

Hälsa- och sjukvårdsrapporten 2021

Om läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården



Sveriges
Kommuner
och Regioner

Förord

Den tredje vågen av covid-19 pandemin har börjat klinga av. Smittspridningen och inläggningar på sjukhus på grund av covid-19 minskar. Mycket tack vare vaccinationer, men även följsamhet till rekommendationer och restriktioner. En ljusning skymtar men än är belastningen på vården hög samtidigt som behovet av återhämtning för vårdpersonalen är stort. Regeringen har från 1 juni initierat successiva lättnader i restriktioner, och en stegvis öppning av samhället. Det finns dock en viss osäkerhet kring utvecklingen under den närmsta tiden, med anledning av spridningen av muterade varianter av covid-19.

I pandemins spår kan vi konstatera ett läge där det finns oro för att färre fall av cancer har upptäckts, färre diagnoser har satts eller uppföljningar gjorts, att personer har avstått från att söka vård och att de som väntar på vård har väntat länge. Samtidigt kan vi konstatera att en stor del av vården har kunnat upprätthållas och att medvetna prioriteringar gjorts, där störst behov har gått först. Kvaliteten på vården har fortsatt varit god, och anpassningar har gjorts för att göra vården tillgänglig för olika grupper och för att kunna bedriva verksamhet på ett säkert sätt.

För att hantera den uppskjutna vården krävs nu ett aktivt arbete med genomgång av väntelistor. Det krävs tydliga medicinska prioriteringar, indikationsgränser men även etiska diskussioner. Detta behöver ske i verksamheten, nära och tillsammans med patienterna. Förändrade arbetssätt behöver tas tillvara, vårdkedjor effektiviseras och samverkan mellan aktörer utvecklas. Samtidigt behöver personalens återhämtning prioriteras.

Hälso- och sjukvårdsrapporten är en årligen återkommande rapport som avser att beskriva läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården, med stöd av nationellt tillgängliga sjukvårdsdata. Fokus för årets rapport är ”ett år med corona”. I första hand är det utvecklingen i riket som presenteras, men med inslag av jämförelser mellan regionerna. Det finns en ambition att binda ihop den här rapporten med de rapporter om *Pandemin och hälso- och sjukvården* som publicerades i november 2020, respektive mars 2021. Mer av öppna jämförelser mellan regionerna finns att tillgå på Vården i siffror.

Stockholm, 2021-06-22

Fredrik Lennartsson

Avdelningschef

Avdelningen för vård och omsorg

Innehåll

Sammanfattning	6
Medveten och snabb omställning av vården	6
Hög uthållighet och stabilitet	7
Ordinarie kvalitetsmått pekar på oförändrad kvalitet under pandemin	7
Vård som inte kan vänta har blivit av	8
Stor del av vården har trots allt upprätthållits	8
Fler väntar och fler väntar längre – baserat på medicinska prioriteringar	9
Minskad belastning i delar av vården – befolkningens förändrade beteende påverkar	10
Uppskjutna vårdbehov behöver tas igen – men inte ett till ett förhållande	10
Färre cancerfall har upptäckts	11
Förståelsen från befolkningen har varit stort i ett pressat läge	12
Fortsatta utmaningar framåt	12
I pandemins spår	13
Tre vågor med olika utmaningar	13
Från akut omställning till en omställning för framtiden	16
Samverkan mellan kommuner och regioner – utveckling av den nära vården ..	17
Pandemins belastning på sjukvården	23
Inskrivningar på sjukhus – variation mellan regionerna	23
Intensivvårdens roll under pandemin	25
Sjukhusvårdade med covid-19 per 100 000 invånare	28
Förekomst av covid-19 i primärvården	30
PCR- och antikroppstestning	30
Vaccinationer	32
Postcovid	33
Vårdutnyttjande och vårdkapacitet	38
Vårdkontakter i primärvård	38
Läkarbesök i specialiserad vård	43
Planerade (icke akuta) operationer och behandlingar	47

Dagkirurgi samt kirurgiska åtgärder i slutenvård	50
Slutenvårdens utveckling under 2020	51
Psykiatriska vården	54
Tandvård	57
Samtliga vårdkontakter – jämförelse 2019 och 2020	61
Tillgänglighet och väntetider	63
Vårdgarantin och dess uppföljning	64
Telefontillgänglighet och bedömning i primärvård	64
Besök och operation i specialiserad vård	67
Antal väntande, patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan	68
Patienter och befolkningens syn på vården	71
Befolkningens förtroende och uppfattning	71
Patienternas erfarenheter	75
Säker vård och samverkan	79
Strukturerad journalgranskning	79
Granskning av skador inom covid-vården	80
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	81
Överbeläggningar på sjukhus	83
Utskrivningsklara patienter på sjukhus	84
Återinskrivningar, läkemedel för äldre	86
Resultat för stora sjukdomsgrupper	88
Stora sjukdomsgrupper i primärvården	88
Cancervården	97
Hjärtinfarkt och annan ischemisk hjärtsjukdom	109
Strokevården	115
Diabetesvården	120
Rörelseorganens sjukdomar	127

Sammanfattning

Pandemin har pågått under lång tid. Utvecklingen har gått i vågor, och utmaningarna har skiftat över tid. Sjukvården har fått ställa om på ett exceptionellt sätt – för att rädda liv. Belastningen på vården och de omprioriteringar som krävts för att klara pandemins utmaningar har också fått konsekvenser. Många patienter har påverkats när sjukvården varit tvungen att ställa om. Vård har fått anstå. Men det har varit nödvändigt, logiskt och självklart. Och befolkningen har slutit upp och givit sitt stöd.

Pandemin har ställt och fortsätter ställa höga krav på ledarskapet och sjukvården. I ett extraordinärt läge och kris har det krävts snabba, modiga och viktiga beslut. En lärdom är att det finns en stor förmåga till omställning. För att möta sjukvårdens fortsatta utmaningar är det av stor vikt att kunna nyttja omställningsförmågan på ett långsikt hållbart sätt – och ta tillvara de framsteg som gjorts inom vårdsamverkan, förbättrade flöden och nya arbetssätt där digitalisering har nyttjats.

Denna rapport syftar till att ge en överblick över hur hälso- och sjukvårdssystemet i stort har fungerat och påverkats under pandemin, beskriva nuläget och identifiera utmaningarna framåt. Målet är att den ska fungera som ett kunskapsunderlag för fortsatt dialog om läget i vården, den hantering som krävs framåt och lärdomar att värna om.

Med fokus på utvecklingen under 2020 fram till våren 2021, samt för helåret 2020 jämfört med tidigare år, kan följande sammanfattningsvis konstateras.

Medveten och snabb omställning av vården

För att möta befolkningens behov av vård under första vågen säkerställde regionerna en fördubbling av IVA-kapaciteten, jämfört med normalläget. En hög beredskap med en omfattande tillgänglig IVA-platskapacitet skapades, något som successivt kunnat minskas och anpassas efterhand som nya arbetssätt satt sig och kunskapen ökat. Regiongemensam samverkan etablerades för att säkra läkemedel, öka samverkan kring utrustning och samordning av IVA-platser. Vård som kunde anstå fick stå tillbaka för att utrustning, personal och lokaler skulle kunna omfördelas för att genomföra högprioriterad vård och för att minska smittspridningen. När smittspridningen och belastningen på vården

minskade mellan vågorna genomfördes en snabb återhämtning i produktion, och ett aktivt arbete för att prioritera i den vård som skjutits upp.

När belastning från pandemin återigen ökade skedde inte samma drastiska minskning av den planerade verksamheten som under den första vågen, tack vare både lärdomar men också förbättrad tillgång till nödvändiga läkemedel och sjukvårdsmateriel som förbättrades över tid. Vårdkontakter och operationer kunde upprätthållas bättre, om än på en något lägre nivå jämfört med tidigare år. Patienter gavs succesivt möjlighet att komma i kontakt med vården på fler och anpassade sätt genom förändrade arbetssätt. Användningen av akutsjukhusens vårdplatser har under hela 2020 legat under den normala, vilket tyder på att nya sätt att möta vårdbehov i öppna vårdformer har etablerats.

Testningskapaciteten har successivt utökats, och nådde under våren 2021 över 300 000 genomförda tester per vecka. Det nationella vaccinationsprogrammet initierades i slutet av december 2020 och i mitten av juni hade drygt 6,5 miljoner vaccindoser givits.

Omställning har skett snabb utifrån behov, och medvetet utifrån medicinska prioriteringar.

Hög uthållighet och stabilitet

Inskrivningar inom slutenvården och belastningen på intensivvården på grund av covid-19 har varit hög under lång tid. Trots hög belastning har svensk hälso- och sjukvård uthålligt fortsatt upprätthålla IVA-kapaciteten på nivåer över det normala, om än med mindre marginaler och med stöd av regionernas egeninitierade aktiva nationella samordning. Utvecklingen av volymerna för den planerade vården följer pandemins vågor, men det sker inga drastiska minskningar efter första vågen. Variationen över året följer även den säsongsvariationen som syns under tidigare år för olika verksamheter.

Ordinarie kvalitetsmått pekar på oförändrad kvalitet under pandemin

Det är ännu inte möjligt att ge en heltäckande bild utifrån de mätningar som hittills gjorts, men uppgifter från ordinarie kvalitetsmätningar tyder på att kvaliteten i vården kunnat upprätthållas under pandemin. Till exempel har patienter som vårdats för stroke och hjärtinfarkt väsentligen fått samma vårdkvalitet under 2020 som tidigare år. Antalet kvalitetsmått där

kvalitetsregistrets Riksstroke målnivåer nås har upprätthållits. Detsamma gäller de kvalitetsaspekter som ingår i kvalitetsregistret Swedehearts kvalitetsindex, som till och med ökade något under 2020. För diabetesvården har flertalet kvalitetsmått upprätthållits, men när det till exempel gäller andelen patienter med diabetes som genomgått fotundersökning enligt riktlinjer så har det minskat under pandemin. Här finns en synbar effekt av pandemin som behöver analyseras och följas upp ytterligare.

Vård som inte kan vänta har blivit av

Akuta och högt prioriterade vårdbehov har som regel kunnat omhändertas. Akuta operationer har utförts på samma nivå under hela pandemin, och jämfört med perioden innan dess intågande. Cirka 3000 i veckan. Insatser vid akut hjärtinfarkt och stroke har fortsatt fungera väl, med snabbt omhändertagande och stabil kvalitet.

Antalet sjukhusvårdade fall av stroke och hjärtinfarkt har minskat, detta ligger dock i linje med en långsiktig trend men det är också möjligt att ”nedstängningen” i samhället faktiskt för en period påverkade just förekomsten av akut hjärtsjukdom. Samtidigt minskade antalet personer som avled i stroke och hjärtinfarkt under 2020, vilket även det ligger i linje med de senaste årens trend. Det tyder på att dödsfall utanför sjukhus inte heller verkar ha ökat, som en befarad möjlig följd av minskat antal sjukhusvårdade.

Uppgifter pekar på en bibehållen volym av cancerkirurgi och –behandling. Cancerpatienter som utretts inom standardiserade vårdförlopp har snabbare än tidigare fått bedömning och behandling. Av de som utreds inom SVF har andelen som når ledtidsmålet ökat från 44 procent 2019 till 51 procent 2020. Samtidigt som antalet som utreds är lägre mot tidigare år.

Stor del av vården har trots allt upprätthållits

Under första vågen av pandemin minskade den genomförda planerade vården avsevärt till följd av behovet av ökad beredskap och samtidig brist på nödvändiga läkemedel och utrustning. Men uppgifter för helåret 2020 pekar på att vården ändå har upprätthållits i hög grad, även om vissa operationer och behandlingar påverkats mer påtagligt.

SKR:s verksamhetsstatistik visar att om man lägger samman distanskontakterna och de fysiska besöken i primärvården är antalet vårdkontakter för läkare nästan

lika många 2020 som under 2019. För övrig vårdpersonal i primärvården uppgår vårdkontaktarna till 93 procent av 2019 års volym. Antalet distanskontakter i primärvården ökade med totalt nästan 28 procent, bland annat för att kompensera för det lägre antalet fysiska besök. I den specialiserade somatiska vården uppgick besöksantalet totalt (alla personalkategorier) under 2020 till 87 procent av 2019 års nivå. Inom den specialiserade psykiatrin var motsvarande nivå 85 procent för besök till övrig personal och 83 procent för läkarbesöken.

Uppgifterna om volymer för operationer och behandlingar skiljer sig något åt beroende på datakälla men pekar samstämmigt på ett, generellt sett, förhållandevis högt upprätthållande under 2020. Väntetidsdatabasen vid SKR visar att antalet planerade (icke-akuta) operationer och behandlingar under 2020 uppgick till 84 procent av nivån året innan. Uppgifter från Socialstyrelsens patientregister om utförda operationer i slutenvård och i dagkirurgi visar att antalet 2020 motsvarade 94 procent av genomsnittligt antal under åren 2017-2019. Då ingår även akuta operationer, men det stora flertalet är planerad vård.

Fler väntar och fler väntar längre – baserat på medicinska prioriteringar

Viss del av den vård som kunnat vänta har fått stå tillbaka under pandemin. Tillgängligheten var en utmaning redan innan pandemin, och det är nu fler som väntar på vård och fler som har väntat länge. Särskilt till insatser inom den specialiserade vården. De patienter som opereras eller får en annan åtgärd har inte väntat lika länge som den grupp som är uppsatt på väntelista. Detta beror på att medicinska prioriteringar styr turordningen, och på att det finns ett inflöde av nya patienter med större behov än de som väntat länge.

Det är framförallt de med lindrigare åkommor samt personer i yrkesverksam ålder som nu väntat länge, medan barn och personer i äldre åldrar inte har påverkats i samma utsträckning. Ingen påtaglig könsskillnad har kunnat påvisas.

Vissa patientgrupper och typer av ingrepp har fått prioriteras ner i större utsträckning, och väntetider och köer ser olika ut över landet. Operationer för knä- och höftprotes är exempel på områden där väntetiden har ökat. För dessa operationstyper är minskningen av antalet genomförda operationer större än för genomsnittet, cirka 25-30 procents minskning mellan 2019 och 2020.

För gruppen väntande över 90 dagar till operation och åtgärd har flera regioner utvecklat långa väntetider, medan andra regioner klarat sig bättre. Ett antal regioner har även fått längre köer till förstabesök inom den specialiserade vården.

Minskad belastning i delar av vården – befolkningens förändrade beteende påverkar

Under pandemin har det även skett en minskad belastning på vården i vissa delar. Inflödet av patienter har minskat. Befolkningen har i vissa fall avstått från att söka vård, för att inte belasta vården ytterligare eller för rädsla att själv smittas eller smitta andra. Regionerna har från ett tidigt skede informerat om vikten av att söka vård vid behov, för att undvika förvärrade tillstånd.

Förändrade arbetssätt i vården har gett möjlighet till fler kontaktvägar, som också ändrar sökmönstret. En beteendeförändring som kan vara av godo även framåt och bidra till effektivisering.

En annan del verkar vara att pandemirestriktionerna - som att hålla avstånd, undvika nära kontakt med andra än i det egna hushållet och god handhygien - har medfört att sjukdomar som influensa, vinterkräksjuka, lunginflammation och andra infektioner minskat kraftigt. Dessa tillstånd är annars vanliga orsaker till behov av slutenvård, eller till och med död, bland de sköraste. Det är dock samma grupp som i stor utsträckning drabbats svårast av covid-19.

Den totala slutvårdens användningen minskade med 8 procent för helåret 2020, trots stort antal inskrivningar på grund av covid-19. Samtidigt minskade akutmottagningsbesöken med 16 procent under 2020, jämfört med året innan. Den lägre nivån ser ut att bestå även i början av 2021.

Uppskjutna vårdbehov behöver tas igen – men inte ett till ett förhållande

Många av de som väntar på planerad vård har väntat längre än vårdgarantins tidsgränser, vilket gör att fler individer inte fått sin operation, behandling eller bedömning i förväntad tid. Ju längre tid pandemin pågår desto större blir riskerna för konsekvenser för den som väntar, och desto svårare riskerar situationen bli att hantera framåt. För att kunna avgöra effekten av den uppskjutna vården behöver verksamheterna löpande analysera vilka som väntar. Det finns påtagliga skillnader mellan olika typer av vårdutbud och

diagnosgrupper. Det är inte heller ett ”ett till ett” förhållande där all vård behöver tas igen, varken i antal eller insatstyp.

Vårdbehov som inte har följts upp, bedömts, diagnossatts eller upptäckts på grund av att det trängts undan eller på grund av att patienten avstått från att söka vård kan bidra till patientsäkerhetsrisker och ett onödigt lidande för patienten. Ett område som har uppmärksammats under pandemin är påverkan på screeningen, och det minskade antalet upptäckta cancerfall. Ett annat område är inom tandvården där besöken kraftigt har minskat, särskilt bland personer i riskgrupper och som berörs av den uppsökande verksamheten. Inom vissa grupper av patienter med kroniska sjukdomar har årskontroller minskat, bland annat till följd av en medveten ”utglesning” av besöken. Systematiska riskbedömningar av patienter som stöd för prioritering framåt är därför av stor vikt.

Sedan tidigare finns det en känd variation mellan befolkningens vårdkonsumtion i de olika regionerna. Därför ska minskningen av den oplanerade slutenvården och besök på sjukhusens akutmottagningar inte automatiskt tolkas som ett uttryck för ett uppdämt vårdbehov eller uppskjuten vård. Analysen måste göras djupare än så.

Färre cancerfall har upptäckts

Nya uppgifter pekar på att antalet cancerfall minskade med drygt sex procent, jämfört med 2019. Samma utveckling har noterats i ett flertal länder, bland annat Norge och Danmark, trots att dessa länder inte har drabbats av pandemin i samma utsträckning som Sverige. Antalet patienter som påbörjade utredning inom standardiserade vårdförlopp (SVF) har minskat med drygt 4 000 mellan åren. Samtidigt har antalet SVF-utredda som påbörjade behandling minskat med knappt 1 700, enligt uppgifter från början av juni.

Att färre cancrar upptäcktes under 2020 jämfört med föregående år innebär att personer vars cancer inte har blivit diagnostiserad riskerar att få sin behandling i senare skede, något som i sin tur riskerar att leda till en sämre prognos och på sikt ett ökat antal dödsfall i cancer. Hur omfattande riskerna är beror på vilka cancrar det är som gått oupptäckta. Är det cancrar som utvecklas under lång tid eller som i mindre utsträckning leder till dödsfall minskar denna risk.

Förståelsen från befolkningen har varit stort i ett pressat läge

Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet är en viktig legitimitetsfråga, men är också viktigt för den som söker vård och ska följa behandlingsråd. Under pandemin har ett flertal undersökningar visat på att befolkningens förtroende kraftigt har ökat.

Enligt Hälso- och sjukvårdsbarometern ökade förtroende för hälso- och sjukvården i den egna regionen med 9 procent under 2020, jämfört med tidigare år. Den positiva utvecklingen sker över hela landet, i alla åldrar, oavsett kön, födelseland och upplevt allmänt hälsotillstånd. Samtidigt uppger 73 procent av invånarna att det har ett stort förtroende för hälso- och sjukvårdens hantering av coronapandemin i sin region. Förtroendet och upplevelse av tillgång till vård samvarierar vanligtvis. Fler invånare uppger även att de har tillgång till den vård de behöver. Något som sannolikt hänger ihop med att förväntningar och förståelse för vården påverkats under året samtidigt som vården kunnat upprätthållas i mycket stor utsträckning, trots pandemin.

Förtroende och upplevelsen av tillgång till vård blir särskilt viktigt att följa framåt i ljuset av i vilken utsträckning delar av befolkningen har ett uppdymt vårdbehov eller uppskjuten vårdinsats, att fler väntar på vård och att fler väntar längre.

Fortsatta utmaningar framåt

Ju längre pandemin pågår desto större blir utmaningarna. Fortsatt beredskap krävs, vaccinationerna fortlöper, den uppskjutna vården byggs på, de som väntar på vård väntar längre, omfattningen och kommande belastning av postcovid-relaterade tillstånd är oklar och så även konsekvenserna av de vårdbehov som upptäcks i ett senare och förvärrat läge.

Utmaningar som fanns innan pandemin har förstärkts, tex. vad gäller tillgängligheten och kompetensförsörjning. Likaså kvarstår utmaningen framåt vad gäller den demografiska utvecklingen och resurstillgång. För att möta detta krävs att de framsteg som gjorts inom vårdssamverkan, förbättrade flöden och nya arbetssätt där digitalisering har nyttjats tas tillvara. För att hantera den vård som behövt skjutas upp krävs flera olika insatser. Till att börja med krävs en aktiv genomgång av det vårdbehov som uppstått lokalt, en fortsatt utveckling av produktions- och kapacitetsplanering samt en regional och i vissa delar nationell samverkan.

I pandemins spår

Rapporten byggs upp av tematiska kapitel av beskrivande karaktär baserat på tillgängliga sammanställningar från olika nationella datakällor. I det här inledande kapitlet är avsikten att sätta en resonerande kontext. Fokus är på utmaningarna genom de tre vågorna av pandemin, omställningen som krävts och lärdomar från en utvecklad samverkan mellan regioner och kommuner.

Tre vågor med olika utmaningar

Första vågen

I februari 2020 fick Sverige sitt första fall av den nya sjukdomen covid-19 vars snabba spridning lett till en pandemi som hittills påverkat hela världen under ett och ett halvt år. Sverige, precis som andra länder, ställdes inför en nationell kris. Inledningsvis påverkades försörjningen av skyddsmaterial och medicinteknisk utrustning globalt. Även brister i tillgång till vissa läkemedel nödvändiga för att bedriva intensivvård uppstod. Fokus hamnade i första hand på omhändertagandet av de svårast sjuka patienterna. Den snabba omställningen av vården och uppskalningen av intensivvården var nödvändig. Ingen visste egentligen hur pandemin skulle utveckla sig, föreställningen om ett kortvarigt men mycket kraftfullare förlopp diskuterades.

Steget från ett fåtal fall till samhällsspridning gick snabbt och var i mars 2020 ett faktum. Först identifierades samhällsspridningen i Stockholm och Västra Götaland, men snart även i andra län. Spridningen var dock långt ifrån jämnt fördelad i landet under den första vågen. De äldre, framför allt inom äldreomsorgen, identifierades som gruppen som skulle skyddas. Men när detta tydliggjordes som nationell inriktning av Folkhälsomyndigheten var samhällsspridningen och därmed spridningen till äldreomsorgen redan ett faktum i många län. Måttet av samhällsspridning är avgörande för hur hårt de äldsta och mest sårbara drabbas. I en svensk kontext saknades även möjligheter för kommunerna att isolera smittade i sina egna verksamheter, att bedriva kohortvård annat än på frivillig basis eller prioritera sina verksamheter för att frigöra mer personal. Bristen på skyddsutrustning och testkapacitet, samtidigt som ordinarie personal inom både vård- och omsorgsverksamheter insjuknade, utgjorde stora utmaningar i pandemins initiala skede.

Oavsett faktisk belastning på vården under pandemins första våg krävdes en stor omställning i samtliga regioner. Alla regioner behövde skapa beredskap för en pandemi vars fortsatta utveckling var långt ifrån uppenbar, och med det fick delar av den vård som kunde anstå skjutas upp. Framför allt fick planerade operationer och ingrepp stå tillbaka under våren för att skapa kapacitet inom intensivvården. Ytterligare omplanering fick under ett antal veckor under senare delen av våren 2020 vidtas som en direkt följd av den globala bristen på Propofol.

Befolkningens sökmönster förändrades under pandemins första våg. Sannolikt till följd av den kommunikation som fördes där även myndigheter avrådde från fysiska besök som kunde skjutas upp - i kombination med rädsla för att smittas och en vilja att inte belasta vården i onödan. Ändrade beteenden minskade belastningen på delar av vården, men har till viss del bidragit till ett uppskjutet och ett ännu inte klarlagt dolt vårdbehov. Regionerna identifierade tidigt riskerna med det förändrade beteendet och informerade befolkningen om vikten av att söka vård vid behov, för att undvika förvärrade tillstånd.

Andra behov tillkom också under vågens gång, tex. behovet av rehabilitering för patienter som överlevt lång behandling i respirator och långvariga symtom efter även mildare covid-19 infektioner.

Under våren 2020 etablerades regiongemensam samverkan kring intensivvård, inköp av utrustning och läkemedel samt strukturer för att säkra hanteringen under den fortsatta pandemin. Fram mot sommaren minskade smittspridningen och belastningen på vården till följd av covid-19. Vården ställde då snabbt om för att återuppta verksamhet och ta hand om de behov som behövt stå tillbaka.

Andra vågen

Under sommaren och början av hösten var smittspridningen väsentligt lägre, och med det även den direkta covid-19 relaterade belastningen på vården. Planerade operationer, ingrepp och besök inom både primärvård och specialiserad vård ökade kraftigt och återgick i princip till normala nivåer där den uppskjutna vården succesivt kunde börja minskas.

I slutet av hösten tog smittspridningen åter fart. Under andra vågen drabbades större delar av landet än under den första vågen. Smittspridningen fördelades jämnare. Andra vågen kulminerade runt jul och nyår med en ny toppnotering av

inskrivna patienter med covid-19 inom slutenvården. Kombinationen av stort antal inlagda covid-19 patienter och jul- och nyårsledigheter innebar en extra utmaning.

När belastningen i vården återigen ökade fick än en gång omprioriteringar göras. Vårdproduktionen minskade dock avsevärt mindre under den andra vågen, jämfört med under den första vågen. Nedgången i planerade operationer och behandlingar var 12 procent under november-december, till skillnad från under april-maj då nedgången var 49 procent, jämfört med samma period 2019. Beredskaps- och omställningseffekterna blev mindre, och därmed även den potentiella ökningen av vårdköerna. Under den andra vågen var det ett vedertaget faktum att krisen måste hanteras och prioriteras tillsammans med den ordinarie verksamheten.

Det medicinska kunskapsläget hade förbättrats globalt inför den andra vågen. Rutiner och arbetssätt var etablerat så väl inom intensivvården som inom övrig slutenvård och inom kommunal vård och omsorg. Strukturer för omfattande testning och smittspårning fanns. Testkapaciteten blev inte begränsande för förmågan att testa och smittspåra. Med stöd av regionernas smittskydd kunde kommunerna snabbare fick kontroll vid lokala smittutbrott - genom provtagning, smittspårning och frivillig kohortvård. Tillgång till skyddsutrustning och läkemedel utgjorde inte någon praktisk begränsning.

Under den andra vågen skedde planering för vaccinationsinsatser, som sedan kunde starta upp i begränsad omfattning under december månad.

Tredje vågen

Innan andra vågen hunnit klinga av ökade smittspridningen igen i stora delar av landet. Flera regioner som redan drabbats hårt drabbades av ny omfattande smittspridning och kraftigt ökade vårdbehov. Större förekomst av muterade virusstammar med högre smittsamhet noterades.

Vaccinationsarbetet intensifierades från januari och framåt. Prioriteringarna var tydliga, de som löpte störst risk för svår sjukdom och död skulle skyddas först, vilket innebar att de allra äldsta och sköraste samt personal som arbetade med dessa grupper skulle vaccineras först. Vaccinationerna inom äldreomsorgen genomfördes snabbt i god samverkan mellan kommuner och regioner. Leveranserna av vaccin som initialt var instabila begränsade takten.

Effekten kom snabbt. Andelen äldre inom slutenvården minskade och dödstalen gick ner. Situationen inom kommunernas vård och omsorg stabiliserades. Samtidigt noterades större andel yngre personer bland de som behövde slutenvård och även intensivvård. Behovet av sjukhusvård, och framför allt intensivvård, kvarstod under hela våren 2021. Belastningen minskade på allvar först fram mot sommaren.

Så länge pandemin pågår får andra vårdbehov till viss del fortsatt stå tillbaka. Fler patienter får vänta längre på att få sina behov tillgodosedda och viss förebyggande verksamhet har inte kunnat fungera fullt ut, vilket riskerar att ge konsekvenser på sikt.

Efter över ett år av hårt jobb i en exceptionell situation är behovet av återhämtning bland personalen omfattande, samtidigt som den uppskjutna vården nu behöver hanteras.

Från akut omställning till en omställning för framtiden

Pandemin har ställt höga krav på ledarskapet. I ett exceptionellt läge och kris har det krävts snabba, modiga och viktiga beslut. För ledningen och styrningen av hälso- och sjukvården har fokus varit på att rädda liv – genom att skapa förutsättningar för att bedriva ändamålsenlig och säker vård. Störst behov har prioriterats först. Tuffa och medvetna prioriteringar har behövt göras. Nationell samordning har i vissa delar varit avgörande, medan de flesta beslut behövt tas utifrån lokala behov nära invånarna och utifrån aktuellt läge.

Under pågående pandemi har vårdverksamheten, och systemledningen, visat på en fantastisk förmåga till omställning. Ofta lyfts just uppskalningen av intensivvårdsplatser fram, och det akuta omhändertagandet av svårt sjuka patienter. Men hela systemet har behövt ställas om. Beredskap för ökad belastning, etablering av nya arbetssätt, omfördelning av personal och utrustning, löpande kunskapsutveckling och kunskapsöverföring. Nya uppgifter och uppdrag behöver lösas ut. Ett ökat samspel, mellan aktörer i hälso- och sjukvårdsystemet, har växt fram.

I pandemins kölvatten är diskussionen kring lärdomar viktig. En lärdom är att det finns en stor förmåga till omställning. Det akuta läget ställer saker på sin spets, men vilka är lärdomarna och erfarenheterna som blir betydelsefulla att bygga på långsiktigt och hållbart? Vad kan den visade förmågan till omställning

och samspel betyda för att möta sedan tidigare kända framtida utmaningar i sjukvårdssystemet? Och vilka modiga beslut krävs då?

En erfarenhet under pandemin, som gett resultat, är en utvecklad samverkan mellan kommuner och regioner och en förflyttning mot en mer nära vård. En annan positiv erfarenhet är utveckling av arbetssätt med anpassning utifrån målgrupper, fler kontaktyper och ett värdeskapande nyttjande av digitaliseringens möjligheter.

Samverkan mellan kommuner och regioner – utveckling av den nära vården

Samarbetet mellan kommuner och regioner har stärkts

Kommuner och regioner har ett delat ansvar som huvudmän för primärvården. Under flera år har de arbetat tillsammans för att bygga strukturer för gemensam styrning och ledning inom vård och omsorg. Förutsättningarna ser olika ut och lösningarna anpassas till situation, historia och kultur. Att bygga relationer över gränser på alla nivåer är en viktig del i arbetet.

Under pandemin har samarbetet tagit ytterligare steg. De mötesplatser som redan fanns har använts för att bedriva ett mer operativt samarbete för att klara av att hantera gemensamma praktiska frågor. Den delregionala nivån med kommuner och vårdcentraler tillsammans med ”sitt” sjukhus har visat sig vara särskilt viktig just för det operativa arbetet i en kris. Under pandemin har ett särskilt fokus varit på frågor runt smittspårning, skyddsutrustning, provtagning, kohortvård och vaccination. Regionernas stöd till kommunerna i smittskyddsarbetet har fungerat väl och blivit mer organiserat samtidigt som relationer byggts och fördjupats.

Att råda bot på de brister inom kommunal hälso- och sjukvård som synliggjorts under pandemin kräver ett långsiktigt arbete som redan påbörjats. Regionerna arbetar för att förbättra läkarmedverkan och kommunerna rustar sig för att stärka sin hälso- och sjukvårdsdel.

För att kunna erbjuda en ”sömlös” vård till personer som behöver vård och omsorg från flera huvudmän och vårdgivare pågår för närvarande arbeten för att integrera primärvård och specialiserad vård. I takt med att fler specialiserade åtgärder kan utföras i öppen vård och i hemmet samtidigt som nu förutsättningar med digital kommunikation finns är tiden mogen för att regionens

specialiserade verksamheter bidrar med kompetens i hemmet. Ingen ska behöva bo på sjukhus.

Skiftet till mer samverkande och nätverksbaserade organisationer ställer också delvis nya krav på kompetens hos ledare och medarbetare. Inom ramen för omställningsarbetet till Nära vård pågår en ledarskapsutbildning och intresset är mycket stort, nära 1000 tjänstepersoner och förtroendevalda har deltagit under vårens utbildning.

Samverkan vid utskrivning från sjukhus har frigjort vårdplatser

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård infördes 1 januari 2018. Målet med förändringen var att personer med behov av fortsatt vård och omsorg efter utskrivning från sjukhus ska få en smidig och säker resa genom vården och inte i onödan behöva vistas på sjukhus.

Regioner och kommuner har under flera år samarbetat kring införandet av den nya lagen. Omfattande förändringar av rutiner och arbetsätt har genomförts. Arbetet har varit framgångsrikt.

Antalet vård dagar på sjukhus för utskrivningsklara patienter inom somatisk vård har minskat med 75% under en fyraårsperiod vilket innebär att drygt 1000 vårdplatser på sjukhus har frigjorts inom somatisk vård. Dessa platser har under pandemin kunnat användas till patienter med covid-19.

Mer vård ges i hemmet

Sedan 1990-talet pågår en förskjutning av hälso- och sjukvård från slutna vård till vård i öppna former och hemsjukvård. Förändringarna har lett till att antalet personer som får vård och omsorg i hemmet ökar. Allt fler lever med kroniska sjukdomar och många har komplexa behov. Möjligheterna att bedriva mer specialiserad vård i hemmet med god kvalitet och hög säkerhet har också ökat. Utvecklingen fortsätter och vårdens tjänster och resurser behöver anpassas till de nya förutsättningarna.

Utskrivningsklara patienter på sjukhusen är inte längre något större problem. Fokus i förbättringsarbetet har flyttats till att förbättra vård och omsorg i hemmet.

Under pandemin har regionernas primärvård ställt om och kraftigt ökat antalet hembesök för att på ett säkert sätt möta patienter som tillhör riskgrupper. Det

gäller för såväl nybesök som uppföljning. Också telefonbedömningar av läkare, sjuksköterskor och fysioterapeuter har ökat inför, eller istället för, ett fysiskt besök.

Läkarmedverkan i särskilda boenden (SÄBO) och hemsjukvård har förstärkts och det vittnas om att det har blivit enklare för personal i särskilda boenden att nå läkare. Samarbetet mellan kommunernas hälso- och sjukvård och regionernas primärvård och dess vårdcentraler har förbättrats. De mobila team som redan fanns på plats innan pandemin bröt ut har utgjort en viktig bas för kroniskt sjuka personers möte med vården. Flera regioner beskriver att de utökat antalet mobila team i snabbare takt än planerat. Personer i riskgrupper som inte behöver vårdcentralens medicinsktekniska utrustning har erbjudits hembesök för vård som inte kan vänta. Patienter i behov av uppföljning följs upp av mobila team och behöver inte åka in till sjukhus. Det innebär även att patienter kan skrivas ut tidigare från sjukhuset.

Coronapandemin har satt ljuset på de förbättringsområden som redan var kända och beskrivna. Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård behöver förbättras ytterligare samtidigt som kommunerna behöver förstärka kompetens och bemanning inom hälso- och sjukvård. Teamarbetet behöver utvecklas och bli mer proaktivt. Det är fortfarande mycket kvar att göra innan alla patienter som har behov av en fast läkarkontakt eller fast vårdkontakt erbjuds det och tills alla har en individuell plan som man varit delaktig i att ta fram.

Förändrade arbetssätt – med stöd av digitaliseringen

Under pandemin har digitaliseringens möjligheter kommit att nyttjats i större omfattning.

För att minska smittspridning och kunna upprätthålla hälso- och sjukvårdens funktion har många vårdgivare inom både primärvård och specialistvård i större utsträckning erbjudit digitala vårdmöten och möjlighet till digital uppföljning. Det har möjliggjort för hälso- och sjukvården att fortsatt kunna möta invånares behov i både primärvården och specialistvården.

Men det är inte enbart vårdmöten som blivit digitala. Nya tjänster har också utvecklats och införts på avsevärt bredare front än tidigare. Regioner och privata vårdgivare har ökat takten i införande av egenmonitorering vid kroniska sjukdomar. Det handlar om digitala lösningar (sensorer, läsplattor,

mätutrustning m.m.) som gör det möjligt för personer med kronisk sjukdom att själva, i hemmet, hålla koll på sina värden och vid behov koppla upp sig digitalt mot hälso- och sjukvården för att få stöd.

Exempel på att digitalisering tagit fart finns bland annat från Halland som beskriver utvecklingen med digitala vårdmöten där bland annat specialistsjukvårdens kompetens har tillgängliggjorts till medarbetare i såväl primärvård som kommunal omsorg.

Från Gotland rapporteras att arbetet med att införa digitala lösningar har fått en kraftfull utveckling i och med pandemin. I flera verksamheter tillämpas nya arbetssätt som går i linje med omställningen till nära vård, som handlar om att proaktivt ta kontakt med patienter för att undvika behov av sjukvård. I Region Uppsala län ser man bland annat en ökad användning av 1177 Vårdguidens vårdtjänster, och i Region Västernorrland har man uppmärksammat att den digitala plattformen för stöd och behandling (SOB) har gynnat att fler behandlings- och stödprogram har initierats.

