Öron-näsa-halssjukvård	31 766	Ögonsjukvård	23 976
Kvinnosjukvård	30 035	Allmän psykiatri	17 658
Ögonsjukvård	28 659	Öron-näsa-halssjukvård	13 854
Ortopedi	24 607	Ortopedi	12 215
Barn- och ungdomsmedicin	20 059	Allmän kirurgi	10 320
Hudsjukvård	20 050	Kvinnosjukvård	8 992
Allmän kirurgi	14 937	Urologi	6 799
Urologi	7 786	Hudsjukvård	4 019
Allmän internmedicin	7 104	Handkirurgi	2 160
Allmän psykiatri	6 484	Barn- och ungdomsmedicin	2 053
Kardiologi	4 614	Barn- och ungdomspsykiatri	1 676
Cancersjukvård	3 281	Kardiologi	1 590
Barn- och ungdomspsykiatri	3 102	Allmän internmedicin	986
Neurologi	3 071	Plastikkirurgi	984
Lungsjukvård	2 585	Mag- och tarmsjukvård	662
Övriga områden	34 829	Övriga områden	4 495
totalt	242 969	totalt	112 439

Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg

En analys av de genomförda besökens fördelning över åldrarna och de faktiska väntetiderna visar att andelarna av patienterna som fått sitt besök genomfört inom vårdgarantins tidsgräns är ungefär desamma oavsett vilken åldersgrupp patienterna tillhör. Det gäller också hur många i varje åldersgrupp som haft längre väntetider. Även här har analysen grumlats av att Stockholm, Västra Götaland och Västmanland exkluderats.

Könsfördelningen bland patienterna för de faktiskt genomförda besöken och operationerna följer samma mönster som för de väntande patienterna.

Patientvald väntan PvV och medicinskt orsakad väntan MOV

Två begrepp som är av betydelse för vårdgarantins tillämpning och framför allt för fördelningen av de statliga stimulansbidrag som utgått i olika varianter sedan 2010 är patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan. Båda dessa begrepp avser patienter som fått sin väntetid förlängd till följd av eget val eller av att åtgärden som patienten bedömts ha behov inte kan genomföras av medicinska skäl.

Med patientvald väntan avses att patienten blivit erbjuden en kontakt inom vårdgarantins tidsgräns men själv valt att vänta längre tid. En orsak kan till exempel vara att få komma till en viss vårdgivare.

Medicinskt orsakad väntan avser patienter vars väntetid påverkats av medicinska orsaker. Till exempel att en operation skjutits fram på grund av en annan sjukdom hos patienten.

I de data som redovisats så här långt har dessa både undantag från vårdgarantin **inte** räknats av.

Tabell 6: Omfattningen av patientvald och medicinskt orsakad väntan

	antal PvV	andel PvV	antal MOV	andel MOV
Väntande till besök	21 022	4%	15 940	3%
Genomförda besök	7 205	3%	4 097	2%
Väntande till operation	15 005	8%	10 769	5%
Genomförda operationer	3 297	3%	2 332	2%

Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg

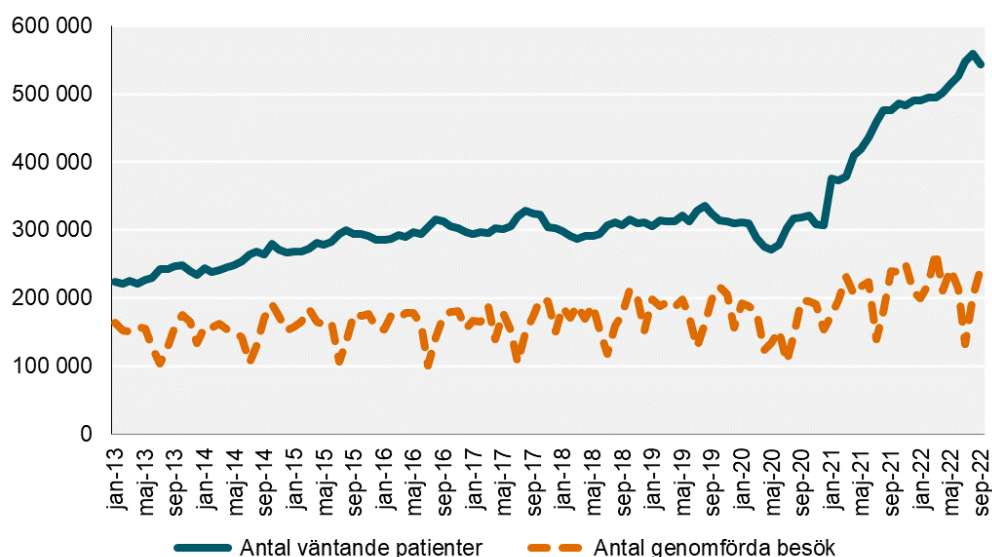
Så länge har patienter väntat de senaste 10 åren

Väntande och genomförda första besök och operationer/åtgärder

Väntetidsdatabasens data sträcker sig tillbaka 2007 men blir fullständiga först 2010. Det finns tidigt i rapporteringen flera ganska stora luckor, men från 2013 finns data med god täckning. Nuvarande form för rapporteringen av det som kallas "Utökad uppföljning av specialiserad vård" började användas 2021. Den bygger på att uppgifter rapporteras per vårdkontakt och ska med några få undantag vara likformig.

Fram till och med 2020 byggde rapporteringen på ackumulerade data för ett antal så kallade vårdutbud. Det innebär att en fullständig överensstämmelse mellan perioderna är svår, för att inte säga omöjlig, att åstadkomma. Den nya modellen för rapporteringen kommer också mitt under pandemin vilket gör det extra svårt att värdera om man fångar samma population.

Diagram 10: Väntande till besök och genomförda besök per månad januari 2013 – september 2022

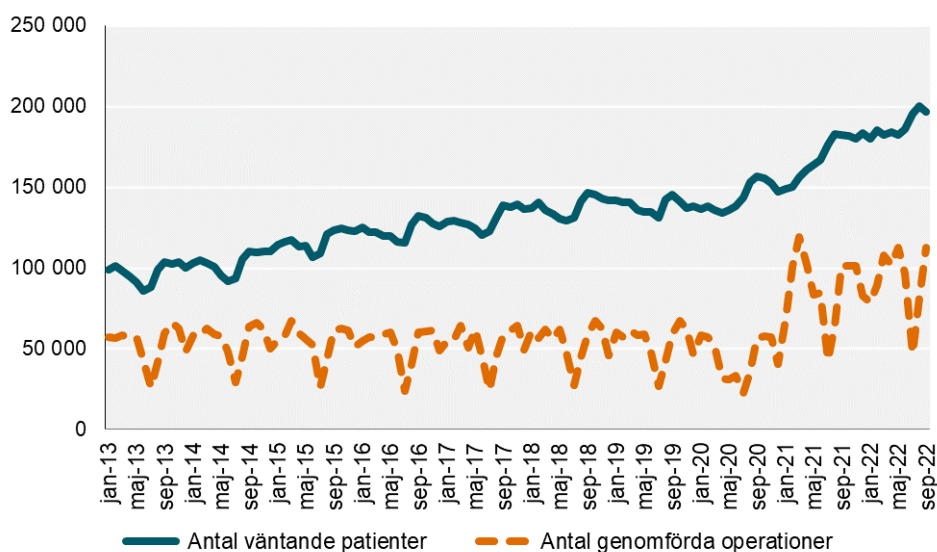


Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg

Med början 2021 ses en kraftig ökning av antalet väntande som inte mötts med fler utförda besök.

När det gäller operationerna så ses en liknande bild om än mindre tydlig.

Diagram 11: Väntande till operation och genomförda operationer per månad januari 2013 – september 2022



Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg

De senaste 10 åren verkar antalet patienter som väntar på en operation eller annan behandlande åtgärd successivt öka för att accelerera runt årsskiftet 2020–2021. Delvis är det den nya rapporteringsmodellens skillnader mot den tidigare som får genomslag.

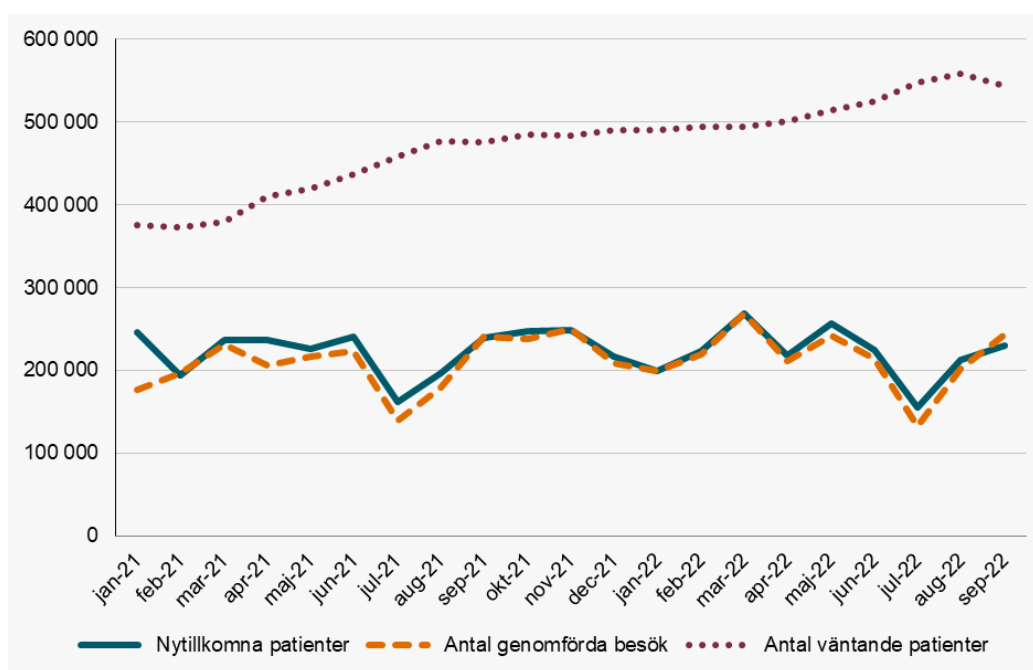
En annan iakttagelse är de tydliga säsongsvariationer som syns när det gäller genomförda besök, men kanske framför allt för genomförda operationer. De syns under semesterperioderna på sommaren och vid storhelger. Säsongsvariationerna avspeglar sig också med en minskad efterfrågan av vård. Trots det ses en topp i antal väntande efter varje sommar. Den arbetas av till viss del men efter varje sommar tenderar antalet väntande att bli högre än de var före sommaren.

Nyttillkomna patienter per månad

En viktig fråga att ställa sig när statistiken värderas är om förändringarna i antalet väntande beror på ett ökat behov/efterfrågan på specialistvårdens insatser eller om det beror på minskat antal utförda insatser. Av de grafer som visats så här långt kan förändringar i efterfrågan på besök och operationer inte värderas.

Med den tillgång till data på hur många väntande patienter som finns vid varje månadsslut och hur många patienter som fått sitt besök och sin operation utförd så kan antalet nyttillkomna patienter under månaden ändå kalkyleras fram och patientflödet över tid visualiseras.

Diagram 12: Antal nyttillkomna patienter, antal genomförda besök och antal väntande vid månadens slut för perioden januari 2021 – september 2022

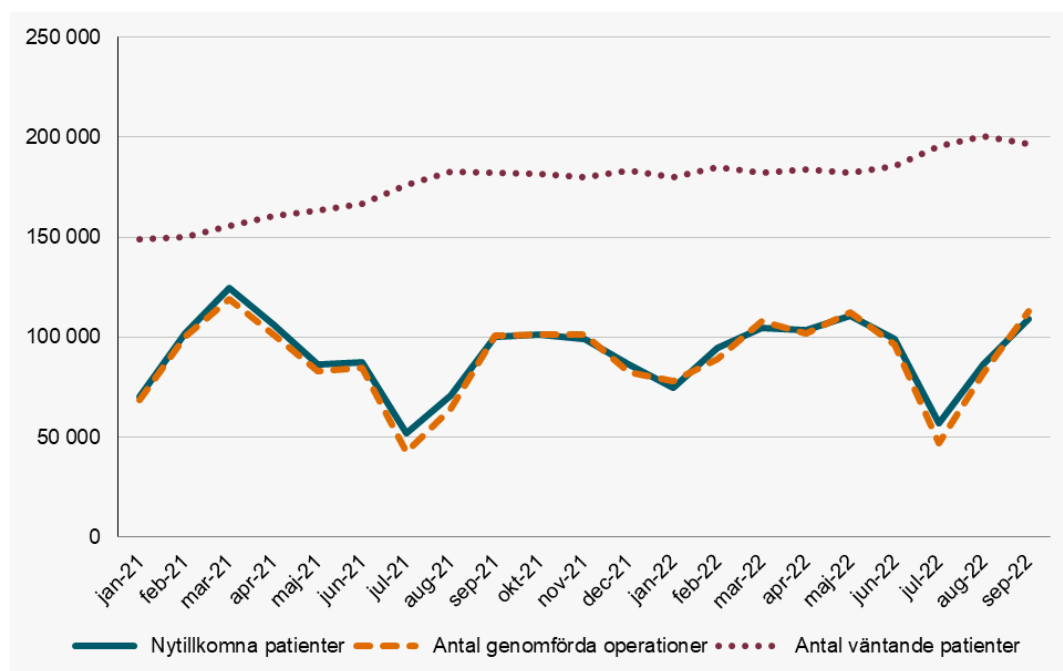


Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg

Här ses att ett litet antal färre genomförda besök jämfört med antalet nyttillkomna patienter snabbt ökar antalet väntande. Det är alltså viktigt att planeringen för hur många besök som ska utföras ligger i nivå med det inkommande remissflödet för att undvika att antalet väntande ökar.

Bilden för operationerna är likartad, möjligen har de väntande inte ackumulerats på samma sätt som för besöken. Somrarnas mindre opererande framgång tydligt och för sommaren 2021 illustreras väl vad som händer om produktionsbortfallet under sommaren blir kompenserat under efterföljande höst.

Diagram 13: Antal nytilkomna patienter, antal genomförda operationer och antal väntande vid månads slut för perioden januari 2021 – september 2022



Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg

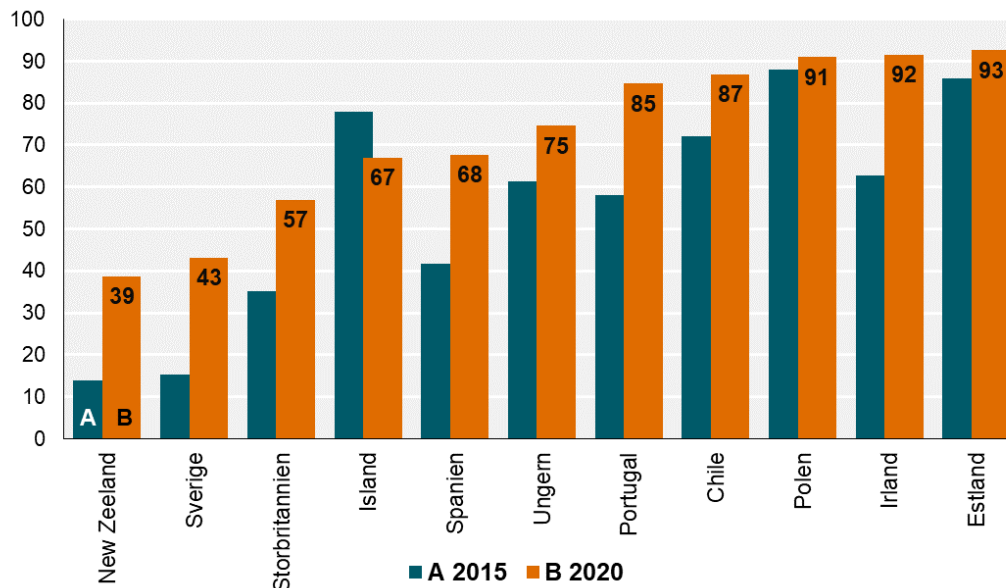
Internationell jämförelse av väntetider till operation

Internationella jämförbara data för väntetider utifrån verksamhetsstatistik är svåra att hitta och måste där de finns tolkas med stor försiktighet.

Nedanstående urval baseras på ett källunderlag från OECD. Alla länder som finns med i statistiken har tagits med. Några generella slutsatser om väntetidernas längd i förhållande till andra länder går inte att dra från det här begränsade urvalet länder och operationer.

Jämfört med 10 andra länder har Sverige relativt sett korta väntetider till operation med höftprotes. Jämförbarheten mellan länderna är alltså svår att värdera. På OECD:s statistikhemsida, där uppgifterna är hämtade, markeras skillnader i metodologi för Polen och Storbritannien.

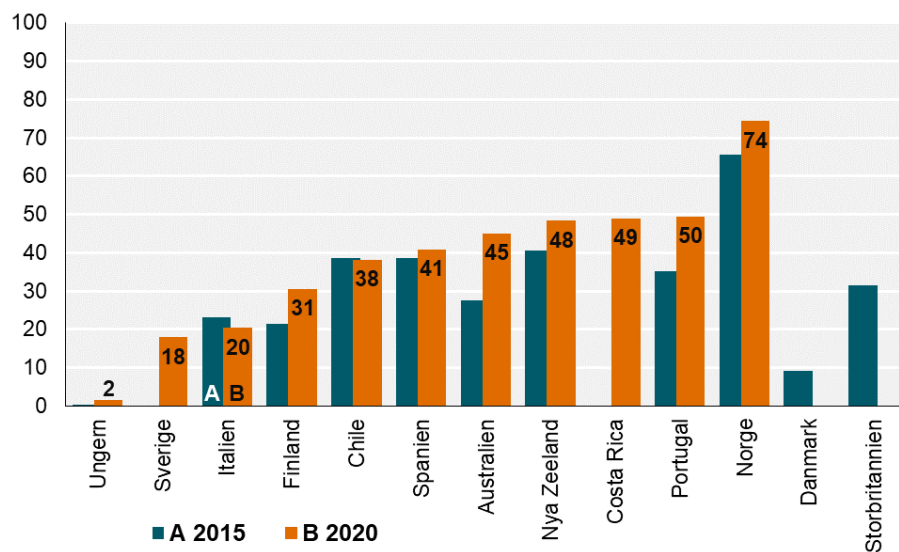
Diagram 14: Andel av patienterna som väntat mer än 3 månader på höftplastik



Källa: OECD.stat Hip replacement (total and partial, including the revision of hip replacement)

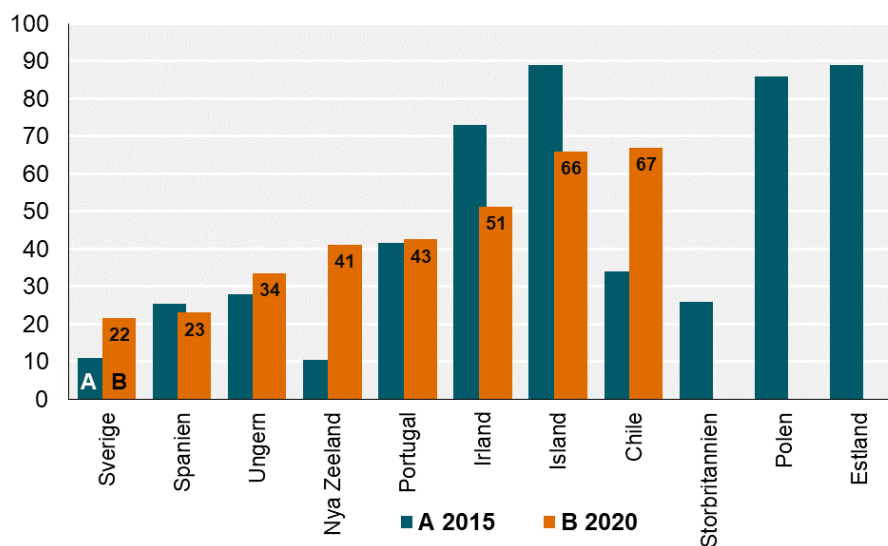
Även när det gäller de vanliga operationerna inom gynekologin, bortopererande av livmoder, hysterektomi, och inom ögonsjukvård, kataraktoperationer har Sverige i jämförelse få som väntar mer än tre månader.

Diagram 15: Andel av patienterna som väntat mer än 3 månader på hysterektomi



Källa: OECD.stat Hysterectomy

Diagram 16: Andel av patienterna som väntat mer än 3 månader på kataraktoperation



Källa: OECD.stat Cataract surgery

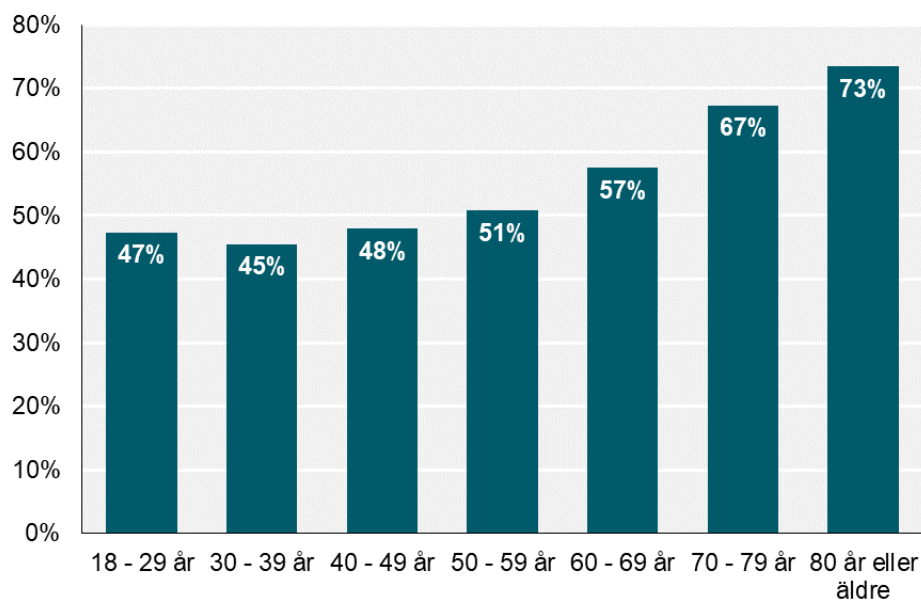
Patienters och befolkningens åsikter om väntetider

Hälso- och sjukvårdsbarometern är en årlig nationell undersökning med syftet att fånga befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om svensk hälso- och sjukvård. Enkäten innehåller frågor om hälso- och sjukvården och genomförs i samtliga 21 regioner. Frågorna ställs till ett urval i befolkningen. Senaste mätningen genomfördes under 2021. Resultatet nedan avser följande fråga/påstående:

- I min region är väntetider till besök och behandling på sjukhus rimliga.

År 2021 ansåg 55 procent att väntetiden till besök eller behandling på sjukhus var rimlig. De äldre anser i högre utsträckning att väntetiderna är rimliga än de yngre. De hade då svarat "instämmer helt" och "instämmer delvis" på frågan. De som svarat "vet ej" har exkluderats.

Diagram 17 Andel som anger att väntetiden till besök eller behandling på sjukhus är rimliga år 2021

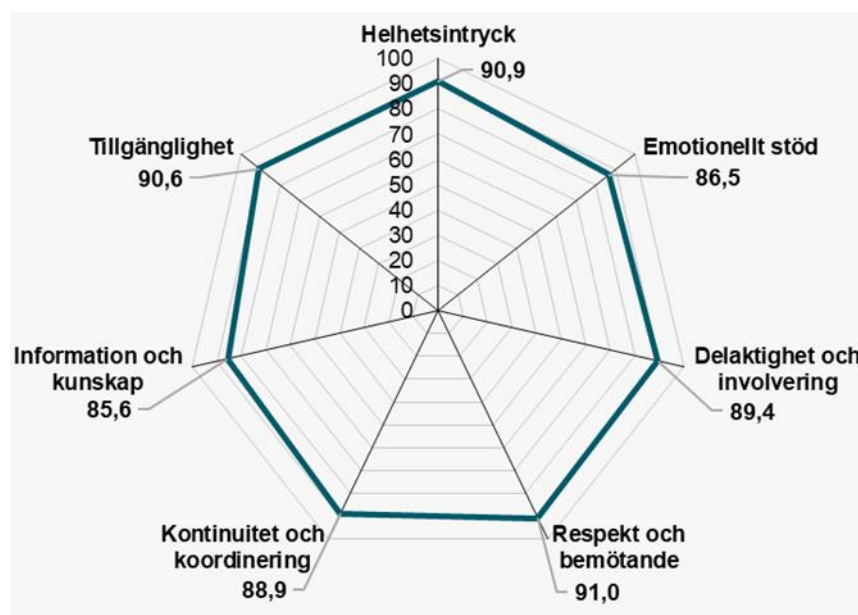


Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, SKR

Generellt ses ingen större skillnad mellan män och kvinnor. Bland de som uppgav sig ha ett bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd var det en högre andel som ansåg att vården gavs i rimlig tid jämfört med de med ett dåligt eller mycket dåligt självskattat allmänt hälsotillstånd. De som besökt vården de senaste 6 månaderna var generellt mer positiva och ansåg att de fått vård i rimlig tid jämfört med de som inte besökt vården under det senaste halvåret. Det finns skillnader mellan olika utbildningsnivåer. De som i lägst utsträckning anser att väntetiderna är rimliga är de med universitets-/högskoleexamen, medan de som endast har gått ut grundskolan är mest positiva.

Nationell patientenkät är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården. Samtliga regioner deltar i undersökningen som genomförs vartannat år inom olika områden. Specialiserad öppen vård genomfördes senast 2021 och presenteras här med en fråga om tillgänglighet; ”Fick du besöka mottagningen/enheten inom rimlig tid?” Närmare 90 procent uppgav år 2021 att det ansåg att de fått sitt besök i rimlig tid. I dimensionen tillgänglighet i diagrammet har svaren på tre frågor lagts samman. Fick du besöka mottagningen/enheten i rimlig tid var en av dessa frågor.

Diagram 18: Nationell patientenkät 2021, patientupplevelse öppen specialiserad sjukhusvård, vuxna



Källa: Nationell patientenkät, SKR

Djupdykning inom några vårdutbud med många patienter och/eller väntande

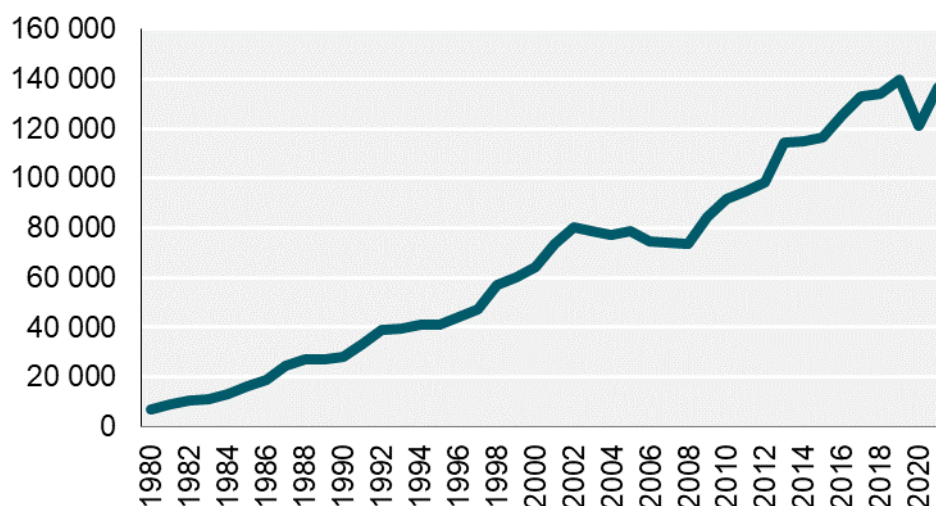
Djupdykningar har gjorts inom några vårdområden för att koppla arbetet med väntetider till den medicinska utvecklingen och förändrade vårdbehov. Stora patientvolymerna och tillgång till data via kvalitetsregister har påverkat urvalet.

Kataraktkirurgi

Kataraktoperation är sjukvårdens vanligaste operativa ingrepp. Parallellt med att antalet operationer per år ökat har man kunnat se att synskärpan före ingreppet gradvis har ökat, samt att medelåldern vid tiden för ingreppet och väntetiderna gradvis minskat. Operationen har goda resultat och komplikationerna är få.

Nationella Kataraktregistret inrättades 1992, primärt för att följa effekten av den vårdgaranti som införts för patienter som stod på väntelista för kataraktoperation.

Diagram 19: Antalet kataraktoperationer i Sverige 1980 – 2021

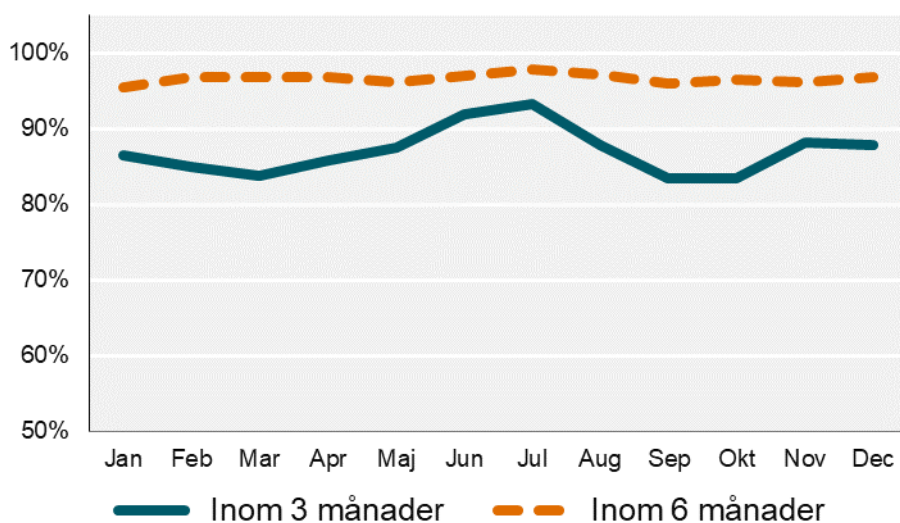


Källa: Nationella kataraktregistret

Nationella Kataraktregistret har alltsedan starten följt tillgängligheten i form av väntetider till operation, och detta är fortfarande ett av registrets huvudsyften. Den väntetid som rapporteras till registret är väntetiden från det att en patient sätts på klinikens väntelista tills att operationen genomförs. Patientens reella väntetid, å andra sidan, kan i praktiken vara avsevärt längre: oftast söker patienten optiker eller hälsocentral p.g.a. synnedläggelse, får en tid för undersökning (ibland efter en viss väntetid), remitteras till ögonklinik, väntar ytterligare, undersöks och sätts på klinikens väntelista.

Genomsnittligt under 2021 opererades 86,5 % av patienterna inom 3 månaders väntetid och 96,6 % inom 6 månader. Trenden över tid kvarstår: operationen utförs tidigare i förloppet, och synskärpan är bättre både på ögat som ska opereras och på andra ögat.

Diagram 20: Andel patienter i procent som har opererats inom 3 respektive 6 månader under 2021, månad för månad.