Teknik finns idag på plats som möjliggör enkel digital kommunikation i olika sammanhang. Personal i SÄBO har hjälpt äldre att kommunicera med närstående via surfplattor för att minska isolering och de flesta möten och konferenser har huvudsakligen varit digitala det senaste året. Detta har givit personalen god träning och sänkt trösklarna för att kunna ta nästa steg.

Digital konsultation i olika former ökar också. Enkel tillgänglighet till kompetens möjliggör bedömningar utan att patienten behöver transporteras. Foto och video kan vara stöd för medarbetare att bedöma olika situationer. Långa avstånd och otillräckliga resurser för att möta den demografiska utvecklingen är några av anledningarna till att jobba med digital konsultation som ett sätt att tillvarata medarbetarnas kompetens och tid på ett mer effektivt sätt. Så har skett tex. i Skellefteå kommun. Där finns den vårdnära personalen med tillsammans med brukaren/patienten innan, under och efter samtalet. Samtalet möjliggör att individen kan få en akut sjuksköterskebedömning i hemmet med stöd av vårdnära personal. Några vinster är snabbare stöd och säkrare bedömning till brukaren/patienten istället för att vänta på fysiskt besök. Mycket restid kan sparas och det är enklare att prioritera vilka ärenden som är mest brådskande.

I Skellefteå har man också höjt tempot i införandet av välfärdsteknik. Trygghetskameror har fått en stor ökning under året. De stora vinsterna med kamerorna kan ses utifrån två perspektiv. Det ena är för individen, som slipper bli väckt och får bibehålla sin integritet och självständighet. Det andra är verksamhetsperspektivet i och med att bilkörandet minskar.

Lärande och utveckling

Tidigt under pandemin lyftes exempel på den nära vårdens betydelse för hanteringen, men också dess effekter på primärvården och den kommunala omsorgen. På flera håll runt om i landet rapporteras om bland annat förbättrad samverkan gällande vårdhygien, materialförsörjning, gemensam ledning och styrning, läkarkontakter till särskilt boende för äldre och ökat stöd till både kommunal hälso- och sjukvård, hemtjänst och särskilt boende.

Både kommuner och regioner vittnar om att samverkan har förstärkts och att utvecklingen av mobila vårdlösningar samt digitala tjänster har tagit fart. Många beslutsfattare i både kommuner och regioner uttrycker att dessa utvecklade arbetssätt och förbättringar måste kvarstå även efter pandemin, eftersom de ligger i linje med den strategiska inriktningen vad gäller omställning till en nära vård.

Särskilt viktiga har de delregionala gränsöverskridande mötesplatserna varit för gemensam operativ samordning under pandemins mest kritiska skeden.

I de län där det redan fanns en gemensam målbild för Nära vård mellan region och kommun så har den varit vägledande och bidragit till mer utvecklat samarbete. Läkarbesöken i hemmet har ökat samtidigt som oplanerade vårdtillfällen på sjukhus minskat, vård dagar på sjukhus för utskrivningsklara patienter ligger på historiskt låga nivåer.

I slutet av året präglades regionernas och kommunernas arbete av planering för vaccination mot covid-19. Samverkan och gemensam planering mellan regionerna och kommunerna var avgörande för att kunna påbörja vaccinering av äldre personer som bor i särskilt boende och följa den prioriteringsordning som fastställts nationellt. Arbetet har fortsatt under 2021.

Den nära vården har inneburit möjligheter att upprätthålla vård och varit till nytta för invånarna, samtidigt som det inneburit avlastning för den hårt ansträngda sjukhusvården.

Strategiskt viktigt blir att fortsätta utveckla samarbetet över olika gränser, att investera klokt i digitalisering som underlättar för patienter och vårdpersonal och att ta tag i de förbättringsområden som synliggjorts under pandemin. För en god, jämlik och nära vård blir det viktigt att fullfölja införandet av nya arbetssätt så att alla kan få del av dem. Projekt behövs för att testa nytt men behöver bedömas som möjliga att skala upp för att vara meningsfulla.

Pandemins belastning på sjukvården

Under försommaren 2021 översteg antalet bekräftade covid-19 fall en miljon i Sverige. Mångdubbelt fler personer har varit smittade, utan att ha haft en diagnos- eller laboratoriebekräftad infektion. Drygt 68 000 personer har vårdats inneliggande på sjukhus och av dem har cirka 7 500 vårdats på intensivvårdsavdelning (IVA).

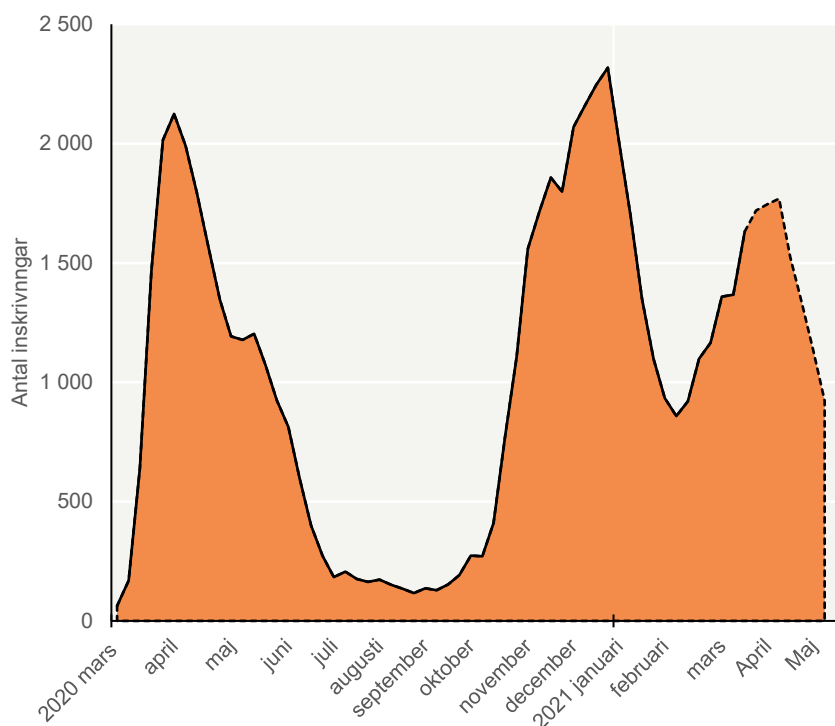
Inte minst under inledningen av pandemin, under våren 2020, var smittspridning och därmed belastningen på sjukvården ojämnt fördelad i landet. Vissa regioner, som Stockholm, hade en samhällssmitta relativt tidigt med stor inströmning av svårt sjuka människor till sjukvården. Andra regioner, t.ex. Skåne, verkade klara sig bra under första vågen. Oavsett smittans utbredning så förberedde sig samtliga regioner för en stor inströmning av patienter med covid-19. Samtliga drog ner sin planerade verksamhet, ökade IVA-kapaciteten, frigjorde slutenvårdsplatser och införde rutiner för att minska risken för smittspridning.

Den förberedande omställningen kändes självklar eftersom ingen kunde förutse pandemins förlopp, oavsett hur smittspridningen var för tillfället, men beredskapen har haft ett pris. Med facit i hand är det tydligt att pandemin under olika tidsperioder lett till en mycket ojämn belastning på sjukvården, i de olika regionerna. I det här kapitlet beskrivs denna belastning. Brist på läkemedel och specifik medicinteknisk utrustning påverkade också förmågan under pandemins första våg.

Inskrivningar på sjukhus – variation mellan regionerna

Diagram 1 visar för riket som helhet pandemins utveckling över tid, uttryckt som antalet nyinskrivna covid-19 patienter på sjukhus, vecka för vecka. Antalet nyinskrivna patienter var som högst under vecka 53, drygt 2 300. Därefter skedde en minskning, men från mitten av mars ökade inskrivningarna återigen och kulminerade i slutet av april.

Diagram 1 Antal nya inskrivningar på sjukhus av patienter med covid-19, v 10 2020 - v 20, 2021

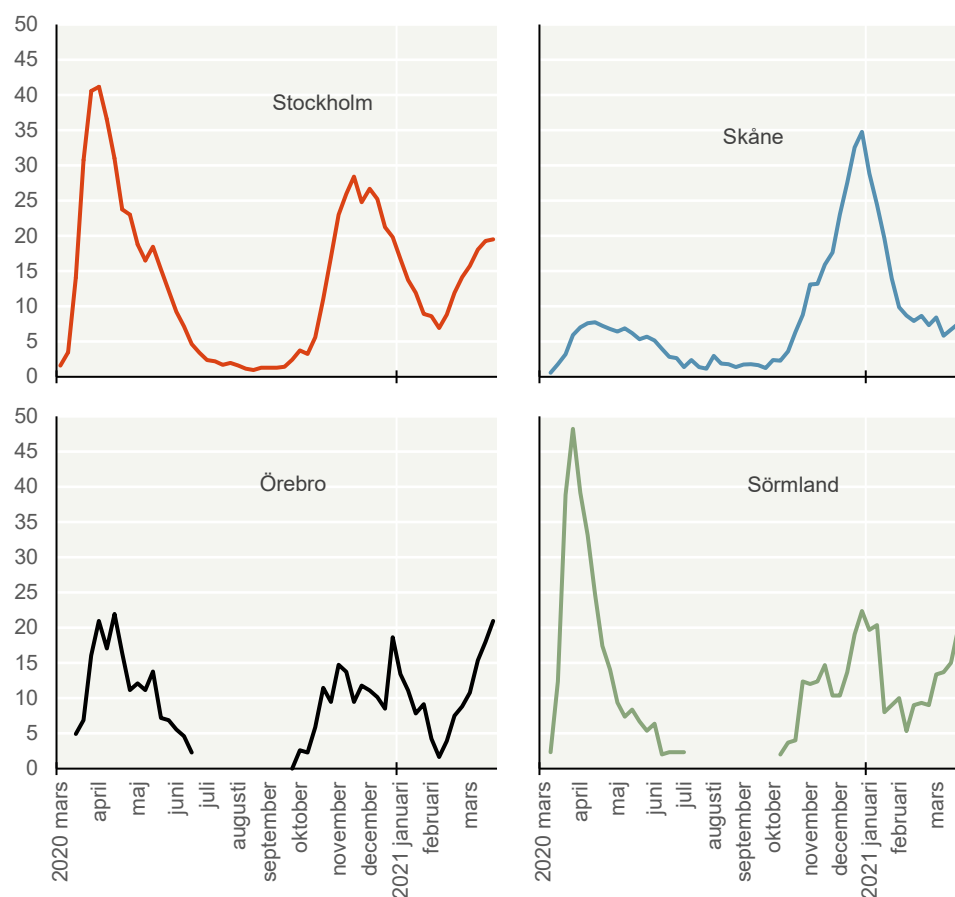


Källa: Socialstyrelsen.

Not: Uppgifter från Socialstyrelsen avser både patienter med diagnos covid-19 och patienter med laboratoriebekräftad smitta. Från och med vecka 13 2021 är rapporteringen frivillig för regionerna.

I Diagram 2 nedan visas samma uppgift som ovan fast för fyra regioner med helt olika förlopp: Stockholm, Skåne, Sörmland och Örebro. Sörmland och Stockholm drabbades tidigt av stor smittspridning och stort antal inskrivna i slutenvården, vilket tydligt framgår. Detta medan framförallt slutenvårdsbehovet i Region Skåne tydligt skiljer sig från de övriga tre regionerna, under den aktuella perioden. Där tog smittspridningen fart under hösten och antalet som krävde vård var som högst under månadsskiftet november/december. Den ojämna belastningen som syntes under inledningen av pandemin har försvagats, och under det år som pandemin pågått har samtliga regioner haft hög belastning på vården i olika perioder och under olika lång tid.

Diagram 2 Nya inskrivningar på sjukhus för covid-19, v 10 2020-v 13 2021. Antal per 100 000 inv.



Källa: Socialstyrelsen, patientregistret samt frivillig särskild inrapportering om slutenvård från regionerna till Socialstyrelsen.

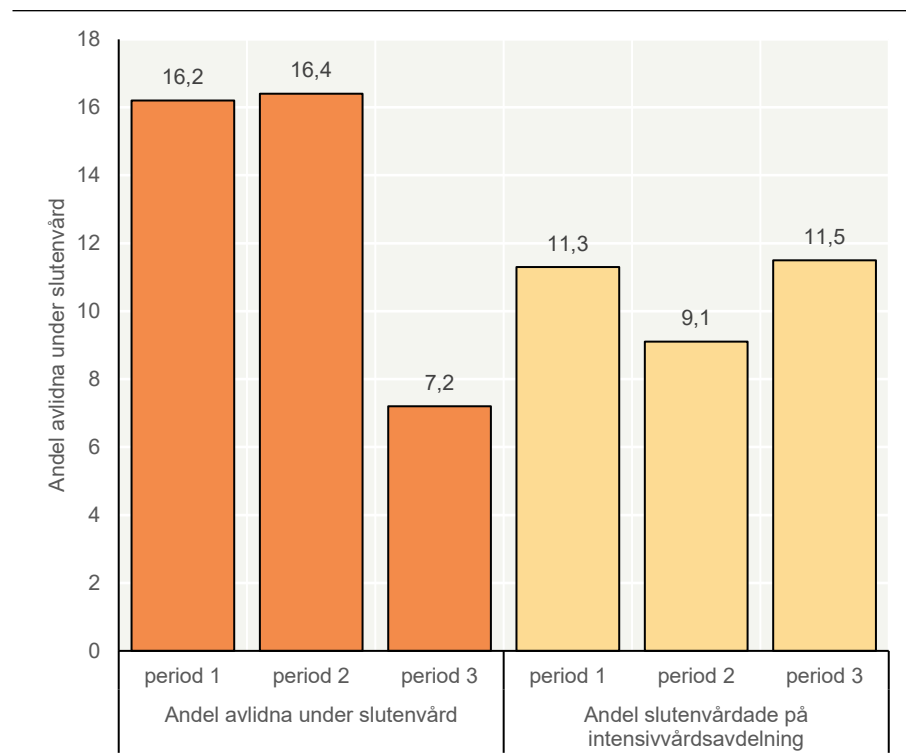
Intensivvårdens roll under pandemin

Variationen i andel covid-19 patienter som vårdats på IVA kan avspegla både skillnader i patienters behov och skillnader i hur regionerna organiserat vården av patienter med covid-19, och medicinsk praxis för när IVA-vård kontra intermediärvård tillhandahålls. Intermediära vårdformer mellan vanlig vårdavdelning och intensivvård specialiserade på covid-19 har utvecklats under pandemin men tillämpats olika i landet vilket påverkar vilka patienter som vårdas på IVA. Covid-19 är även fortsatt en ny sjukdom och kunskapen om hur sjukdomen behandlas och vården bäst organiseras har utvecklats stegvis under

pandemin, allteftersom den medicinska kunskapen om tillståndet ökat. Det är därför inte oväntat att det finns variationer mellan regionerna.

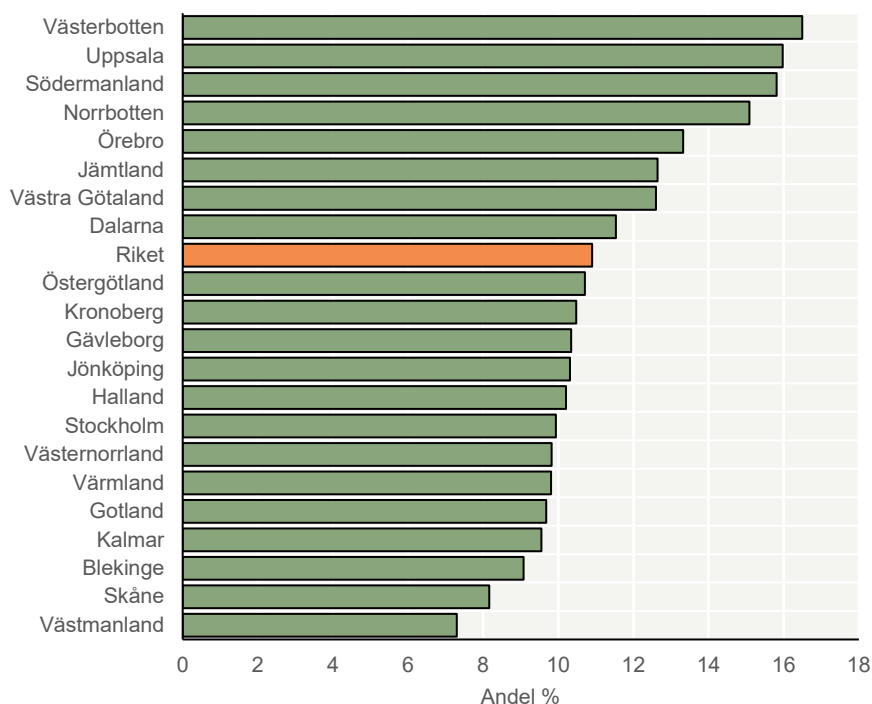
Andelen IVA-vårdade är av betydelse för belastningen på vården. I Diagram 3 nedan visas andelen patienter som vårdats på IVA samt andelen som avlider av de som är inskrivna i sjukvården, för tre faser: Inledningsfasen från mars fram till september, en andra fas mellan oktober och mitten av februari 2021 samt den tredje fasen från mitten av februari till 30 maj 2021. Andelen som vårdats på IVA är 11 procent under den första fasen, minskar till 9 procent under den andra för att åter igen stiga till 11 procent under den tredje fasen. Andelen som avlider är över 16 procent under de två första faserna, men sjunker sedan till drygt 7 procent.

Diagram 3 Andel patienter som vårdats på IVA samt andel som avlidit under slutenvård för covid-19.



Källa: Socialstyrelsen.

Diagram 4 Andelen slutenvårdade patienter med covid-19 som vårdats på IVA, fram till början av juni 2021.



Källa: Socialstyrelsen. Uppgifter om inskrivna till patientregistret, version av PAR skapad 2021-05-04. Underliggande källor är SmiNet, Folkhälsomyndigheten, frivillig särskild inrapportering om slutenvård från regionerna till Socialstyrelsen samt svenska intensivvårdsregistret.

Not: Baseras på inrapportering till Socialstyrelsen till början av maj 2021.

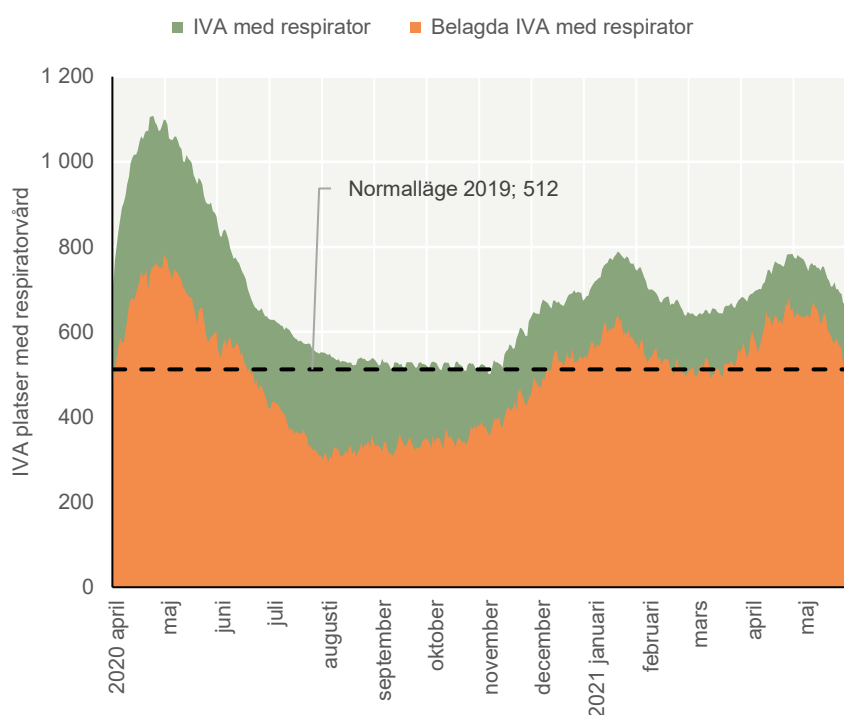
*Gotland: För få fall för att redovisas. **Blekinge: Inga data, då uppgift om underliggande diagnos antingen saknas eller så har patienterna vårdats för en annan diagnos än covid-19.

Samtliga regioner ställde snabbt om hälso- och sjukvården för att kunna ta emot ett stort antal svårt sjuka patienter. Planerad vård ställdes in, personal frigjordes från t ex operationsavdelningar för att bemanna ett ökat antal IVA-platser. Diagram 5 illustrerar den omställning som gjordes för att öka tillgången på IVA-platser, med som mest en fördubbling under början av pandemin, jämfört med normalantalet under 2019.

Totalbeläggningen inom intensivvården minskade tydligt mellan våg ett och två och återgick till mer normala nivåer trots kraftig ökning av planerad kirurgi. Från december 2020 till juni 2021, under våg två och tre, har dock beläggningen kontinuerligt legat högre än svensk intensivvårds normala totalkapacitet. Restkapaciteten har framför allt under senare delen av våren 2021 hållits låg och

kontinuerligt legat under 20 procent, men med tydlig beredskap för ytterligare snabb eskalering. Genom regionernas IVA-samordning och samverkan kring skyndsamma transporter har samtliga regioners IVA-kapacitet kunnat nyttjas och en större uthållighet åstadkommas. Regioner med särskilt omfattande belastning har periodvis kunnat erbjudas särskild avlastning.

Diagram 5 Totalt antal tillgängliga och belagda respiratorsplatser i Riket under 2020 samt normalläge 2019

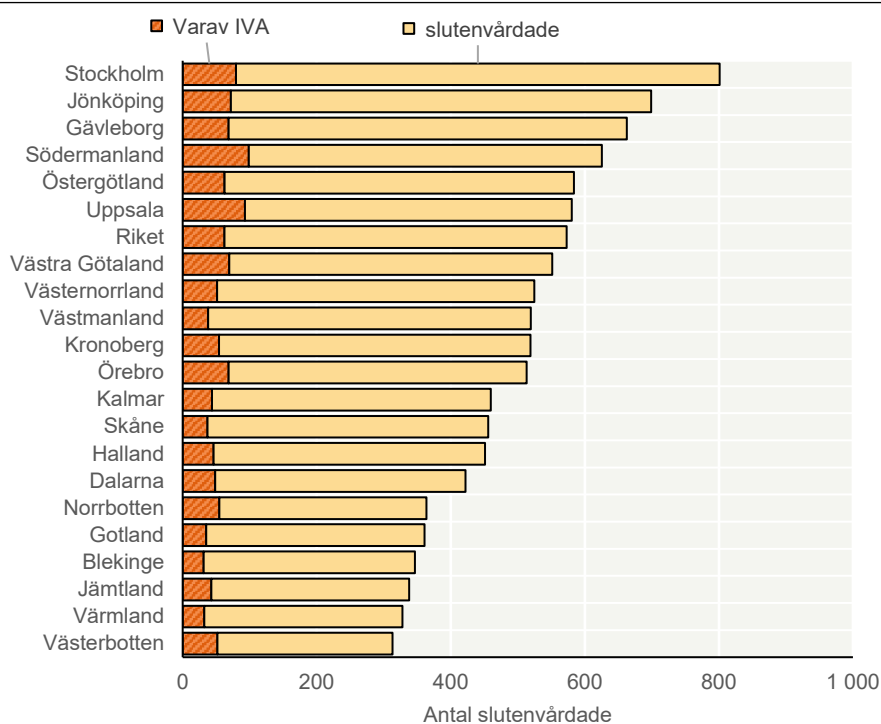


Källa: Svenska intensivvårdsregistret (SIR)

Sjukhusvårdade med covid-19 per 100 000 invånare

Diagram 6 nedan visar antalet sjukhusvårdade patienter med covid-19 per 100 000 invånare till början av april 2021 och beskriver därmed behovets omfattning i de olika regionerna. Variationen mellan regionerna är fortfarande stor, men har minskat något jämfört med tidigare redovisningar. Region Stockholm har vårdat flest patienter i förhållande till sin befolkning, följt av Jönköping, medan flera regioner bara har haft en tredjedel så många sjukhusvårdade som Region Stockholm, i förhållande till sin befolknings storlek. Region Stockholm har en jämförelsevis ung befolkning; om hänsyn tagit till detta hade bilden ytterligare förstärkts.

Diagram 6 Antal sjukhusvårdade patienter med covid-19 per 100 000 invånare, till och med början av juni 2021.



Källa: SCB samt Socialstyrelsen. Underliggande källor vid Socialstyrelsen är frivillig särskild inrapportering om slutenvård från regionerna till Socialstyrelsen, SmiNet, Folkhälsomyndigheten samt Svenska Intensivvårdsregistret, SIR.

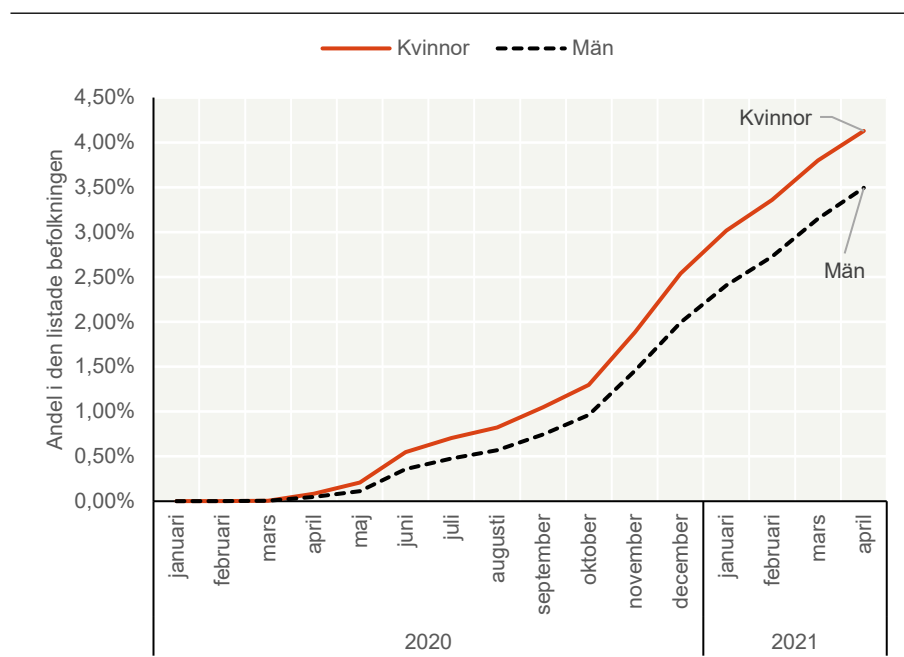
I slutet av maj var det fortfarande stor skillnad på total slutenvårdstid för icke IVA-vårdade och IVA-vårdade patienter, men den har minskat något. Bland patienter som vårdats på vanlig vårdavdelning för covid-19 har 25 procent vårdats längre än 11 dygn och mediantiden på sjukhus är 6 dygn, vilket är lika lång tid som vid tidigare mätningar. Genomsnittsvårdtiden för all sjukhusvård i Sverige är ca 4-5 dagar. Bland de patienter som vårdats på IVA har 25 procent vårdats längre än 38 dygn. I höstas var motsvarande värde 46 dygn. Medianvårdtiden för hela sjukhusvistelsen (inte bara IVA) är 22 dygn och i höstas var det 26 dygn. Detta innebär att vårdtiden på IVA troligen minskat jämfört med våren 2020 då den var 13-14 dagar. Den mycket långa vårdtiden hos de IVA-vårdade patienterna är ett viktigt och resurskrävande inslag i vården av patienter med covid-19. Som referens kan nämnas att den normala vårdtiden på IVA är 2,7 dygn, enligt kvalitetsregistret SIR.

Förekomst av covid-19 i primärvården

I början av pandemin prioriterades provtagning av patienter som krävde slutenvårdens resurser. Successivt har diagnossättningen för covid-19 ökat inom primärvården. Nedan visas diagram över förekomst av registrerad diagnoskod för covid-19 som andel av de listade patienterna på vårdcentralen. Andelen registrerade diagnoser avseende covid-19 har ökat stadigt sedan våren 2020. Fler kvinnor än män tycks få diagnosen på vårdcentral. För att ställa diagnosen krävs inte ett positivt provsvar, enligt Socialstyrelsens publikation om kodning vid covid-19.

I PrimärvårdsKvalitet baseras data på registrerade diagnoskoder på vårdcentral. De vårdcentraler som ingår i denna mätning har ett patientunderlag på ca 6 miljoner listade personer.

Diagram 7 Andel patienter med covid-19 i den listade befolkningen på vårdcentral.



Källa: PrimärvårdsKvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner

PCR- och antikroppstestning

Kapaciteten för testning och smittspårning har byggts ut kraftigt i regionerna. Ett omfattande arbete genomförs i alla regioner. Initialt byggde regionerna upp PCR-testning och antikroppstestning vilket kompletterades med antigen tester.

Folkhälsomyndigheten har publicerat rekommendationer om hur testningen ska genomföras och det har satt förutsättningarna för hur regionerna arbetar.

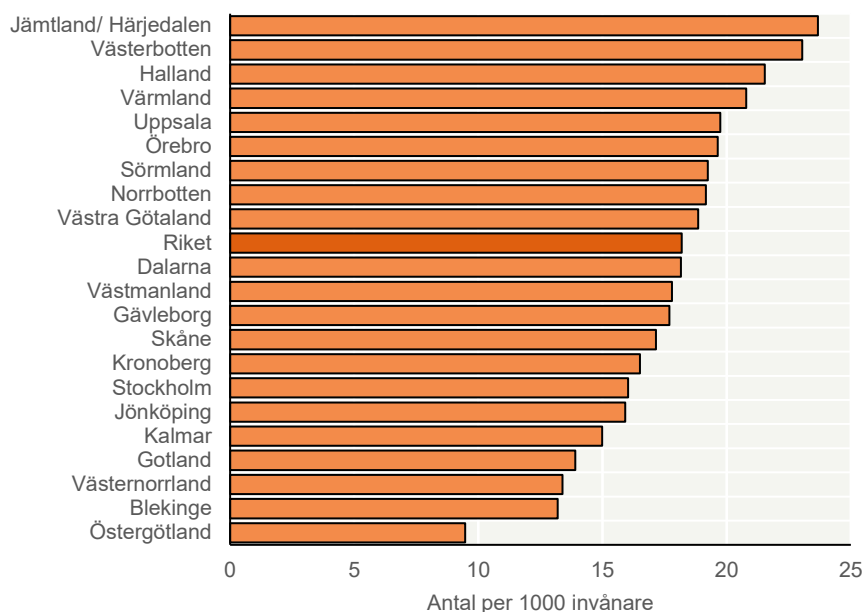
Den 25 februari 2021 uppdaterade Folkhälsomyndigheten sin vägledning avseende antikroppstest, vilken innebar att från och med den 1 april genomförs antikroppstest endast på medicinsk indikation eller av en patient i forsknings- eller studiesyfte. Efter den 31 mars 2021 kommer regionerna inte längre att få ersättning från staten för egeninitierad antikroppstestning.

I juni 2020 beslutade SKR och regeringen om en överenskommelse avseende testning för covid-19. Där framgår ansvaret för de olika parterna. En ny överenskommelse mellan parterna beslutades i november 2020 som avsåg 2021. Genom ett tilläggsbeslut i december 2020 inkluderades också antigen tester i överenskommelsen för 2021.

Från och med juni 2020 samordnar SKR samtliga regioners provtagnings-samordnare med veckovisa möten och en gemensam digital yta. Syftet är att dela erfarenheter mellan regioner.

Under vecka 18 (2021) testades totalt 347 224 individer. Motsvarande siffra under vecka 22 (2021) var 183 996 individer. Antal som testas har därmed minskat med nästan hälften på några få veckor, vilket tyder på att den tredje vågen är i avtagandet. Antalet genomförda tester varierar mellan regionerna.

Diagram 8 Antal PCR-testade individer vecka 22 2021 per region per 1 000 invånare.



Källa: Folkhälsomyndigheten

Vaccinationer

Den 27 december 2020 inleddes den omfattande vaccineringen mot covid-19 i Sverige. Enligt Folkhälsomyndighetens sammanställning har regionerna per den 18 juni 2021 rapporterat 6 731 352 vaccinationer. 4 315 017 personer, 52,7 procent av befolkningen över 18 år, har fått en vaccindos. Över 2,4 miljoner personer har blivit vaccinerade med båda doserna vaccin. Det motsvarar 29,5 procent av befolkning över 18 år.

Regioner har valt att organisera själva vaccineringen så som är mest lämpligt utifrån de förutsättningar som finns lokalt. Regioner gör lika där det är bra att göra lika och olika där det leder till goda resultat. Vaccineringen i regionerna sker på vårdcentraler, på sjukhus, på stora vaccinationsmottagningar och hos upphandlade vaccinatörer som på olika platser vaccinerar. Medarbetare har extraanställts för att minska belastningen på övrig hälso- och sjukvård. Den kunskap kring logistik, planering och samverkan som är upparbetad i regionerna är en mycket viktig framgångsfaktor för genomförandet av denna stora vaccineringsinsats.

Den 8 december 2020 tecknade staten och SKR en gemensam överenskommelse om genomförande av vaccinering mot covid-19. Syftet är att säkerställa skyndsamt vaccination mot covid-19 och tydliggöra hur ansvaret för detta är fördelat mellan parterna. Eftersom leveranserna av vaccin blev avsevärt lägre än prognoserna från december beslutade parterna om en ändringsöverenskommelse som innebär justering i vissa delar. En av ändringarna gäller måldatumet när alla över 18 år och personer under 18 år som efter individuell medicinsk bedömning ska få erbjudande om vaccinering. Från och med månadsskiftet mars/april 2021, och därefter var fjortonde dag, kommer Folkhälsomyndigheten ta fram en prognos för när målsättningen kan uppnås.

Tillgången till vaccin för regionerna är det som begränsar hur snabbt regionerna kan vaccinera befolkningen. Den senaste tiden har leveranserna blivit mer stabila och följer bättre de leveransprognoser som regionerna får. Regionerna har en kapacitet som är högre än nuvarande leveranser av vaccin. Regionerna har tidigare angivit en kapacitet på ca 1,2 miljoner doser per vecka, medan leveranserna nu uppgår till ca 600 000 doser/vecka.

För att stödja samverkan mellan regionerna inrättade SKR efter samråd med hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket under augusti 2020 ett samverkansforum för samtliga regioners utsedda vaccinsamordnare. SKR har veckovisa möten med vaccinsamordnarna. Ett omfattande arbete genomförs i regionerna för att nå grupper och områden med lägre vaccinationstäckning. Samverkan mellan regionen, kommuner, länsstyrelsen och frivilligorganisationer är avgörande. Vaccinationstäckningen är hög i alla regioner. Samtliga regioner nådde med råge det första målet i tilläggsöverenskommelsen om över 80 procent av 65 + och att regionerna nu vaccinerat över 90 procent i den gruppen.

Regionerna uppmanar alla att ta både en första och andra dos vaccin inom de tidsintervall som rekommenderas av Folkhälsomyndigheten och erbjuds av regionen. Regionerna väddar till befolkningen att vaccinera sig med båda doserna i den region där man är hemmahörande.

Postcovid

Det finns allt mer uppgifter om personer som drabbats av symtom kopplat till covid-19 under lång tid efter konstaterad covid-19-infektion. En del har kvarstående symtom när infektionen är över och andra utvecklar nya symtom till följd av infektionen. För majoriteten av de som drabbas försvinner

symtomen så småningom utan att vård behöver uppsökas, men för vissa blir besvären långvariga och ibland med allvarliga symtom som kräver utredning, behandling och rehabilitering.

Flera internationella studier har gjorts för att försöka uppskatta förekomsten av postcovid. Resultaten varierar och än är osäkerheten stor. Studierna tyder på att mellan två och tio procent av de som bekräftats med covid-19 drabbas av symtom i minst 12 veckor efter det akuta insjuknandet. I Sverige hade drygt en miljon människor insjuknat i covid-19 till och med i mitten av juni 2021. Det innebär att uppskattningsvis mellan 20 000 och 100 000 svenskar har eller kommer att drabbas av kvarstående eller långvariga symtom efter covid-19. Hur stor andel av dessa som behöver vård för sina besvär är omöjligt att veta i dagsläget.

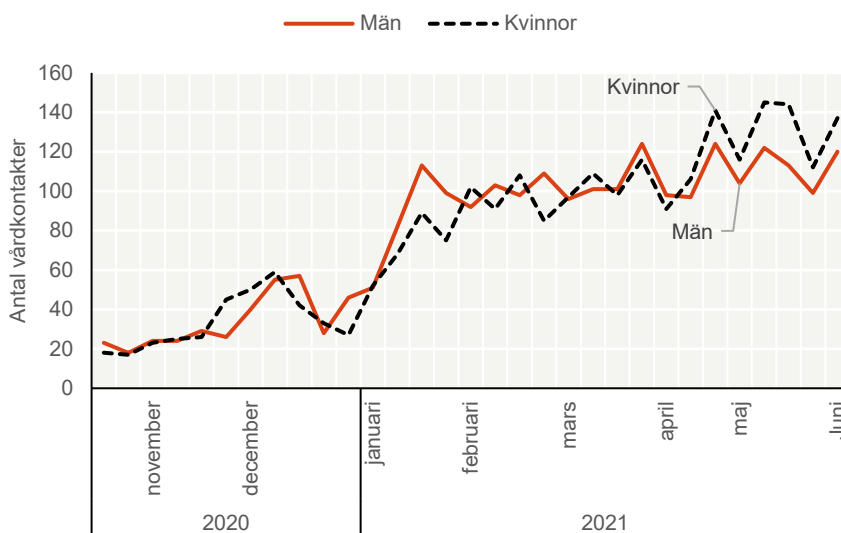
I detta avsnitt beskrivs den statistik som nu finns tillgänglig för att beskriva denna patientgrupp. Detta är ett nytt sjukdomstillstånd och även om kunskapsinhämtning går relativt snabbt så finns fortfarande stora kunskapsluckor. Detta tillsammans med avsaknad av entydiga definitioner och begrepp försvårar dokumentationen vilket bidrar till stor osäkerhet i statistiken.

Patienter som vårdats med diagnos postinfektiöst tillstånd efter covid-19 i specialiserad vård och primärvård

Sedan införandet av ICD10-koden U09.9 – Postinfektiöst tillstånd efter covid-19 – har drygt 3 000 patienter fått diagnosen inom specialiserad somatisk vård, enligt Socialstyrelsens uppgifter. I Diagram 9 nedan redovisas antalet vårdkontakter inom specialiserad somatisk vård med diagnoskod U09.9. Sedan mars har antalet legat förhållandevis stabilt på cirka 100 vårdkontakter per månad. Mot slutet av mätperioden verkar antalet registrerade vårdkontakter bland kvinnor öka mer än bland män.

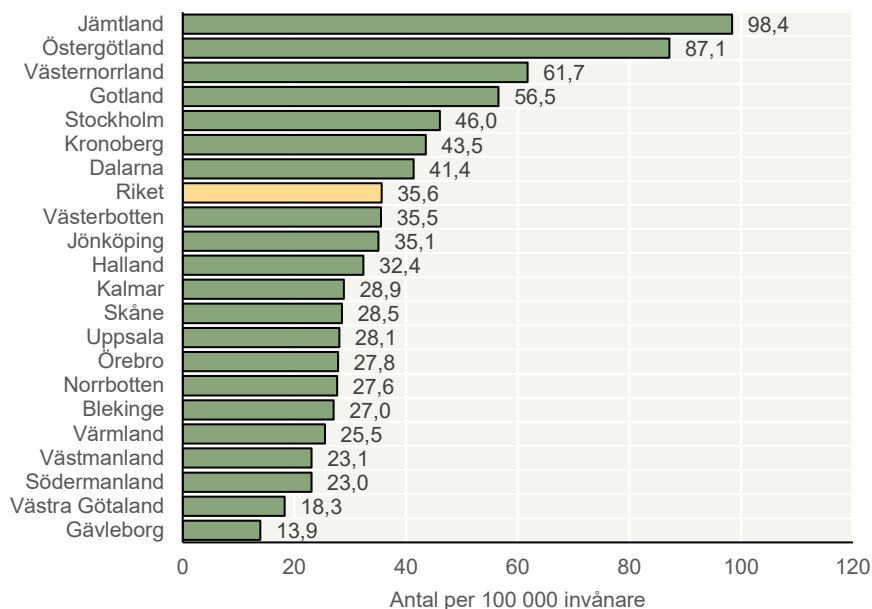
Diagram 10 visar antalet personer med diagnoskod U09.9 fördelat på regionerna. Variationen är stor, men datakvaliteten är högst osäker och troligen är skillnad i diagnosregistrering den största orsaken till variationen.

Diagram 9 Antal vårdkontakter i specialiserad somatisk vård med postinfektiöst tillstånd (ICD10-kod U09.9) efter covid-19 per vecka. Fördelat på män och kvinnor.



Källa: Patientregistret samt frivillig särskild inrapportering om slutenvård från regionerna till Socialstyrelsen.

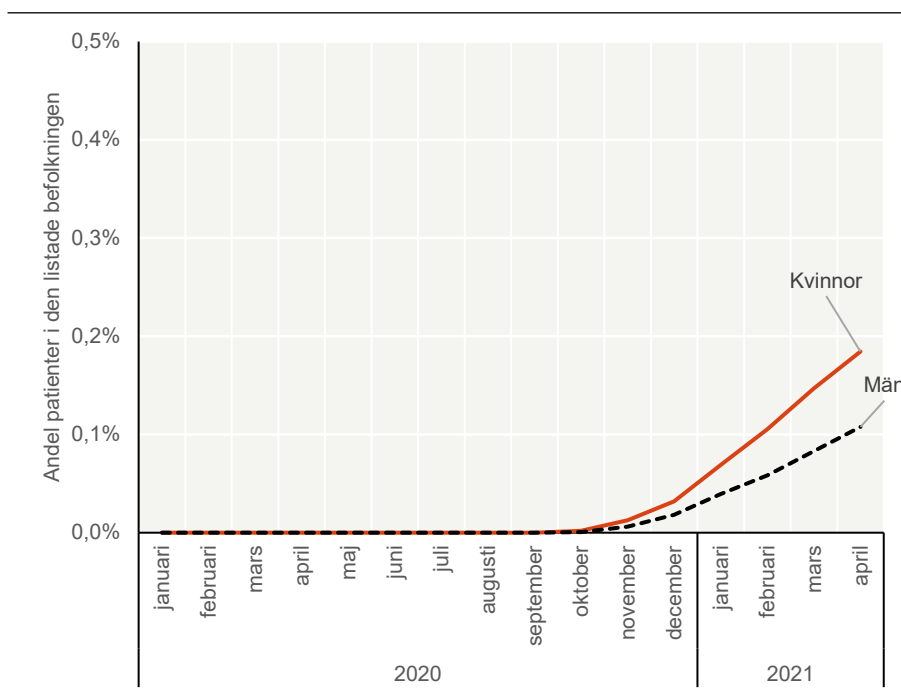
Diagram 10 Antal personer med postinfektiöst tillstånd (ICD10-kod U09.9) efter covid-19 i specialiserad vård per 100 000 invånare. Fördelat på region. Från införandet av diagnoskod U09.9, 2020-10-16 till 2021-06-06.



Källa: Patientregistret samt frivillig särskild inrapportering om slutenvård från regionerna till Socialstyrelsen.

I PrimärvårdsKvalitet används koden U09.9 i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer. Koden kom i bruk i mitten av oktober 2020 vilket avspeglas i andelen registreringar som visas i diagrammet nedan. Det finns en högre användning av diagnoskoden hos kvinnor än hos män på vårdcentral. Data baseras på registrerade diagnoskoder på vårdcentral. Patientunderlaget i aktuell mätning är på ca 6 miljoner listade personer.

Diagram 11 Andel patienter med registrerad diagnoskod för post covid i den listade befolkningen på vårdcentral, ackumulerat.



Källa: PrimärvårdsKvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner.

Patienter som vårdats för multisystemiskt inflammatoriskt syndrom

Multisystemiskt inflammatoriskt syndrom är ett ovanligt, men allvarligt hyperinflammatoriskt tillstånd som kan uppstå i samband med covid-19 eller som postcovid. Det är vanligare bland barn och framförallt pojkar. Det är väldigt ovanligt bland de som är över 70 år och då framförallt kvinnor. Totalt sett är det ändå ett fåtal som drabbas.

För tidigt att dra slutsatser

I dagsläget är det inte möjligt att dra någon slutsats av den statistik som finns tillgänglig. Den är alltför osäker och speglar snarare en variation i hur

diagnossättning går till än hur sjukdomen varierar mellan regionerna. Det är ändå angeläget att beskriva tillståndet och redogöra för den information som finns, trots osäkerheten som råder. Tillståndet kan bli allvarligt för vissa patienter och mycket kunskap saknas fortfarande. Därför är det av största vikt att fortsätta följa utvecklingen både inom Sverige och internationellt, för att bättre förstå vilka som drabbas, allvarlighetsgraden och inte minst vilka möjligheter till behandling som kan vara effektiva.

Vårdutnyttjande och vårdkapacitet

När pandemin bröt ut förändrades vårdens kapacitet och volymerna av olika vårdkontakter sjönk. Brist på skyddsutrustning och personal var bidragande orsaker till att delar av den planerade vården sköts upp. Men mycket av den vård som ställdes in helt eller sköts på framtiden baserades på medicinska orsaker, eftersom många av de patienter som nyttjar vården kontinuerligt tillhör riskgrupper för covid-19. Även befolkningens sökmönster förändrades.

I en nyligen publicerad rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys¹ konstaterar man att prioriteringar och beteendeförändringar har lett fram till ett uppdämt vårdbehov. Bland annat uppger cirka 20 procent av de svarande i en befolkningsundersökning att de någon gång under pandemin avstått från att söka vård. I första hand med hänvisning till en ovilja att belasta vården, och på grund av smittorisken. Cirka 15 procent uppger att deras planerade vårdkontakt ställts in eller senarelags. Av dem som på grund av pandemin undvikit att söka vård eller påverkats av vårdens ransoneringar bedömer 58 procent att de har kvarvarande behov av vård. En del av vårdbehoven gäller troligen sjukdomar och skador som blir bättre med tiden, utan vårdåtgärder. Men myndigheten konstaterar vidare att det finns en risk att minskad vårdkonsumtion kan medföra att sjukdomar upptäcks i ett senare skede, vilket kan leda till högre eller tyngre vårdkonsumtion längre fram och ett ökat lidande för individen.

I det här kapitlet beskrivs utvecklingen av volymer inom i första hand den planerade vården under 2020 och första månaderna 2021.

Vårdkontakter i primärvård

Majoriteten av alla vårdkontakter i hälso- och sjukvården sker i primärvården och stor del av dessa är hos annan personal än läkare. Primärvården i regionerna svarar för ett mycket stort antal vårdkontakter med befolkningen. I SKRs årliga verksamhetsstatistik redovisades närmare 36 miljoner besök 2020, varav drygt 10 miljoner avsåg allmänläkarbesök. Antalet besök har minskat med 17 procent jämfört med 2019. Därtill kommer de så kallade distanskontakter där

¹ I skuggan av covid-19. Vårdanalys. <https://www.vardanalys.se/rapporter/i-skuggan-av-covid-19/>

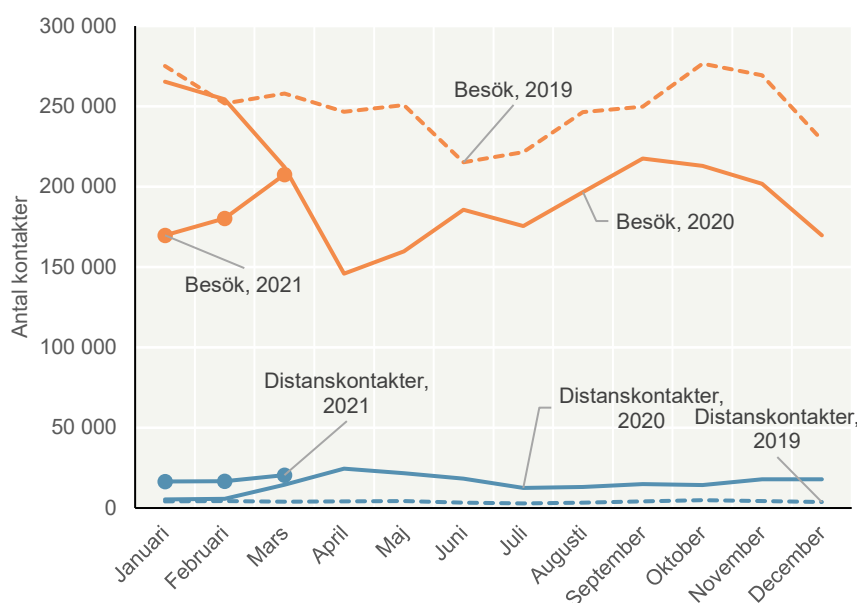
telefonkontakter är vanligast, men även brev och andra icke fysiska vårdkontakter förekommer. Här ser vi istället en ökning mellan 2019 och 2020 med cirka 28 procent i primärvården.

Den enda nationellt tillgängliga datakällan med månadsdata för 2020 för vårdkontakter i primärvård är väntetidsdatabasen vid SKR, som är en förhållandevis ny insamling. Vi använder den här för att beskriva utvecklingen från januari 2019 och de första månaderna 2021.

Diagram 12 visar utvecklingen av vårdkontakter vid förstabetesök. Med förstabetesök menas en vårdkontakt för ett nytt hälsoproblem, medan återbesök är en vårdkontakt för en person med ett känt hälsoproblem.

Enbart regioner som rapporterade data hela 2019 ingår. Bland annat de tre befolkningsmässigt största regionerna, dvs Region Stockholm, Västra Götalandsregionen och Region Skåne, ingår inte i redovisningen. Underlaget är därför mindre än hälften av regionernas samlade primärvård. Det mesta talar dock för att den utveckling som beskrivs i diagrammen är representativt.

Diagram 12 Antalet vårdkontakter vid förstabetesök i primärvård, januari 2019 – mars 2021. Alla yrkesgrupper.



Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

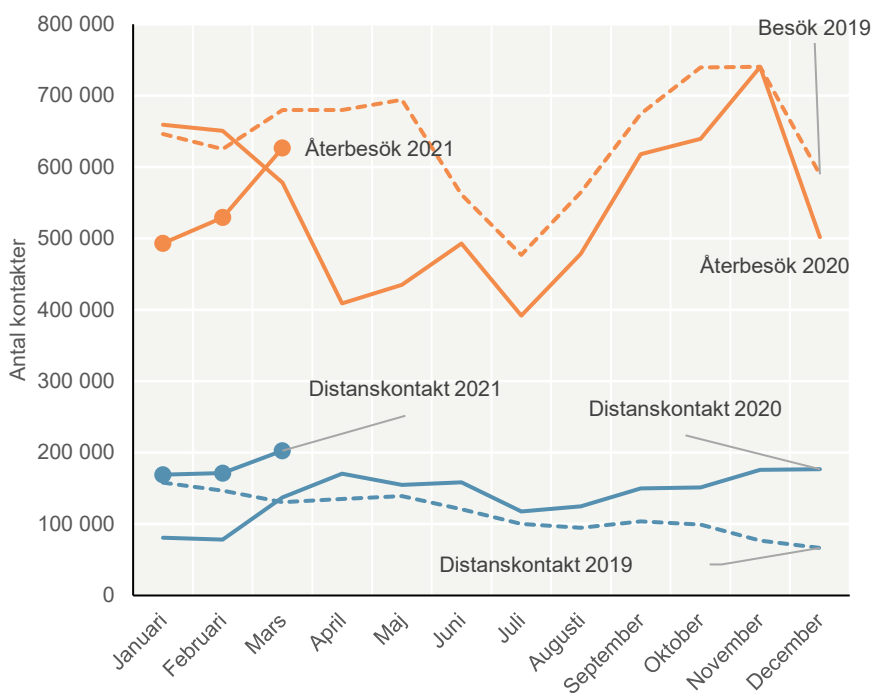
Not: Enbart regioner som rapporterat data under hela mätperioden ingår. Jämtland-Härjedalen, Skåne, Västerbotten, Stockholm, Västra Götaland, Blekinge och Gävleborg ingår ej. För Region

Kalmar ingår enbart allmänläkarvård. Besök avser mottagningsbesök och hembesök. Distanskontakter avser samtliga kontakttypen där patient och hälso- och sjukvårdspersonal är rumsligt åtskilda.

Det framgår att den stora minskningen av besök skedde i mars och april 2020, och att en viss återhämning därefter skedde, fram till och med augusti. Runt årsskiftet ses en nedgång åter igen, men sedan en klar ökning i början av 2021. Förstabetesöken minskade för detta urval av regioner med nästan 45 procent mellan februari och april, medan antalet var i princip oförändrat under 2019 under motsvarande period. Under 2020 minskade antalet första besök med cirka 20 procent jämfört med 2019. Antalet rapporterade distanskontakter har ökat under hela 2020 och fortsätter öka i början av 2021, när de fysiska besöken minskade. Det är dock större osäkerhet i rapporteringen av distanskontakter.

I Diagram 13 visas motsvarande uppgifter, men för vårdkontakter som innebär återbesök. Det framgår av diagrammets antalsuppgifter att vårdkontakter som innebär återbesök är mer än dubbelt så många som förstabetesöken. Detta är ett uttryck för att många av primärvårdens patienter är personer med återkommande vårdkontakter och med kroniska sjukdomstillstånd. För återbesöken var under 2020 minskningen mellan februari och april 39 procent. För helåret 2020 var minskningen 14 procent jämfört med 2019.

Diagram 13 Antalet vårdkontakter vid återbesök i primärvård, januari 2019 – mars 2021. Alla yrkesgrupper.



Källa: Vänstetidsdatabasen, SKR.

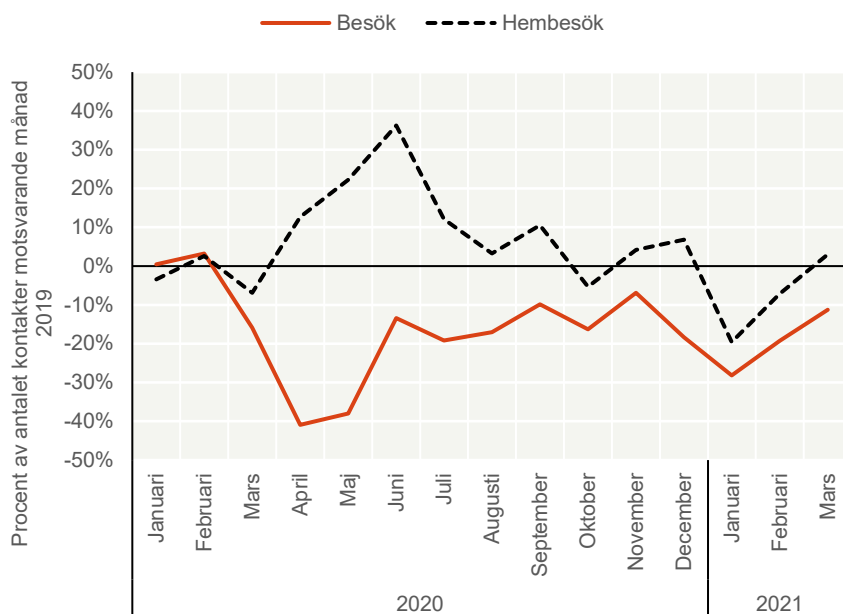
Not: Jämtland-Härjedalen, Skåne, Västerbotten, Stockholm, Västra Götaland, Blekinge och Gävleborg har inte rapporterat hela perioden.

**För Region Kalmar ingår enbart allmänläkarvård.

Diagram 14 och Diagram 15 nedan visar antalet vårdkontakter i primärvården för samtliga kontakttypor (både förstags- och återbesök, alla yrkesgrupper).

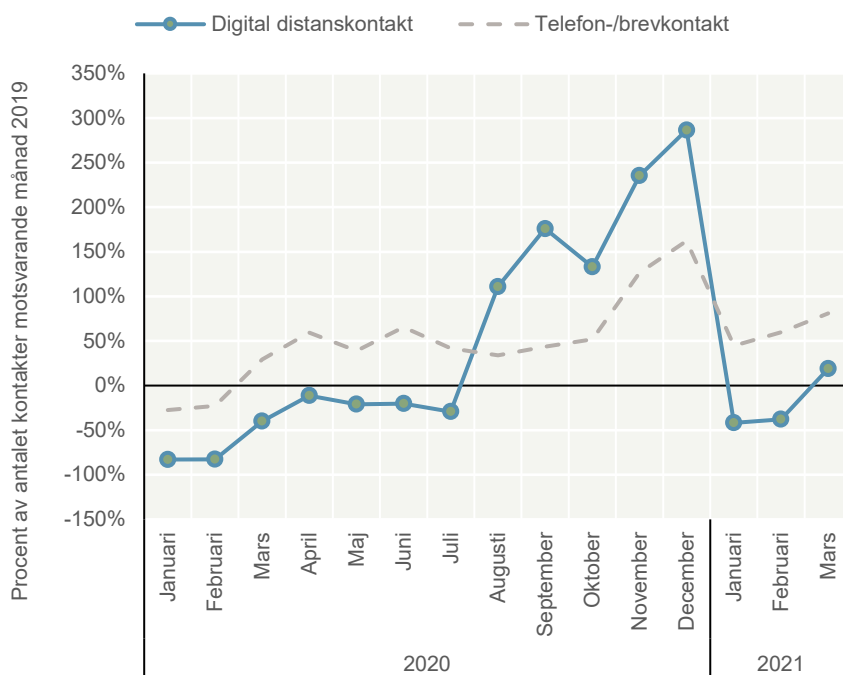
Det framgår av de totala vårdkontakternas utveckling att minskningen av besök på mottagning framförallt kompenseras genom en ökning av antalet telefon/brevkontakter, men även av en ökning av hembesök och digitala kontakter. Minskningen av faktiskt antal fysiska besök under 2020 jämfört med 2019 är närmare 1,7 miljoner och ökningen av antalet distanskontakter under motsvarande period är knappt 0,5 miljon.

Diagram 14 Besök och hembesök 2020 i procent av antalet för motsvarande månad 2019.



Källa: Vätetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

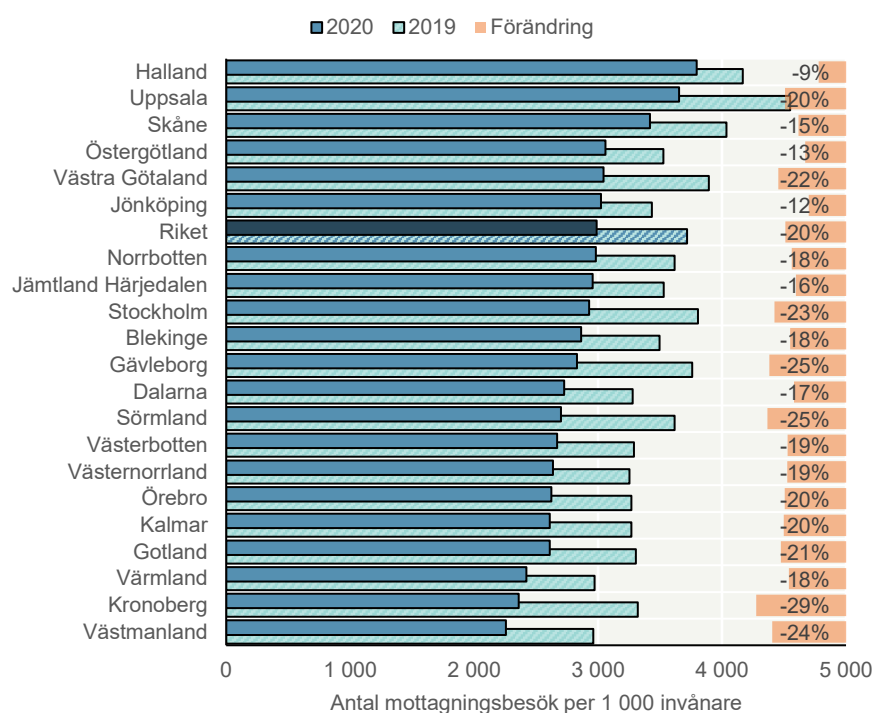
Diagram 15 Antalet digitala distanskontakter samt telefon-/brevkontakt 2020 i procent av antalet för motsvarande månad 2019.



Källa: Vätetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Diagram 16 visar minskningen i procent för besök vid mottagning mellan 2020 och 2019, och hur den varierar mellan regionerna. I riket totalt var minskningen 20 procent. Även i regioner som under våren hade mycket begränsad smittspridning, som Blekinge och Västerbotten, har tydliga minskningar av mottagningsbesöken i primärvården skett.

Diagram 16 Antal mottagningsbesök i primärvård per 1 000 invånare, alla verksamheter och yrkeskategorier, samt förändring mellan 2019 och 2020.



Källa: Verksamhetsstatistiken, Sveriges Kommuner och Regioner

Läkarbesök i specialiserad vård

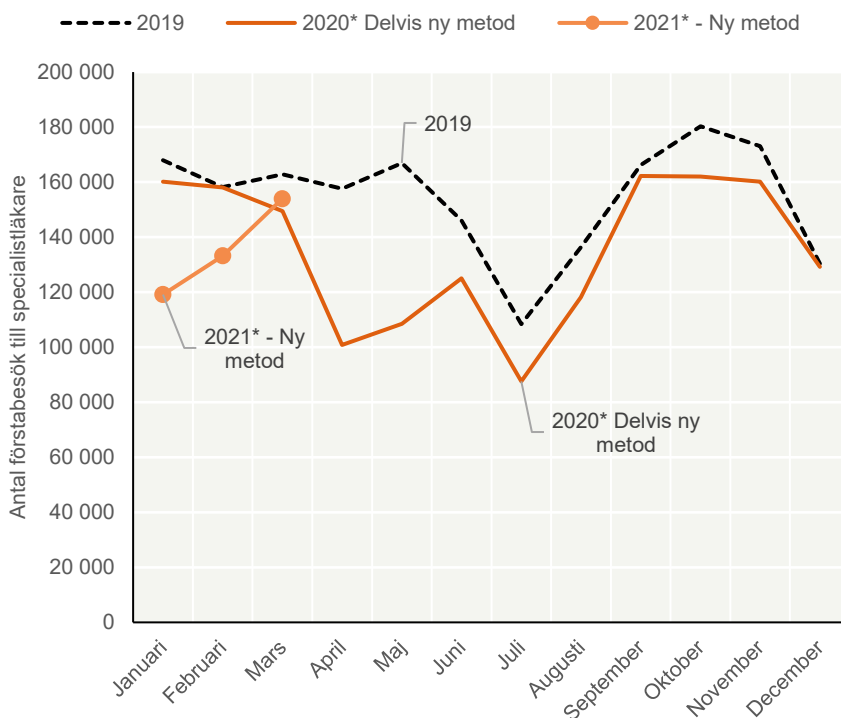
Inom den specialiserade vården genomfördes cirka 22,3 miljoner besök år 2020, enligt SKRs verksamhetsstatistik. Av dessa var 4,6 miljoner inom psykiatri och 17,5 miljoner i den specialiserade somatiska vården. Cirka 10,8 miljoner var läkarbesök i specialiserad somatisk vård. Antalet läkarbesök minskade med ungefär 13 procent jämfört med 2019. Termen specialiserad vård avser i statistiksammanhang den sjukvård som inte är primärvård. Den kan bedrivas både vid sjukhus och i vårdverksamheter/kliniker utanför akutsjukhus.

Mottagningsbesök inom specialiserad somatisk vård

Den nationellt tillgängliga källan för månadsdata om antalet genomförda läkarbesök i specialiserad vård är i nuläget väntetidsdatabasen vid SKR, samt Patientregistret vid Socialstyrelsen. Underlag från båda källorna visas i detta avsnitt.

I Diagram 17 visas antalet genomförda förstabetesök från början av 2019. Den stora minskningen skedde i mars-maj, 2020. I juni hade en återhämtning skett. Under augusti var de genomförda förstabetesöken fortfarande färre än under 2019, men skillnaden var måttlig. Totalt för helåret 2020 minskade förstabetesöken med knappt 12 procent jämfört med 2019.

Diagram 17 Antalet genomförda förstabetesök hos läkare i specialiserad vård, januari 2019 – mars 2021.



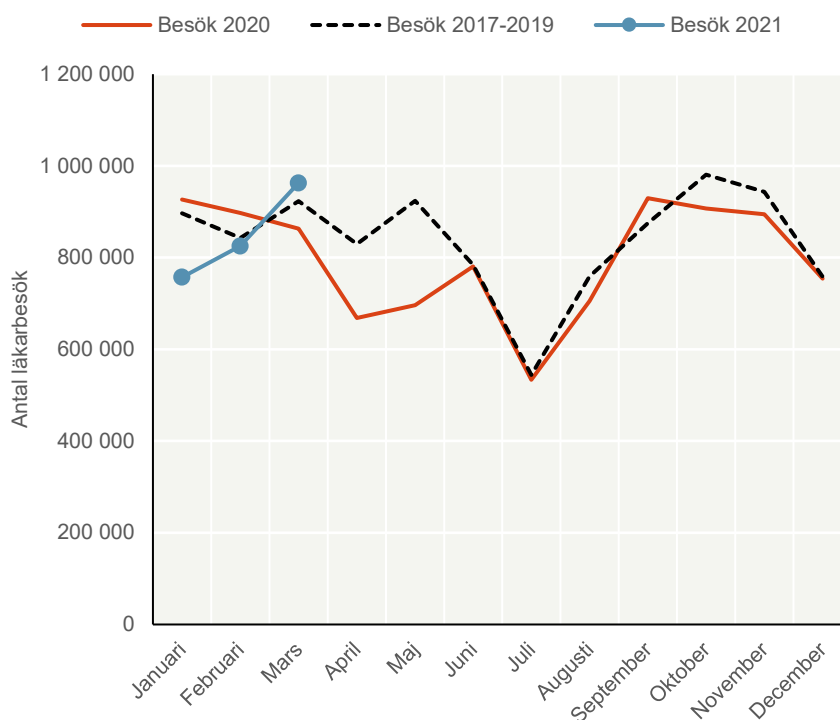
Källa: Väntetidsdatabasen Sveriges Kommuner och Regioner

Not: Region Skåne exkluderat.

Diagram 18 nedan visar antal läkarbesök i somatisk specialiserad öppenvård (ej på akutmottagning) fördelat på månad. Samma mönster ses som tidigare med

ganska kraftig minskning av antalet besök under våren. I april minskade antalet med 20 procent jämfört med genomsnittet 2017-2019. Under sommaren och hösten har antalet legat i nivå med 2017-2019. Totalt för helåret 2020 minskade antalet läkarbesök med cirka 5 procent jämfört med genomsnittet 2017-2019.

Diagram 18 Antal läkarbesök i somatisk specialiserad öppenvård (ej på akutmottagning) fördelat på månad. Medelvärde 2017-2019, 2020 samt januari-mars 2021.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Besök på akutmottagningar

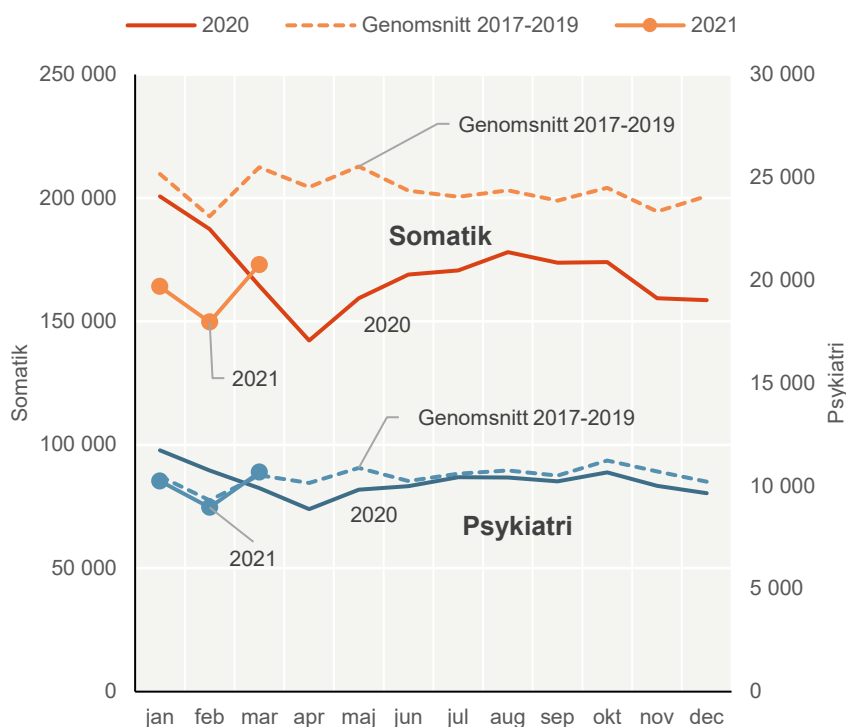
Under 2019 gjordes cirka 2,5 miljoner besök på sjukhusbundna akutmottagningar, av patienter i alla åldrar och vid både somatiska och psykiatriska mottagningar. Diagram 19 visar utvecklingen under 2020 samt början av 2021 för somatisk och psykiatrisk vård jämfört med genomsnittet för tidigare år. Som förväntat finns det ingen egentlig säsongsvariation. Detta gör att avvikelserna, för den somatiska vården framförallt, under 2020 blir tydliga.

Akutbesöken i somatisk vård minskar tydligt från mars 2020, ökar därefter men ligger ännu under sommaren klart under genomsnittet för tidigare år. I april 2020 var skillnaderna som störst, med 30 procent lägre antal akutbesök än under

tidigare år. Även i juli, när smittspridningen var betydligt mindre, var skillnaden cirka 15 procent. Mot slutet av året ses ännu en nedgång av antalet besök. Totalt för 2020 minskade antalet akutbesök inom den specialiserade somatiska vården med cirka 16 procent jämfört med genomsnittet för 2017-2019.

För akutmottagningsbesök inom psykiatrisk vård var minskningen under mars-maj 2020 betydligt mindre och har sedan juni legat på samma nivå som senare års. Totalt för helåret 2020 minskade antalet akutmottagningsbesök med knappt tre procent jämfört med genomsnittet för 2017-2019.

Diagram 19 Besök vid sjukhusbundna akutmottagningar 2017-2019, 2020, t.o.m. mars 2021. Somatisk och psykiatrisk vård.

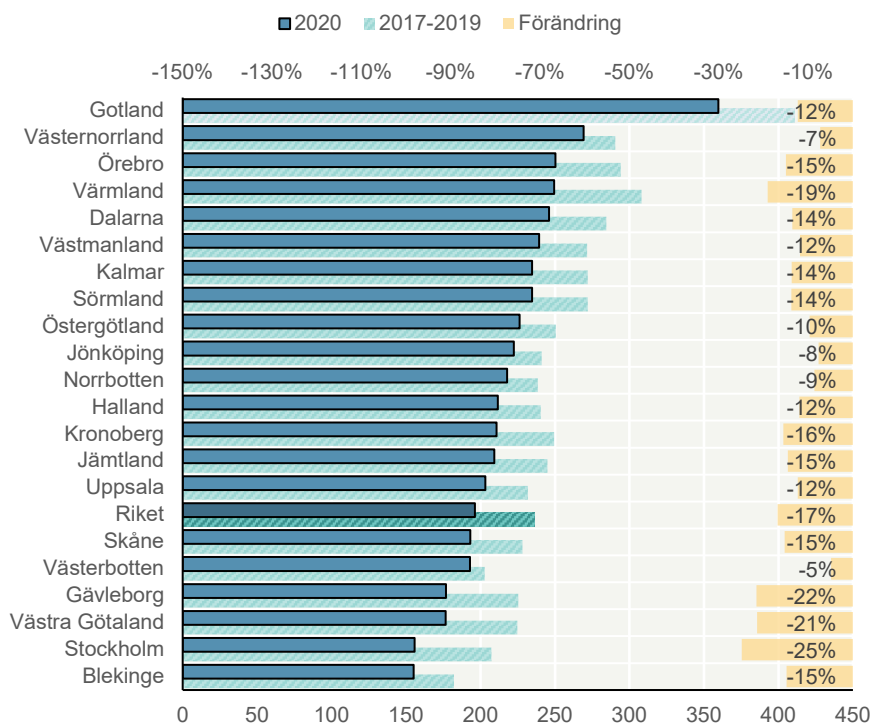


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Not: Enbart akutmottagningar vid akutsjukhus ingår, inte besök vid närakuter eller närsjukhus.

I Diagram 20 nedan visas antal besök på akutmottagning per 1 000 invånare för samtliga regioner, samt förändringen mellan 2020 och genomsnittet för 2017-2019. En grupp regioner har måttliga minskningar, runt 7 procent, medan andra har minskningar runt 20 procent.

Diagram 20 Antal besök på sjukhusbundna akutmottagningar per 1000 invånare 2019 respektive 2020. Somatisk vård.