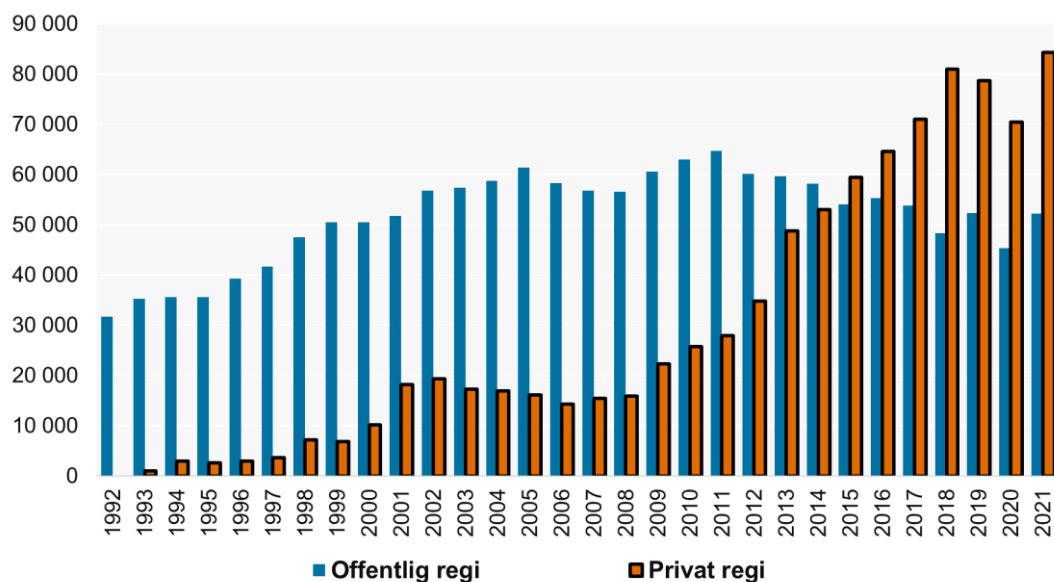
Källa: Nationella kataraktregistret

Spridningen i väntetider mellan olika kliniker är mycket stor och varierar 2021 från att 17,2 % av de väntande blev opererade inom 3 månader och att den genomsnittliga väntetiden var 5,8 månader, till att 100 % av patienterna blev opererade inom 3 månader och att den genomsnittliga väntetiden var strax över 1 månad.

Andelen patienter som opererades utanför sin region har ökat sedan 2015. Under 2021 utfördes 8,2 % av alla operationer utanför den egna regionen. I huvudsak har patienter från en region opererats i en annan genom upphandlade avtal mellan regionerna.

Andelen ingrepp utförda vid privata vårdenheter med vårdavtal har gradvis ökat sedan 2006. Sedan 2015 utgör operationerna utförda av privata vårdgivare mer än hälften av landets kataraktoperationer. I de allra lägsta och högsta åldersgrupperna finns en viss relativ överrepresentation av operationer utförda i offentlig regi.

Diagram 21: Totala antalet kataraktoperationer i Sverige åren 1992–2021 i Nationella Kataraktregistret, uppdelat i offentlig och privat regi.



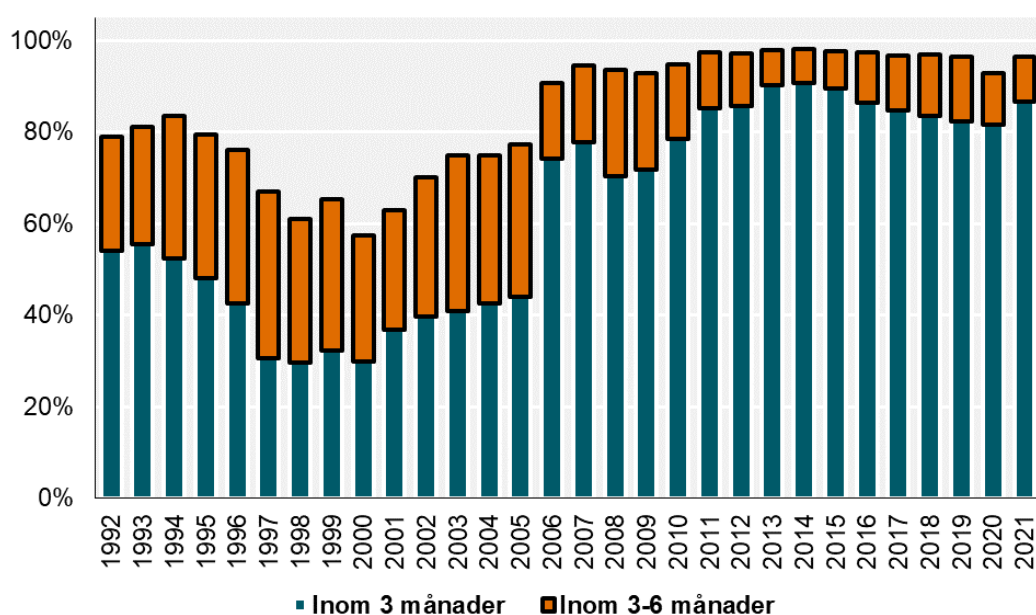
Källa: Nationella kataraktregistret

Andelen kvinnor bland dem som opereras för katarakt låg från början kring 2/3, men har gradvis minskat sedan 2000, och ligger idag på 57,3 %.

Andelen patienter som fått sitt andra öga opererat för katarakt har mellan åren 1992–2021 ökat från 28,5 % till 44,8 %. Antalet årliga kataraktoperationer ökade under samma period med 101 247 ingrepp. Av denna ökning utgjorde operation på första ögat 50 496 och operation på andra ögat 50 751. Patientnöjdheten är klart högre om även öga 2 opereras.

Under 1992–1996 fanns en nationell vårdgaranti för operation av katarakt och en ny nationell behandlingsgaranti infördes den 1 november 2005. Båda typer av garantier gällde operation inom 3 månaders väntetid. Som framgår av figuren var väntesituationen sämst under perioden mellan dessa vårdgarantier, 1997–2000. Därefter har situationen förbättrats igen, och förbättringen har varit särskilt markant de senaste tio åren.

Diagram 22: Andelen patienter (i procent) åren 1992–2021 som har blivit opererade inom 3 månaders respektive 3–6 månaders väntetid.



Källa: Nationella kataraktregistret

Knä- och höftplastiker

I hela den svenska befolkningen har 2,1% genomgått minst en höftprotesoperation och 1,5% en knäprotesoperation. Det utförs cirka 25 000 höftprotesoperationer per år i Sverige och cirka 19 000 knäprotesoperationer. Siffrorna inkluderar omoperationer. Den vanligaste orsaken är artros. Andelen som får primär höftprotes på grund av akut höftfraktur är 28 procent. Ledprotesoperation syftar till minskad smärta, förbättrad daglig funktion och ökad hälsorelaterad livskvalitet.

Knäprotesregistret som bildades 1975 och Höftprotesregistret som bildades 1979 har nu slagits samman och blivit Svenska Ledprotesregistret. Det behövs långtidsdata för att avgöra vilka implantat som fungerar bäst och kvalitetsregistren innehåller livslång uppföljning av alla patienter. Man har kunnat visa vilka implantat som håller måttet och vilka som inte gör det och opererande ortopedier har lyssnat till rekommendationerna. Detta har gjort att mycket få patienter i Sverige har behövt opereras om.

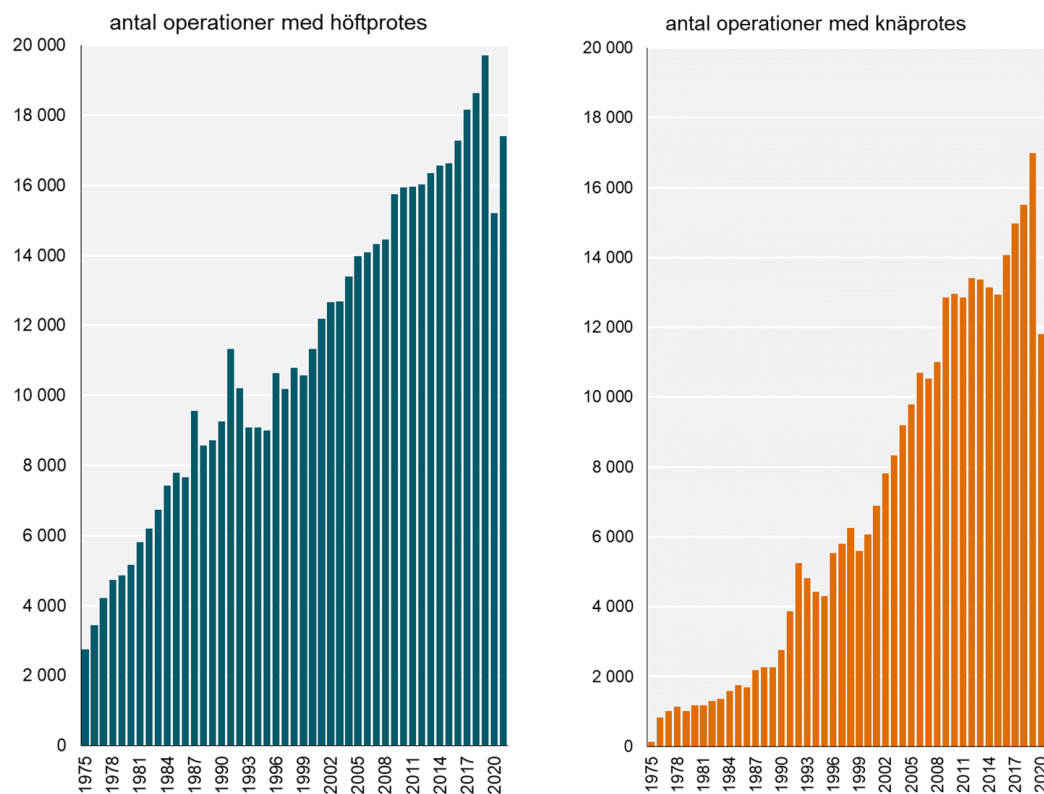
Kvinnor får mer frekvent en primär höft- eller knäprotes än män. Andelen kvinnor som får en primär elektiv höftprotes har legat stabilt sedan 2004, och varierat mellan 56 och 58%. Medelåldern var 68,5 år för primär elektiv höftprotes, 81,4 år för höftprotes vid fraktur och 68,7 år för alla primära knäproteser 2021.

Reoperationer som inträffar under de första två åren efter en primäroperation används som kvalitetsindikator. Sedan perioden 2015–2017 har andelen reoperationer inom två år legat konstant på 2,2% för landet som helhet. Män drabbas i större utsträckning av reoperation än kvinnor. Patienter som genomgår reoperation tenderar också att vara något äldre, ha något högre BMI och högre grad av samsjuklighet.

En planerad ortopedisk operation utförs vanligtvis då individens hälsa är i så stabilt läge som möjligt. Ibland är riskerna med operation så stora att kirurgi avråds. Denna selektion och optimering av ledprotesopererade gör att dödligheten är låg. Dödligheten inom 90 dagar efter primär elektiv total höftprotes är 1,9 promille. Dödligheten efter knäprotesoperationer ännu lägre, 1,1 promille.

Pandemin ledde till en drastisk minskning av elektiva protesoperationer. Under 2021 fortsatte pandemin att påverka den elektiva proteskirurgin. Det var dock inte lika stort produktionsbortfall 2021 jämfört med 2020. I absoluta tal har 16 095 färre primära höft- och knäprotesoperationer utförts 2020 och 2021 antaget att samma antal hade opererats respektive år som 2019.

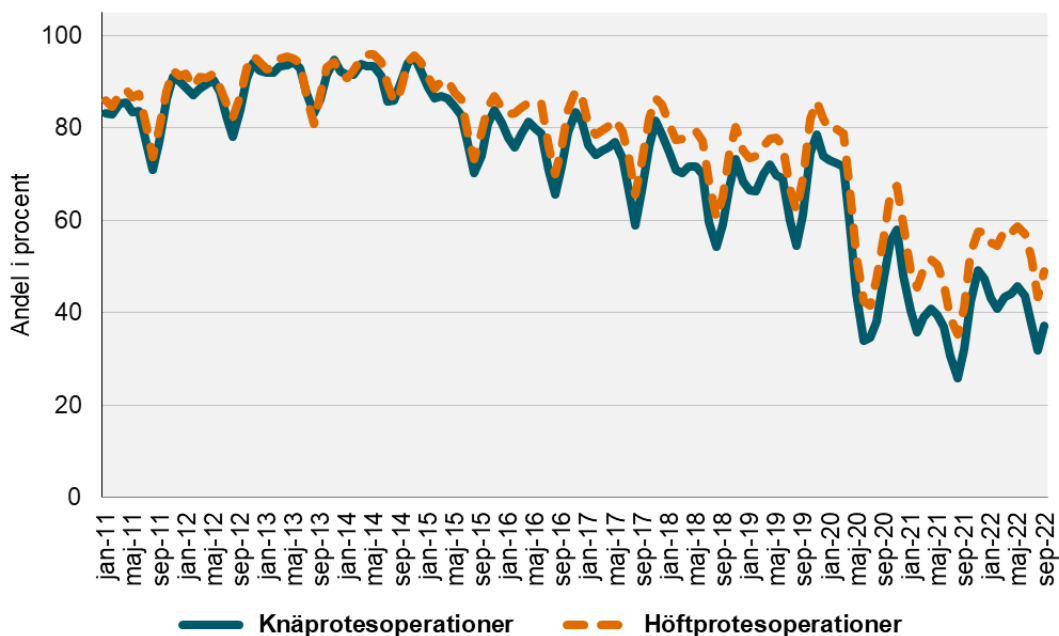
Diagram 23: Primär höft- och knäproteskirurgi – antal 1975 - 2021



Källa: Svenska ledprotesregistret

Väntetiderna till operationerna för höft- och knäproteser mätt som andel som väntat 90 dagar eller kortare har hämtats från Vården i siffror. Patienter som blivit erbjudna operation, men som själva valt att vänta till exempel för att komma till en viss vårdgivare, är inte med i beräkningen.

Diagram 24 Andel patienter som väntat 90 dagar eller kortare på knä- respektive höftprotosoperation



Källa: SKR:s vårdstatistikportal Vården i siffror

Ljumskbräckkirurgi

Cirka 16 000 personer opereras årligen i Sverige för ljumskbräck varav 88% är män och 12% är kvinnor. Medianåldern vid operation är 65 år för män och 67 år för kvinnor. 94% av operationerna är planerade och 6% är akuta.

Komplikationer är sällsynta och allvarliga sådana är mycket ovanliga.