Källa: Patientregistret vid Socialstyrelsen, samt SCB

Planerade (icke akuta) operationer och behandlingar

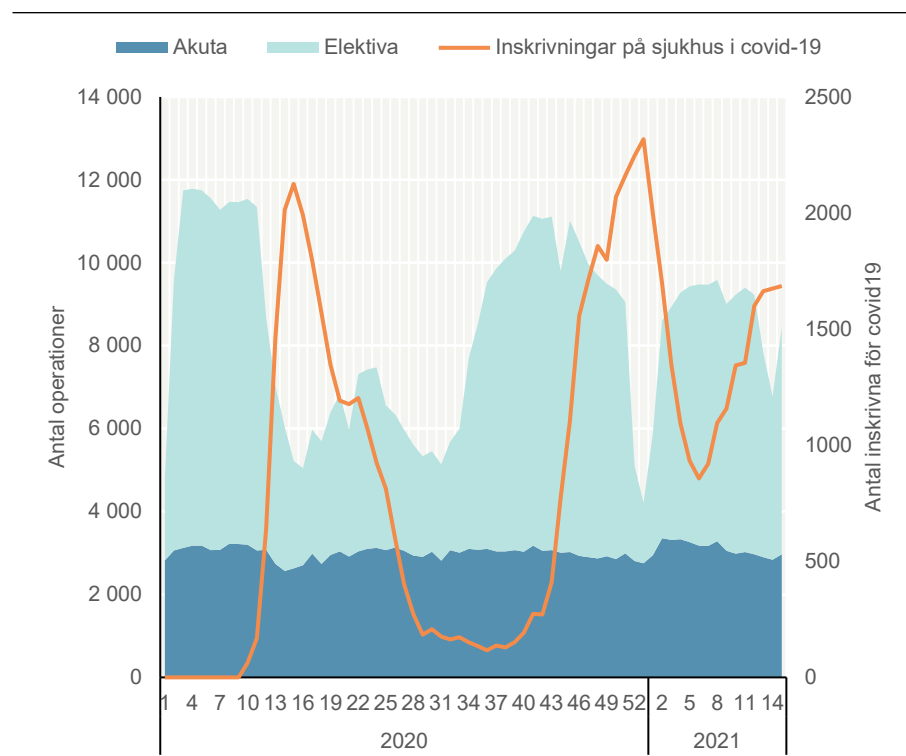
Operationsverksamheter i regionerna har i hög grad påverkats av pandemin. Under våren 2020 ställdes en stor del av de planerade operationerna in, som vanligtvis utgör cirka 70 procent av totala antalet operationer, medan akuta operationer utfördes som vanligt. Orsaker till att planerade operationer ställdes in var dels att såväl utrusning som personal behövdes för vården av allt fler patienter med covid-19, men även för att skydda individer i riskgrupper.

I Diagram 21 visas antal akuta och planerade (elektiva) operationer från kvalitetsregistret SPOR, samt antal inskrivningar i slutenvården för covid-19, Socialstyrelsen. Antalet planerade operationer sjunker kraftigt under våren 2020 och sammanfaller väl med att antalet inskrivningar i covid-19 ökar. Under sommaren och början av hösten ökar antalet operationer och i oktober utförs i närmaste samma antal som början av året, innan pandemin bröt ut.

Den andra vågen av pandemin bröt ut under hösten och antalet inskrivningar i covid-19 ökar åter igen och når nya toppnoteringar på drygt 2 000 nyinskrivna. Under andra vågen dröjer det längre innan den planerade operationsverksamheten börjar minska. Denna gång återhämtas produktionen snabbare än under första vågen. I februari/mars 2021 ses återigen tendens till samma mönster, när den tredje vågen drabbar Sverige.

Få privata vårdgivare ingår i SPOR och kan påverka bilden i delar av Sverige där regionerna valt att nyttja privata aktörer för att öka kapaciteten.

Diagram 21 Antal genomförda planerade operationer per vecka 2020 till vecka 15 2021.

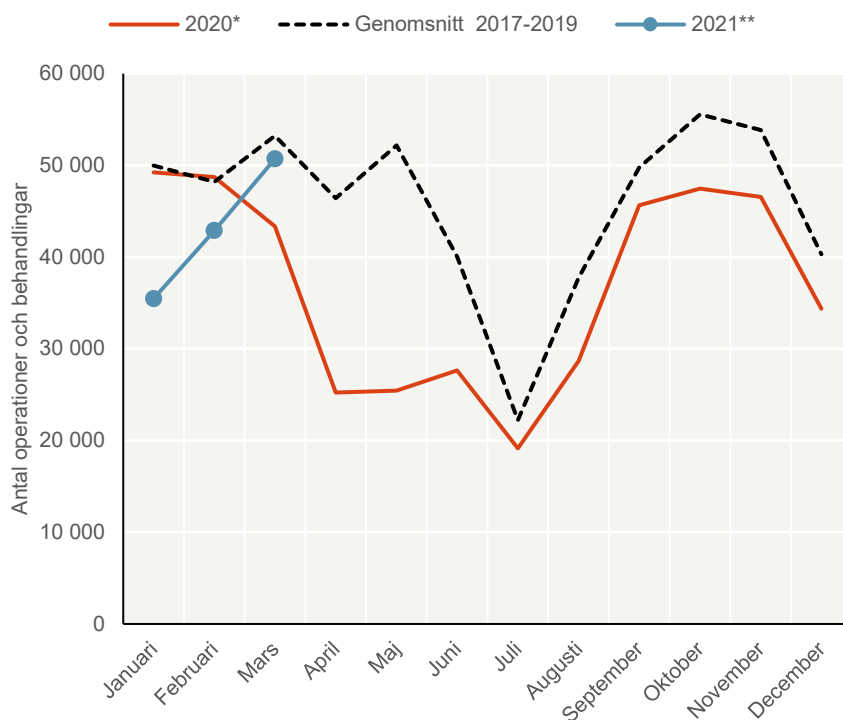


Källa: Svenskt Perioperativt register, SPOR. Patientregistret, Socialstyrelsen.

Väntetidsdatabasen vid SKR har uppgift om antalet genomförda planerade operationer och behandlingar, som underlag för uppföljning av vårdgarantin. 2019 innehöll databasen knappt 620 000 behandlingar/operationer. Databasens kompletthet varierar mellan olika områden, men för syftet att skildra utvecklingen under 2020 kan den användas.

Diagram 22 visar antalet operationer och behandlingar under 2020 samt början av 2021 jämfört med tidigare år. I april och maj 2020 är skillnaderna som störst. I augusti har en återhämtning skett, men antalet operationer är färre än normalårets. Jämfört med tidigare har det genomförts ungefär 95 000 färre behandlingar/operationer under 2020. Detta innebär att regionerna trots den pågående pandemin lyckats upprätthålla en närmare 85 procentig produktion av planerade operationer och behandlingar.

Diagram 22 Antal genomförda planerade operationer och behandlingar 2017-2019, 2020 samt t.o.m. mars 2021.



Källa: Vätetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Not: *Delvis ny metod. **Ny metod.

Not: Region Skåne exkluderat.

Minskningen är olika stor för olika verksamheter, vilket kan avspegla prioriteterna för de olika ingrepp som utförs inom respektive specialitet, men kan även avspegla hur åtgärden utförs. Utprovning av hörapparater har påverkats i liten grad; denna verksamhet bedrivs vid hörselmottagningar, kräver inte slutenvård/många personkontakter och är ingen operation i vanlig mening.

Det går inte att i väntetidsdatabasen urskilja cancerkirurgi, som generellt sett har hög prioritet, utan dessa operationer ingår i respektive specialitet.

Sammantaget ses en stor påverkan på operationsverksamheterna runt om i landet och möjligheten att upprätthålla samma vårdproduktion som under de senaste åren har minskat, särskilt i början av pandemin. Konsekvenser av detta är växande köer och oundvikligen att enskilda individer drabbas.

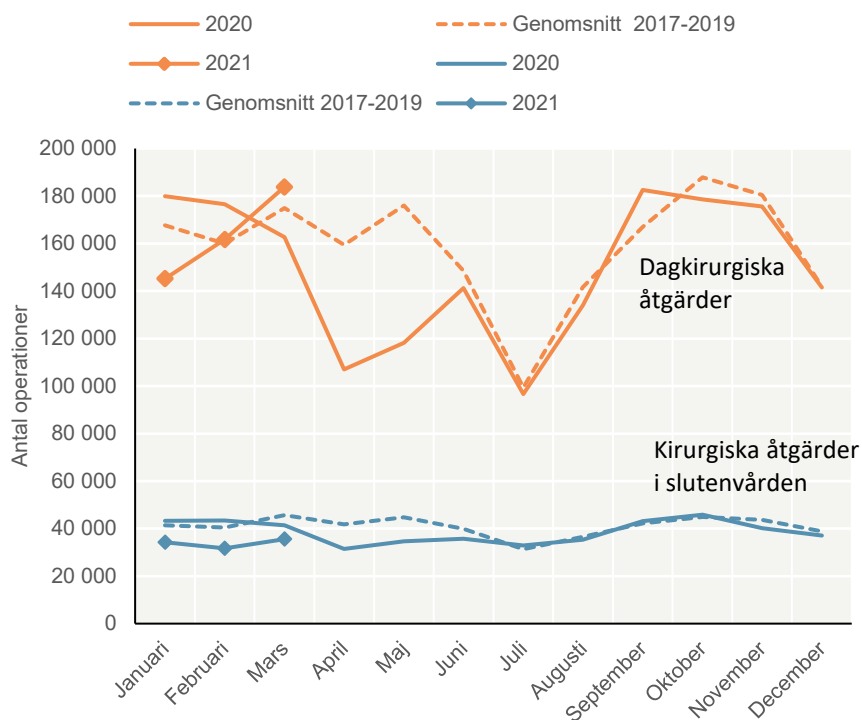
Dagkirurgi samt kirurgiska åtgärder i slutenvård

Tidigare i detta akapitel har antalet operationer beskrivits från två olika datakällor. Innehållet i källorna skiljer sig åt och vissa utmaningar med täckningsgrad finns.

Ytterligare en källa för operationer är patientregistret hos Socialstyrelsen. Numera finns tillgång till månadsvis redovisning på Socialstyrelsens webbsida. Skillnaden mellan patientregistret som källa och väntetidsdatabasen är främst att patientregistret innehåller samtliga operationer oavsett om de är akuta eller planerade. Det är inte möjligt att särskilja vad som är planerat och akut i den statistik som presenteras.

Diagram 23 nedan visar antal dagkirurgiska operationer samt kirurgiska åtgärder i slutenvård. För dagkirurgiska operationer ses samma mönster som i tidigare redovisade diagram; en kraftig nedgång under våren 2020 och sedan en återhämtning under sommaren och hösten. Detta gäller framförallt dagkirurgiska åtgärder. För kirurgiska åtgärder i slutenvården ses en svag nedgång under våren och sedan ett stabilt läge under resten av året, i nivå med 2019 års antal. Troligen är det en större andel planerade åtgärder som genomförs som dagkirurgi, vilket kan påverka nedgången under våren jämfört med åtgärderna i slutenvården. För helåret 2020 minskade såväl de dagkirurgiska åtgärderna som de i slutenvård med knappt 6 procent jämfört med 2019.

Diagram 23 Antal dagkirurgiska åtgärder, samt kirurgiska åtgärder i slutenvården.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Slutenvårdens utveckling under 2020

Årligen (2019) slutenvårdas knappt 870 000 personer vid sjukhus, vid drygt 1,4 miljoner slutenvårdstillfällen och med en medelvårdtid på cirka 5 dagar.

Ungefär 80 procent av slutenvården avser oplanerad slutenvård, medan resten är planerad vård och behandling. Under pandemiåret har särskilda vårddatainsamlingar till patientregistret vid Socialstyrelsen gjorts från regionerna så att det är möjligt att följa utvecklingen varje månad.

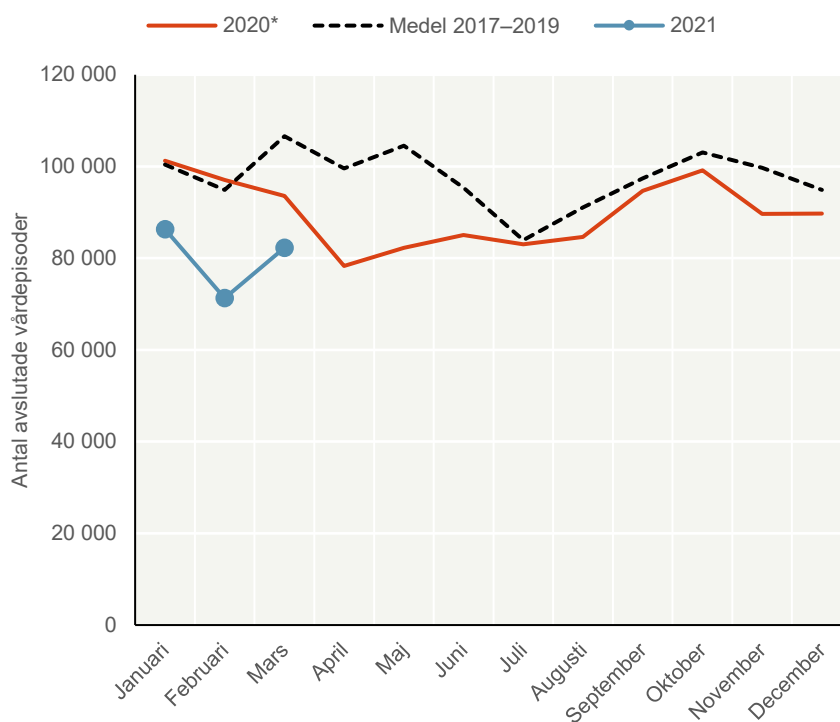
Jämfört med andra länder har Sverige få slutenvårdsplatser i förhållande till befolkningen och därmed en låg slutenvårdsanvändning. Vårdplatser vid sjukhus har minskat främst som följd av kunskapsutvecklingen och nya sätt att ge vård. Överbeläggningar har varit ett problem de senaste åren. Dessa aspekter gör det särskilt intressant att studera pandemins effekter på den slutna vården.

Överblick - somatisk slutenvård totalt

Socialstyrelsen publicerar nu kontinuerligt uppgifter på sin hemsida om avslutade vårdperioder i slutenvård, per region, per månad och för olika åldersgrupper². Diagram 24 bygger på dessa uppgifter och visar en jämförelse mellan 2020 samt inledningen av 2021 och genomsnittet för perioden 2017-2019.

I mars inleds en minskning som förstärks under april. Under sommaren samt hela hösten är antalet vårdperioder färre än tidigare. Under första halvåret 2020 skedde drygt 65 000 färre vårdperioder jämfört med tidigare år, en minskning med 11 procent. Totalt för helåret 2020 var antalet cirka åtta procent lägre jämfört med tidigare år, vilket motsvarar drygt 93 000 vårdperioder.

Diagram 24 Avslutade vårdperioder i somatisk vård 2017-2019, 2020 samt januari-mars 2021.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Not: Västra Götaland har inte rapporterat för 2021 och är därför borttagna för samtliga månader.

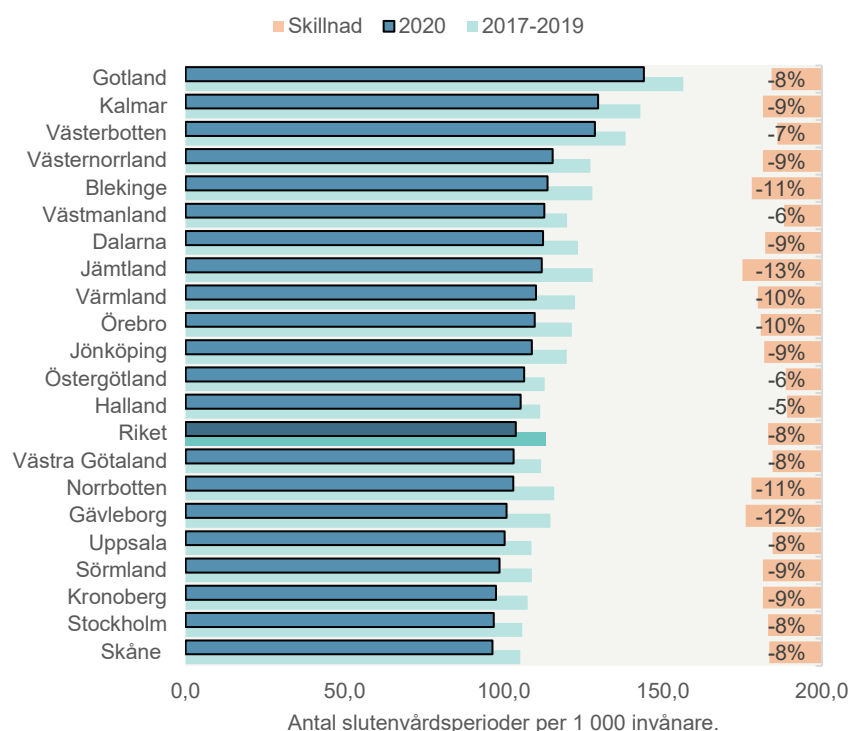
*Värden för 2020 och 2021 är preliminära och kan komma att ändras.

² [Relaterad statistik, Socialstyrelsen](https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistik-om-covid-19/statistik-relaterad-till-covid-19/), <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistik-om-covid-19/statistik-relaterad-till-covid-19/>

Minskningen skedde trots att i storleksordningen drygt 40 000 personer med diagnos covid-19 vårdades på sjukhus under 2020. Bland personerna som vårdats för covid-19 finns det å andra sidan en grupp som sannolikt slutenvårdats med annan diagnos, om vi inte haft pandemin. Den sociala distansen och minskande rörlighet i befolkningen har bidragit till att vanlig säsongsinfluensa, lunginflammationer, urinvägsinfektioner och vinterkräksjuka minskat avsevärt jämfört med tidigare år. Detta har troligen varit en bidragande orsak till minskningen inom slutenvården. Äldre, sköra personer som drabbas av infektioner behöver ofta vårdas ineliggande på sjukhus.

Diagram 25 visar per region antal slutenvårdstillfällen i somatisk vård per 1 000 invånare 70 år och äldre under första halvåret 2020 samt 2019. Regionerna är sorterade efter antalet slutenvårdade per 1 000 invånare 2020, inte efter hur mycket antalet slutenvårdstillfällen minskade mellan åren. Diagrammet visar således även den aspekten att slutenvårdstillfällena per invånare skiljer sig åt.

Diagram 25 Antal slutenvårdsperioder per 1 000 invånare medelvärde 2017-2019 respektive 2020.



Källa: Patientregistret vid Socialstyrelsen samt SCB.

Psykiatriska vården

Psykisk hälsa under Covid19-pandemin

Riskerna för den psykiska hälsan med att stänga ner ett samhälle och isolera människor har lyfts i flera sammanhang. Framförallt drabbas de som redan är utsatta, som till exempel personer med missbruksproblematik eller ångest och depressioner. Det är därför positivt att den psykiatriska vården lyckats vara tillgänglig under pågående pandemi, mycket tack vare ett utvecklat och anpassat arbetssätt.

I nuläget är det svårt att dra några långsiktiga slutsatser om konsekvenserna av pandemin, baserat på den data som finns. Men det finns några indikatorer som pekar mot en ökad psykisk ohälsa i spåren av pandemin. Bland annat har trycket ökat på olika stödlinjer som alkohollinjen, kvinnojouren och BRIS med flera. Samtidigt finns en generell trend, som setts de senaste åren, med en ökad andel av befolkningen som är i behov av psykiatrins insatser. Därutöver kan det komma nya vårdbehov i form av personer som behöver stöd efter att ha drabbats hårt av covid-19. Sammantaget påverkar detta planeringen av den psykiatriska vården framåt.

Påverkan på BUP och vuxenpsykiatri

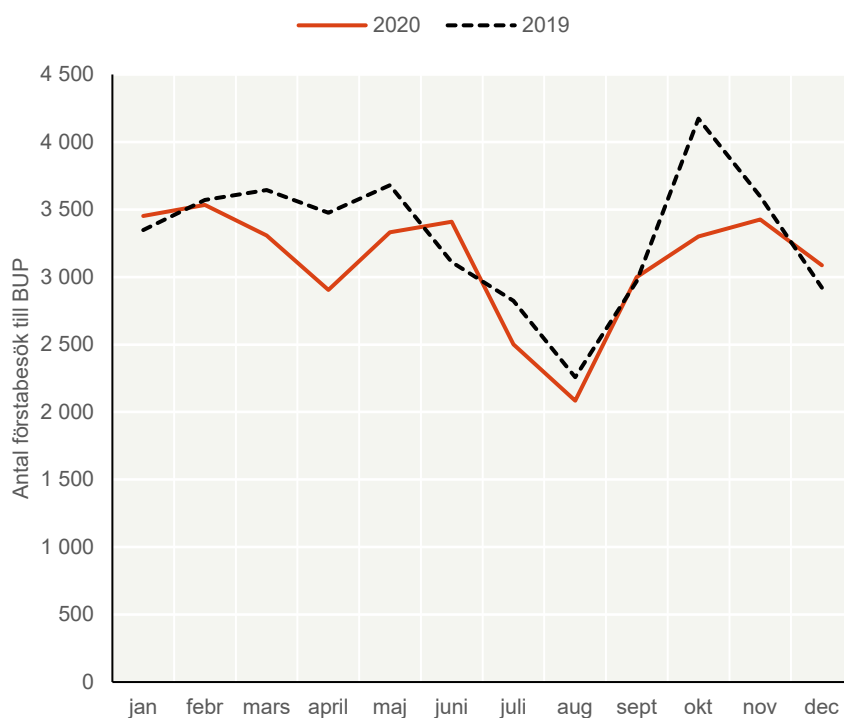
Från mars till september 2020 genomförde Uppdrag Psykisk Hälsa, SKR, tillsammans med 12 regioner en datainsamling för att följa utvecklingen inom psykiatrisk öppenvård och heldygnsvård under Covid-19-pandemin. Resultatet visade att både antal remisser och antal pågående patienter ökade inom såväl BUP som vuxenpsykiatri. Pandemin verkar inte ha påverkat den trend som setts på senare år med en ökad andel av befolkningen som tas om hand inom BUP respektive vuxenpsykiatri. Däremot noterades ett minskat, men övergående, söktryck till vuxenpsykiatri med lägre beläggningsgrad som följd.

I väntetidsdatabasen registreras bland annat antal genomförda första besök, utredningar och behandlingar inom BUP för samtliga yrkeskategorier. Diagram 26 nedan visar antal genomförda första besök 2019 och 2020, samtliga yrken. Antalet besök minskar med 16 procent jämfört med 2019 i april, precis i början av pandemin. Därefter ses en återhämtning för att åter igen minska med 21 procent i oktober när andra vågen drabbade Sverige. Totalt för helåret minskade antalet första besök med knappt 6 procent jämfört med 2019.

Antal genomförda utredningar har däremot ökat en aning under 2020 (+2 procent) jämfört med 2019. Utredningar verkar inte följa samma mönster som besöken, utan har ett relativt jämt flöde vår och höst med en naturlig nedgång under sommaren. Detsamma gäller antalet behandlingar. Totalt för 2020 är antalet behandling detsamma som 2019.

Generellt verkar inte tillgängligheten till BUP har påverkats av pandemin. Andel besök, utredningar och behandlingar inom 30 dagar ligger på liknande nivåer som under 2019.

Diagram 26 Antal genomförda första besök till BUP, samtliga yrkeskategorier per månad 2019 och 2020.

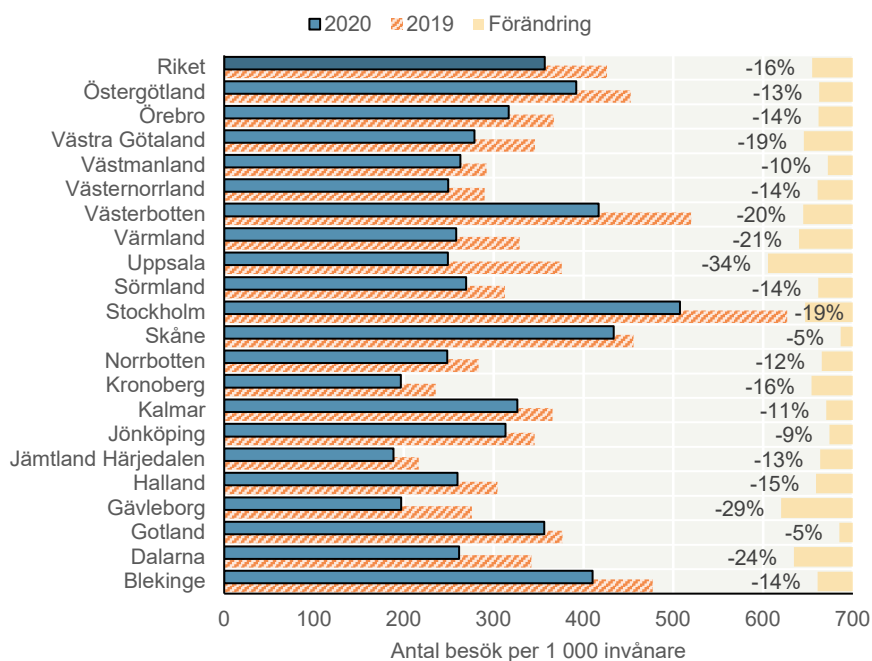


Källa: Vätetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Diagram 27 nedan visar antalet besök till vuxenpsykiatri per 1 000 invånare år 2020, fördelat på region, samt förändring jämfört med 2019. Underlaget är från verksamhetsstatistiken (SKR).

Besök inom vuxenpsykiatri har, under 2020, minskat med cirka 16 procent jämfört med 2019. Variationen mellan regionerna är stor, men var det även innan pandemin.

Diagram 27 Antal besök per 1 000 invånare till besök inom allmän psykiatri, 2019 och 2020.



Källa: Verksamhetsstatistiken, Sveriges Kommuner och Regioner

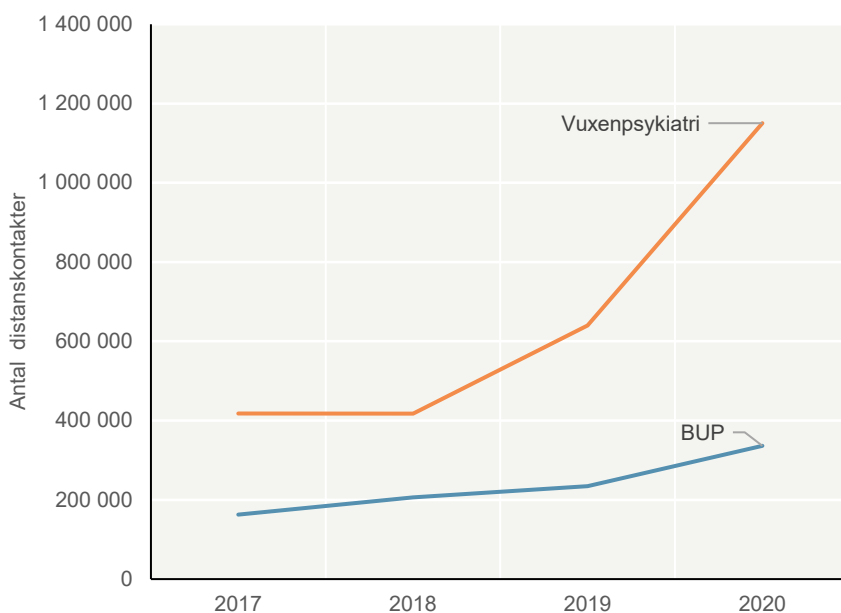
Nya arbetssätt

På kort tid har psykiatrin utvecklat digitala arbetssätt. Ökningen av distansmöten med telefonbesök, chatt och olika videolösningar har ökat kraftigt. Detta är positivt och ökar tillgängligheten. Sammantagen statistik i 12 av regionerna, perioden mars 2019 till september 2020, visar att andelen distansbesök ökade från cirka 17 procent till 27 procent inom BUP och från ca 15 till 35 procent inom vuxenpsykiatrin. Av dessa var telefonbesöken dominerande, cirka 85 procent, följt av videosamtal 15 procent och chat/mail 1 procent.

Diagram 28 nedan visar utvecklingen av distanskontakter från 2017 – 2020. Mellan 2019 och 2020 har antalet distanskontakter ökat med 44 procent inom BUP och med 80 procent inom vuxenpsykiatrin.

Det är bra att nya arbetssätt etableras som möjliggör alternativ till fysiska besök, men det finns och människor som av olika anledningar inte har tillgång till digitala hjälpmedel och som upplever ett digitalt utanförskap. Det kan upplevas svårt att få kontakt med vården utan digitala hjälpmedel.

Diagram 28 Antal distanskontakter till Barn- och ungdomspsykiatri samt till Vuxenpsykiatri.



Källa: Psykiatri i siffror, Uppdrag Psykisk Hälsa, SKR (2021).

Not: Kalmar har ändrat registreringsätt under 2019. Norrbotten har inte komplett registrering under 2019 och 2020 inom vuxenpsykiatri.

Tandvård

Tandvården har påverkats kraftigt under pandemin, med stor minskning av antalet besök och möjligheter till insatser, särskilt under den första vågen. Vid en period av lägre smittspridning skedde en återhämtning av volymerna, som sedan bromsade in under den andra vågen av pandemin. Det finns dock stora variationer i utvecklingen och volymer om man jämför såväl regiform (privattandvård jämfört med folktandvården), som vårdformer (specialisttandvård jämfört med allmäntandvård) och över landet.

Pandemins riskgrupper har påverkats, och arbetssätt behövt ställas om för att vid behov kunna ta emot dessa grupper under året. Vissa insatser har skjutits upp, och det bedöms finnas en risk för ett uppdämt vårdbehov som behöver hanteras framöver.³

³ [Effekter av covid-19 på tandvårdsbesök bland barn och vuxna del 3, mars 2021, Socialstyrelsen, https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-3-7265.pdf](https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-3-7265.pdf)

Minskat antal besök under pandemin

I samband med pandemins utbrott minskade antalet tandvårdsbesök kraftigt och var närmare 50 procent lägre jämfört med motsvarande period 2019. Efter sommaren ökade antalet och började närma sig normalläget. När sedan andra vågen kom under hösten så minskade åter igen besöken och var knappt 20 procent lägre än 2019 under resten av 2020. För helåret 2020 så var antalet besök 18 procent lägre jämfört med 2019. Det är framförallt i åldersgruppen 70 år och äldre som minskningen är som störst under våren 2020. Däremot ses ingen skillnad mellan de äldsta och övriga åldersgrupper när det gäller hösten 2020.

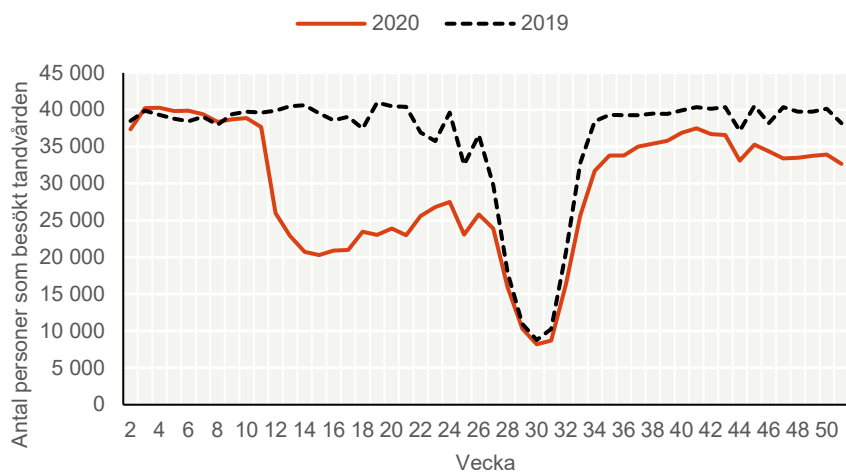
Samma utveckling ses även bland barn 3 – 19 år. Under våren minskar antalet besök och var som lägst 53 procent lägre jämfört våren 2019. Under hösten sker en viss återhämtning, men totalt för helåret är antalet besök cirka 20 procent lägre jämfört med 2019.

Socialstyrelsen utförde en enkätundersökning till tandvårdskliniker i syfte att undersöka hur tandvårdskliniker i praktiken har arbetat under pandemin. Resultaten visar att 27 procent av folktandvårdsklinikerna stängde delar eller hela perioden mars – april 2020. Under samma period var det 12 procent av privattandvårdsklinikerna som stängde. De omfattande stängningarna av folktandvården under våren är troligen den största orsaken till den kraftiga minskningen av besök under våren 2020.

Som orsaker till stängningarna har bland annat angetts minskat antal bokningar samt begränsad tillgång till skyddsutrustning framförallt inom folktandvården. Som ytterligare orsak till stängningarna anges att flera kliniker bistått hälso- och sjukvården med skyddsutrustning eller lånat ut personal och/eller lokaler. Även sjukskriven personal eller andra smittskyddsåtgärder var en orsak till att verksamheter fick stängas eller reduceras under våren 2020.

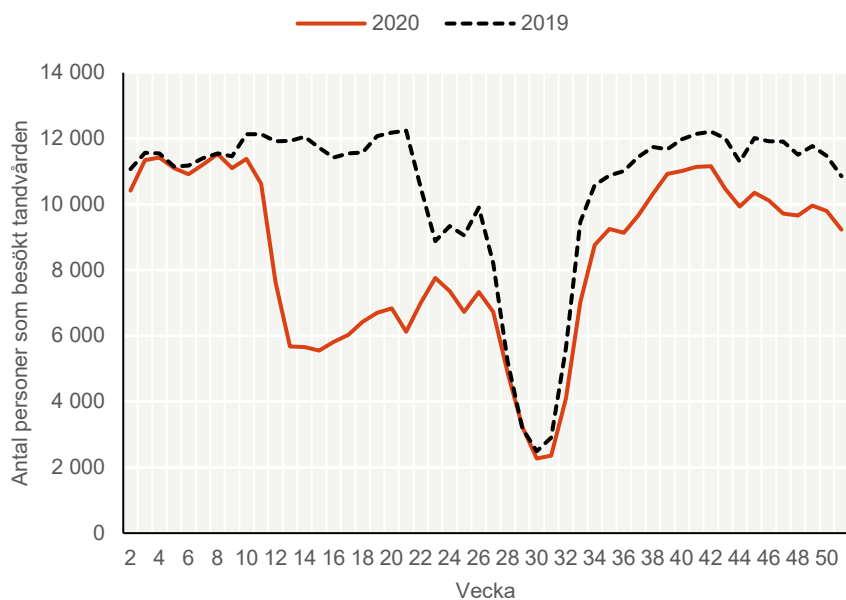
Under hösten 2020 har folktandvårdsklinikerna haft öppet, men begränsningar i typer av behandlingar och patientgrupper medan däremot privattandvårdsklinikerna har haft fortsatt begränsade öppettider. Det var framförallt minskat antal bokningar som var orsak till begränsad verksamhet.

Diagram 29 Antal personer 24 år och äldre som besökt tandvården per arbetsdag i respektive vecka 2019 och 2020. Både privattandvård samt folktandvård ingår.



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

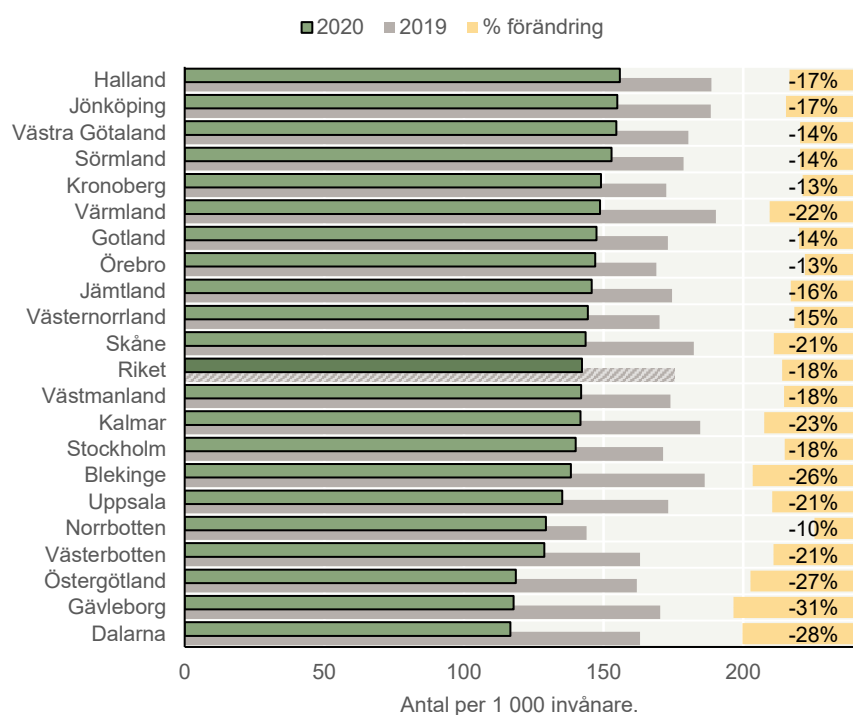
Diagram 30 Antal barn 3-19 år som besökt tandvården per arbetsdag i respektive vecka 2019 och 2020. Både privattandvård och folktandvård ingår.



Källa: Tandhälsoregistret Socialstyrelsen.

Antalet besök varierar mellan regionerna och i vissa regioner har det skett en minskning med cirka 30 procent jämfört med 2019, medan andra har minskat med cirka 13 procent. Det verkar inte finnas något direkt samband mellan andelen stängda kliniker och minskningen av besök i regionerna. I Kalmar har antalet besök minskat med 23 procent 2020 jämfört med 2019, trots att alla folktandvårdskliniker var stängda under hela eller delar av mars-april. Medan Dalarna har minskat med närmare 30 procent, trots att ingen folktandvårdsklinik stängde hela perioden mars-april utan bara under begränsade perioder. I Kalmar var sex procent av privatvårdsklinikerna stängda helt och drygt 80 procent delvis stängda. Motsvarande i Dalarna var 13 procent helt stängda och 83 procent delvis stängda.