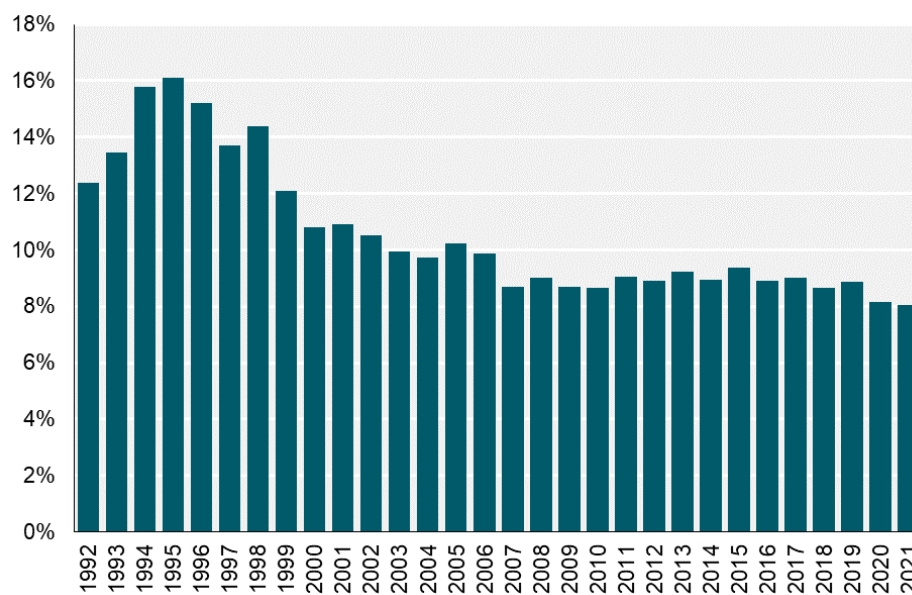
Svenskt Bräckregister skapades 1992 och innehåller uppgifter om ljumskbräcksoperationer hos patienter som är 15 år och äldre. Nästan 100% av landets ljumskbräckskirurgi ingår i registret. I första hand används informationen i Svenskt Bräckregister för att förbättra vården vid de sjukhus och kliniker som deltar. Kvalitetssäkring av bräckkirurgi är av speciellt intresse. Andelen av de opererade som efter en viss tid fått återfall (recidiv) av sitt bräck kan användas som ett omvänt mått på kirurgins kvalitet.

Sedan 1992 har valet av operationsmetod vid ljumskbräck ändrats radikalt.

Olika former av nättekniker har successivt ersatt tidigare metoder. Samtidigt har

riskerna för omoperation vid ljumskbräck minskat. 1995 var 16% av operationerna omoperationer. Idag ligger andelen stabilt runt 9%.

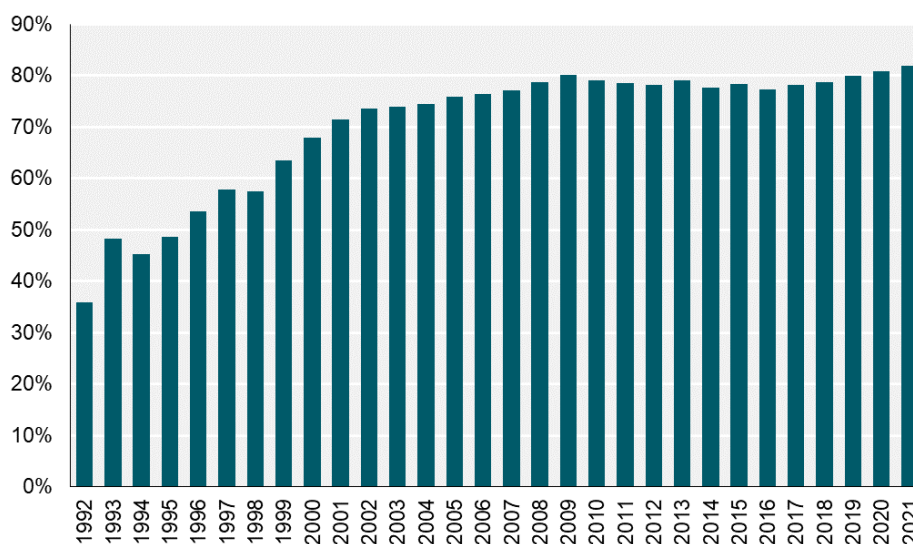
Diagram 25: Andelen omoperationer på grund av återfall efter bräckoperation



Källa: Svenskt Bräckregister

Under 1990-talet övergick man till dagkirurgi från att operationerna tidigare utförts i slutenvård. Denna utveckling fortsätter och andelen operationer i dagkirurgi var 2021 82%.

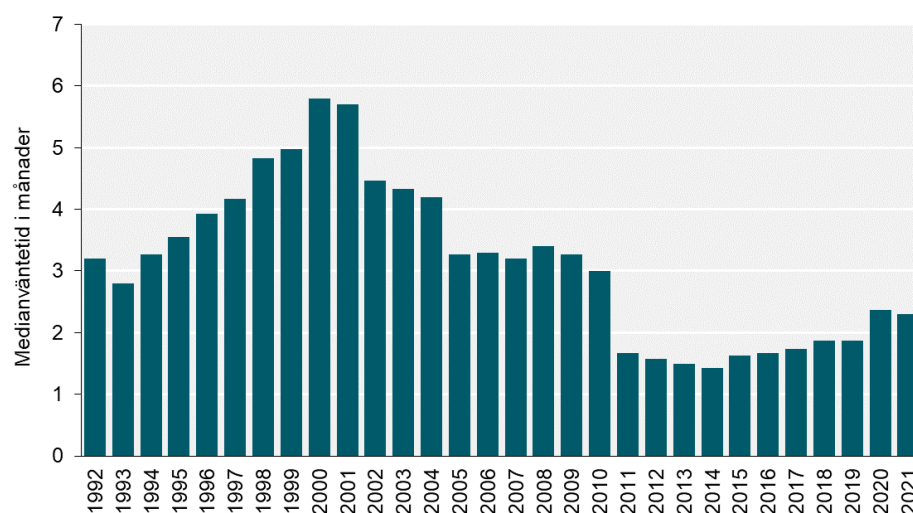
Diagram 26: Andelen bräckoperationer utförda i dagkirurgi



Källa: Svenskt Bräckregister

Antalet bräckoperationer har liksom väntetider till operation legat relativt stabilt genom åren. Lägst var medianväntetiden under perioden 2011 – 2014 med lägsta värde 2014 på 1 månad. 2021 låg väntetiden på 2,3 månader.

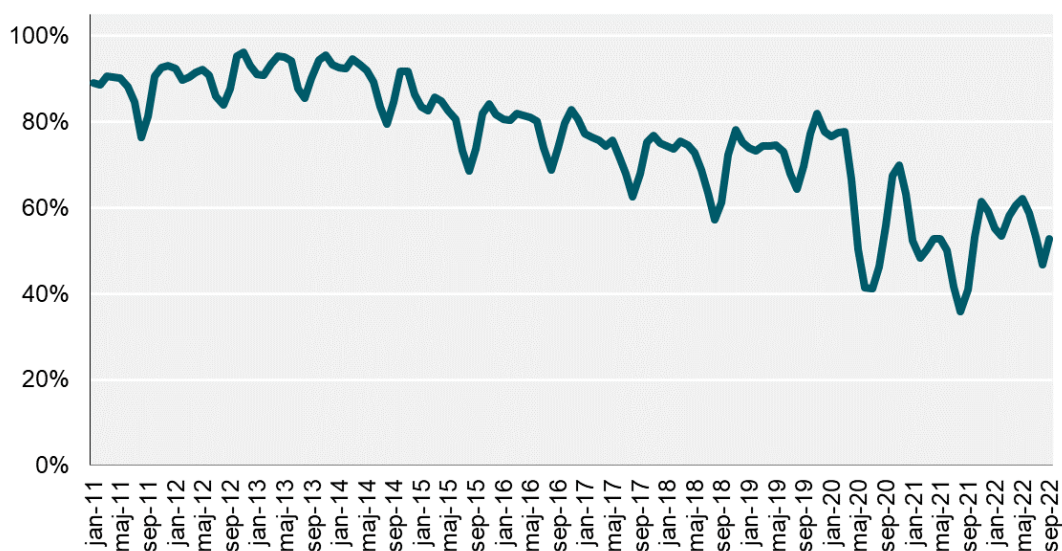
Diagram 27: Medianväntetid i månader mellan uppsättande på väntelista till elektiv bräckoperation 2007 - 2021



Källa: Svenskt Bräckregister

Samtidigt ses en minskning av andelen som opererats inom 90 dagar från 95% 2012 till 61% i april 2022. Andelen som opererats inom 90 dagar varierar också under året och ligger alltid lägst i augusti där den lägsta rapporterade andelen var 36% 2021.

Diagram 28: Andel patienter som väntat 90 dagar eller kortare på ljumskbråcksoperation



Källa: SKR:s vårdstatistikportal Vården i siffror

Cancer

Standardiserade vårdförlopp (SVF) vid cancer är ett nationellt arbetssätt som ska minska onödig väntan och ovisshet för patienten. Alla SVF startar med en välgrundad misstanke om cancer. Vad som är välgrundad misstanke, hur det ska utredas och hur lång tid detta får ta, framgår av det nationella vårdprogrammet för varje cancerdiagnos. Tiden från välgrundad misstanke till start av behandling mäts likadant i hela landet. Målet är en jämlik cancervård i hela Sverige. Regionernas vårdadministrativa system rapporterar data till den nationella väntetidsdatabasen på SKR (Signe).

För de flesta cancerdiagnoser finns ett kvalitetsregister på den nationella INCA-plattformen. I kvalitetsregistren registreras relevanta data om patienternas diagnos och behandling men även deras upplevelser och preferenser, som samlas in genom PROM- och PREM-enkäter². I kvalitetsregistren registreras

² PROM står för "Patient Reported Outcome Measures" och är ett mått på hur patienterna själva upplever sin sjukdom och hälsa efter behandling eller annan intervention. PREM står för "Patient Reported Experience Measures" och mäter patientens upplevelse av och tillfredsställelse med vården.

också väntetider men mätpunkterna motsvarar inte alltid välgrundad misstanke eller start av behandling, utan kan vara andra datum i vårdprocessen. För att få en enhetlig redovisning redovisas kvalitetsregistrens patienter i relation till folkbokföringsadress per län.

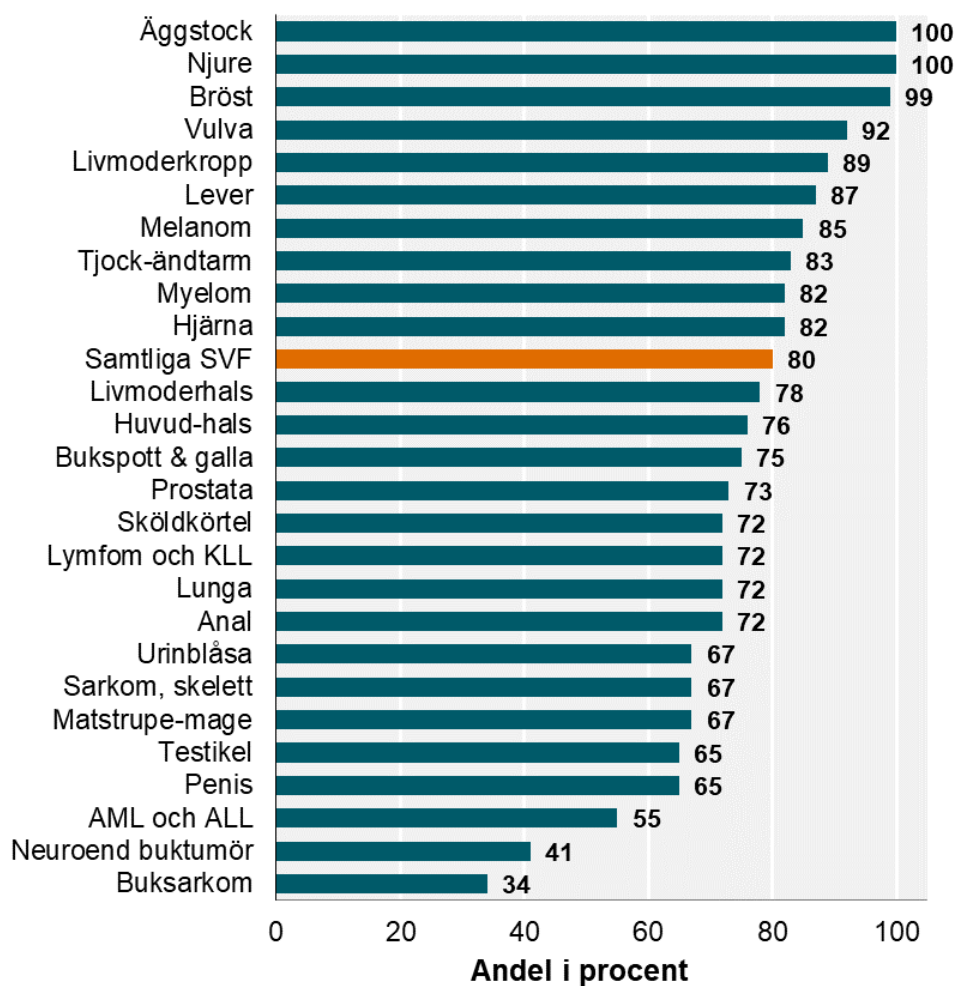
Eftersom Signedatabasen inte innehåller personnummer och utgår från behandlande enhet går det inte att göra samkörningar med kvalitetsregister. Resultat avseende väntetider vid cancer varierar därför beroende på källa och måste tolkas med försiktighet.

Statistiken över väntetider vid cancermisstanke visar hur stor andel av patienterna som startar behandling inom den tid som anges i respektive SVF. Vid analys av väntetiderna bör man väga in hur stor andel av alla cancerpatienter som utreds med SVF, det så kallade inklusionsmålet. Om en region eller diagnos ligger långt under detta mål innebär det att väntetiderna bara visas för en begränsad del av alla cancerpatienter. Väntetiderna som visas kan då ge en helt annan bild än det verkliga väntetidsläget.

Redan från början sattes två mål upp:

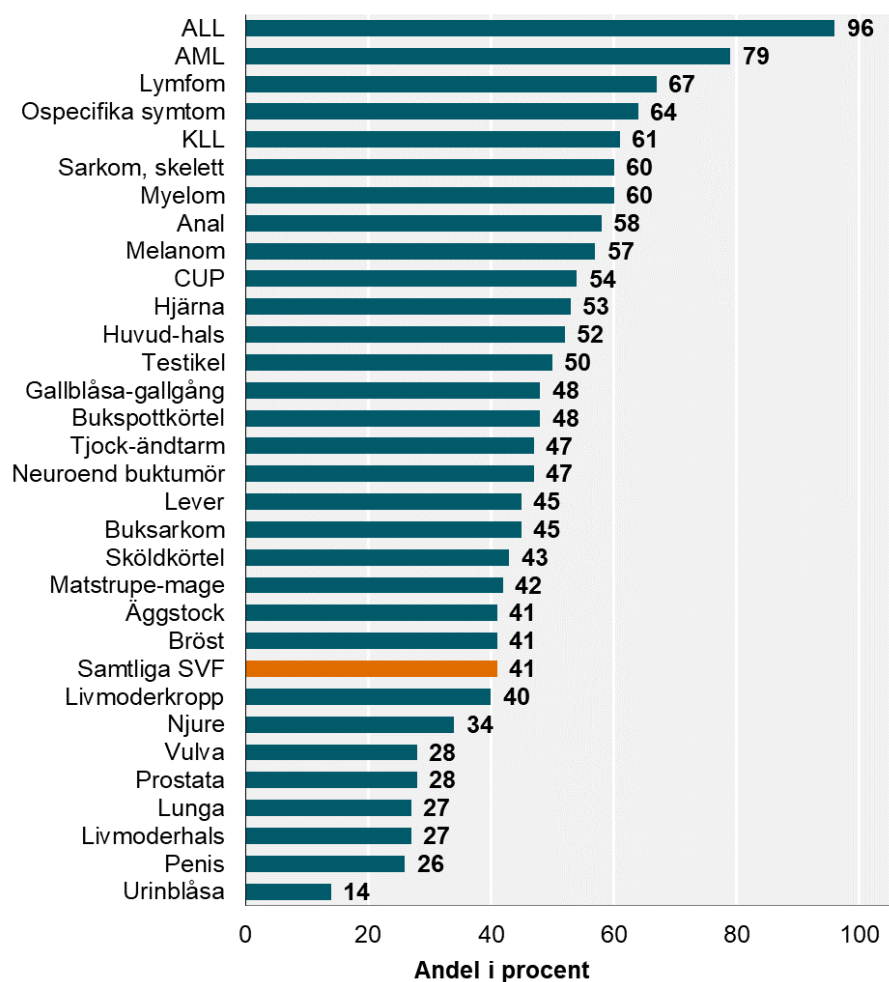
- Att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas i ett standardiserat vårdförlopp (inklusionsmål).
- Att 80 procent av de patienter som utreds i ett standardiserat vårdförlopp ska utredas inom de ledtider som anges i respektive vårdförlopp (ledtidsmålet).

Diagram 29: Andel patienter med cancer som utreds via SVF - per diagnos under januari – juni 2022



Källa: Regionala cancercentrum i samverkan, SVF-statistik

Diagram 30: Andel patienter som genomgår SVF inom den angivna ledtiden – januari – juni 2022



Källa: Regionala cancercentrum i samverkan, SVF-statistik

Några aktuella resultat från arbetet med väntetider vid cancer:

- Antalet personer som utretts enligt SVF var fler 2021 än tidigare år, totalt 131 538 personer.
- Av de som utretts inom SVF under åren 2018–2019 har i genomsnitt 38 procent visat sig ha cancer och därmed startat behandling.
- På nationell nivå nåddes inklusionsmålet (att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas i ett standardiserat vårdförlopp) när alla diagnoser vägs samman. Sex regioner nådde inte upp till målet.
- Ledtiderna för de urologiska diagnoserna, särskilt urinblåsecancer, har försämrats.

Bröstcancer

Bröstcancer är den vanligaste cancersjukdomen hos kvinnor såväl i Sverige som globalt. I Sverige rapporterades 2020 10 893 fall av bröstcancer och 1 395 individer avled i sjukdomen. Hälften av alla nyinsjuknanden drabbar kvinnor över 65 år. Andelen äldre kvinnor som kommer till behandling för nyupptäckt bröstcancer ökar också stadigt, i och med att befolkningen blir allt äldre.

Sverige har traditionellt haft ett högt deltagande i mammografiscreeningen. Sedan 2012 har 2/3 av alla bröstcancerfall i åldersgruppen 40–74 år upptäckts via mammografiscreening.

Den totala dödligheten i bröstcancer har minskat dramatiskt under de senaste 20 åren utom för de äldsta kvinnorna. 10-årsöverlevnaden för bröstcancer är i Sverige kring 80 %.

Nationellt vårdprogram för bröstcancerbehandling har funnits sedan 2000. Syftet är att åstadkomma regional samverkan och få en nationell samsyn avseende diagnostik, behandling och uppföljning av bröstcancer. Följsamheten till vårdprogrammet är god vilket bidrar till jämlik vård och goda behandlingsresultat i hela landet. De allra flesta erbjuds en kontaktsjuksköterska. Multidisciplinär behandlingskonferens, MDK, säkrar patienten en allsidig bedömning och behandlingsrekommendation.

Nationellt Kvalitetsregister för Bröstcancer startades 2008 för att på ett objektivt och standardiserat sätt följa vårdkedjan från diagnos till behandling, uppföljning, eventuellt återfall och död. Registret har en hög täckningsgrad.

I Sverige pågår förbättringsarbeten för att förfina och förbättra diagnostiken med nya ”röntgentekniker” av primär bröstcancer, dels för öka den diagnostiska säkerheten, dels för att kunna göra kirurgin mer precis. Bröstbevarande kirurgi med strålbehandling ger likvärdig möjlighet till överlevnad jämfört med om man opererar bort hela bröstet. I riket opereras 85% av fallen med små invasiva tumörer med bröstbevarande kirurgi.

Kvaliteten på preoperativ utredning och utförd operation är hög vilket återspeglas i en stabilt låg andel omoperationer, trots en successivt ökande andel bröstbevarande kirurgi. I riket utförs endast ett bröstingrepp i 91%.

Standardiserat vårdförlopp infördes 2016 för att säkra utredning och vård i rimlig tid. Målnivåerna är mer ambitiösa än den nationella vårdgarantin.

Några resultat från årsrapporten 2021:

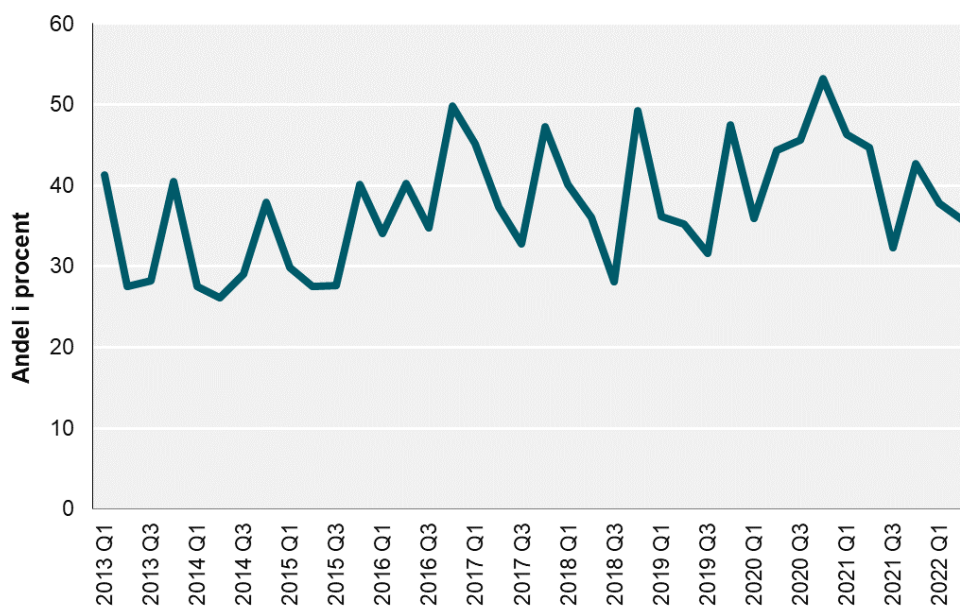
Ledtid till primär operation var i riket 32 dagar 2021 med variation från 18–56 dagar. Målet är 28 dagar vilket nåddes i 41% av fallen. Andra halvåret 2022 har ledtiden sjunkit till 35%.

Ledtid till start av preoperativ onkologisk behandling var i riket 30 dagar 2020 med variation från 17–43 dagar. Målet är 28 dagar vilket nåddes i 42% av fallen.

Ledtiden från operation till start av cytostatikabehandling har förkortats över tid. 2020 var den 41 dagar med variation från 24–56 dagar.

När det gäller ledtiden från operation till start av strålbehandling så har den ökat och var 2020 69 dagar med variation från 36–127 dagar.

Diagram 31: Tid från välgrundad misstanke om bröstcancer till primär operation inom 28 dagar

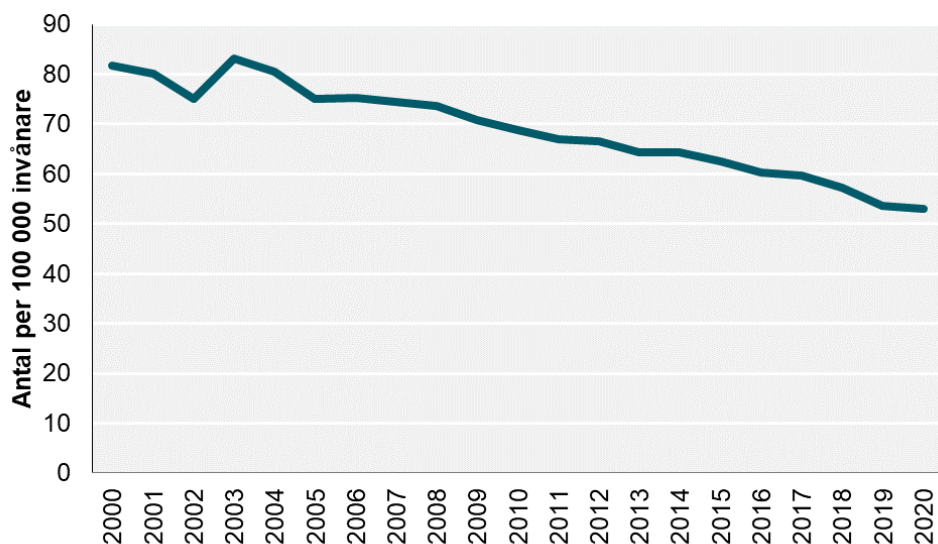


Källa: SKR:s vårdstatistikportal Vården i siffror som hämtat data från Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer

Prostatacancer

Prostatacancer är den vanligaste cancerformen bland män i Sverige. Varje år diagnostiseras cirka 10 000 män med prostatacancer. År 2020 dog 2 243 män av sjukdomen. Dödligheten minskar i hela befolkningen men är högre i de äldre åldersgrupperna och bland personer med förgymnasial respektive gymnasial utbildningsnivå än bland personer med eftergymnasial utbildningsnivå. Totalt bland män 45 år och äldre var nedgången av dödligheten i prostatacancer 32 procent under perioden 2006 – 2020.

Diagram 32: Antal döda vid prostatacancer per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.



Källa: SKR Vården i siffror, som hämtat data från Socialstyrelsens dödsorsaksregister

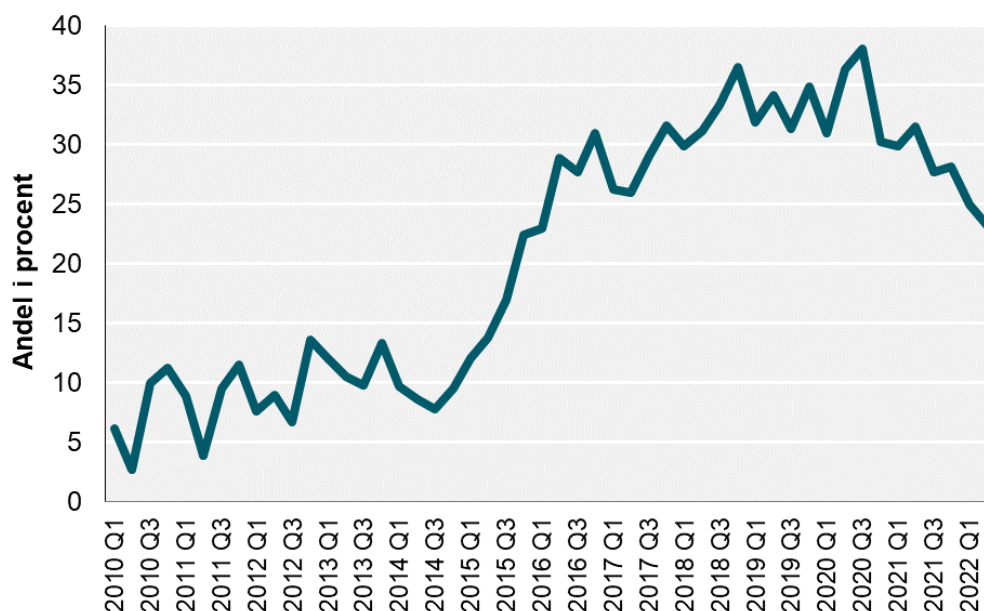
Som en följd av att hälso- och sjukvården började genomföra prostatakontroller med PSA-prov har antalet män som lever med diagnostiserad prostatacancer ökat kraftigt från slutet av 1990-talet, men en bit in på 2000-talet planade ökningen ut. Ökningen beror förutom PSA-prov även på det ökade antalet äldre män i befolkningen. Det finns i nuläget inte ett nationellt screeningprogram för prostatacancer i Sverige.

Nationella prostatacancerregistret (NPCR) övervakar tidstrender och geografiska skillnader med avseende på utredning, diagnostik, tumörkaraktistik och behandling och omfattar alla fall av prostatacancer i Sverige. Målet är att varje patient ska få rätt behandling.

85% av patienterna har tillgång till kontaktsjuksköterska och i 86% diskuteras behandlingen för män med högriskcancer och primärt spridd prostatacancer vid multidisciplinär konferens/mottagning. Däremot har alla regioner svårt att nå målen för tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten och tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling för män med högriskcancer. Antalet strålbehandlingar av prostata har stadigt ökat de senaste åren och det är numera fler män som genomgår lokal strålbehandling än

operation. Fler män med högrisk och lokalt avancerad prostatacancer erhåller kurativt syftande behandling. Det finns dock stora regionala skillnader avseende måluppfyllelse och utvecklingen har stått relativt still och till och med ibland försämrats under de senaste fyra åren. Generellt ses att indikatorer som rör väntetider är längre från måluppfyllelse, trots införande av SVF och miljardsatsningar, jämfört med indikatorer som avser följsamhet till medicinska riktlinjer.

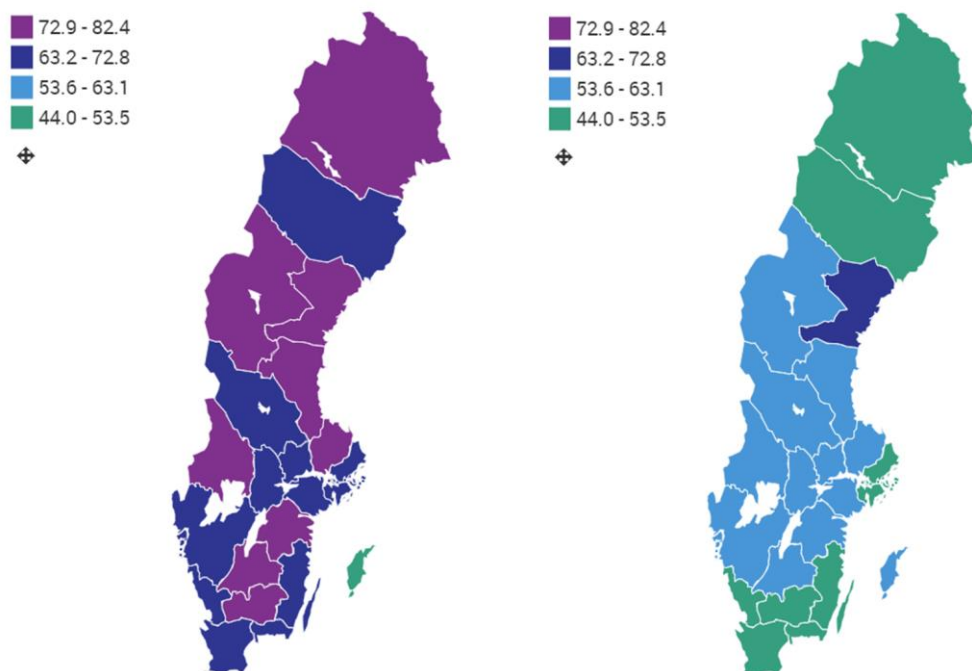
Diagram 33: Andel män med misstänkt prostatacancer som fått nybesök på specialistklinik inom 14 dagar efter remissankomst.



Källa: SKR Vården i siffror, som hämtat data från Nationella prostatacancerregistret

Folkhälsomyndigheten följer kontinuerligt läget när det gäller dödligheten i bland annat cancersjukdomar. Det finns regionala skillnader men jämför man perioden 2006-2010 med perioden 2016-2020, så har dödligheten minskat i samtliga regioner i landet.

Diagram 34: Dödlighet i prostatacancer 2006 - 2010 och 2016 - 2020 uppdelat på regioner (åldersstandardiserade värden)



Källa: Folkhälsomyndigheten, som bearbetat data från Socialstyrelsens dödsorsaksregister

Exempel på ändrade arbetssätt

Det finns exempel på hur vårdens personal genom att ändra arbetssätt kan påverka väntetider samtidigt som vården blir effektivare. Här redovisas några som handlar om hur digitalisering kan bidra till ett utvecklat samarbete mellan primärvård och specialiserad vård.