Diagram 31 Antal personer 24 år och äldre som besökt tandvården per 1000 invånare, 2019 och 2020, fördelat på region. Både privatläkartandvård samt folktandvård ingår.



Källa: Tandvårdsregistret Socialstyrelsen.

Uppskjutet vårdbehov

I den enkätundersökning som genomförts av Socialstyrelsen anger de allra flesta (90 procent) av allmäntandvårdsklinikerna att de har behandlingar eller

kallelser som fått vänta och som kvarstår i dagsläget. Detta gäller främst bland riskgrupper samt patienter 70 år och äldre. Men även bland övriga vuxna anger över hälften av klinikerna att det finns kallelser och behandlingar som fått vänta till följd av pandemin. Mellan 20 och 40 procent av klinikerna anger att det finns ett uppdämt vårdbehov bland barn och unga vuxna.

Generellt går återgången till normalläge långsamt, även om det skiljer sig åt om man jämför enskilda regioner, bland annat när det gäller tandvård till barn och unga vuxna där en del regioner är i kapp och andra ligger efter. Utökade hygienkrav under pandemin har lett till längre besökstider och anpassade rutiner som det är oklart när man kan lämna. Den bild många regioner förmedlar som den största problematiken är behandling av patienter som är i behov av narkos, det är långa köer till narkostandvård i landet och alla områden som nyttjar narkosresurser har drabbats av minskningen. Det är även problematiska köer till tandregleringar. Ett ytterligare område som påverkats är den uppsökande tandvården då alla äldreboenden införde besöksförbud och därmed stoppades möjligheten både till uppsökande verksamhet i form av munhälsobedömningar och nödvändig tandvård.

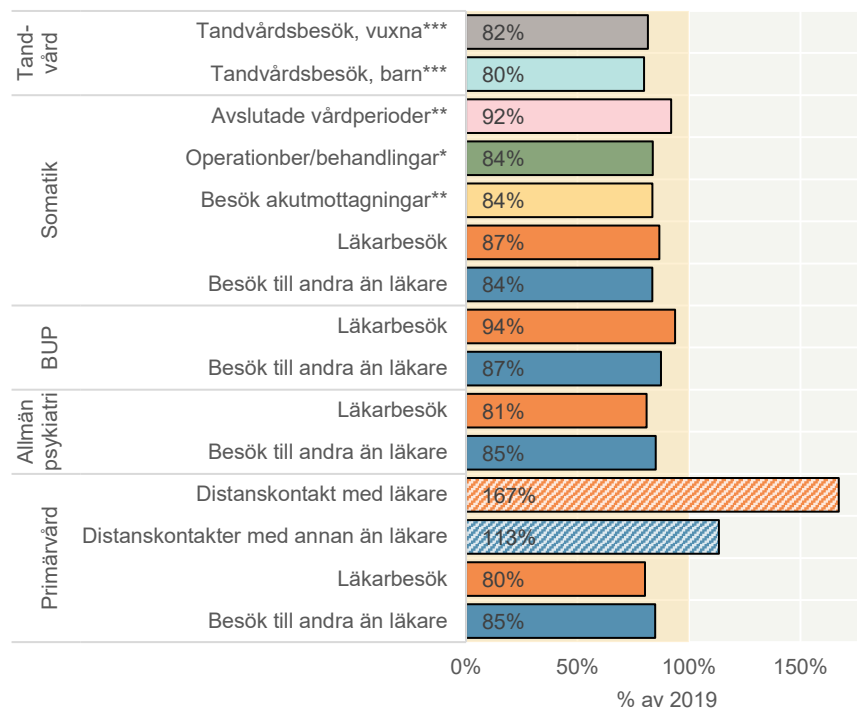
I dagsläget är det svårt att se när återgång till helt normala flöden kommer ske. En framgångsfaktor under pandemin som lyfts från regionernas Folk tandvård är vikten av systematiska riskbedömningar av patienter som stöd för prioritering.

Samtliga vårdkontakter – jämförelse 2019 och 2020

En sammantagen bild av hur vården fortlöpande hanterat den ordinarie vården vid sidan av pandemin visar att skillnaden mellan 2020 och tidigare år inte är fullt så drastiskt som det ibland kan verka. Totalt genomfördes drygt 83 miljoner vårdkontakter under 2020. Det är cirka 8 miljoner färre vårdkontakter jämfört med 2019, vilket motsvarar en minskning med knappt 9 procent. Hur många av de 8 miljoner vårdkontakterna som är en direkt effekt av pandemin och som *borde* ha genomförts är omöjligt att svara på.

I Diagram 32 nedan tydliggörs bland annat hur primärvården har förändrat sina arbetssätt för att upprätthålla en så god tillgänglighet som möjligt, trots rådande omständigheter. Om distanskontakterna läggs till de fysiska besöken så har kontakter till andra personalkategorier än läkare minskat med 7 procent jämfört med 2019 och läkarbesöken ligger på samma nivå som 2019.

Diagram 32 Antal vårdkontakter 2020 som andel av totalt antal vårdkontakter 2019, i procent. Fördelat på olika kontakttypen och verksamheter.



Källa: Verksamhetsstatistiken, SKR. *Väntetidsdatabasen. Jämförelseår 2019. **Patientregistret, Socialstyrelsen. Jämförelseår genomsnitt 2017-2019. *** Tandvårdsregistret, Socialstyrelsen. Jämförelseår 2019.

Not: Distanskontakterna avser kvalificerade distanskontakter. Statistiken om distanskontakter är inte helt jämförbarhet mellan regioner och över tid och bör tolkas med stor försiktighet.

Tillgänglighet och väntetider

Efter ett drygt år av pandemin kan vi se längre väntetider och fler antal väntande, framförallt till insatser inom den specialiserade vården. Graden av vårdgarantiuppfyllelse har påverkats negativt av pandemin. Framförallt får de med lindrigare åkommor vänta längre. För att hantera pandemin ställde hälso- och sjukvården om till att ta emot patienter med covid-19. Resurser fördes över från övrig specialiserad vård till intensivvården, planerad vård minskades medvetet för att kunna hantera covid- och annan akutsjukvård.

Ovan beskrivna åtgärder framgår av statistiken; inflödet av patienter och produktion av vård har förändrats och följer tydligt vågorna i pandemin. Detta gäller såväl för primärvården som den specialiserade vården. Såväl ett minskat vårdutbud som en minskad efterfrågan på vård har därför påverkat tillgängligheten under pandemin.

Allt längre väntetider gör det nödvändigt att effektivisera vårdens patientflöden utifrån kapacitet och produktivitet, samt att prioritera patientsäkerhet. Längre väntetider innebär risker då patienternas tillstånd riskerar att försämrans ju längre tid de fortsätter att ha obehandlade åkommor. Därför är det viktigt att systematiskt gå igenom listor på de väntande patienterna för att hitta de där en väntan innebär särskilt stora risker.

En ökad patientmedverkan kan också hjälpa till att lindra riskerna med en längre väntan på behandling. Längre väntetider ställer ökade krav på arbetssätt som innebär en aktiv väntan och inte ett passivt väntande där patientens tillstånd riskerar att försämrans i onödan.

Vårdgarantin är konstruerad för ett normalläge för hälso- och sjukvården. Pandemin har kraftigt förändrat förutsättningarna för sjukvården och nya prioriteringar har varit nödvändiga. Genom att titta på de olika måtten tillsammans och genom att komplettera bilden med andra informationskällor, kan man dock få en bild av hur tillgängligheten till sjukvård i Sverige har förändrats under pandemins olika faser.

I detta kapitel redovisas resultaten för vårdgarantin 2020.

Vårdgarantin och dess uppföljning

Vårdgarantin är en lagstadgad rättighet som innebär att man ska få vård inom en viss tid. Den anger inom vilka tidsgränser olika vårdinsatser ska erbjudas efter att beslut om vård har fattats. De olika tidsgränserna är noll dagar för telefon-tillgänglighet i primärvården, tre dagar till medicinsk bedömning i primärvården, 90 dagar till första besök till specialist och 90 dagar till operation/åtgärd.

För att följa upp vårdgarantin finns en väntetidsdatabas som förvaltas av SKR, och till vilken regionerna rapporterar in data. Databasen gör det möjligt att följa upp vårdgarantins mål specifikt, men även andra mätpunkter med relevans för tillgänglighet och väntetider. Månatliga data presenteras publikt på Vantetider.se och på Vården i siffror. De månatliga mätningarna och uppföljningen av vårdgarantin har fortsatt som vanligt under pandemin, vilket gör att de vanliga måtten på tillgänglighet kan användas för att ge en bild av hur tillgängligheten förändrats under pandemin.

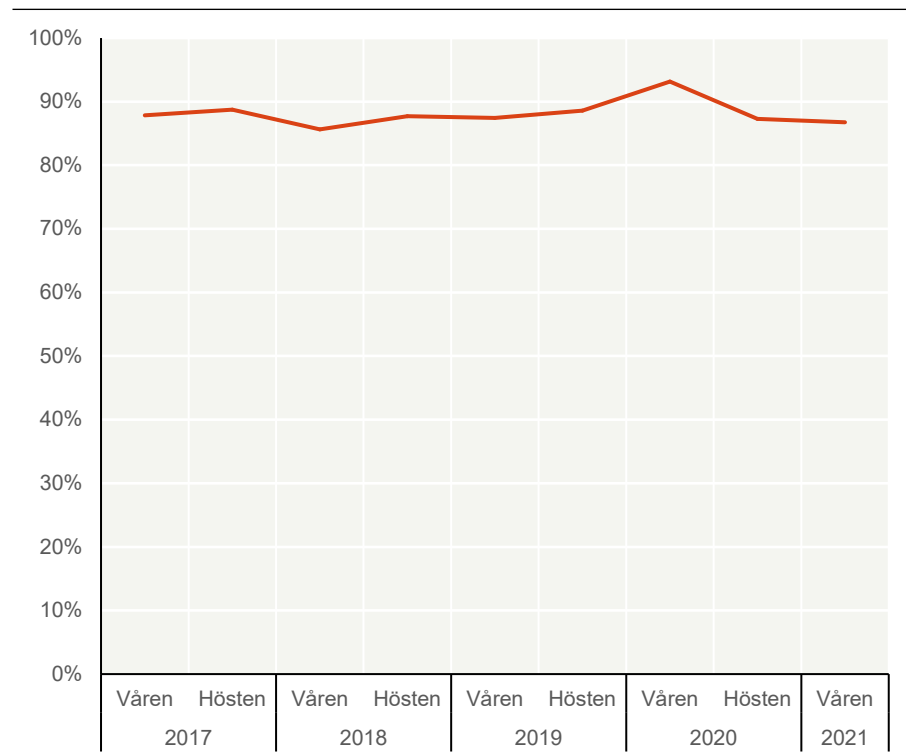
Från och med 1 januari 2021 gäller en ny uppföljningsmodell för den specialiserade vårdens tillgänglighet. Den utökade modellen syftar till att ge en heltäckande bild av den specialiserade vårdens tillgänglighet och kommer att ersätta tidigare modeller. Alla legitimerade yrkesgrupper finns med och inte bara med fokus på läkare som i tidigare modeller samt besöks- och kontakttyper, vilket visat sig vara särskilt intressant under pandemin då en stor andel kontakter på distans har ersatt vanliga fysiska besök. Modellen innebär också en bredare mätning då fler medicinska verksamhetsområden finns med. När nya modeller införs behövs både tid för kvalitetssäkring av data, men också kunskap för att kunna jämföra med tidigare mätningar. Jämförelser mellan modeller är särskilt viktigt nu när vi följer pandemins påverkan på tillgängligheten till vård och planerad vård stort.

Telefontillgänglighet och bedömning i primärvård

Två av vårdgarantins mått avser primärvård, där det första avser telefonkontakt, det vill säga målet om att alla som ringer ska få kontakt med vårdcentralen för rådgivning och/eller tidsbokning samma dag. Diagram 33 visar resultatet för detta mått sedan 2017. Det framgår att utvecklingen först varit positiv under första halvan av 2020, för att sedan gå ned något och stabiliseras på den lägre nivån under våren 2021. Resultatet kan också spegla en minskad sökbenägenhet under pandemins första tid. Det är även viktigt att komma ihåg att de samtal

som skett till 1177 inte ingår i den här mätningen. Inte heller de digitala kontakter patienter tagit med privata nätläkartjänster finns med i denna mätning.

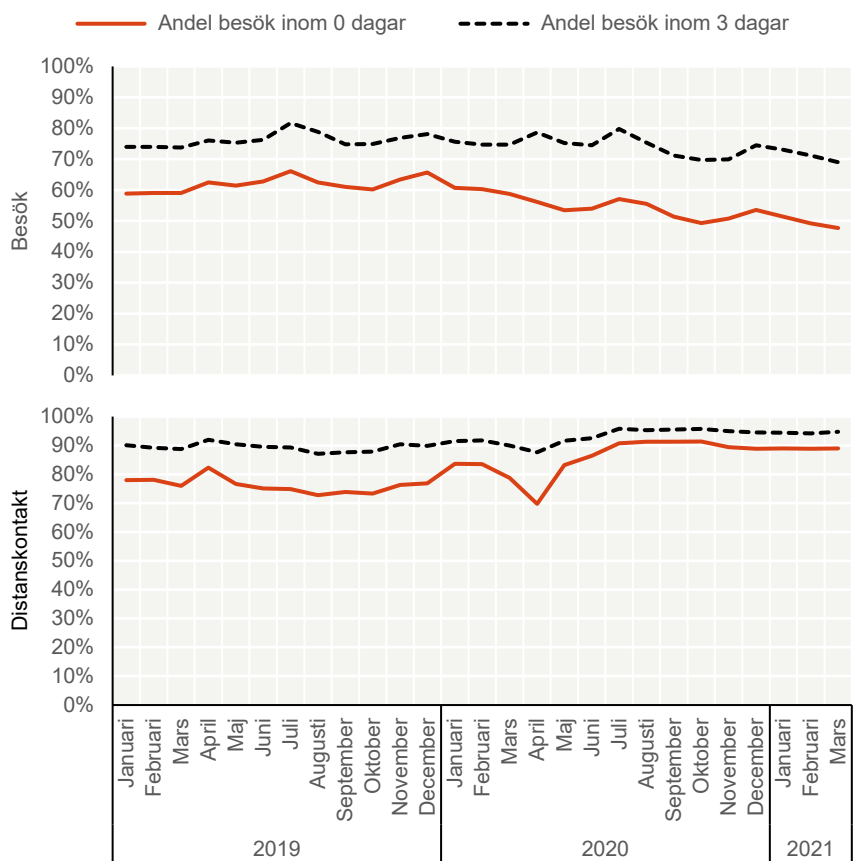
Diagram 33 Andel patienter som fick kontakt med primärvården samma dag.



Källa: Vätetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Som framgår i Diagram 34 så visar *Medicinsk bedömning inom 3 dagar* i primärvård en svag försämring från 2019 till våren 2021. Men en mer markant försämring kan ses på *Andel patienter som blev bedömda samma dag*, där det skett en gradvis försämring under 2020 på cirka 10 procentenheter. En negativ trend som även fortsatt under första kvartalet 2021.

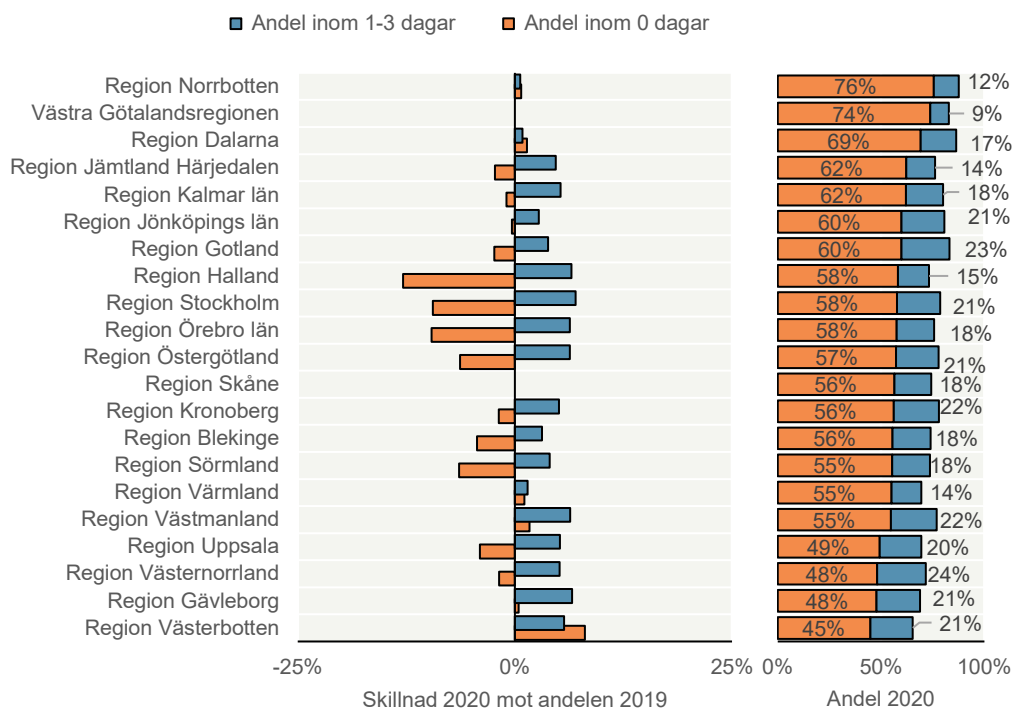
Diagram 34 Andel patienter som fått medicinsk bedömning inom tre dagar respektive samma dag. Alla yrkesgrupper, 2019-mars 2021.



Källa: Vätetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Vårdgarantins måluppfyllelse för primärvården har inte påverkats i lika stor omfattning som för den specialiserade vården utan varit mer stabil, även om vi i början av 2021 kan se större skillnader mellan regionerna. Orsaken kan vara att primärvårdens uppdrag förändrats då de står för en omfattande del av vaccinationerna och en stor del av provtagning, beroende på regionernas organisation. I några regioner, till exempel Region Uppsala, har också primärvården gått in och avlastat specialiserade vården som har varit och fortfarande är pressad. Även om besöksvolymen har varit totalt sett lägre, har vi under slutet av året (2020) sett att antalet besök ökat, detta även för återbesök som ligger utanför vårdgarantin. En förflyttning mot digitala kontakter var tydlig redan i början av pandemin och har fortsatt även under det första kvartalet 2021. De normala säsongsvariationerna kan också ses i statistiken, såsom färre besök under sommarmånaderna och i december.

Diagram 35 Andel patienter som fått medicinsk bedömning inom tre dagar respektive samma dag. Andel 2020 samt skillnad mot 2019. Alla kontaktktyper.



Källa: Vätetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

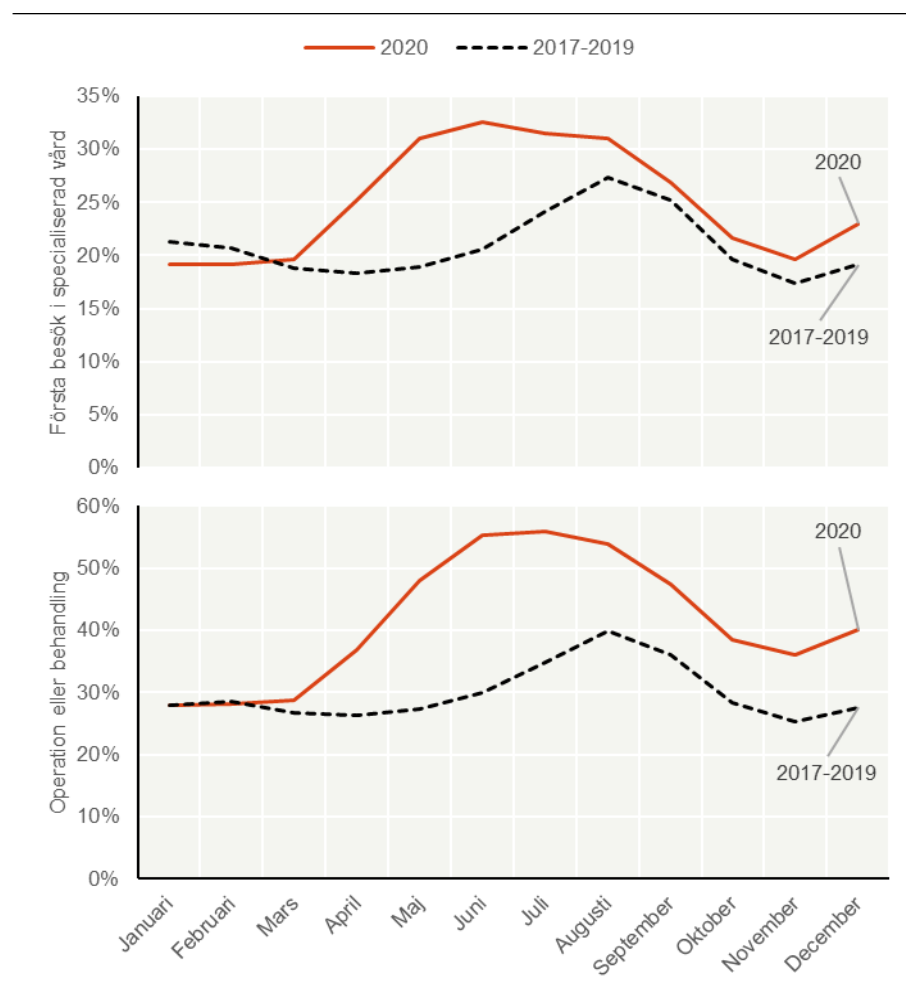
Besök och operation i specialiserad vård

Andelen av de som väntade på förstabesök eller på operation, som väntat längre än 90 dagar, ökade påtagligt under våren 2020 för att sedan sjunka något under hösten. Under november och december 2020 skedde återigen en ökning. Jämfört med snittet från tidigare år (2017-2019) ökade andelen som väntat längre än 90 dagar till operation med drygt 20 procentenheter under maj till juni. Motsvarande siffra för förstabesök, under samma period, är 12 procentenheter.

Under juni-augusti 2020 fick över hälften av patienterna som väntade vänta längre än 90 dagar på operation eller behandling. En påtaglig återhämtning av antalet operationer och behandlingar skedde under början av hösten. Från november 2020 avbröts återhämtningen av pandemins andra våg.

Som väntat finns det en samvariation mellan vårdens omställning till att hantera effekterna av pandemins vågor med ett ökat antal som får vänta mer än 90 dagar till förstabesök i specialiserad vård och operation/behandling.

Diagram 36 Andel som väntat längre än 90 dagar på förstabesök till läkare i specialiserad vård respektive till operation/behandling, 2019-2020



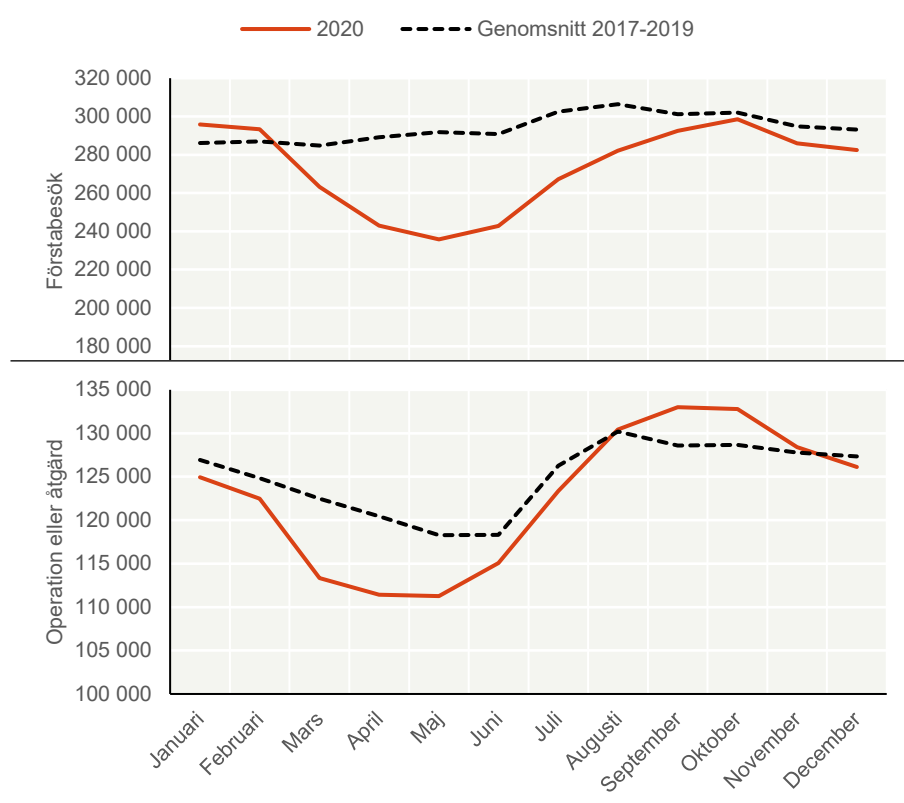
Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Antal väntande, patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan

Efter mars månad 2020 skedde en tydlig nedgång av antalet genomförda planerade operationer. Detsamma gällde antalet förstabesök till läkare i specialiserad vård. Antalet väntande till första besök och operation/åtgärd ökade inte i början av pandemin, utan tvärtom minskade. Under det andra halvåret

2020 ökade dock såväl andel väntande på första besök och antal väntande på operation/åtgärd till tidigare års nivåer. Under det första kvartalet 2021 ses en ökande trend för antal väntande på förstabetesök, såväl för dem som väntar på operation och behandling. Denna utveckling syns i Diagram 37 nedan.

Diagram 37 Antal väntande på förstabetesök till läkare i specialiserad vård samt till operation/behandling, 2019-2020.



Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

I december 2020 väntade 126 101 på operation och åtgärd. Liksom för förstabetesök är det gruppen som väntat mer än 90 dagar som ökat mest. Ortopedi och allmän kirurgi är de grupperna med största volymerväntande, medan plastikkirurgi är det område som har den största andelen väntande över 90 dagar.

Att vissa operationer och behandlingar har prioriterats ned under pandemin har lett till en längre väntan för vissa patienter som väntar på icke akuta eller medicinskt lägre prioriterade ingrepp. Detta medför att det totala antal väntande

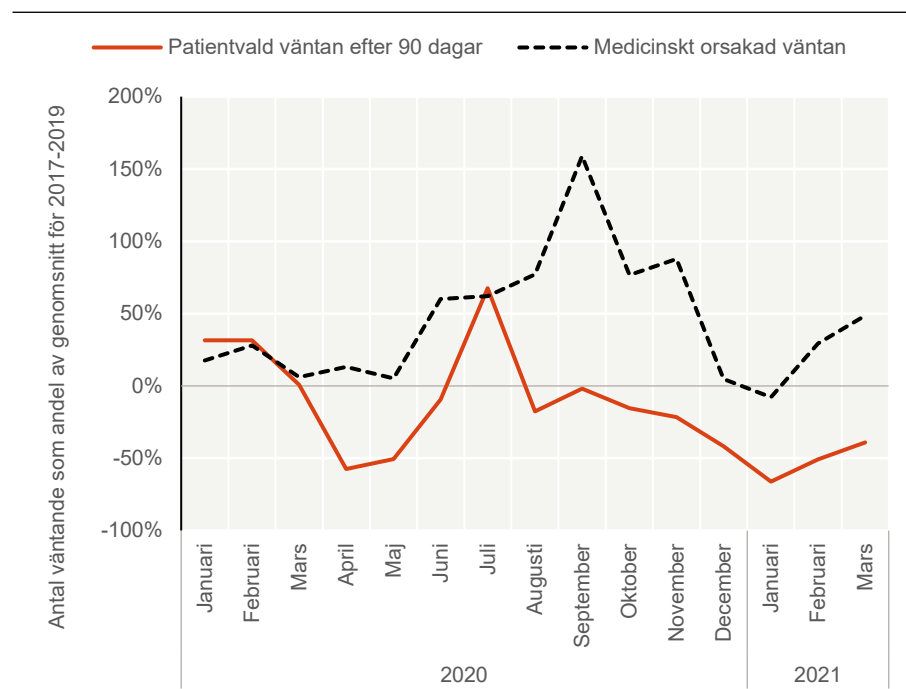
verkar vara relativt stabilt – samtidigt som de som har väntat mer än 90 dagar har ökat kraftigt framförallt under sommarmånaderna.

Den patientvalda väntan ökade framförallt under första kvartalet 2020 som syns i Diagram 38. Under resterande året verkar den dock generellt ligga något lägre än snittet för tidigare år.

Medicinskt orsakad väntan (MOV) är när patienten av medicinska skäl inte bör få ett första läkarbesök eller en operation. I gruppen ingår bl. a de riskgrupper som identifierades i samband med pandemin. Väntande med avvikelser ingår inte bland de väntande som omfattas av vårdgarantin.

Av Diagram 38 framgår att antalet personer som har medicinskt orsakad väntan till operation ökade påtagligt framförallt till sommaren 2020. Medicinskt orsakad väntan har ökat allt eftersom pandemin har fortskridit, där så gott som samtliga månader från och med sommaren 2020 ligger högre än snittet för tidigare år. De medicinskt motiverade väntande utgör en märkbar andel av alla väntande och är därför viktigt att följa i väntetidsmätningarna.

Diagram 38 Antal patientvald eller medicinskt orsakad väntan på operation/åtgärd av antal i genomsnitt för motsvarande månad 2017-2019 – specialiserad vård.



Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner
Not: Region Skåne ingår inte i diagrammet.

Patienter och befolkningens syn på vården

Vården har behövt ställa om sina verksamheter på ett exceptionellt sätt under pandemin. En omställning som varit nödvändig för att kunna möta invånarnas behov av vård och omsorg. Detta har inte gått allmänheten förbi och förtroendet för svensk hälso- och sjukvård är nu högre än någonsin.

Befolkningens uppfattning om och förtroende för hälso- och sjukvården ger en indikation på hur väl vården fungerar. Uppföljning, analys och dialog utifrån patienter och invånarnas erfarenheter och förväntningar på hälso- och sjukvården och dess resultat är en ovärderlig källa till kunskap och en viktig del i lärande organisationer. I tider när hälso- och sjukvårdens resurser blir knappa blir patienternas erfarenheter ett ännu viktigare bidrag och kan stödja framtida utveckling av vården samt förbättra individuella resultat och främja hälsa.

Den senaste tidens ansträngda läge för hälso- och sjukvården, med anledning av Covid-19-pandemin, gör att vikten av att förstå befolkningens förtroende för samt attityder och erfarenheter av hälso- och sjukvården än viktigare. Patientperspektivet på vårdens förmåga och upplevelsen av den egna vården är avgörande för förtroendet för vården. Det är i mötet med patienterna som värde skapas.

Befolkningens förtroende och uppfattning

Hälso- och sjukvårdsbarometern är en årlig nationell undersökning som avser att fånga befolkningens syn på svensk hälso- och sjukvård. Med anledning av pandemin genomfördes undersökningen endast under hösten till skillnad mot ett ”vanligt” år då den är uppdelad på vår och höst. Datainsamlingen för 2020 års undersökning genomfördes mellan 28 september–27 november. Sammanlagt besvarade 50 854 personer över hela landet enkäten som genomfördes med mixad datainsamlingsmetod (webbenkät och telefonintervjuer).

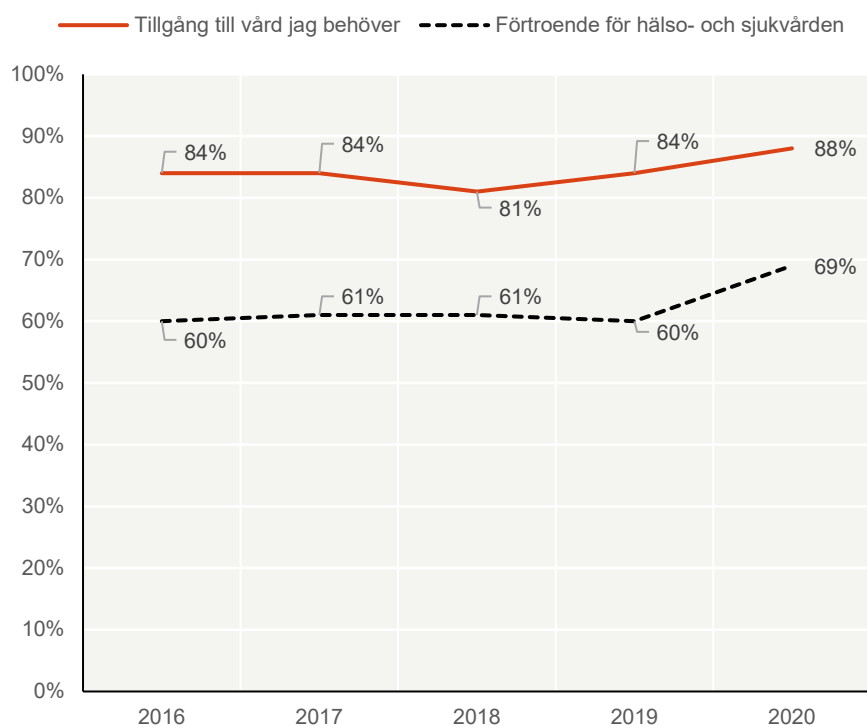
Resultaten för 2020 pekar på ett kraftigt ökat förtroende för hälso- och sjukvården i hela landet under pandemin. Allt fler invånare anser också att de har tillgång till den vård de behöver trots den stora belastning regionerna har haft och fortfarande har. Detta tyder på att regionerna kunnat ställa om och möta

de stora vårdbehov, de frågor och den oro som uppstått under pandemin. Resultatet är något paradoxalt eftersom en del vård uppenbart inte blivit utförd.

Den positiva utvecklingen sker över hela landet, i alla åldrar, oavsett kön, födelseland och upplevt allmänt hälsotillstånd.

Bland invånarna har 69 procent stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i den egna regionen, en ökning med 9 procentenheter från föregående år. 88 procent av invånarna anser att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver. Det är en ökning med 4 procentenheter jämfört med 2019 års resultat.

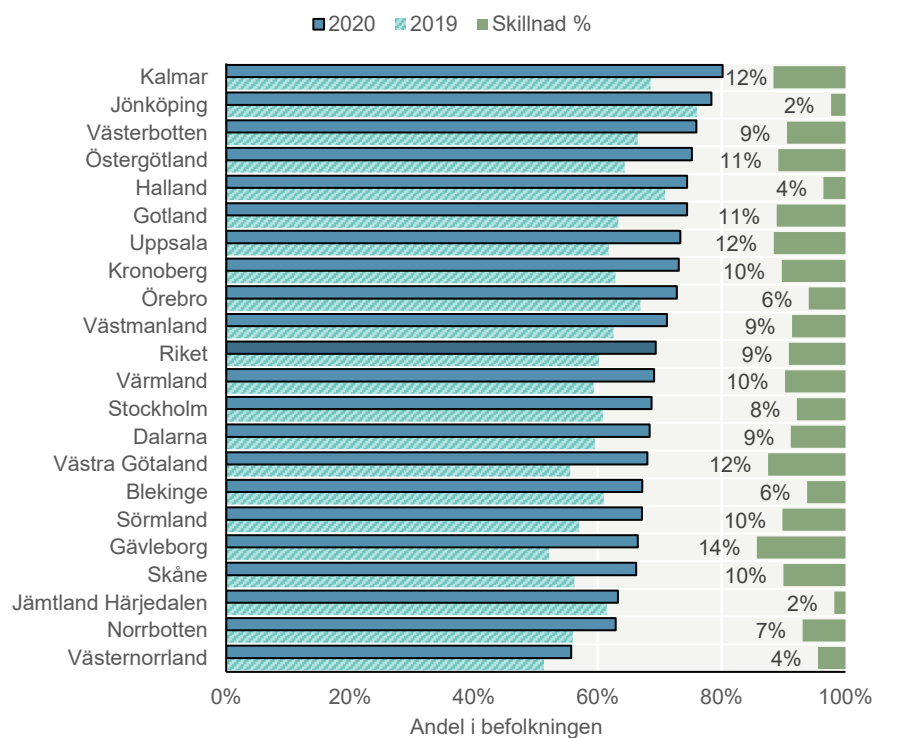
Diagram 39 Andel i befolkningen som anser att de har tillgång till den vård de behöver samt har förtroende för hälso- och sjukvården som helhet i den egna regionen. 2016-2020.



Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, Sveriges Kommuner och Regioner

Förtroendet ökar i samtliga regioner, men variationen kvarstår på motsvarande sätt som för föregående år.

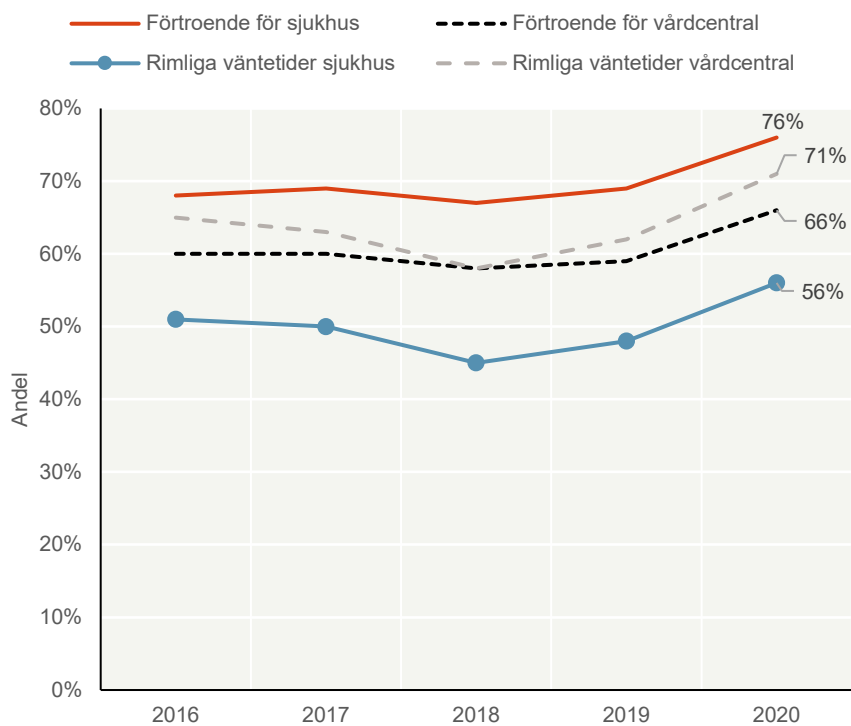
Diagram 40 Andel i befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i den egna regionen, Fördelat på region. Jämförelse mellan 2019 och 2020.



Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, Sveriges Kommuner och Regioner

Även de frågor som rör förtroende för sjukhusen samt hälso-/vårdcentraler i den egna regionen har utvecklats positivt. Samtidigt anser en större andel av befolkningen att väntetiderna är rimliga.

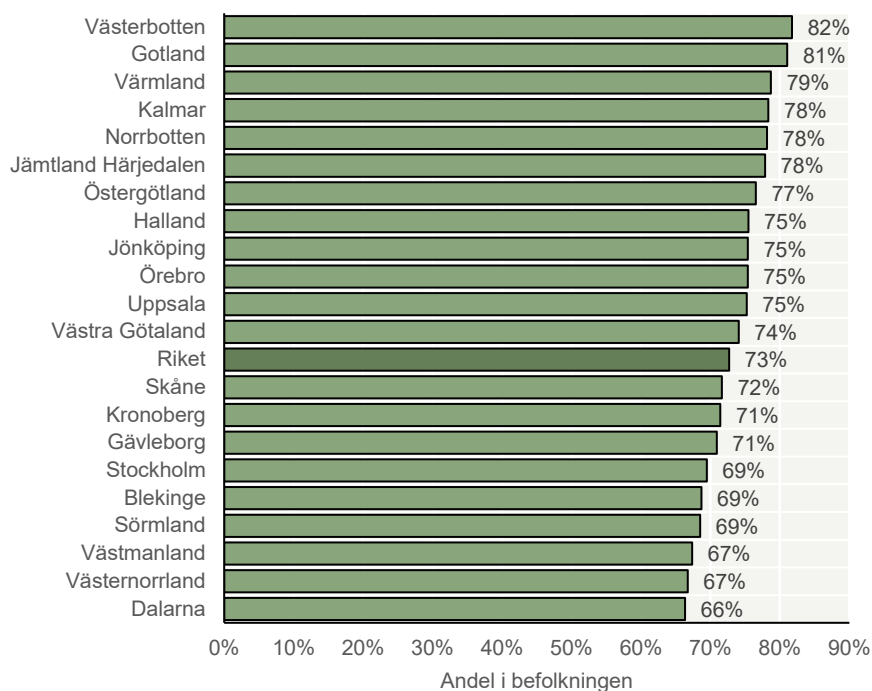
Diagram 41 Andel i befolkningen som har förtroende för vården på vårdcentral och sjukhus, samt anser att väntetider till vårdcentral och sjukhus är rimliga. 2016-2020.



Källa: Hälsa- och sjukvårdsbarometern, Sveriges Kommuner och Regioner

I enkäten ställdes även en fråga specifikt om hälso- och sjukvårdens hantering av coronapandemin i sin region. 73 procent av invånarna har mycket eller ganska stort förtroende för den regionala hanteringen. Förtroendet är högst i Region Västerbotten med 82 procent och lägst i Region Dalarna med 66 procent.

Diagram 42 Andel i befolkningen som har stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvårdens hantering av coronapandemin i den egna regionen. Fördelat på region.



Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, Sveriges Kommuner och Regioner

Förtroendet för hälso- och sjukvården och upplevelse av tillgång till vård har ett starkt samband. Att fler invånare nu uppger att de har tillgång till den vård de behöver hänger sannolikt ihop med att förväntningar och förståelse för hur vården påverkats under året. Resultatet kan tolkas som ett tecken på att invånare i stor utsträckning har förståelse för de prioriteringar som vården tvingats göra under pandemin, och ett förtroende för att vården också kan göra rätt prioriteringar. Ett stort förtroende är en viktig legitimitetsfråga för hälso- och sjukvårdssystemet, men är också viktigt för den som söker vård och ska följa behandlingsråd eller inför beslut om man skall vaccinera sig.

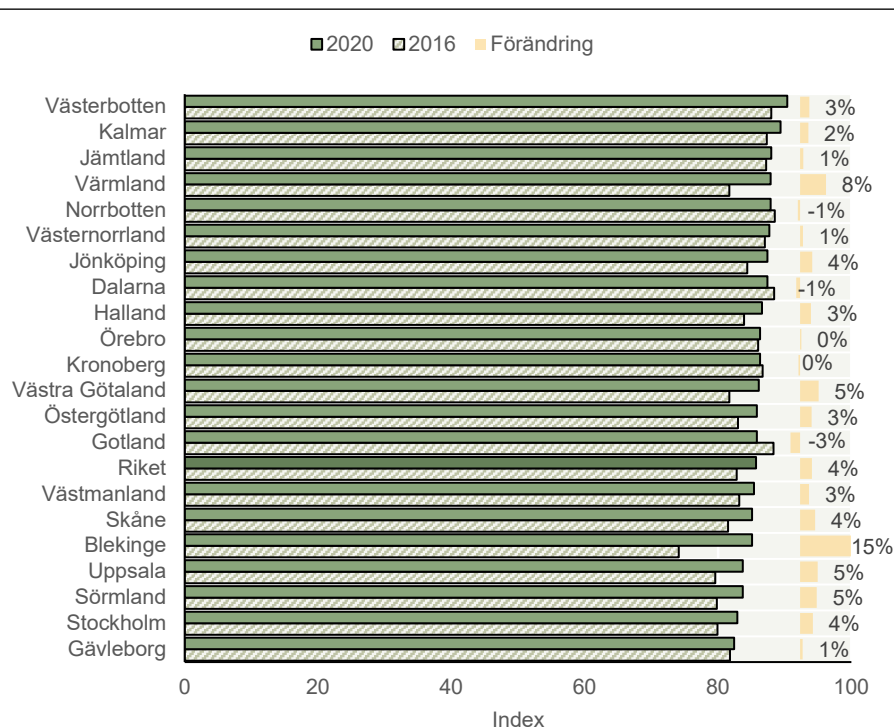
Patienternas erfarenheter

Nationell patientenkät är en av Sveriges största undersökningar och varje år tillfrågas närmare 700 000 personer om sina upplevelser av hälso- och sjukvården. Syftet med Nationell patientenkät är i första hand att resultaten ska ligga till grund för lokalt förbättrings- och utvecklingsarbete utifrån ett patientperspektiv, men ger även underlag för ledning och styrning på olika

nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet. De nationellt gemensamma undersökningarna omfattar primärvården, den somatiska öppen- och slutenvården, akutvården samt psykiatrisk öppen- och slutenvård.

Med anledning av pandemin genomfördes inga undersökningar under våren 2020. Undersökningen av akutvården genomfördes dock enligt plan under vintern 2020. Över 15 000 personer besvarade enkäten under november och december och de allra flesta var positiva och angav att det aktuella behovet av vård blivit tillgodosett. Jämfört med den föregående undersökningen så upplever en större andel av de tillfrågade patienterna att de kunnat få emotionellt stöd, något som ger avtryck även vad gäller helhetsupplevelsen. Viktigast för patienterna är omhändertagandet och tryggheten, vilket de flesta också är nöjda med. Som i tidigare undersökningar finns förbättringspotential vad gäller information om väntetider och prioriteringsordning på akutmottagningarna.

Diagram 43 Patienter som upplevt ett positivt helhetsintryck vid besök på akutmottagning. Fördelat på region. Index. Jämförelse mellan 2016 och 2020.



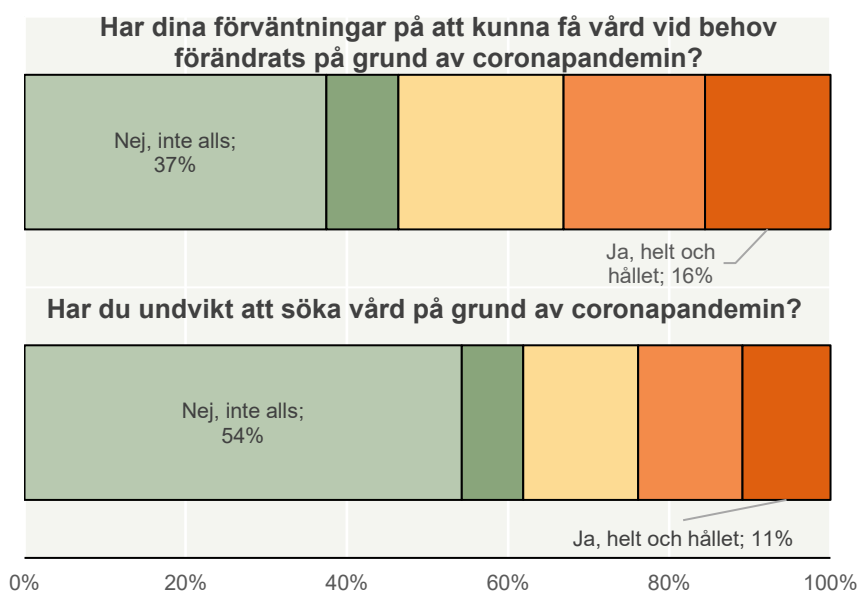
Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner

Resultaten visar att män i högre utsträckning än kvinnor upplever att deras vårdbehov blivit tillgodosedda, ett mönster som upprepar sig även i andra delar av vården. Personer i åldern 65 år och äldre är mest positiva. Det finns en viss variation mellan regionerna vad gäller helhetsintryck, men skillnaderna är större om man jämför mellan akutmottagningarna.

I enkäten ställdes även Coronarelaterade frågor. Drygt 33 procent anger att deras förväntningar på att kunna få vård vid behov har förändrats och 24 procent anger att de vid något tillfälle har undvikit att söka vård på grund av pandemin.

Av de som svarat på aktuell enkät för sitt besök på akutmottagning är det fler kvinnor än män som uppger att de har avstått från att söka vård och de har även lägre förväntningar på att kunna få vård vid behov under pandemin. Äldre (65+) har i större utsträckning undvikit att söka vård än yngre, medan yngre samtidigt har lägre förväntningar på att kunna få vård vid behov. Om man jämför gruppen arbetslösa med de som arbetar, så har arbetslösa lägre förväntningar på att kunna få vård vid behov och har även undvikit att söka vård i högre utsträckning.

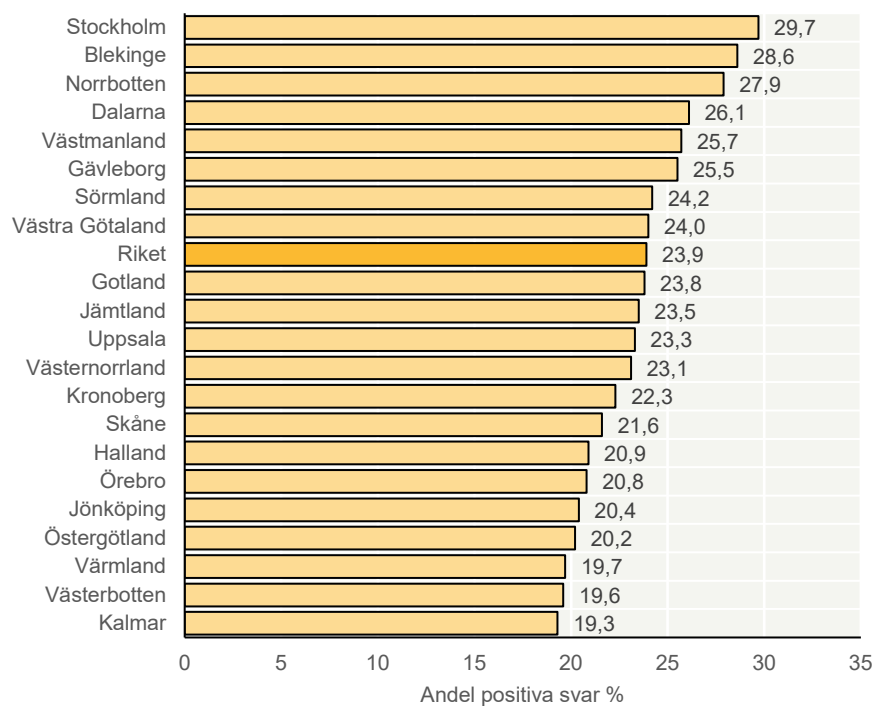
Diagram 44 Andel patienter som besökt akutmottagning och uppger att de undvikit att söka vård samt har förändrade förväntningar att få vård på grund av coronapandemin.



Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner.

NOT: Patienter som uppgivit att frågan inte är aktuell har exkluderats.

Diagram 45 Andel patienter som sökt akutmottagning och uppger att de undvikt att söka vård på grund av coronapandemin. Fördelat på region.



Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner.
NOT: Patienter som uppgivit att frågan inte är aktuell har exkluderats.

Säker vård och samverkan

Ett viktigt perspektiv att ha med när man tittar på effekterna av pandemin i hälso- och sjukvårdssystemet är hur patientsäkerheten eventuellt har påverkats. Med säker vård menas att patienten i kontakten med vården inte drabbas av skador som hade kunnat undvikas.

Det primära målet för patientsäkerhetsarbetet är att minska lidandet för patienter och närstående genom att minimera antalet vårdskador. Men det finns även starka ekonomiska skäl för en förbättrad patientsäkerhet. Vårdtiden för patienter som fått en vårdskada är mer än dubbelt så lång som för patienter som inte fått någon vårdskada. Kostnaden för de extra vård dagar som förknippas med vårdskador beräknades för 2019 till mellan 7–8 miljarder kronor.

I det här kapitlet beskrivs utvecklingen av patientsäkerheten med stöd i genomförda journalgranskningar för att identifiera skador och vårdskador, mätningar kring vårdhygien, förekomst av vårdrelaterade infektioner och trycksår samt mätningar av överbeläggningar och utlokaliseringar i slutenvården vid sjukhus. Med de påfrestningar som covid-19-pandemin innebär för sjukvården har det varit viktigt att följa i vilken mån pandemin inneburit patientsäkerhetsrisker både för patienter med covid samt för andra patientgrupper.

Strukturerad journalgranskning

Markörbaserad journalgranskning (MJG) är en viktig källa för att följa utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet i Sverige. Metoden baseras på att vid journalgranskning identifierar markörer som kan tyda på en vårdskada.

Totalt har 98 679 vårdtillfällen omfattats under januari 2013 - december 2019 och är internationellt den största journalgranskning som genomförts. Resultatet visade att vid drygt 7 procent av vårdtillfällen hade patienter drabbats av en vårdskada.

I hela materialet (2013–2019) sågs en skillnad mellan könen där män hade den högsta andelen vårdtillfällen med skador, 12,4 procent jämfört med 11,3 procent för kvinnor.

Enligt MJG var ungefär 5 procent av patienterna utlokaliserade 2018 och 2019. De innebär att cirka 60 000 patienter årligen vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten. Detta innebär att omkring 7 000 utlokaliserade patienter fick vårdskador som de kanske inte hade fått om de hade vårdats på en avdelning med specifik kompetens. Vårdskadorna är högre hos utlokaliserade patienter.

Granskning av skador inom covid-vården

Under perioden 1 mars- 30 juni 2020 genomfördes en markörbaserad journalgranskning av covid-19 patienter. Undersökningen granskade 1 529 vårdtillfällen i syfte att öka kunskapen om risker och inträffade skador under pandemin. Ur patientregistret framgår att under perioden mars-juni 2020 registrerades 20 299 vårdtillfällen med covid-19. Det innebär att journalgranskningen omfattar cirka 7,5 procent av samtliga covid-19-vårdtillfällen som registrerats i slutenvård.

Andelen patienter över 70 år var 48 procent och 59 procent av patienterna med covid-19 var män. Andel patienter som behövde intensivvård var 15,7 procent. Bland intensivvårdade patienter var 72 procent män. Intensivvårdspatienterna var yngre än de som inte vårdats på IVA. Medianvårdtiden var sex dygn för patienter utan skador och 18 dygn för patienter med skador.

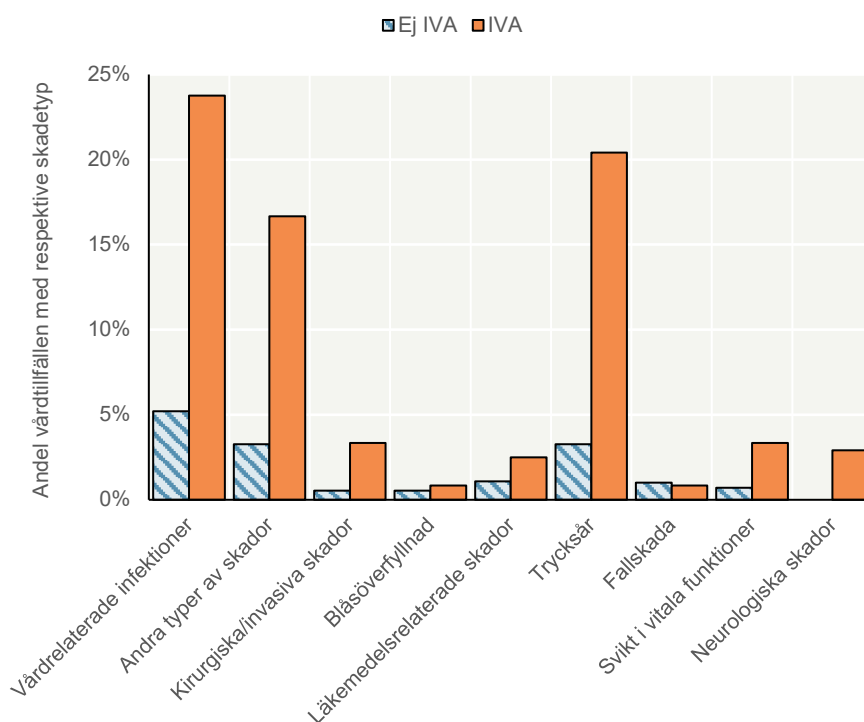
Hos 282 av 1 529 patienter kunde en eller flera skador identifieras (18,4 procent), vilket är nästan dubbelt så högt som för övriga patienter som granskats under samma period. Det gjordes dock inte någon bedömning av huruvida skadorna var undvikbara eller inte (dvs om de var vårdskador eller inte) eftersom kunskapsläget om hur denna nya patientgrupp skulle behandlas adekvat fortfarande var under framväxt.

Skadefrekvens och skademönster för patienter med covid-19 är annorlunda jämfört med övriga patienter. De vanligaste skadorna var vårdrelaterad infektion (VRI) och trycksår. Patienter som intensivvårdats har fler och andra typer av skador än de som vårdats på annan vårdavdelning. De vanligaste vårdrelaterade infektionerna för de intensivvårdade patienterna var ventilatorassocierad lunginflammation, urinvägsinfektion och CVK-relaterad infektion.

Hos patienter som inte intensivvårdades ökade andelen skador med stigande ålder. För intensivvårdade patienter var andelen med skador hög oavsett ålder, med undantag för kvinnor i åldersgruppen 50-64 år.

Vårdtillfällen med lång vårdtid innehåller fler skador. För patienter som inte vårdades på IVA var skadefrekvensen 6 procent för patienter som vårdades 10 dygn eller kortare. För patienter som vårdades mer än 16 dygn hade drygt 39 procent av patienterna en eller flera skador. Vårdtillfällen med lång vårdtid innebär högre antal vårdrelaterade infektioner och trycksår.

Diagram 46 Andel vårdtillfällen för covid-19 med skada. Fördelat på skadetyper och om vårdtillfället innehöll tid på IVA eller inte.



Källa: Markörbaserad journalgranskning, Sveriges Kommuner och Regioner

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

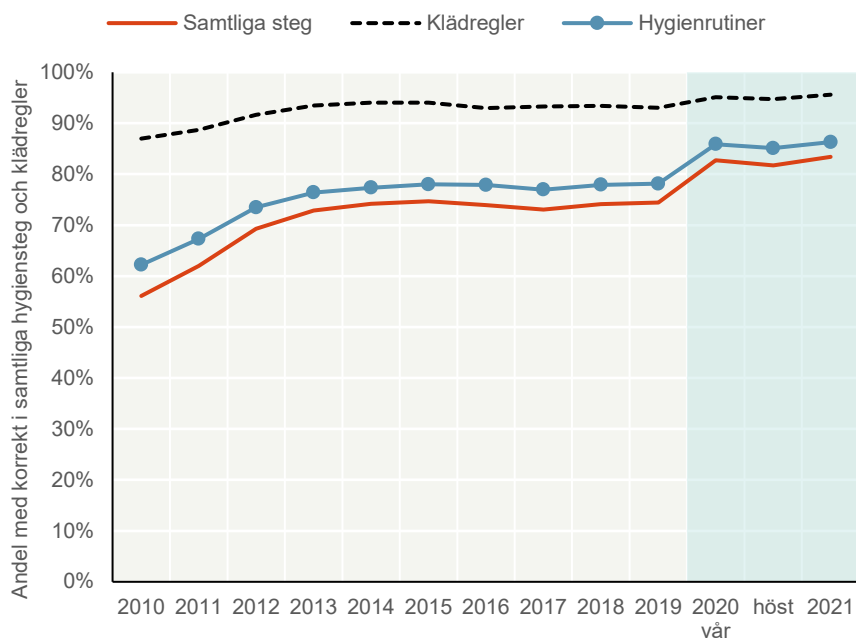
Följsamheten till basala hygienrutiner inom vården fortsätter att öka. Det är positivt då god följsamhet är en av de viktigaste förutsättningarna för att kunna säkerställa god hygien och minska smittspridning inom vården.

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler mäts nationellt en gång om året, därutöver sker lokala och regionala mätningar i kommuner och regioner. Hösten 2020 genomfördes en extra nationell mätning.

Mätningarna av basala hygienrutiner och klädregler genomfördes i 18 regioner under veckorna 11-12, 2021. Antalet personer som ingått i observationsstudien var 23 557 under våren 2021 jämfört med 19 479 hösten 2020. Region Stockholm, Region Sörmland och Region Västerbotten ingår inte i resultatet för riket.

Sedan den förra punktprevalensmätningen (PPM) har följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler förbättrats. Vårens mätning visar att regionerna ligger på en hög nivå vad gäller full följsamheten till alla åtta stegen i mätningen. Resultaten visar på en förbättring – från 81,7 procent hösten 2020 till 83,4 procent våren 2021. Andelen korrekta hygienrutiner ligger på 86,3 procent jämfört med 85,1 procent hösten 2020. Andelen korrekta klädregler ligger på 95,6 procent jämfört med 94,7 procent hösten 2020.

Diagram 47 Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Blått fält motsvarar tid för pandemi.



Källa: BHK, Sveriges Kommuner och Regioner

Överbeläggningar på sjukhus

Flera mått om slutenvården som speglar patientsäkerhet, samverkan i vårdkedjan och resursanvändningen i sjukhusens slutenvård mäts kontinuerligt sedan flera år. Förekomst av överbeläggningar och utlokaliseringar är processmått på patientsäkerheten inom den slutna vården. Dessa båda mått är nära kopplade till utskrivningsprocessen och andelen utskrivningsklara patienter på sjukhus. Påverkbar slutenvård och återinskrivningar på sjukhus är andra mått som är kopplade till antal slutenvårdstillfällena och vårdsystemets kvalitet i vid mening.

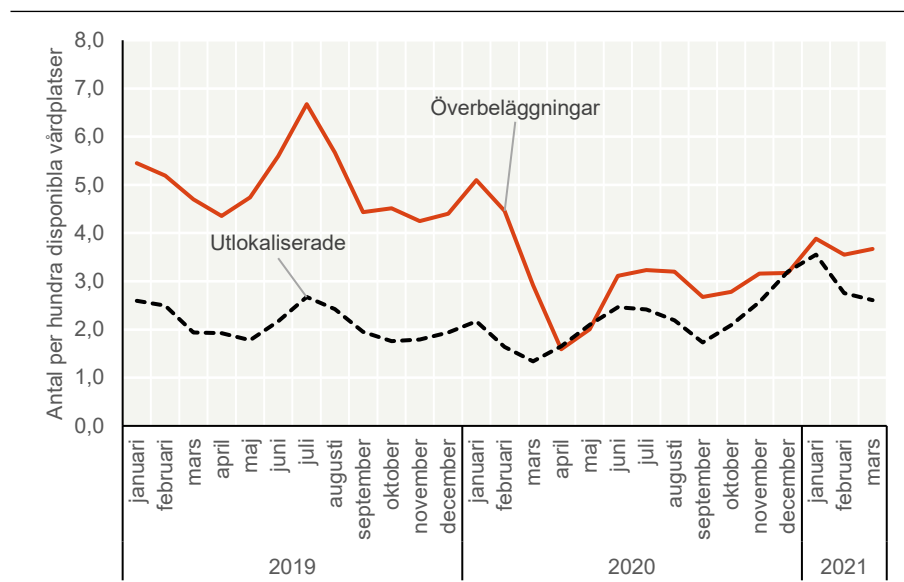
En överbeläggning innebär att det finns fler inskrivna patienter än vad det finns vårdplatser med utrustning och bemanning som säkerställer en god patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Diagram 48 visar att antalet överbeläggningar minskade kraftigt under våren 2020, i relation till antalet disponibla vårdplatser⁴. Jämfört med tidigare år var antalet nästan 70 procent lägre i april. Antalet överbeläggningar har sedan dess legat på omkring hälften av motsvarande antal föregående år. Den huvudsakliga förklaringen till att överbeläggningarna blivit färre är att antalet slutenvårdstillfällena minskade under samma period, trots en kraftig ökning av patienter med covid-19, samtidigt som det totala antalet vårdplatser inte förändrades¹.

Vid platsbrist kan patienter även utlokaliseras, vilket innebär att de flyttas till en vårdavdelning där det finns lediga vårdplatser, men som inte har den medicinska kompetensen. Utlokaliseringar förekommer vanligtvis mer sällan än överbeläggningar. Antalet utlokaliseringar i relation till vårdplatserna minskade inledningsvis under 2020, men ökade sedan i samband med det kraftigt ökade vårdbehovet för patienter med covid-19. En sannolik förklaring är att sjukvården, för att möta det ökade vårdbehovet från patienter med covid-19, behövt organisera vården annorlunda.

⁴ Här ingår inte vårdplatser vid de fältsjukhus som öppnades upp under en period.

Diagram 48 Antal överbeläggningar samt utlokaliseringar per hundra disponibla vårdplatser i somatisk slutenvård.



Källa: Vätetidsdatabasen via Vården i siffror, Sveriges Kommuner och Regioner

Utskrivningsklara patienter på sjukhus

Utöver att inskrivningar i slutenvård minskade kan en annan förklaring till de färre överbeläggningarna vara en förbättrad samverkan mellan kommuner och regioner under pandemin. Ett tecken på detta är att kommunerna generellt har lyckats bättre med att ta hem patienter som är utskrivningsklara och som ligger kvar på sjukhus i väntan på att kommunerna ska kunna ta emot dem.

Denna förbättring påbörjades i samband med att *Lagen och samverkan vid utskrivning från slutenvård* började gälla i januari 2018. Sedan dess har medelvårdtiden på sjukhus för utskrivningsklara patienter förkortas och andelen platser belagda av utskrivningsklara patienter minskat. Under pandemin har även antalet och andelen utskrivningsklara patienter minskat. Ett stort antal vårdplatser har därmed kunnat frigöras för andra patienter under 2020.

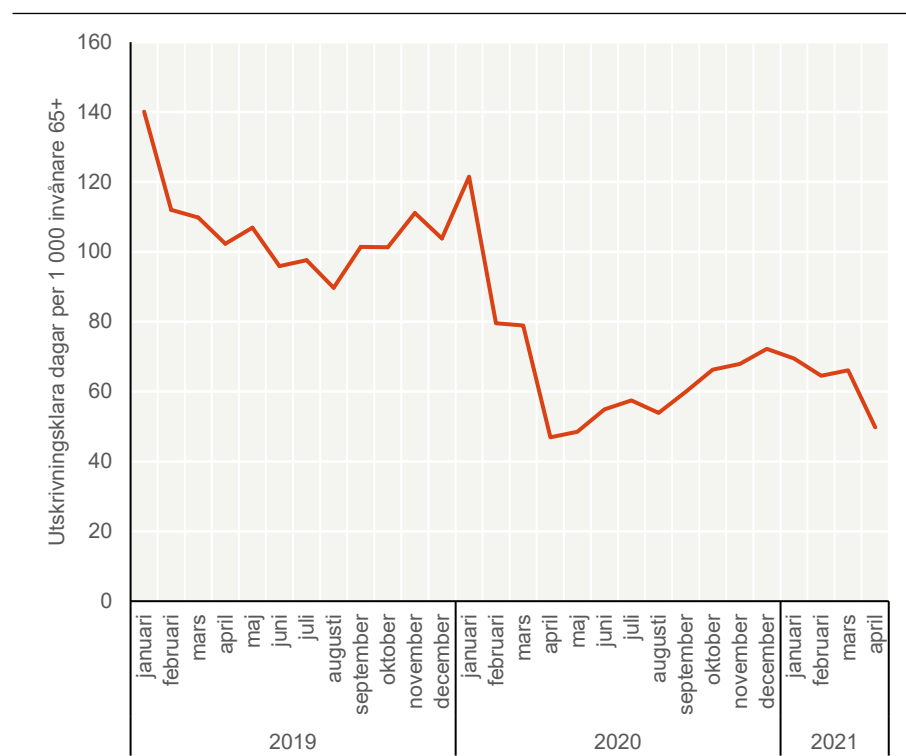
Diagram 49 visar antal utskrivningsklara dagar per 1000 invånare i ålder 65 år och uppåt. Antalet dagar minskade med över 60 procent mellan januari och april 2020. Därefter ses en svag ökning under hösten, men generellt så verkar den drastiska minskningen under 2020 bestå.

Flera ytterligare mått som beskriver förekomsten av utskrivningsklara patienter visas kontinuerligt på SKRs hemsida om tillgänglighet och väntetider, vantetider.se.

Några resultat:

- Måluppfyllelsen, dvs andelen som skrevs ut samma dag som beslut om utskrivningsklar, har ökat från 19 procent i september 2018 till 73 procent i september 2020.
- Andelen vårdplatser belagda av utskrivningsklara patienter har minskat från 6 procent i september 2018 till 2 procent i september 2020.
- Medelvårdtiden som utskrivningsklar har minskat från 3,6 dagar i september 2018 till 2,1 dagar i september 2020.

Diagram 49 Utskrivningsklara dagar per 1 000 invånare 65+.



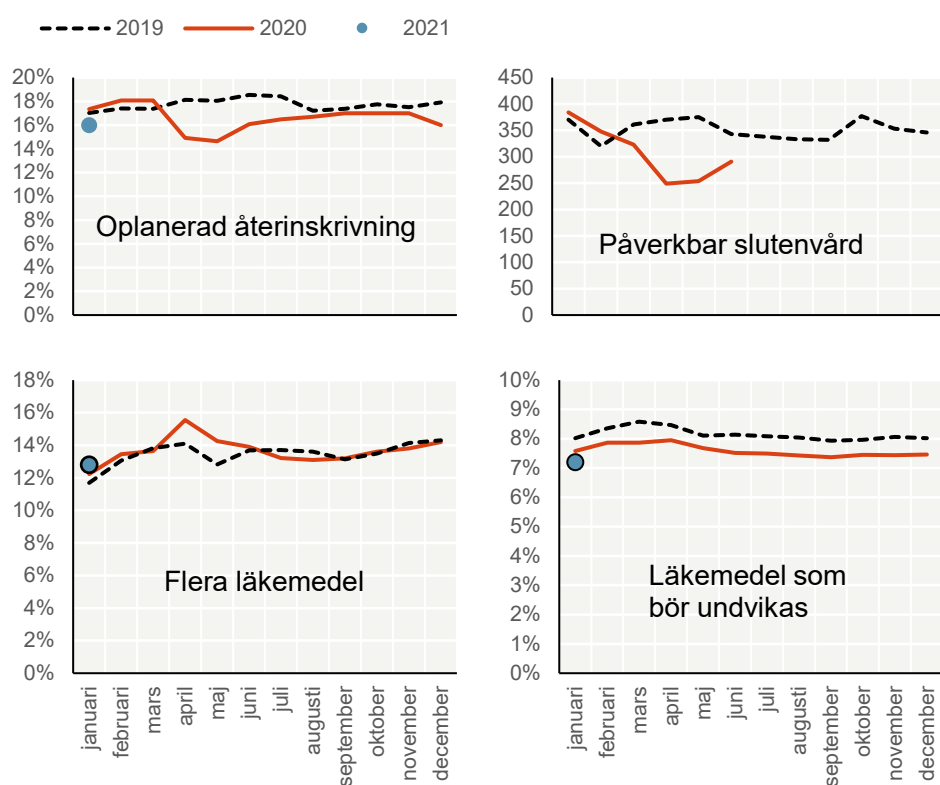
Källa: Vårdtillfällesdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Återinskrivningar, läkemedel för äldre

Fyra mått som i vid mening speglar kvaliteten, samverkan och säker vård visas i Diagram 50, i en jämförelse mellan 2019 och 2020.

Indikatorn påverkbar slutenvård visar den äldre befolkningens slutenvårdsutnyttjande för ett urval sjukdomstillstånd, där hög kvalitet i den öppna vården anses kunna minska behovet av försämringar hos patienten som kräver slutenvård. Antalet vårdtillfällen har minskat under våren. Detta är en effekt av allmänna minskningen av slutenvårdstillfällen, men kan även bero på att vårdbehov tillgodosetts i öppna vårdformer, genom hembesök, distansmonitorering vid kronisk sjukdom m.m.

Diagram 50 Fyra patientsäkerhetsindikatorer



Källa: Vårdtillfällesdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner samt Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen. Hämtat från Vården i siffror, SKR.

Antalet vårdtillfällen med påverkbar slutenvård per 100 000 invånare. 65 år och äldre.
Andel vårdtillfällen för patienter 65 år och äldre där oplanerad återinskrivning skett inom 30 dagar.
Andel personer 75 år och äldre som använder tio eller fler läkemedel samtidigt.
Andel äldre i befolkningen med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre. 75 år och äldre.

Även oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar i slutenvård minskade våren 2020, i alla fall temporärt. Detta är svårare att förklara med den allmänna minskningen av slutenvårdstillfällen, men kan hänga samman med ett bättre samarbete mellan kommunerna och regionerna.

Andra indikatorer där förändringar kan ses under våren 2020 är att antalet äldre som har tio eller fler läkemedel ökade under april-maj, men minskade därefter. Antalet äldre som får läkemedel som bör undvikas fortsätter att minska. Detta behöver inte hänga samman med pandemin, men läkemedelsförskrivningen är under alla omständigheter viktig att följa, när vårdkontaktsmönstret i sjukvården förändras.

Resultat för stora sjukdomsgrupper

När pandemin bröt ut var fokus framförallt på de som insjuknade i covid-19, och att ta om hand om de svårast sjukaste patienterna. Den omställningen krävde att planerad vård inledningsvis behövde ställas in i stor utsträckning, för att sedan återupptas stegvis om än inte fullt ut. I det här kapitlet beskrivs utvecklingen och eventuella konsekvenser för några av de stora sjukdomsgrupperna.

Några observationer är att vissa besök inom primärvården minskade, t.ex. bland patienter med kroniska sjukdomar så som diabetes, KOL, kranskärslsjukdom och hjärtsvikt. Antalet som varit på återbesök i primärvården för kranskärslsjukdom har minskat med ungefär fyra procentenheter från årsskiftet 2019/2020 till 2020/2021. Detsamma gäller kontrollbesök för patienter med diabetes. I diabetesregistret ses en minskning med 7 procent vad gäller antalet registrerade patienter vid en jämförelse mellan 2019 och 2020. Även diagnostiserade cancerfall har minskat under pandemin.