Teledermatoskopi vid misstanke om malignt melanom

Hudmelanom är den mest aggressiva formen av hudcancer och en av de snabbast ökande cancerformerna i Sverige. I Sverige diagnostiseras årligen drygt 4 500 invasiva maligna melanom i huden och ca 4 000 förstadier till sjukdomen. Varje år avlider omkring 500 patienter av sjukdomen i Sverige. Tidig upptäckt och kirurgiskt borttagande av melanom är avgörande för prognosen.

Teledermatologisk bedömning innebär att patienten söker till sin vårdcentral där en bedömning görs av allmänläkare och misstänkta hudtumörer fotograferas med ett dermatoskop. Bilderna samt övriga uppgifter sänds som en elektronisk remiss till hudklinik och bedöms av en hudspecialist. Detta tillvägagångssätt skiljer sig från det traditionella arbetssättet, där en remiss till hudkliniken skrivs utan bildmaterial, och patienten därefter gör ett besök där för bedömning.

Arbetssättet förkortar handläggningstiden mellan primärvård och specialiserad vård. De patienter som har melanommisstänkta förändringar kan därmed opereras snabbt i stället för att hamna i väntetider för den initiala bedömningen. Resurser inom patologin kan användas mer effektivt och den diagnostiska kvaliteten förbättras i och med kompetensöverföring från hudspecialister till primärvårdsläkare.

Teledermatoskopi införs nu på bred front i stora delar av landet och som stöd till införandet har Regionala cancercentrum i samverkan tagit fram en webbaserad utbildning till alla berörda inom primärvården.

En väg in för psykisk hälsa

Genom *En väg in för psykisk hälsa* erbjuder Region Gävleborg en enkel väg in i vården och ett snabbt omhändertagande av alla barn och unga 0–17 år med psykisk ohälsa och föräldrar som behöver stöd i sitt föräldraskap.

Det nya arbetssättet initierades av personalen på grund av alltför långa väntetider till barn- och ungdomspsykiatri och är etablerat i regionen sedan 2019. I stället för att lägga mycket energi på att först göra ambitiösa utredningar erbjuder man nu tidiga insatser utifrån barnets behov och symtom, oavsett om personen kan få bäst hjälp genom egenvård, genom insatser i primärvård eller är i behov av specialiserad vård.

Barn och unga ska inte behöva vänta passivt på en utredning. De ska i stället erbjudas tidiga insatser som utgår från de behov och symtom de har, här och nu. Diagnos eller inte. Arbetssättet innebär att det görs en ”tillräckligt god bedömning” redan vid en inledande kontakt med vården. Utifrån den bedömningen kan vården snabbt upptäcka barn och unga som kan behöva behandling, men även personer som kan vara hjälpta av egenvård.

Barn och unga som inte mår bra erbjuds en stegvis vård där första linjen och den specialiserade vården arbetar enligt gemensamma vårdprogram. Det är tydligt på vilken nivå olika insatser ska erbjudas och barn och unga kan enkelt få vård på rätt vårdnivå.

Telefonnumret till *En väg in* för psykisk hälsa är detsamma för hela länet. Personer som inte är bekväma med att ringa kan i stället skicka in en vårdbegäran via 1177 Vårdguidens e-tjänster och få ett möte med en behandlare. Alla erbjuds en tid för ett samtal med en behandlare inom tre dagar. Samtalet börjar med att behandlaren gör en inledande kartläggning på 5–10 minuter för att avgöra om barnet och föräldern har behov av råd och stöd, eller om det är motiverat att göra en fördjupad intervju. Mot slutet av samtalet gör behandlaren efter att ha stämt av familjens önskemål en samlad bedömning av situationen och vad som är ett lämpligt nästa steg. Ungefär hälften av de som genomför en intervju är i behov av en insats och patienten får direkt en besökstid inom 30 dagar.

Digital konsultation

Vårdcentralen i Borgholm och ortopedmottagningen i Oskarshamn inledde i ett projekt under pandemins första fas i april 2020 ett nytt sätt att samarbeta. Tanken var att lösa problemen direkt där de uppstår i stället för att behöva skicka en remiss till ortopedkliniken. En digital direktlänk öppnades mellan Borgholms hälsocentral och ortopederna.

En patient med behov av ortopedisk bedömning kontaktar primärvården. Distriktsläkaren bedömer att en ortoped behöver konsulteras. Men i stället för att skriva en remiss, ringer distriktsläkaren och patienten upp en erfaren ortoped på sjukhuset med hjälp av en videolänk direkt under besöket. Läkaren i Oskarshamn finns tillgänglig dagtid vardagar. Ingen tidsbokning krävs.

Mellan april 2020 och april 2021 genomfördes drygt 400 konsultationer. 75–80 procent av problemen kunde lösas direkt och endast i cirka 25 procent av fallen behövdes en remiss. Läkarna lär sig av varandra. Under projektets gång har kvalitén på remisserna som skickas in också blivit bättre. Den största vinsten har varit att patienten slipper vänta och får tydliga och klara besked. Allt blir löst i ett besök.

Ortopedkliniken i Oskarshamn tilldelades Göta Priset 2021 för pilotprojektet Digital ortopedkonsult. Arbetssättet sprids nu vidare till andra regioner. I Jönköping och Västra Götaland pågår exempelvis liknande utvecklingsarbeten.

Vad är en väntetid och vad är en kö?

I de inledande kapitlen av rapporten beskrivs det aktuella patientflödet inom den planerade specialiserade hälso- och sjukvården i landet på ett så objektivt sätt som möjligt. Där beskrivs också hur staten och dess myndigheter sett på problemen med att patienter fått vänta länge innan deras konstaterade behov av insatser av olika slag kunnat tillgodoses. Det har lett till olika regleringar för att styra mot större jämlikhet när det gäller tillgängligheten till vård i landet.

Med vårdgarantin och dess 90-dagars gränser för den specialiserade vården, barn- och ungdomspsykiatri undantagen, införs en styrande normering som definierar vad som är den maximala tid som får förflyta mellan beslut om insats och insatsen genomförande för en enskild patient.

Denna rapport har hittills, med några få undantag, visat fakta om väntetiderna och deras utveckling ur ett makroperspektiv och ackumulerat till den nationella nivån. Vårdens tillkortakommanden när det gäller väntetider beskrivs ofta på ett förenklat sätt som bidrar till att regionernas förmåga att erbjuda en tillräckligt bra tillgänglighet för sina invånare nedvärderas. Verkligheten är betydligt mer komplex vilket måste beaktas för att kunna välja bästa möjliga lösningar på väntetidsproblemet. För att kunna göra det behöver begreppen väntetid och kö ges en problematiserande belysning.

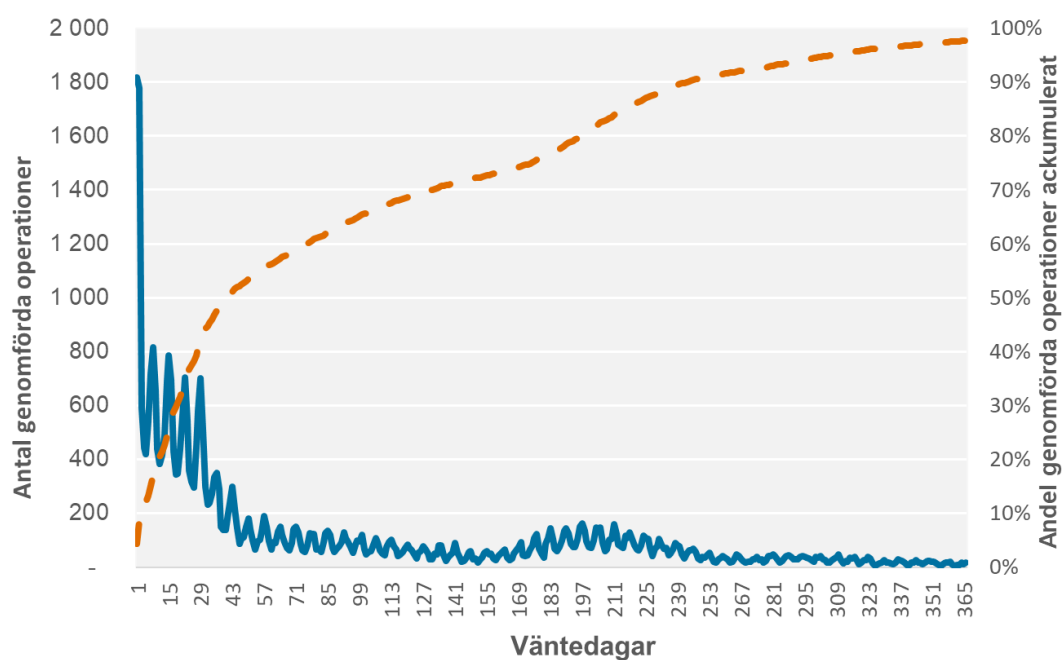
Väntetidsdatabasen innehåller data över alla patienter som är inne i planerade patientflöden inom den specialiserade vården. Det kan ge ett intryck av att alla 100-tusentals patienter som finns med där räknas som stående i kö. I begreppets vidaste mening gör de ju det, men väntar likställt med att stå i kö, gör ju långt ifrån alla. Att stå i kö på en väntelista beskrivs kanske ändå bäst som att man som patient är ställd åt sidan i flödet för att invänta ett besked, en kallelse, till ett besök eller en operation, utan att veta hur länge beskedet kan komma att dröja.

I den tidigare versionen av Väntetidsdatabasen, med data från 2007 fram till och med 2020 går det att följa det faktiska antalet dagar som förflutit från beslut om vårdåtgärd till dess genomförande. Det ger en något annorlunda bild än den

över antalet som väntar inom olika intervall av väntedagar som visats tidigare i rapporten.

Här är det genomförda operationer i september 2020 som är underlaget och grafen visar hur de patienter som opererats fördelas över olika antal väntedagar. Diagram 35 nedan visar att 17% av patienterna har fått sin operation genomförd inom en vecka och för 44% sker den inom en månad. Man kan med fog ställa sig frågan om dessa patienter har väntat eller om de snare haft en rimlig förberedelsestid inför sin operation. Detta gäller särskilt om de när beslutet om operation fattades haft möjlighet att påverka vilket datum operationen ska genomföras.

Diagram 35: Antal genomförda operationer per väntedag och andel operationer per väntedag ackumulerat september 2020



Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg

Det här visar också att det som påverkar väntetiderna i högsta grad är den medicinska prioriteten för åtgärden till den aktuella patienten. Detta stärks av Diagram 6 och Tabell 3 på sidan 21 där de väntande fördelas på väntetidsintervall. Slutsatsen är att det är de patienter som har lägst medicinsk prioritet som får vänta längst och eventuellt kan också den slutsatsen dras att de

patienter som väntat på sin operation ett år eller längre har så låg prioritet att indikationen för den kan vara tveksam.

Det pågår en ständig medicinsk metodutveckling som gör det möjligt att med ett operativt ingrepp erbjuda hjälp till patienter som tidigare inte varit möjliga att operera. Efter sådana genombrott kan det uppstå längre väntetider och köer då resurserna ännu inte anpassats eller vårdprocessen effektiviserats. Ett exempel där det hanterats lyckosamt är vården av patienter med katarakt som beskrivits tidigare i denna rapport.

Samtidigt innebär den medicinska utvecklingen en balansgång mellan nyttan för patienterna och tillgången till resurser, och då resurser både i form av ekonomi och kompetens. De regionala skillnader som finns i väntetider till olika ingrepp härrör till del ur denna problematik. Långa väntelistor eller köer av väntande patienter tenderar i sådana lägen, åtminstone historiskt, användas som motiv för att få tillgång till mer resurser i form av vårdplatser, personal och ekonomi.

Bakom de ackumulerade siffror på nationell nivå som presenteras här finns tusentals människor i vården vars beslut om när olika insatser ska och inte ska genomföras får stor betydelse. Här är det inte bara den ansvarige läkarens beslut som är avgörande utan också alla de personer med varierande yrkesbakgrund, företrädesvis sjuksköterskor, som arbetar med att administrera alla dessa väntelistor. Det gäller också de som arbetar med att planera verksamheten på de enheter där den medicinska operationen/åtgärden ska genomföras. Den enskilde patientens initiativkraft och direktkontakter med dessa nyckelpersoner i vården kan påverka väntetidens längd.

Det man sammanfattningsvis kan anta är att i vilken kronologisk ordning patienten, av egen kraft eller via remiss, anmäls till vården inte är avgörande för vilken plats en enskild patient har på väntelistan till den insats som ska genomföras.

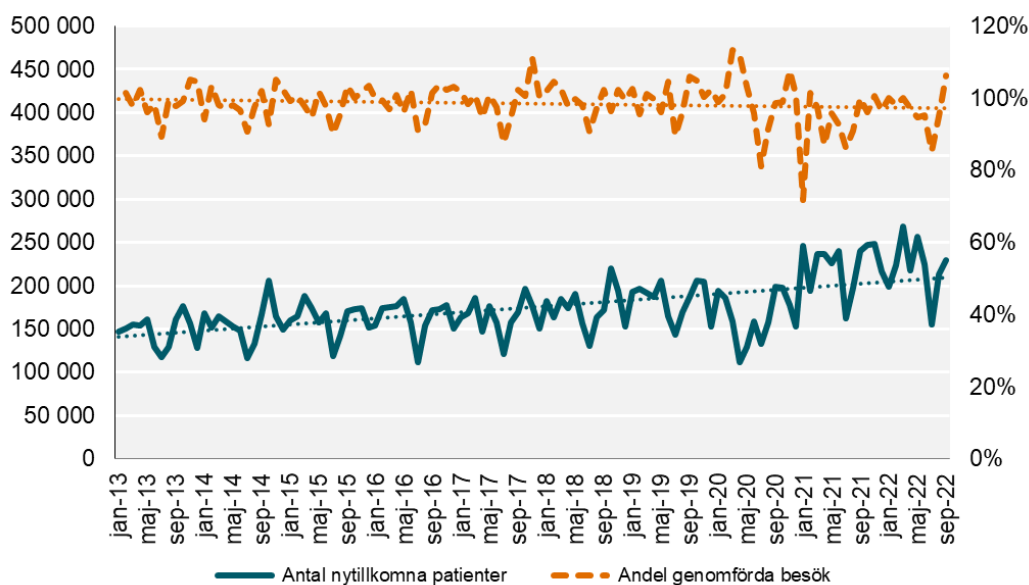
Denna komplexitet har det delvis tagits hänsyn till i regelverket för fördelning av de stimulansmedel som finns inom ramen för överenskommelser mellan regeringen och regionerna via SKR. Där är man överens om att bortse från patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan för patienter som väntat längre än 90 dagar.

Vad krävs för att korta köerna

Tidigare har möjligheten att matematiskt räkna fram inflödet av nya patienter beskrivits. Det antalet relaterat till antalet genomförda besök och operationer är ju helt avgörande för hur antalet väntande patienter förändras över tid. Även om data för åren 2013 – 2020 inte är helt jämförbara med de för 2021 – 2022, så ger det ju ändå en bild av hur inflödet förändrats genom åren.

Som framgår av diagrammet nedan så har inflödet till besök ökat i något snabbare takt än vad man förmått genomföra nya besök. Under 2013 utfördes ca 1,8 miljoner besök eller 6 700 fler än vad inflödet av nya patienter var. Under 2021 utfördes 2,5 miljoner nybesök, men inflödet var 184 000 större och med det tidigare antalet väntande så var det den 30 september 2022 drygt en halv miljon patienter som väntade. Det här illustrerar tydligt vikten av att ta hand om 100% av de nya patienterna för att undvika att antalet väntande växer till.