De planerade operationerna inom höft- och knäplastik fick ställas in i stor utsträckning. Antalet operationer minskade med upp till 80 procent under våren 2020, jämfört med motsvarande period 2019. Under hösten kunde en viss del av detta tas igen, men det har uppenbart påverkat antalet väntande och att fler får vänta längre. Under 2020 genomfördes drygt 5 100 färre knäprotesoperationer jämfört med 2019 och drygt 4 300 färre höftprotesoperationer.

Det finns en viss minskning av vissa akuta tillstånd som fotledsfrakturer, hjärtinfarkter och stroke. Vilket troligen beror på människors förändrade beteenden under pandemin.

Trots belastningen på hälso- och sjukvården har kvaliteten på den vård som ges bibehållits och i vissa fall förbättrats.

Stora sjukdomsgrupper i primärvården

Primärvården möter patienter i alla åldrar, med en variation av social- och kulturell bakgrund, och är för många den första kontakten med vården. En del får alla sina behov tillgodosedda i primärvården, medan för många är

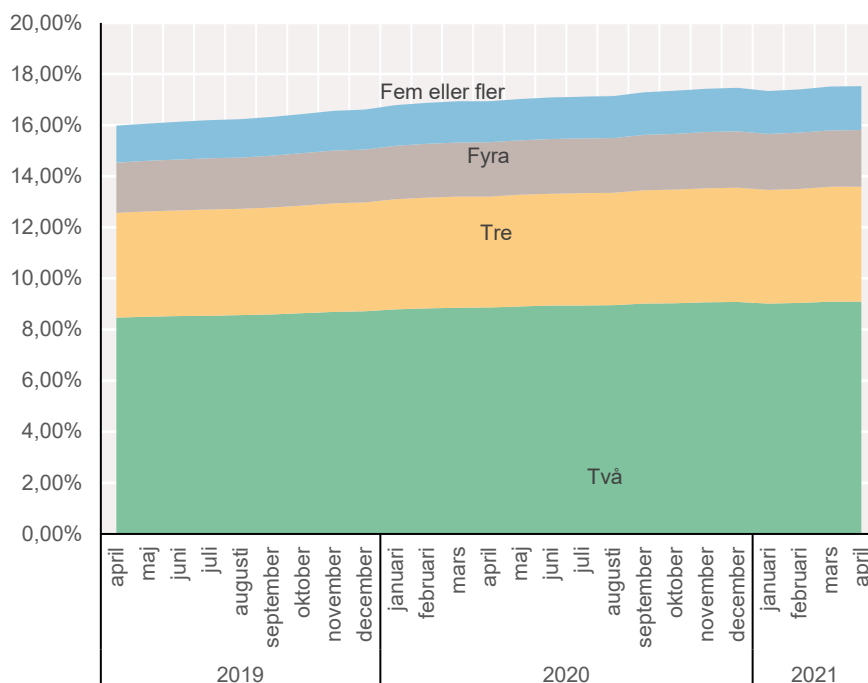
primärvården ett led i en vårdkedja med många aktörer inblandade, såväl inom den specialiserade vården som inom den kommunala vården och omsorgen.

Primärvården speglas med hjälp av data från det nationella systemet PrimärvårdsKvalitet (PVQ), som är en modell för kvalitetsuppföljning som förvaltas inom SKR på uppdrag av regionerna. De data som redovisas i rapporten baseras på vårdcentraler med i storleksordningen 8 miljoner listade invånare.

Samsjuklighet

Av Diagram 51 framgår att en betydande andel av den listade befolkningen på vårdcentral har samsjuklighet, vilket innebär att en individ har två eller fler kroniska sjukdomar samtidigt. Sjukdomarna riskerar att påverka varandra och optimal behandling av en sjukdom kan innebära en risk avseende en annan sjukdom hos samma person. Samsjuklighet är en komplicerande faktor som hälso- och sjukvården bör ta hänsyn till i samband med diagnostik och behandling.

Diagram 51 Andel patienter med minst 2 kroniska sjukdomar av totalt antal listade patienter i primärvården, fördelat på antal kroniska sjukdomar. April 2019 – april 2021.



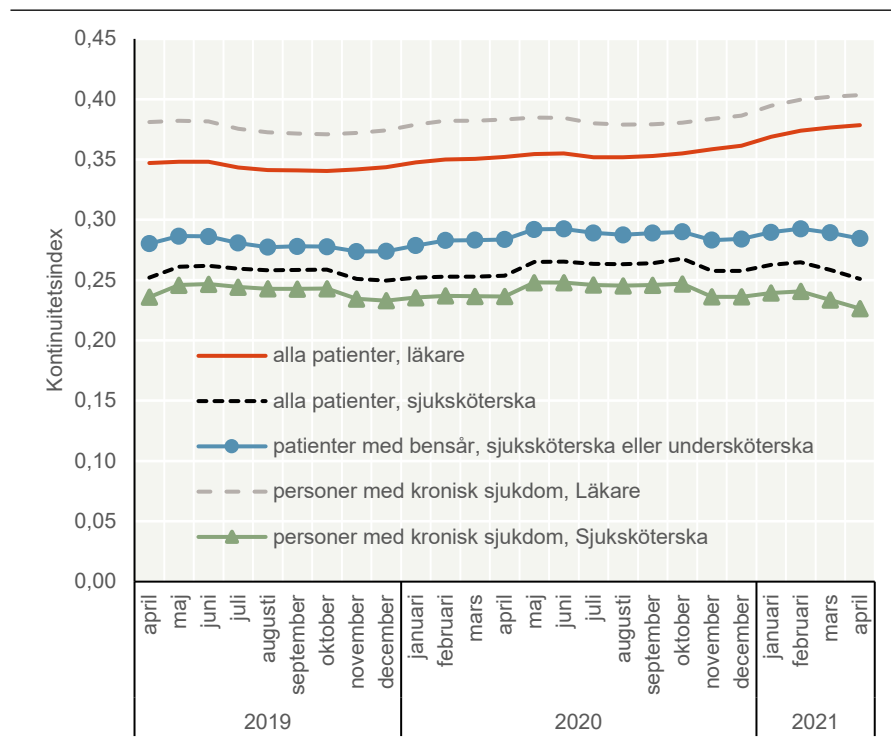
Källa: PrimärvårdsKvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner

Kontinuitet

God kontinuitet i primärvården värderas högt av både patienter och personal och är en viktig kvalitet i vården. Studier visar att god läkarkontinuitet har positiva effekter på sjukdomsbehandling, patienttillfredsställelse samt bidrar till minskad läkemedelsförbrukning, sjukvårdskonsumtion, sjukskrivningar och remittering till annan instans. De fördelaktiga effekterna gäller inte bara äldre personer med flera sjukdomar utan även yngre.

Kontinuiteten har inte påverkats nämnvärt av pandemin, utan ligger på samma nivå som tidigare, se Diagram 52. Kontinuitet beräknas med ett index, COC (continuity of care), för de patienter som har gjort 3 eller fler besök senaste 18 månaderna på den vårdcentral (VC) de är listade på. Om alla besök gjorts hos samma person blir indexvärdet 1 och minskar beroende på hur många olika personer patienten har träffat samt hur stor andel besök som gjorts hos den person som patienten har träffat oftast. Faktorer som påverkar är bland annat hur man organiserat arbetet på vårdcentralen, personalomsättning, hyrpersonal och antal utbildningsläkare.

Diagram 52 Kontinuitetsindex, olika patientgruppers besök till olika yrkeskategorier.



Källa: Primärvårdskvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner

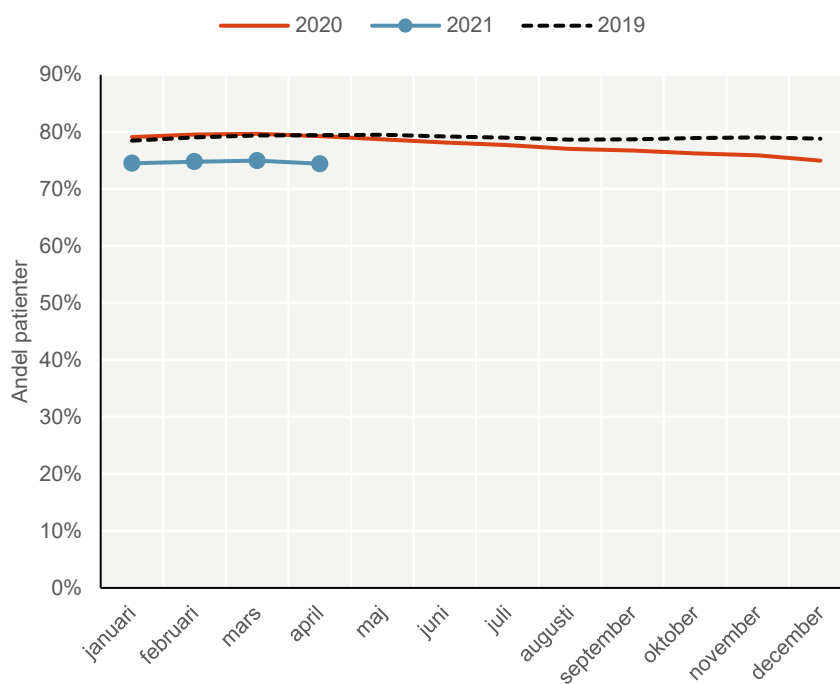
Tillgänglighet och prioritering

De patienter som har störst behov ska prioriteras högst i sjukvården. Svårare sjukdomstillstånd och större nytta av åtgärd ska prioriteras före mindre svåra tillstånd. Patienter med kronisk sjukdom som får regelbundna återbesök mår bättre, har lindrigare symtom och söker mindre ofta på akutmottagningar.

Diagram 53 visar en fortsatt svag nedgång av andelen årskontroller (inklusive hembesök) för patienter med kronisk sjukdom efter pandemidebuten, jämfört med motsvarande period föregående år. Måttet baseras på fysiska besök, vilket får tas i beaktande eftersom andelen telefonkontakter och digitala besök har rapporterats öka, se kapitlet om vårdutnyttjande och vårdkapacitet.

Det behövs mer kunskap om i vilken mån och hur distanskontakter kan ersätta eller komplettera fysiska besök för patienter med kronisk sjukdom. Med hjälp av PrimärvårdsKvalitet kan respektive vårdcentral identifiera de patienter som inte varit på återbesök, för att kunna vidta lämpliga åtgärder.

Diagram 53 Andel patienter som fått återbesök eller hembesök vid kronisk sjukdom.



Källa: PrimärvårdsKvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner

Not: Sjukdomstillstånd som ingår är hjärtsvikt, kranskärslssjukdom, TIA/Stroke, KOL, diabetes, demens och förmaksflimmer.

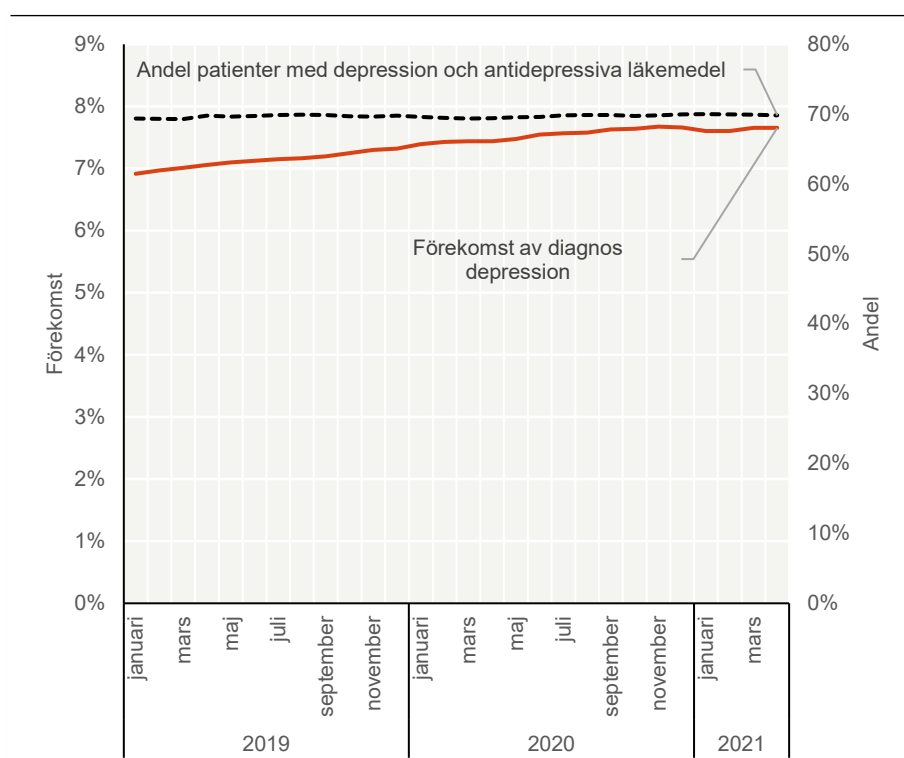
Depression och ångest

Nästan en tredjedel av befolkningen insjuknar någon gång i en depression och cirka en fjärdedel drabbas någon gång i livet av ett ångestsyndrom. Depression och ångestsyndrom är allvarliga tillstånd och innebär ofta ett svårt lidande för personer som har drabbats. Den psykiska ohälsan förefaller, utifrån flera olika sätt att mäta, ha ökat de senaste tjugo åren.

Både depression och ångestsyndrom behandlas i huvudsak med antidepressiva läkemedel eller olika former av psykologisk behandling.

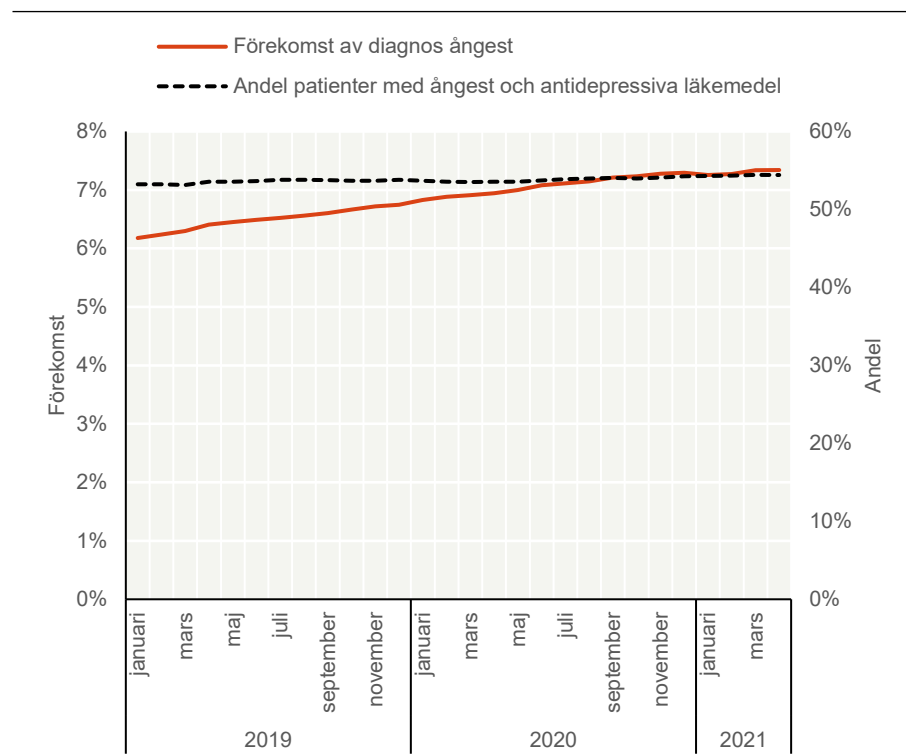
Diagram 54 och Diagram 55 visar att förekomsten av diagnos för depression har ökat under 2019 för att plana ut under slutet av 2020, samtidigt som förekomst av ångestsyndrom fortsätter att öka. Andelen som behandlas med antidepressiva läkemedel vid depression och ångestsyndrom ser däremot ut att ligga på en stabil nivå under hela mätperioden.

Diagram 54 Andel patienter med depression som behandlas med antidepressiva läkemedel samt förekomst av depression.



Källa: PrimärvårdsKvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner

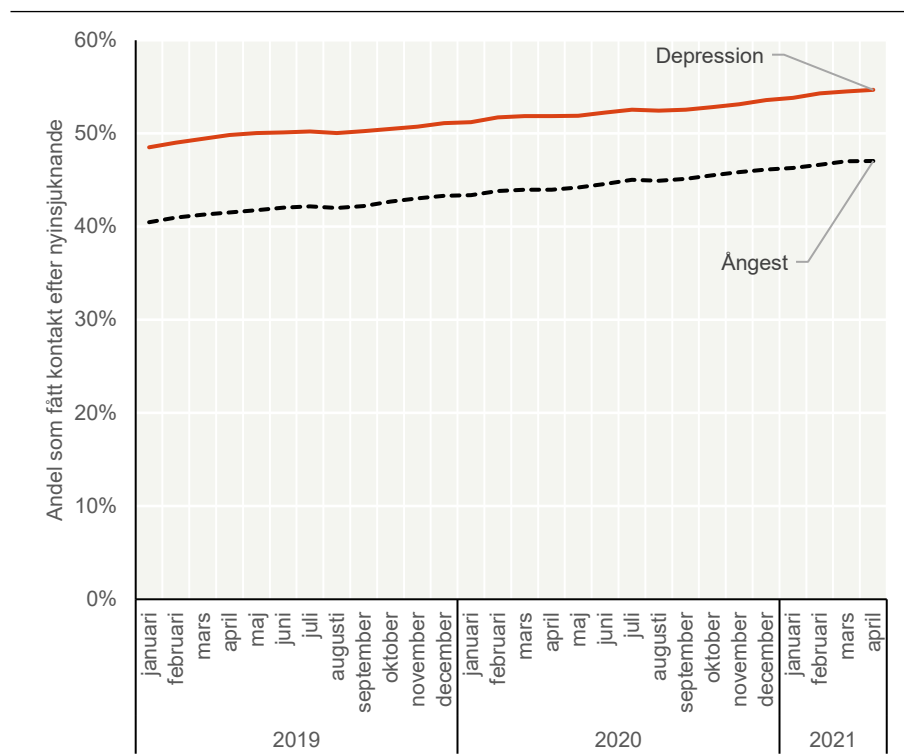
Diagram 55 Andel patienter med ångest som behandlas med antidepressiva läkemedel samt förekomst av ångest.



Källa: PrimärvårdsKvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner

Andelen patienter som fått någon form av uppföljning efter nyinsjuknande vid depression och ångestsyndrom har gradvis ökat och fortgår under 2020, vilket visas i Diagram 56. Indikatorn mäter förutom fysiska återbesök även telefonkontakter och kan således även ses som ett mått på hur primärvården ställt om för att kunna ta hand om sina patienter.

Diagram 56 Andel patienter med depression och ångest som fått återbesök eller kontakt efter nyinsjuknande.



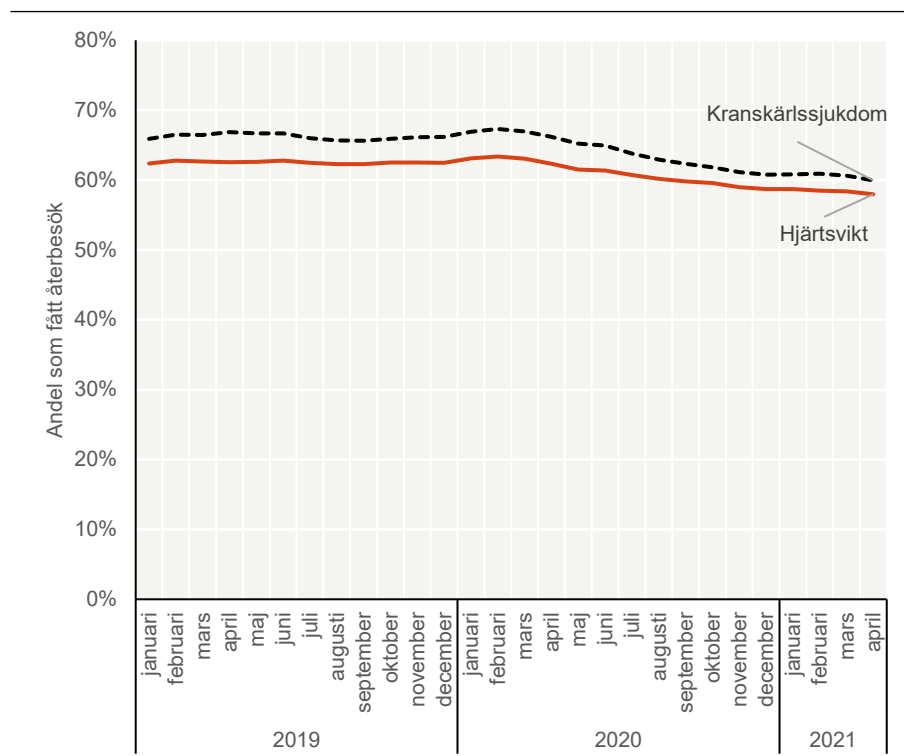
Källa: PrimärvårdsKvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner

Kronisk sjukdom i primärvården

Många av de vanligaste folksjukdomarna tas om hand inom primärvården. I PrimärvårdsKvalitet finns indikatorer om flera olika kroniska sjukdomar, varav vi här visar data för tre; hjärtsvikt, kranskärslssjukdom och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL).

Hjärtsvikt drabbar cirka två procent av befolkningen och förekomsten ökar kraftigt med åldern. Patienter med hjärtsvikt följs många gånger i primärvården. Upprepat behov av sjukhusvård är vanligt, men kan i många fall förebyggas. Diagram 57 visar att de fysiska återbesöken för patienter med hjärtsvikt respektive kranskärslssjukdom har minskat under 2020 och 2021, en möjlig följd av pandemin.

Diagram 57 Andel patienter med hjärtsvikt eller kranskärslssjukdom som fått återbesök, alla personalgrupper.

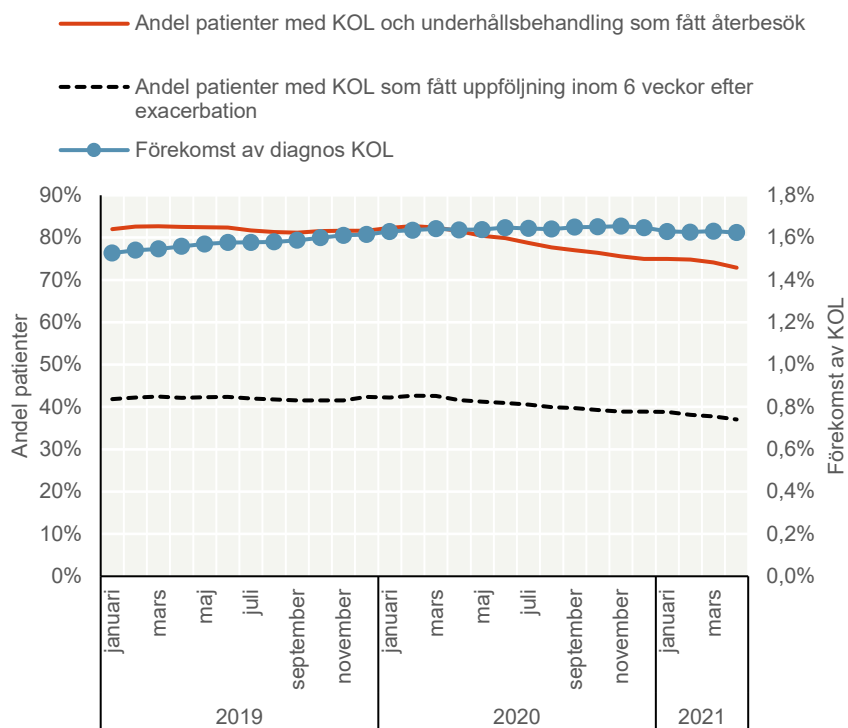


Källa: PrimärvårdsKvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner

KOL, kroniskt obstruktiv lungsjukdom, är en annan folksjukdom som för det mesta diagnostiseras och behandlas inom primärvården. Målet för all behandling av KOL är att patienterna ska uppnå så god sjukdomskontroll som möjligt och undvika framtida försämringsepisoder, exacerbationer.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för KOL från 2018 rekommenderas en generell ökning av antalet återbesök för patienter med KOL. Av Diagram 58 framgår att från mars 2020 sker en viss minskning av andelen KOL-patienter som fått återbesök inom den tidsrymd som mäts. Detsamma gäller andelen med återbesök inom sex veckor efter en akut exacerbation.

Diagram 58 Andel patienter med KOL som fått återbesök respektive uppföljning efter exacerbation samt förekomst av KOL.



Källa: PrimärvårdsKvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner

Cancervården

Cancer är under normala förhållanden prioriterat inom hälso- och sjukvården och har också varit det under pandemin. Cancerkirurgi är en typ av icke-akut kirurgi som kunnat genomföras i hög omfattning i de flesta regioner, till skillnad från flertalet andra kirurgiska behandlingar. Även diagnostik och onkologisk behandling har i allt väsentligt kunnat fungera med normal resurs. Det problem som dock blivit uppenbart är nedgången av antalet diagnostiserade cancerfall. Det är en utveckling som noterats i ett flertal länder, även i Norge och Danmark som inte har drabbats lika hårt av pandemin.

Att färre cancrar upptäcktes under 2020 jämfört med föregående år innebär att personer vars cancer inte har blivit diagnostiserad riskerar att få sin behandling i senare ett skede, något som riskerar att leda till en sämre prognos och på sikt ett ökat antal dödsfall.

Rapportering om cancervården från Regionala cancercentrum

Utvecklingen av cancervården under 2020 har redovisats i ett flertal rapporter av Regionala cancercentrum. De flesta rapporterna berör antalet nydiagnostiserade fall⁵. I rapporten om överenskommelsen inom cancerområdet som SKR lämnade till Socialdepartementet i mars 2021⁶ framgår att den pågående pandemin har inneburit att omställningen till nya arbetssätt och digitala vårdkontakter har påskyndats. Ett förbättrat samarbete inom och mellan vårdinrättningar och regioner samt med privata vårdgivare har rapporteras. Regionerna beskriver även att den pågående pandemin medfört begränsningar av patienternas stöd från närstående vid sjukvårdsbesök, eftersom anhörigas närvaro begränsats på grund av smittorisken.

Diagnostiserade fall av cancer under 2020

För att få en bild av det uppskjutna vårdbehovet inom cancersjukvården har Regionala cancercentrum i samverkan (RCC) genomfört flera registerstudier om antalet diagnostiserade cancerfall, baserad på data i de regionala tumörregistren. I det här avsnittet återges övergripande resultat från en

⁵ [Regionala cancercentrum i samverkan, Statistik om uppskjuten cancervård till följd av coronaviruset](https://cancercentrum.se/samverkan/covid-19/uppskjuten-cancervard/), <https://cancercentrum.se/samverkan/covid-19/uppskjuten-cancervard/>

⁶ [Jämlig och effektiv cancervård med kortare väntetider, Sveriges Kommuner och Regioner, 2020](https://skr.se/download/18.32563d7d1784aa279ec68603/1617723560903/kortare-vantetider-i-cancervarden-slutrapport-2020.pdf), <https://skr.se/download/18.32563d7d1784aa279ec68603/1617723560903/kortare-vantetider-i-cancervarden-slutrapport-2020.pdf>

kommande rapport som innehåller kompletta uppgifter om anmälda fall – rapporterade tumörposter - till cancerregistret för helåret 2020, i en jämförelse med 2019⁷.

Antalet rapporterade tumörposter per månad under 2019 och 2020 visar att det är påtagligt färre fall under april och maj 2020, medan skillnaderna mellan åren är betydligt mindre under hösten. I riket uppgår minskningen under helåret 2020 till 6,4 procent.

Då antalet rapporterade tumörer kontinuerligt ökar varje år, bland annat på grund av att befolkningen ökar och blir allt äldre, är den observerade nedgången under 2020 sannolikt något underskattad. I Socialstyrelsens rapport Cancer i siffror från 2019 angavs antalet nya cancerfall i riket per år till 70 000. 6,4 procent av 70 000 skulle innebära cirka 4 500 fall under 2020 som inte har fått sin cancerdiagnos, i en schablonmässig skattning.

Prostatacancer är den cancerdiagnos som minskade mest, drygt 18 procent eller knappt 2100 fall. Bland de större övriga diagnoserna minskade bröstcancer med närmare 900 fall, drygt åtta procent. Vidare lungcancer och grov- och ändtarmscancer som minskade med drygt sex respektive knappt åtta procent.

Bortsett från screeningen så finns inga tydliga belägg för att det är begränsningar inom hälso- och sjukvården som lett till nedgången av antalet cancerfall. I Norge, som har haft en väsentligt mildare pandemi med dödstal som ligger på en tiondedel av Sveriges, rapporteras en liknande minskning (sju procent) som i Sverige.

Aktiv neddragning av screening är heller inte självklart en dominerande faktor. Minskningen för bröstcancer, där det finns ett nationell screeningsprogram, är mindre än för prostatacancer och skiljer sig inte mycket från lungcancer eller grov- och ändtarmscancer. Detta trots att dessa diagnoser inte är föremål för nationell screening. (För tarmcancer har visserligen screening bedrivits i region Stockholm-Gotland sedan 2008.)

⁷ Inrapporteringsstatistik – canceranmälan till cancerregistret. Jämförelse diagnosår 2020 och 2019. Regionala Cancercentrum i samverkan, 2021.

Pandemins effekter på prostatacancersjukvården

För att kunna ge en mer komplett och nyansrik bild följer RCC utvecklingen över längre tid och gör även diagnosvisa analyser, det vill säga beskrivningar av hur antal fall utvecklats och stort vårdbehovet är inom diagnosgrupperna bröstcancer, prostatacancer, tjock- och ändtarmscancer, lungcancer med flera.

För prostatacancer har en studie publicerats, baserad på data från Nationella Prostatacancerregistret.⁸ Den visar för perioden mars-juni 2020 hur upptäckta fall och utförda behandlingar utvecklats. Under denna period minskade antalet män som diagnostiserades med prostatacancer med 36 procent, jämfört med samma tidsperiod åren 2017-2019. Se Diagram 59.

Minskningen var ungefär lika stor för cancer med låg- och intermediär risk som för högrisk- och metastaserad cancer. Minskningen var mer uttalad bland män över 75 år, vilket kan spegla de restriktioner som gällde personer över 70 år under våren 2020, med rekommendationer om mycket begränsade sociala kontakter.

Däremot var antalet genomförda botande behandlingar totalt sett stabilt under denna period. Av Diagram 60 framgår att antalet operationer där prostata opererades bort inte minskade och att antalet radikala strålbehandlingar ökade med 32 procent, trots att antalet upptäckta fall minskade. Ökningen av antalet radikala strålbehandlingar under pandemin skall även ses i ljuset av att denna behandling har ökat under den senaste 10-årsperioden.

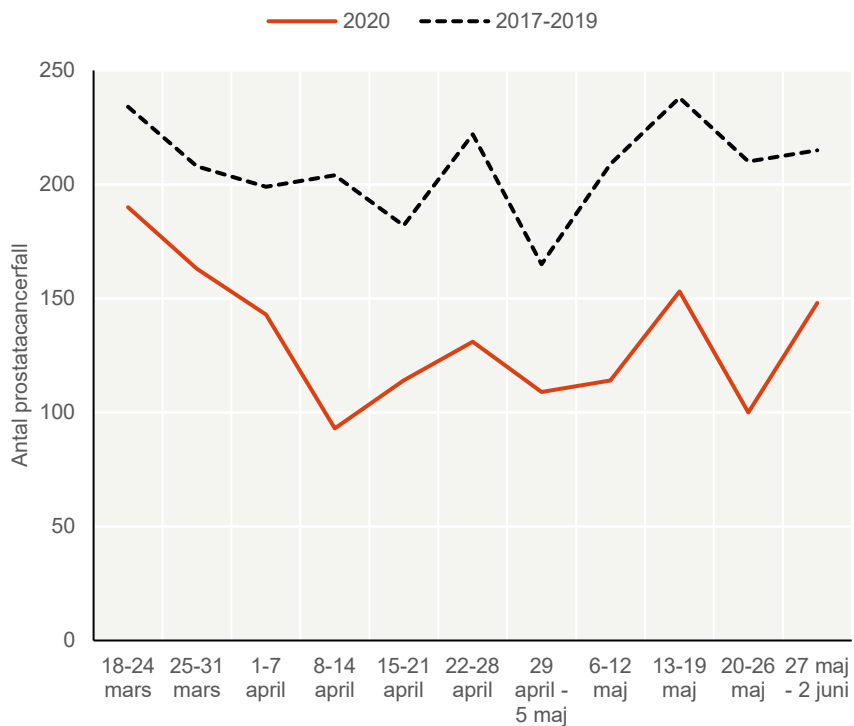
En internationell översikt har pekat på minskat antal remisser, vävnadsprovsdiagnostik och botande kirurgisk behandling vid prostatacancer. Den svenska studien tyder på att vården vid prostatacancer i Sverige påverkats mindre av pandemin än i många andra länder.

De kvalitetsmått för vården vid prostatacancer som visas på Vården i siffror, pekar inte på att pandemin haft någon betydelse för kvaliteten i den vård som ges, mätt med de indikatorer som vanligen används.

⁸ [Svensk sjukvård prioriterade behandling av prostatacancer under pandemin](https://npcr.se/svensk-sjukvard-prioriterade-behandling-av-prostatacancer-patienter-under-pandemin/),

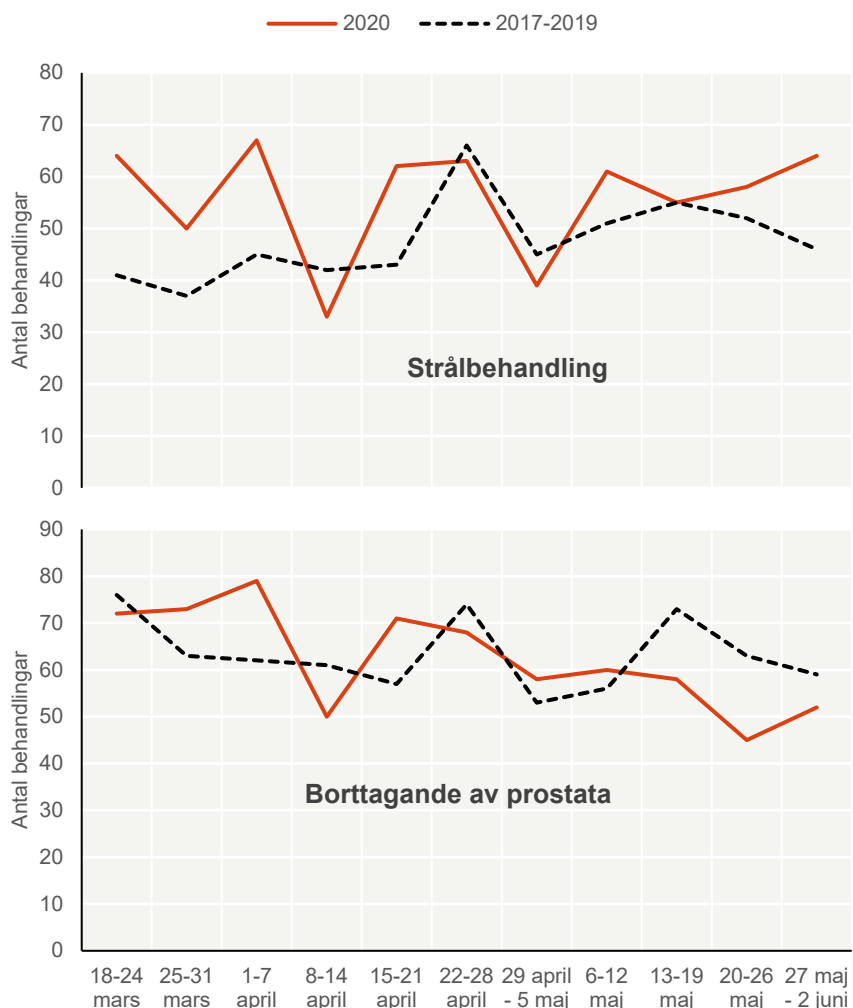
<https://npcr.se/svensk-sjukvard-prioriterade-behandling-av-prostatacancerpatienter-under-pandemin/>

Diagram 59 Antal diagnostiserade prostatacancerfall i Nationella Prostatacancerregistret. Jämförelse per vecka 18 mars 2 juni 2020 med motsvarande veckor genomsnitt för 2017-2019.



Källa: Nationella prostatacancerregistret (NPCR)

Diagram 60 Antal botande behandlingar vid prostatacancer, jämförelse per vecka 18 mars – 2 juni 2020 med motsvarande veckor genomsnitt för 2017-2019.



Källa: Nationella Prostatacancerregistret

Pandemins effekter på bröstcancersjukvården

Coronapandemins effekter på bröstcancersjukvården har dragit till sig extra stort intresse. Detta är begripligt eftersom det är den vanligaste cancerdiagnosen bland kvinnor (drabbar cirka 9 000 individer per år vilket utgör 25 - 30 procent av all cancer hos kvinnor) och då drygt 60 procent av all bröstcancer diagnostiseras via hälsokontroller med mammografi.