Diagram 36: Antal nytillkomna patienter och andel genomförda besök per månad januari 2013 – september 2022

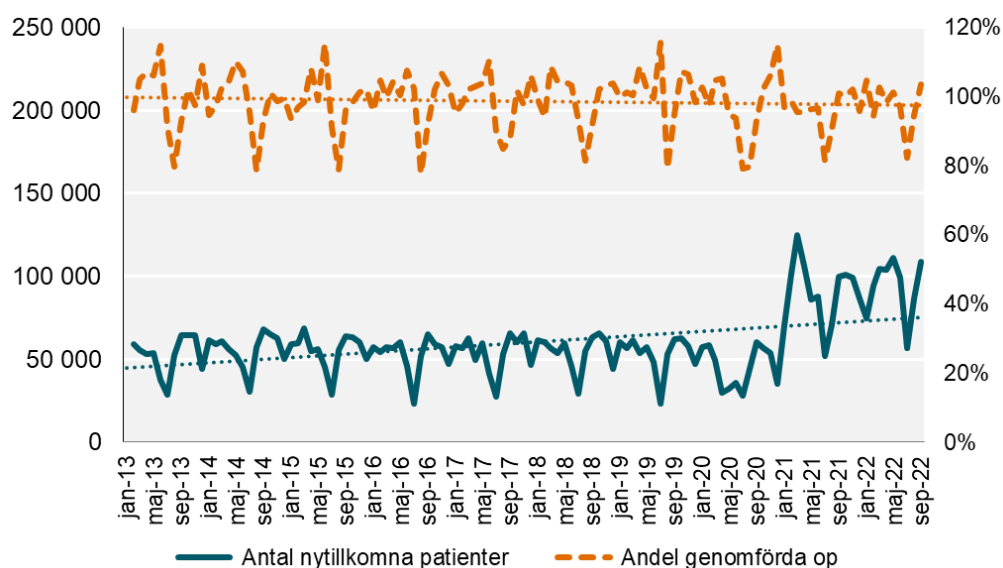


Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg

För operationerna syns effekter av pandemin tydligt. Det är betydligt färre patienter än normalt som anmäls till operation under 2020, ungefär 100 000 färre, och trots att mycket av resurserna användes till vård av patienter med

Covid-19, så kunde man hålla antalet operationer och andra behandlande åtgärder på en nivå som motsvarar den efterfrågan. Viktigt är att komma ihåg att detta visar aggregerade data på nationell nivå och att förhållandena på enskilda enheter ute i vård-Sverige kan skilja sig mycket från dessa.

Diagram 37: Antal nyttillkomna patienter och antal genomförda operationer per månad januari 2013 – september 2022



Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraerade med QlickView analysverktyg

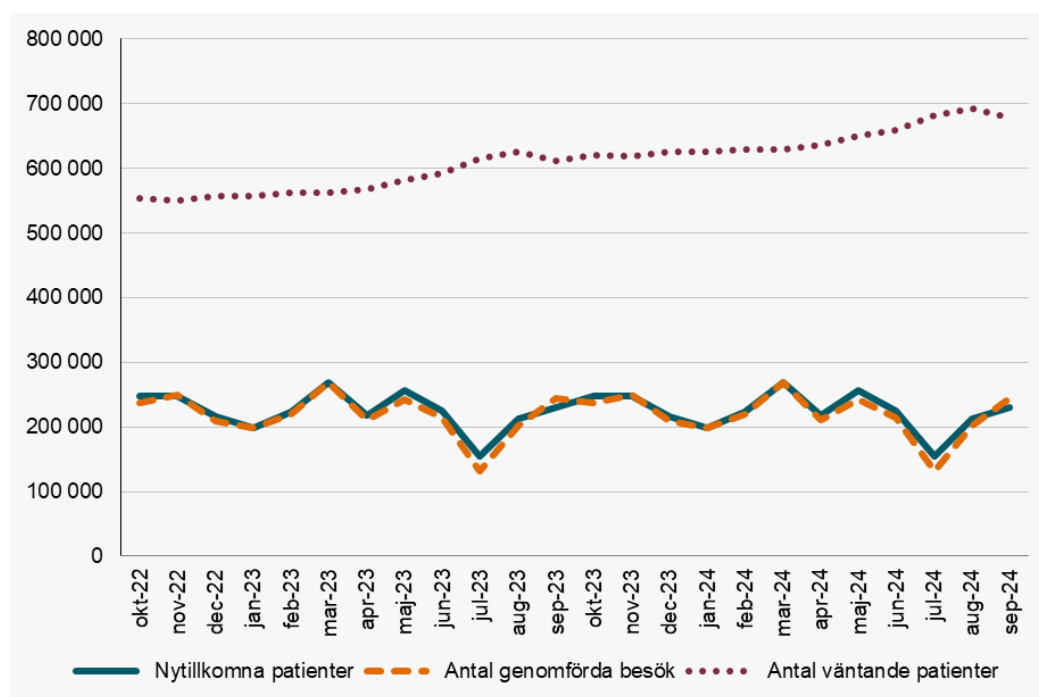
År 2013 fångades drygt 600 000 operationer till Väntetidsdatabasens statistik. 2021 var motsvarande antal drygt 1 miljon. Antalet väntande var knappt 200 000 i september 2022 att jämföra med 146 000 vid utgången av 2019.

Tidigare i rapporten har beskrivits att antalet väntande till besök motsvarar i genomsnitt antalet genomförda besök under två månader. För operationerna är motsvarande siffra knappt 7 veckor (faktor 1,7). Samtidigt har data för perioden januari 2021 och framåt pekat på en successiv ökning av antalet väntande. Det beror på att genomförda besök och operationer inte helt motsvarat tillströmningen av nya patienter. Antalet nya patienter har legat tämligen konstant sedan dess, så ökningen i antal väntande beror i första hand av att de genomförda besöken inte helt motsvarat efterfrågan.

För att belysa vad som skulle krävas för att hålla antalet väntande kvar på nuvarande nivå respektive att minska antalet väntande till en nivå som motsvarar en månads insatser (besök respektive operationer) har tre olika framskrivningar gjorts för vardera besök och operationer.

Framskrivningarna är rent matematiska och har baserats på följande antaganden. Antalet nytillkommande patienter för tiden oktober 2021 – september 2022 har legat till grund för den beräknade efterfrågan under de två närmast kommande åren. De har fördelats över månaderna på samma sätt som de fördelats över samma månader 2021 – 2022. På samma sätt har genomförda besök och operationer för tiden oktober 2021 – september 2022 legat till grund för beräkningen av hur många vårdinsatser som kommer att genomföras de 24 följande månaderna.

Diagram 38: Framskrivning 1 - oförändrat antal besök oktober 2022 – september 2024



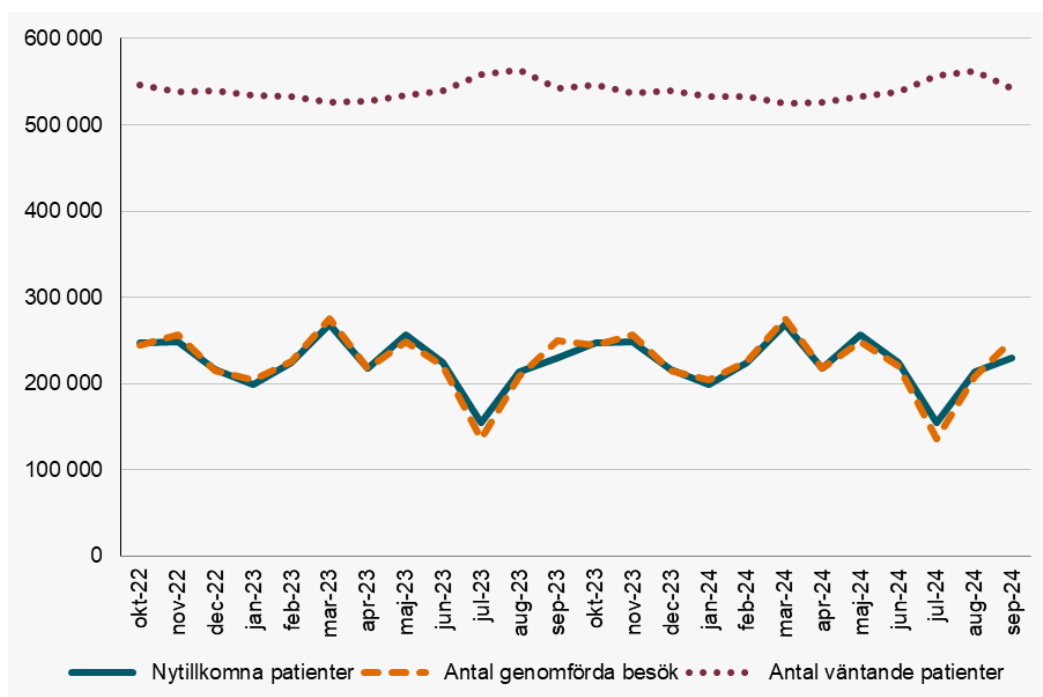
Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg

Om förhållandet mellan nya patienter och genomförda besök följer trenden från 2021 – 2022 så kan alltså antalet väntande komma öka med 25% från 543 000

till 678 000. Detta trots att differensen mellan nya patienter och genomförda besök knappt går att urskilja i diagrammet.

Vad skulle krävas för att antalet väntande skulle ligga kvar på nuvarande nivå?
I framskrivning 2 har detta kalkylerats fram.

Diagram 39: Framskrivning 2 – ökat antal besök med 2,6% oktober 2022 – september 2024

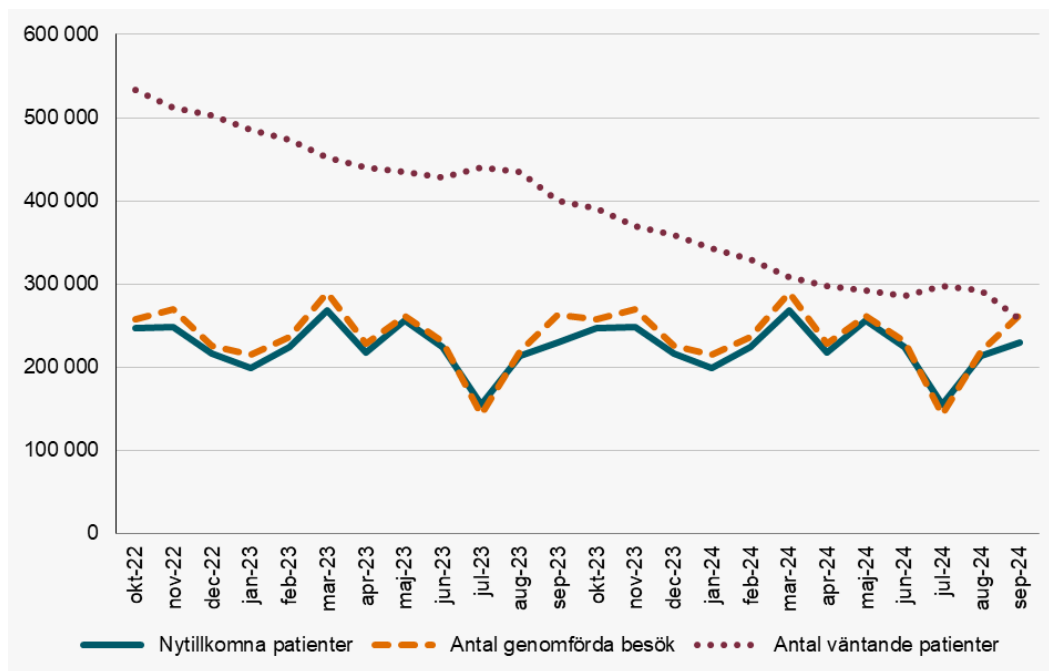


Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg

Antalet genomförda besök har här skrivits upp med i genomsnitt 5 700 besök per månad eller 2,6%. Det innebär att den teoretiska väntetiden för de ny tillkomna patienterna som mest blir 60 dagar, om alla besök skulle genomföras i den turordning som patienterna tillkommer.

På motsvarande sätt kan vad som skulle krävas för att korta den teoretiska väntetiden till 30 dagar kalkyleras fram. I diagram 40 har antalet genomförda besök skrivits upp med i genomsnitt 17 500 besök per månad eller 8%. I september 2024 är då den nuvarande kön, väntetid mer 30 dagar, borta och antalet genomförda besök kan gå ner till nivån enligt framskrivning 2.

Diagram 40: Framskrivning 3 – ökat antal besök med 8% oktober 2022 – september 2024

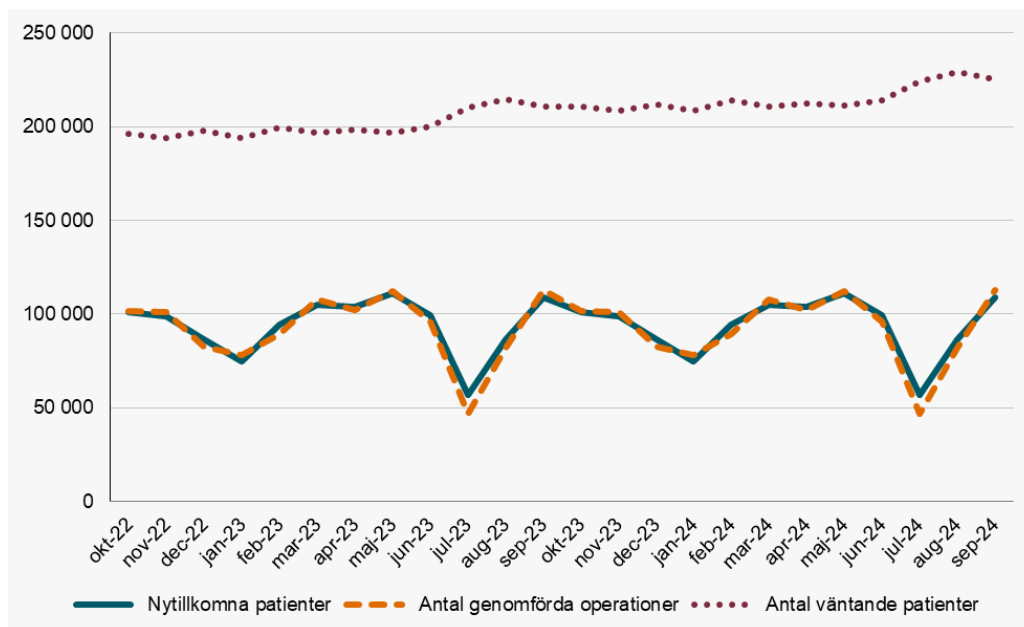


Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg

Samma framskrivningar har gjorts för operationer och åtgärder och den första grafen, diagram 41, beskriver vad som händer med antal väntande om de genomförda operationerna är kvar på nuvarande nivå.

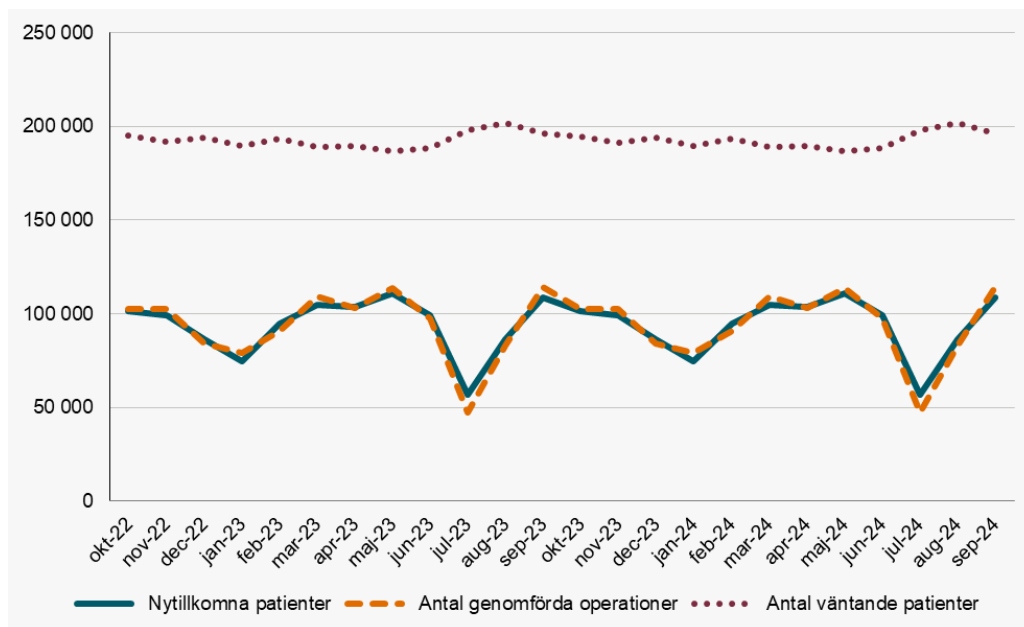
Antalet väntande kommer i september 2024 vara 225 000 eller 15% fler än nu. Väntetiden kommer att närma sig 90 dagar att jämföra med dagens 60 dagar.

Diagram 41: Framskrivning 1 - oförändrat antal operationer oktober 2022 – september 2024



Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg

Diagram 42: Framskrivning 2 – antal operationer ökar med 1,3%

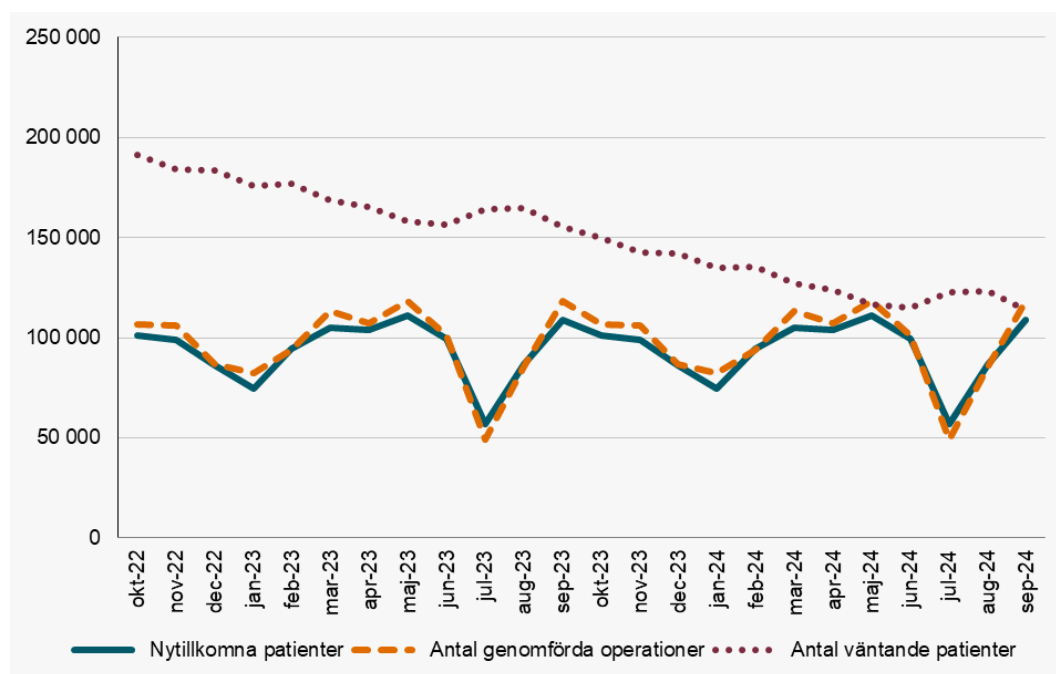


Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg

Framskrivning 2 i diagram 42 beskriver vad som skulle krävas för att hålla antalet som väntar på operation på samma nivå som nu. Antalet genomförda operationer skulle behöva ökas med 1 200 per månad eller 1,3 %.

I den sista framskrivningen och där kön är borta i september 2024 förutsätts att operationerna blir 5% eller i genomsnitt 4 600 fler per månad. Därefter kan antalet genomförda operationer återgå till den nivå som gäller för framskrivning 2.

Diagram 43: Framskrivning 3 – antal operationer ökar med 5%



Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg

Som en jämförelse kan påminnas om att den sista september 2022 uppgick de patienter som själva valt att avvakta med sitt besök (Patientvald väntan) till 21 022 i antal eller 4% av de väntande. För väntande till operation var antalet med patientvald väntan 15 005 eller 8%.

Patienter som satts på väntan till besök av medicinska skäl utgjorde samma datum 15 940 eller 3% och de som fått sin operation framskjuten av medicinska skäl var 10 769 eller 5%.

Diskussion

Väntetider till specialiserad vård är inget nytt. De har funnits i Sverige under många år. Olika satsningar har avlöst varandra i syfte att hålla nere väntetidernas längd. När vårdgarantiarbetet startade på 1990-talet var den vanligaste åtgärden i regionerna att arrangera extra mottagningar och operationsdagar på kvällar och helger. Väntetiderna minskade men effekten var kortvarig då åtgärden behandlade symptomet men inte orsaken till problemet. 1990-talets ekonomiska kris bidrog till en snabb utveckling av dagkirurgin som även möjliggjordes av nya medicinska metoder. Nästa steg var att separera planerade och akuta operationer från varandra samtidigt som patientflöden utvecklades med industrin som förebild, i såväl privat som offentlig verksamhet.

Dessa förändringar har möjliggjort den kraftiga produktionsökning som skett inom vissa områden. Antalet kataraktoperationer har ökat med över 100 000 per år sedan 1992, där halva ökningen består av fler patienter och andra halvan av personer som fått andra ögat opererat. Knä-och höftplastikoperationer är ett annat område där det skett en kraftig produktionsökning. Antalet utförda operationer per år är idag nästan dubbelt så stort som för 20 år sedan. Fler personer i befolkningen har i och med denna utveckling kunnat få del av operationer tidigare i förloppet samtidigt som personer med högre risk även kan erhålla operation med gott resultat.

Den lagstadgade nationella vårdgarantin som kom 2010 skapade ett ramverk som tydliggjort förväntningarna på vården när det gäller väntetider. Tillsammans med ett stort nationellt fokus på frågan blev effekten att väntetiderna 2012 nådde sin hittills lägsta nivå. Därefter har de åter börjat stiga, en bekymmersam utveckling som ytterligare förvärrats i och med pandemin och svårigheter att rekrytera personal med rätt kompetens.

Ökad produktion krävs för att vända utvecklingen

Analys av befintlig statistik visar att det handlar om en sakta stegvis ökning månad för månad som i dagsläget motsvarar 2 månaders produktion av vårdbesök och 1,7 månads produktion av operationer/behandlingar. Trenden är oroväckande, men inte omöjligt att vända.

Av de grafer som visas under avsnittet om vad en väntetid och vad en kö är blir det tydligt att om antal genomförda insatser är något lägre än antalet nytillkomna patienter under en längre tid leder till en ackumulerad tillväxt av antalet väntande patienter. Detta även om differenserna under enskilda månader inte är särskilt stora.

Det innebär samtidigt att om det omvända kan åstadkommas, så kommer listan med väntande patienter kunna krympas i samma takt som den tidigare växt. Gjorda framskrivningar visar att med en relativt måttlig produktionsökning under en begränsad tid så kan kön arbetas bort.

Verkligheten är dock tuff inom många verksamheter i många delar av landet, främst beroende på bristande tillgång till personal med rätt kompetens.

De data som visas här är alla ackumulerade till hela landet och blir på så sätt ett genomsnitt av läget, men inte överensstämmande med läget i varje verksamhet och enhet. Enheter som har kontroll över patientflödena och har resurser för att kunna hantera variationer i dessa ser kanske framskrivningarna i rapporten som möjliga scenarion, medan andra enheter som kämpar med kompetensförsörjningen ser dem som ouppnåeliga.

Ambitionen är att minska väntetiderna till vården. Ska uppdraget klaras finns det ingen annan väg än att hitta sätt att kunna utföra de extra besök och operationer/åtgärder som krävs för att hålla balans mellan tillflöde och genomförande. Dessutom måste resurser och utrymme hittas för att kunna genomföra de extra insatserna. I rapporten lyfts några exempel fram där man på olika sätt lyckats hitta nya sätt att arbeta som frigjort tid och resurser för att kunna ta hand om fler patienter och minska väntetider.

De flesta får vård inom rimlig tid

Över 700 000 patienter är i dag inne i vårdprocesser i den specialiserade vården. Vissa av dem har väntat länge, men en majoritet har väntat relativt kort tid. Även om allt fler patienter väntar på vård så får de flesta patienterna vård inom rimlig tid.

Över hälften av de patienter som fått sin operation eller annan åtgärd utförd under september 2022 hade väntat kortare tid än 30 dagar, Mer än tre

fjärdedelar av operationer och åtgärder har gjorts för patienter som väntat kortare tid än vårdgarantins 90 dagar.

Flödena fungerar generellt sett väl. De flesta av patienterna får såväl besök som operationer och åtgärder inom en rimlig tid. Problemen uppstår för de patienter som väntat länge, det är en mindre grupp patienter men den gruppen växer tyvärr. Pandemin fick inledningsvis en stark negativ effekt bland de som väntat längst tid på vård, och läget har inte återhämtats sedan dess.

Det finns inga vårdssystem i världen som har noll personer som väntar på vård, all vård kan inte genomföras omedelbart och det kommer alltid att finnas vissa led- och väntetider. Vården behöver fokusera på att inga patienter får vänta för länge. Insatser för att minska väntetiderna i vården bör i första hand fokusera på de patienter som väntat längst, det är framför allt där de problem vi ser i dag finns.

Ökad kvalitet

Väntetider till vård kan inte diskuteras isolerat. De måste också värderas i förhållande till vårdens resultat. Svensk hälso- och sjukvård håller hög medicinsk kvalitet som hela tiden förbättras. Under alla år som vården kämpat med väntetider har samtidigt kvaliteten på vårdens åtgärder kraftigt förbättrats till gagn för patienterna. Överlevnaden i cancer har förbättrats, andelen omoperationer har minskat inom flera områden och äldre personer får i högre utsträckning del av olika behandlingar.

Inom cancervården är verksamheten än mer komplex. Ett bra behandlingsresultat förutsätter ett väloljat samarbete mellan organspecialister, onkologer, radiologer, patologer, operationsenheter, strålbehandlingsenheter och enheter för cytostatikabehandling. Patienterna har idag i hög utsträckning tillgång till en fast vårdkontakt och val av behandling görs efter multidisciplinära behandlingskonferenser. Ambitionsnivån för ledtider vid cancer är betydligt högre än för andra diagnoser. Detta måste beaktas vid jämförelser. Att ledtiderna i de flesta cancerförlopp inte försämrats efter införande av standardiserade vårdförlopp kan ses som ett positivt tecken när väntetiderna i andra sammanhang ökar. Trots en ansträngd situation prioriterar regionerna cancervården.

Införandet av nya medicinska metoder möter sällan hinder hos vårdens professioner som har starka drivkrafter att införa nya behandlingar. När det

gäller att ändra vårdprocesser och arbetssätt ser det helt annorlunda ut. Pilotprojekt med goda resultat har ofta svårt att få spridning och det saknas ett nationellt ordnat införande liknande det som finns för nya dyra läkemedel, något som bidrar till undvikbar ojämlikhet.

Ett annat problem är den stora variationen i väntetider mellan olika regioner som skapar en ojämlik vård utifrån patientens bostadsort. Ett positivt tecken är ändå att inga skillnader kopplade till kön eller ålder observeras i väntetider vare sig till första besök eller till operation/åtgärd. I och med att materialet är aggregerat och stort går det dock inte att utesluta att problem med ojämlikhet och bristande jämställdhet kan förekomma i enskilda vårdprocesser.

Knä- och höftplastikoperationer tillhör de åtgärder som fått stå tillbaka mest under pandemin. Den uppskjutna vårdens storlek i absoluta tal utgörs av totalt 16 095 färre höft- och knäprotesoperationer som utförts 2020 och 2021, antaget att samma antal hade opererats respektive år som 2019. Idag är svårigheten att rekrytera och behålla personal med rätt kompetens det största hindret för att arbeta i kapp väntelistorna.

Att Sverige har längre väntetider till besök i vården är väl känt och beskrivet sedan tidigare. En positiv överraskning är väntetiderna till höftplastik, hysterektomi samt till kataraktoperation. Där ligger Sverige bland de länder som har kortast väntetider, åtminstone bland de länder som finns med i OECD:s statistik.

Närmare 90 procent av patienterna uppgav år 2021 i Nationell patientenkät att de ansåg att de fått sitt besök i rimlig tid. Detta kan jämföras med befolkningens uppfattning i Hälso- och sjukvårdsbarometern som är långt mycket sämre. De som besökt vården är generellt mer positiva än de som varit friska. Det allmänna förtroendet för hälso- och sjukvården, också det enligt Hälso- och sjukvårdsbarometern, är trots det bland de allra högsta i allmänhetens ögon. 69,3% har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin region enligt undersökningen från 2021.

Tillgänglighet handlar om mer än väntetider

I den här rapporten har väntetider i vården undersökts, inte tillgänglighetsperspektivet i stort eller vad som sker när patienter väntar på vård. Vårdens tillgänglighet handlar förstås om betydligt mer än väntetider.

Konsekvenserna för enskilda patienter, och deras anhöriga, av att vänta länge på vård har heller inte undersökts. Även om sjukdomstillstånd inte behöver försämrats under väntetiden så är det väl känt att långa väntetider innebär ett lidande för många människor.

En patient som väntar på vård behöver få kontinuerlig information från vården, tydlig information om nästa steg, hjälp med egenvård och möjlighet att kunna få svar på frågor.

Väntetiderna till den specialiserade vården behöver minska. Den här rapporten visar på att det är svårt, men långt ifrån omöjligt.

Referenser

RCC i samverkan 2018. Jämförelse av data i kvalitetsregister och i SKL:s databas Signe – utvärdering av kvaliteten i mätningen av väntetider för patienter som genomgår standardiserade vårdförlopp för cancer (SVF)

RCC i samverkan 2022. Kortare väntetider i cancervården – status för inklusions och ledtidsmål i SVF En analys av SVF-data ur SKR:s väntetidsdatabas 2020–2021

Fakta om väntetider i vården

Många människor berörs av väntetider till vården. I nuläget är drygt 700 000 patienter inne i vårdprocesser i den specialiserade vården. Omsättningen är också stor, det senaste 12 månaderna har 3,7 miljoner besök och operationer som omfattas av vårdgarantin genomförts inom den specialiserade vården. I den här rapporten presenteras fakta om väntetider i den specialiserade vården utifrån flera olika perspektiv. Det aktuella läget beskrivs, liksom utvecklingen de senaste tio åren, samt en framskrivning av vad som skulle krävas för att helt ta bort alla köer. Analyser är gjorda utifrån jämställdhets- och åldersperspektiv. I rapporten ingår jämförelser med andra OECD-länder samt en redovisning av hur befolkningen och patienterna uppfattar väntetiderna. Det finns även ett antal exempel på ändrade arbetssätt.

Upplysningar om innehållet
Maj Rom, maj.rom@skr.se

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2022
ISBN: 978-91-8047-076-6