Screeningen med mammografi berör en stor del av alla vuxna kvinnor i Sverige genom att alla kvinnor i åldrarna 40-74 år kallas med 20-24 månaders intervall.

Under ett normalt år går upp emot 80 procent av de kallade kvinnorna på sin mammografikontroll. De flesta kvinnor som diagnostiseras inom screeningen är helt symtomfria och de har i allmänhet en mycket god prognos. För kvinnor som inte deltar i screeningen och får bröstcancer är prognosen generellt sämre.

Statistik från samtliga regioner visar att under perioden januari – oktober 2020 minskade antalet diagnostiserade bröstcercertumörer med 10,7 procent jämfört med motsvarande period 2019. Den sjukvårdsregion som hade den största nedgången var Stockholm-Gotland med en nedgång på 19 procent och den minsta nedgången förelåg i sjukvårdsregion Väst med 0,8 procent.

I en rapport som grundar sig på data från Nationella kvalitetsregistret för bröstcancer (NKBC) framkommer att nedgången av antalet diagnostiserade bröstcancer till största delen förklaras av en nedgång i antalet screeningdiagnostiserade fall. Det man ser är att antalet *screeningupptäckta* invasiva bröstcercertumörer började sjunka i april 2020 i jämförelse med medelantalet för åren 2017-2019 och fortsatte hålla sig på en lägre nivå under hela 2020. För *icke screeningupptäckta* cancer ses ingen minskning jämfört med medeltalet för 2017-2019. Tolkningen är att kvinnor som har symtom från bröstet, vanligen att man känner en knöl, sökte vård under pandemin i lika stor omfattning som vanligt.

För Region Stockholm var antalet screeningdiagnostiserade bröstcancer 2017-2019 i genomsnitt 888/år jämfört med 607 fall 2020, en nedgång med 31,6 procent. Ytterligare sju regioner uppvisade en nedgång av screeningupptäckta fall med cirka 30 procent eller mer, bland andra Uppsala, Örebro, Gävleborg och Norrbotten.

Nedgången av antalet diagnostiserade bröstcancer var störst bland kvinnor 70 år eller äldre. Minskningen i den äldsta gruppen inträdde mycket snart efter det att personer ≥ 70 rekommenderades att undvika kontakt med andra för att minska smittspridningen. För kvinnor yngre än 50 år sågs ingen skillnad mellan 2020 och 2019-17. För kvinnor 50-69 år var minskningen av antalet diagnostiserade bröstcancer begränsad till månaderna april – juni och återgick sedan till normala nivåer.

De två äldre grupperna uppvisar en tydlig nedgång av antalet diagnostiserade fall även under normala år i samband med sommarsemesterna då screeningverksamheten till stor del stängs ner. För kvinnor yngre än 50 år är

nedgången under sommaren normala år mer begränsad. Bröstdiagnostik av personer som söker för symtom upprätthålls dock året runt.

Nationella behandlingsrekommendationer anpassade till pandemin publicerades för flera cancerformer på RCC:s hemsida under våren 2020. För bröstcancer rekommenderades ökad användning av cytostatika eller antihormonella läkemedel som inledande behandling i väntan på operation, då ökade väntetider till cancerkirurgi befarades. I rapporten från NKBC noteras följaktligen en uppgång av andelen individer som fick förbehandling med hormonella läkemedel eller cytostatika inför operation. Under maj – september 2020 låg andelen som fick onkologisk förbehandling på 15-20 procent jämfört med en andel på cirka 10 procent under åren 2017-19.

En vidare observation är att de kvalitetsmått för vården vid bröstcancer som visas på Vården i siffror inte pekar på att pandemin haft någon betydelse för kvaliteten i den vård som ges, mätt med de indikatorer som vanligen används.

Pandemins effekter på livmoderhalscancerscreening

Screeningverksamheten har en speciell ställning i den pandemipåverkade cancersjukvården eftersom den var föremål för nedstängning, helt eller delvis, i vissa regioner. Neddragningarna berodde på att lokaler med patientflöden inklusive väntrum behövde smittsäkras. Personal från mammografienheter kallades till tjänstgöring inom covid- och akutvården. Personal drabbades av sjukskrivning på grund av covid-19 samt hemkarantän på grund av risk för smittsamhet.

Under den inledande fasen fanns också en osäkerhet om hur stor riskökningen för allvarlig covid-19 i samband ett screeningbesök var i relation till den hälsovinst på sikt som screeningen innebär. Dessutom fanns det en spridd uppfattning att pandemin skulle klinga av under sommaren 2020 så att det mesta skulle bli som vanligt under hösten, inklusive de nationella screeningprogrammen.

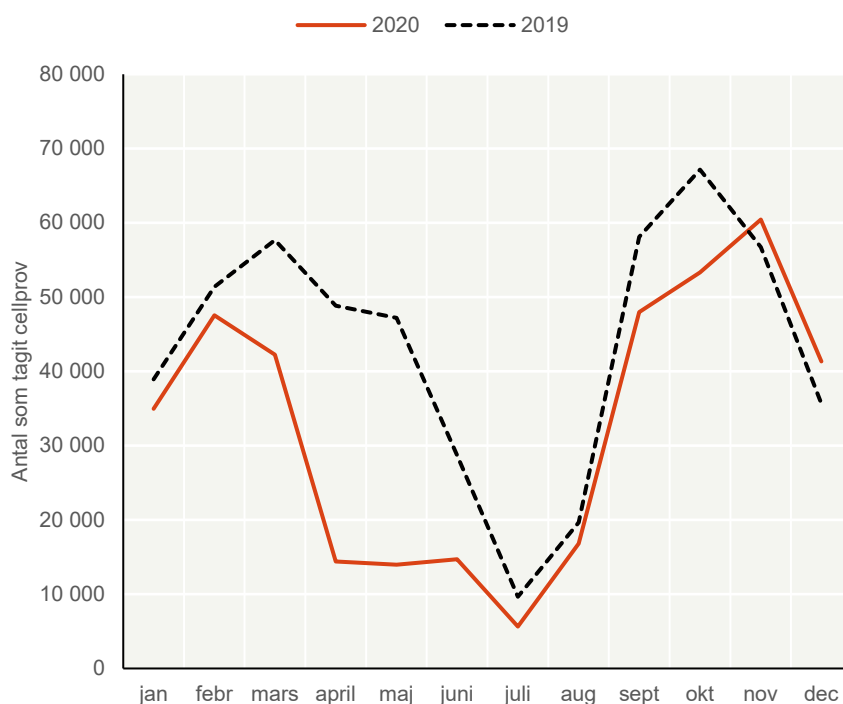
Det finns ingen nationell statistik om antalet mammografiundersökningar under pandemin, men för livmoderhalscancer finns uppgifter från nästan alla regioner. Livmoderhalscancer omfattas av nationell screening som bygger på cellprovtagning. Screeningen har bidragit till att livmoderhalscancer har

minskat över tid och numera är en relativt liten diagnos i Sverige med cirka 550 nya fall per år.

Diagram 61 visar antalet kvinnor som tagit ett cellprov inom screeningprogram. Det skedde en kraftig minskning under våren 2020 och som för hela året uppgick till 24 procent, i de regioner som ingår i mätningen, alla utom Skåne och region Blekinge. Nedgången av antalet upptäckta fall av livmoderhalscancer under januari – oktober 2020 var betydligt mindre, 4,9 procent jämfört med samma period 2019, medan nedgången av antalet fall av förstadium till livmoderhalscancer (cancer in situ + dysplasifall = ”cellförändringar”) låg på 12,8 procent.

Sammantaget kan man inte dra slutsatsen att de diagnoser som ingår i nationell screening skulle ha drabbats hårdare av pandemin än övriga cancerdiagnoser.

Diagram 61 Antal kvinnor som tagit ett cellprov med indikation screening, 2019-2020.



Källa: Nationella Kvalitetsregistret för Cervixcancerprevention, processregistret Cytburken

Not: Region Blekinge och Region Skåne ingår ej.

Utvecklingen för de standardiserade vårdförloppen

Arbetet med standardiserade vårdförlopp (SVF) kan följas via den interaktiva statistiken på hemsidan cancercentrum.se där både antal patienter i SVF och väntetider i SVF redovisas kontinuerligt.⁹ I mars publicerades också en rapport¹⁰ som jämför 2020 års SVF-data med 2018 och 2019.

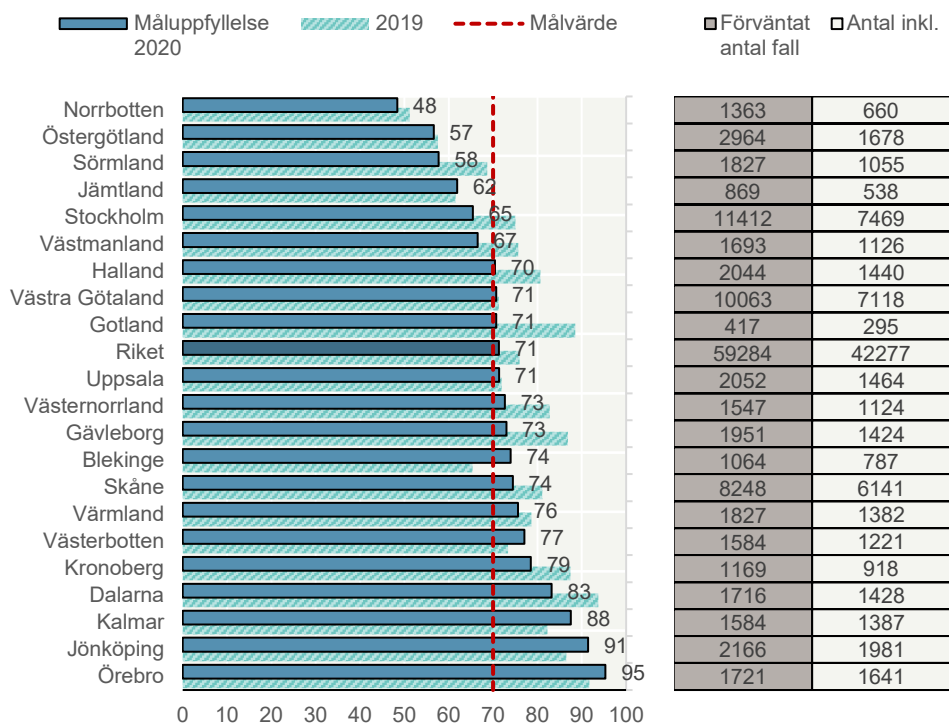
Tidigt i satsningen på SVF i cancervården sattes två mål, där det första är ett inklusionsmål, att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett standardiserat vårdförlopp. Beräkningen utgår från ett förväntat antal nya cancerfall utifrån cancerregistret. Det andra målet är ett ledtidsmål, att 80 procent av dessa patienter ska gå igenom respektive vårdförlopp inom de ledtider som anges i vårdförloppsbeskrivningarna.

Inklusionsmålet på riksnivå nåddes redan 2018 och 2019, då var siffran 76 procent. För 2020 ses en minskning till 71 procent, se Diagram 62 nedan. Variationen är dock stor både mellan regioner och diagnoser. Vilken diagnos som påverkats mest skiljer sig åt mellan regionerna. Minskningen beror mest troligt på att färre personer med cancer eller med symtom sökte vård under 2020 än under ett normalt år, men också till viss del på en minskad eller fördröjd registrering av SVF till den nationella väntetidsdatabasen vid SKR.

⁹ [Antalet patienter i standardiserade vårdförlopp \(SVF\), Regionala cancercentrum i samverkan](https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/statistik/svf-statistik/antal-patienter-i-svf/), <https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/statistik/svf-statistik/antal-patienter-i-svf/>

¹⁰ [Kortare väntetider i cancervården – status för inklusions- och ledtidsmål i SVF, Regionala cancercentrum i samverkan](https://cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/varje-dag-raknas/statistik-svf/svf-vantetidsrapport-rcc-2018-2020.pdf), <https://cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/varje-dag-raknas/statistik-svf/svf-vantetidsrapport-rcc-2018-2020.pdf>

Diagram 62 Måluppfyllelse för inklusionsmålet för SVF, antal förväntade cancerfall samt antal fall inkluderade i SVF, 2020.



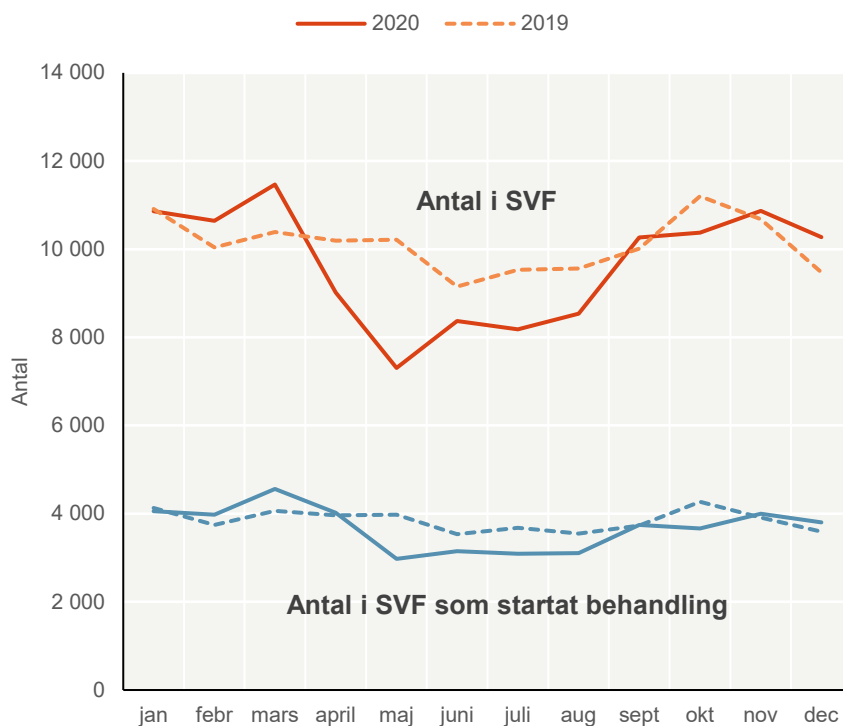
Källa: Vätetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Personer som utreds inom SVF har en välgrundad misstanke om cancer. En betydande andel av dessa har inte cancer utan avslutar vårdförloppet med att misstanken avskrivs, medan andra startar en cancerbehandling.

Antal personer som utretts inom SVF och som startat behandling minskade i början av våren 2020, men ökade något därefter. I Diagram 63 nedan visas utvecklingen för riket som helhet sedan januari 2019.

Under 2020 har totala antalet personer som utretts inom SVF minskat med drygt 4 000, jämfört med 2019. Antalet personer som utretts inom SVF och som påbörjat behandling mot cancer har under samma period minskat med knappt 1 700 personer. Den bästa bilden av detta kommer slutligen att kunna ges av antalet fall i regionala tumörregister och även därmed i Cancerregistret.

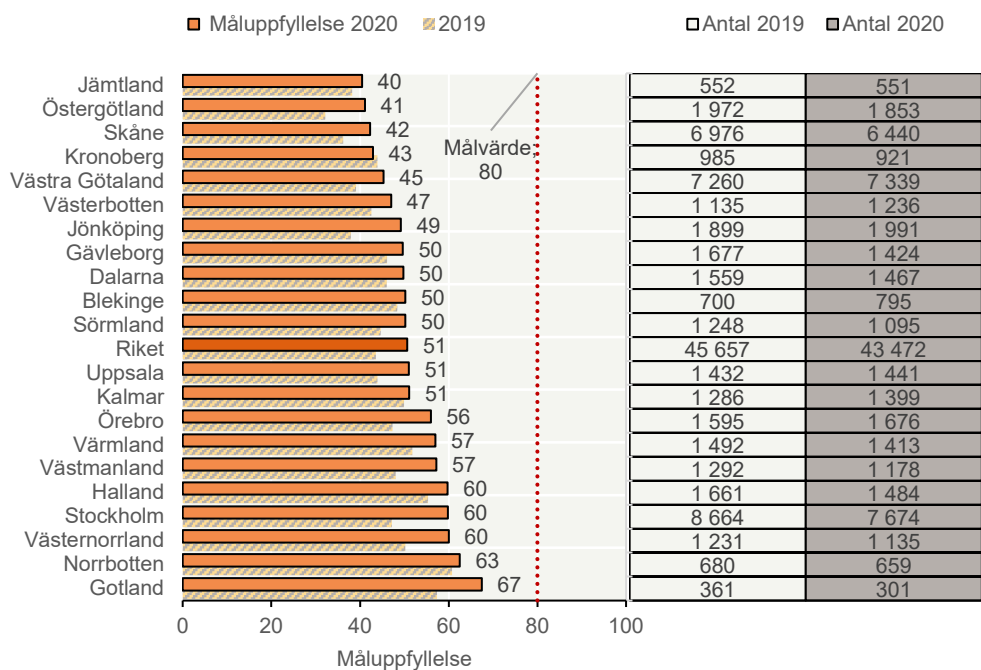
Diagram 63 Antal personer som utretts inom SVF samt antal personer av dessa som startat behandling för cancer, 2019-2020.



Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

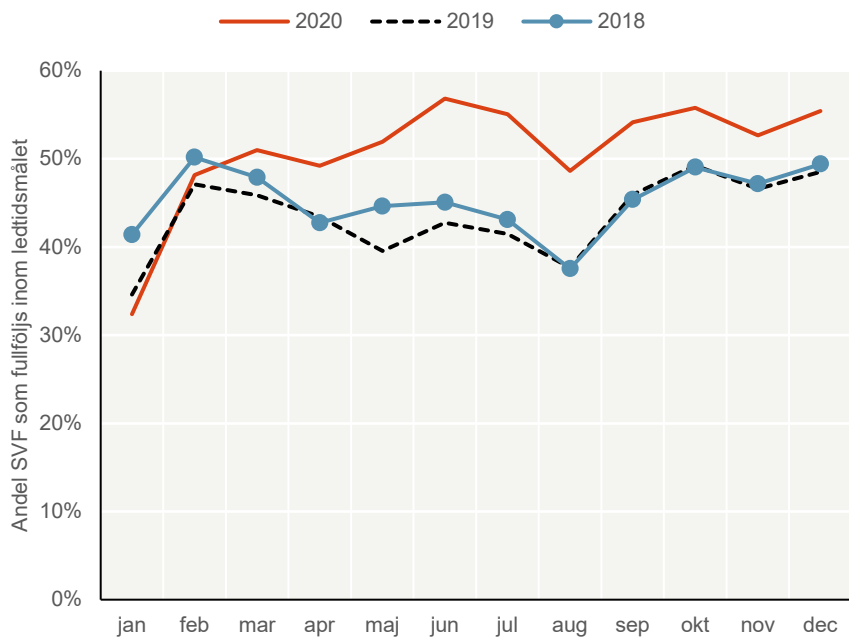
Diagram 64 och Diagram 65 nedan visar måluppfyllelsen för ledtidsmålet för regionerna under 2020 och för riket i jämförelse med tidigare år. Det nationella målet är 80 procent. Ledtidsmålet på riksnivå har förbättrats, från 44 procent 2019 till 51 procent 2020. Måluppfyllelsen har således blivit något bättre under pandemin, vilket borde tala för att de patienter som sökt vård och där misstanke om cancer funnits har prioriterats i sjukvården. Men att färre patienter har utretts via SVF kan också spela en roll.

Diagram 64 Andel SVF som fullföljs inom ledtidsmålet samt antal SVF, 2020 respektive 2019.



Källa: Vätetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Diagram 65 Andel SVF som fullföljs inom ledtidsmålet, 2018-2020.



Källa: Vätetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Hjärtinfarkt och annan ischemisk hjärtsjukdom

En tidigt uppmärksammas fråga under våren 2020 var att antalet akuta hjärtinfarkter föreföll minska under pandemins första våg. Regionerna uppmanade därför befolkningen att fortsätta söka akut vård vid bröstsmärtor och andra tillstånd de normalt skulle sökt vård på. Förutsättningarna för att beskriva utvecklingen under 2020 har blivit bättre, men ännu har inte Patientregistret vid Socialstyrelsen redovisat förekomst av hjärtinfarkt och stroke, vilket kommer att ske i den offentliga statistik man årligen presenterar.

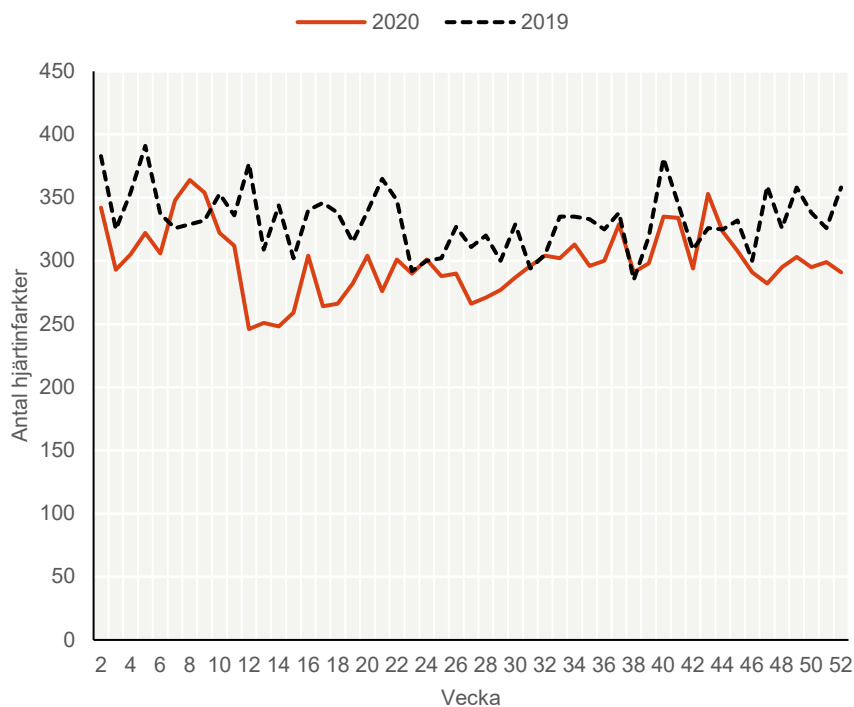
Kvalitetsregistret Swedeheart är en viktig och väl täckande källa till beskrivning av vården vid hjärtinfarkt och annan hjärtsjukdom: för sjukdomsförekomst, antalet behandlingar och kvaliteten i hjärtinfarktvård och sekundärpreventiv uppföljning efter infarkt. Flera uppgifter i den senaste årsrapporten¹¹, och även beskrivningar om hur vårdens utvecklats under pandemiåret 2020 återges i det här avsnittet.

Antalet hjärtinfarkter och hjärtoperationer

Utvecklingen av antalet fall av hjärtinfarkt under 2020 jämfört med 2019 visas i Diagram 66. Det finns en veckovis variation, men även en skillnad mellan åren, som speglar effekter av pandemin: Störst skillnad i antal är det i början av pandemin. Därefter sker en ”normalisering”, men mot slutet av året, vid den andra vågen, är antalet fall återigen klart lägre under 2020 än under 2019.

¹¹ [Swedeheart](https://www.ucr.uu.se/swedeheart/), <https://www.ucr.uu.se/swedeheart/>

Diagram 66 Antal hjärtinfarkter (diagnoskod I21, I22) per vecka 2019-2020.

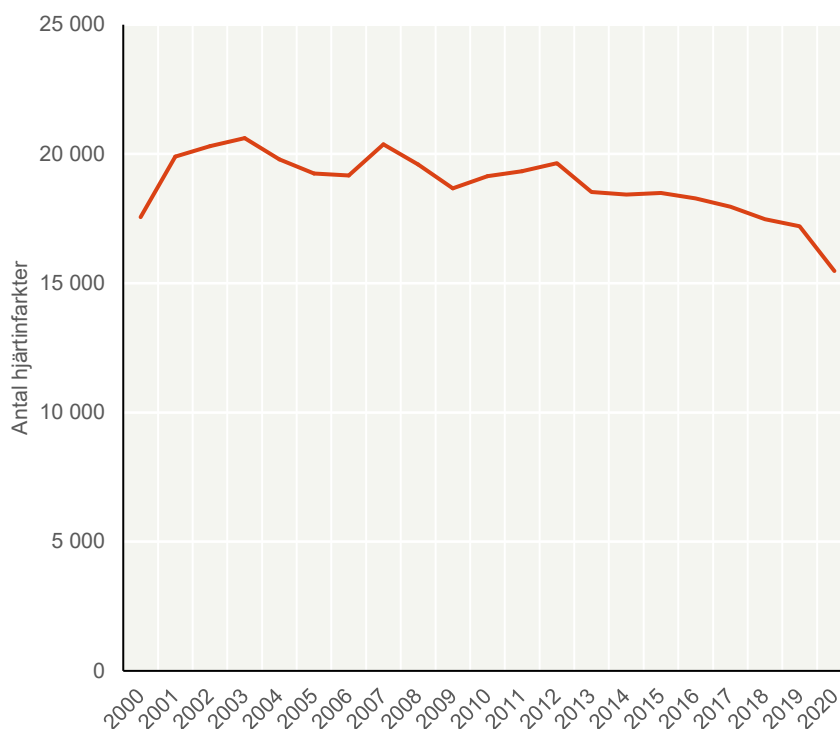


Källa: SWEDEHEART

Mätt över hela året minskade antalet sjukhusvårdade fall av hjärtinfarkt enligt Swedeheart med drygt 1700 fall jämfört med 2019. Även i ljuset av den långsiktiga trenden är minskningen stor, vilket framgår i Diagram 67. Statistiken visar enbart de fall av hjärtinfarkt som vårdats på sjukhus.

Hur de färre fallen av sjukhusvård för hjärtinfarkt ska tolkas har diskuterats. Om det varit ett minskat vård sökande vid bröstsmärta, på grund av rädsla för att smittas eller ovilja att belasta vården ”i onödan” kan detta ha lett till senare infarkt eller till och med dödsfall. Något som kan belysas först i efterhand. Nya uppgifter från Dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen visar dock att antalet som avled i hjärtinfarkt inte har ökat under 2020, utan den tidigare trenden med viss minskning fortsätter. Det tyder på att dödsfall utanför sjukhus inte heller verkar ha ökat, som en befarad möjlig följd av minskat antal sjukhusvårdade.

Diagram 67 Antal hjärtinfarkter (diagnoskod I21, I22) per år 2000 – 2020.



Källa: SWEDEHEART

I Swedehearts årsrapport pekar man även på andra möjliga orsaker till de färre fallen. Under perioderna med störst smittspridning i befolkningen kan det ha varit en reell minskning av incidensen, förekomsten av hjärtinfarkt. Detta skulle i så fall kunna förklaras med mindre stress i samhället som en följd av restriktionerna och färre fall av influensa och maginfluensa, som kan associeras med hjärtinfarkt. Många, kanske särskilt de äldre, förändrade sitt vardagsliv när spridningsperioderna var som störst.

Att incidens av hjärtsjukdom kan påverkas av restriktioner eller befolkningens rörlighet visas i en studie vid Lunds universitet, där mobildata från Google och Apple analyserades och kombinerades med data från Swedeheart och SMHI. Studien, som refereras i årsrapporten, pekar på en koppling mellan den ökade hemmavistelsen under våren 2020 och den minskade incidensen av sjukhusvårdad hjärtinfarkt och instabil kärlkramp.

Efter justering för veckodag, väderförhållanden och incidens av covid-19 fanns det en stark koppling mellan akuta koronara syndrom och alla typer av rörlighet,

utom de i parker och bostadsområden. För varje 10-procentig ökning av aktiviteten i butikscentra, platser för rekreation, apotek, livsmedelsaffärer och platser kopplade till kollektivtrafik ökade förekomsten av akuta koronara syndrom med 10–20 procent. Däremot var en 10-procentig ökning av aktiviteten i bostadsområden kopplad till en nästan 40-procentig minskning av akuta koronara syndrom.

Det finns i Swedehearts data heller inget som tyder på att de som verkligen sökte vård under året, sökte för sent. Varken troponinvärdena (troponin frigörs vid hjärtinfarkt) vid ankomsten till sjukhus eller förekomsten av hjärtsvikt vid utskrivningen visar tecken på detta. Mediantiden från symtom till öppning av kranskärl med PCI för patienter med större infarkt skilde sig inte heller nämnvärt mellan 2019 och 2020.

Det var inte bara hjärtinfarkterna som minskade under 2020, av de verksamheter som följs inom Swedeheart. De vanligen elektiva åtgärderna kranskärldröntgen, kranskärldsvidgande PCI-ingrepp och hjärtoperationer minskade generellt.

Totalt görs normalt årligen cirka 6 000 hjärtoperationer. Antalet minskade med cirka 10 procent i genomsnitt under 2020, troligen som följd av den omfördelning av intensivvårdsresurser som gjorde som följd av pandemin. Ett sjukhus minskade med 20 procent, medan andra inte minskade alls, vilket är intressant att notera. Nedgången är kraftigare än något tidigare enskilt år och har resulterat i växande köer för både bypass- och hjärtklaffoperationer, skriver man i årsrapporten.

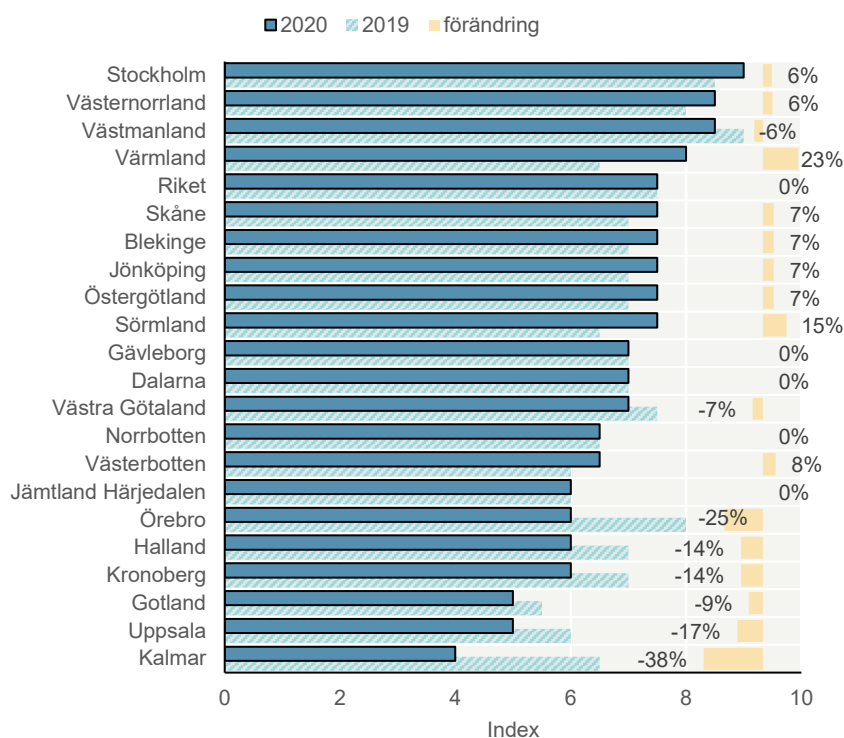
Även deltagandet i den första sekundärpreventiva uppföljningen (efter 6-10 veckor) efter hjärtinfarkt påverkades av pandemin. Andelen uppföljda minskade något i riket, men med stor variation mellan de olika sjukhusen. Många sjukhus har ungefär samma andel uppföljda 2020, trots pandemin. Andelen patienter där uppföljningen skedde per telefon istället för genom fysiskt besök har naturligt nog ökat betydligt, från 15 procent 2019 till över 30 procent under 2020.

Hjärtinfarktvårdens kvalitet

Kvalitetsregistret Swedeheart har ett kvalitetsindex med elva indikatorer. För varje år brukar resultaten bli något bättre, allt fler sjukhus når de olika målnivåerna som anges för poängtilldelningen. Av Diagram 68 framgår att

värdet för riket för 2020 blev sju poäng, samma som under 2019. Detta visar att hjärtinfarkt vården i de avseenden som mäts i indexet upprätthållit kvaliteten under 2020.

Diagram 68 Swedehearts kvalitetsindex 2019 och 2020 fördelat på region.

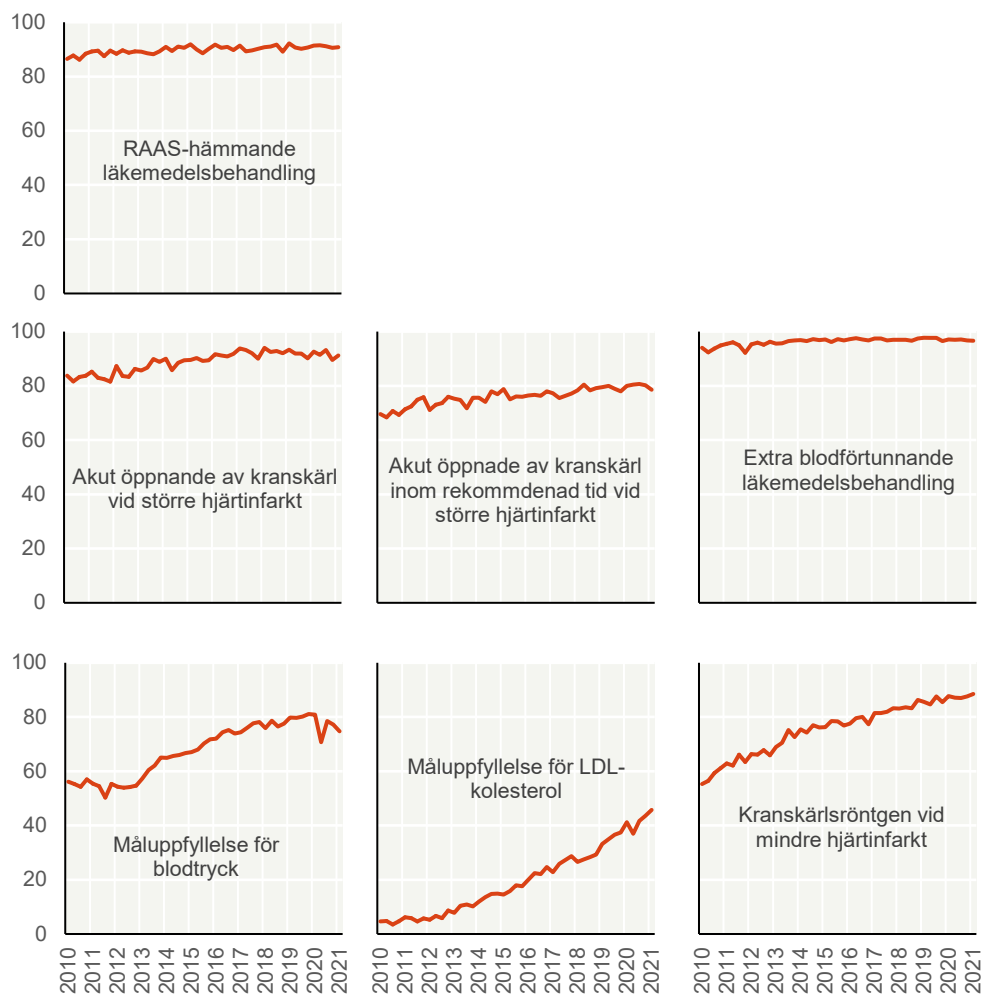


Källa: Swedeheart, hämtat från Vården i Siffror.

De fem processmått i Diagram 69 visar för det akuta omhändertagandet under senare år stabila och höga resultat, i förhållande till de målnivåer som är satta. I ett längre perspektiv är förbättringarna i flera fall stora. Även måttet om tid till behandling efter ankomst till sjukhus visar en god utveckling. Trots att resurser på flera ställen i landet flyttades från hjärtintensiven till vården av covidpatienter fick infarktpatienterna vård i rätt tid.

Några av resultatmått för sekundärprevention – måluppfyllelse för LDL-kolesterol och blodtryck – pekar på stora förbättringar under en längre tidsperiod.

Diagram 69 Utveckling för urval kvalitetsmått för hjärtinfarktvård 2010-2020. Andelar i procent, per kvartal.



Källa: Swedeheart, hämtat från Vården i Siffror.

Strokevården

Det har funnits en oro för att personer med misstänkt stroke och TIA inte skulle söka akut sjukvård under pandemin. En annan möjlig risk kunde vara att rutinerna för strokevården skulle ha påverkats av pandemin, vid stor allmän belastning på slutenvården, t ex vad gäller andelen patienter som vårdas på strokeenhet.

Socialstyrelsens årliga strokestatistik till och med 2020 kommer senare under året. Men uppgifter från kvalitetsregistret Riksstroke finns nu tillgängliga, i en preliminär årsrapport¹². Riksstroke har god täckningsgrad, även om pandemin eventuellt kan ha påverkat registreringens omfattning. Antal registrerade fall av akut stroke minskade med knappt 1 100 under 2020, till något under 20 000 – vilket motsvarar drygt fem procents minskning. Den största minskningen skedde under våren 2020, men antalet fall har legat lägre än 2019 under hela året, vilket framgår av Diagram 70.

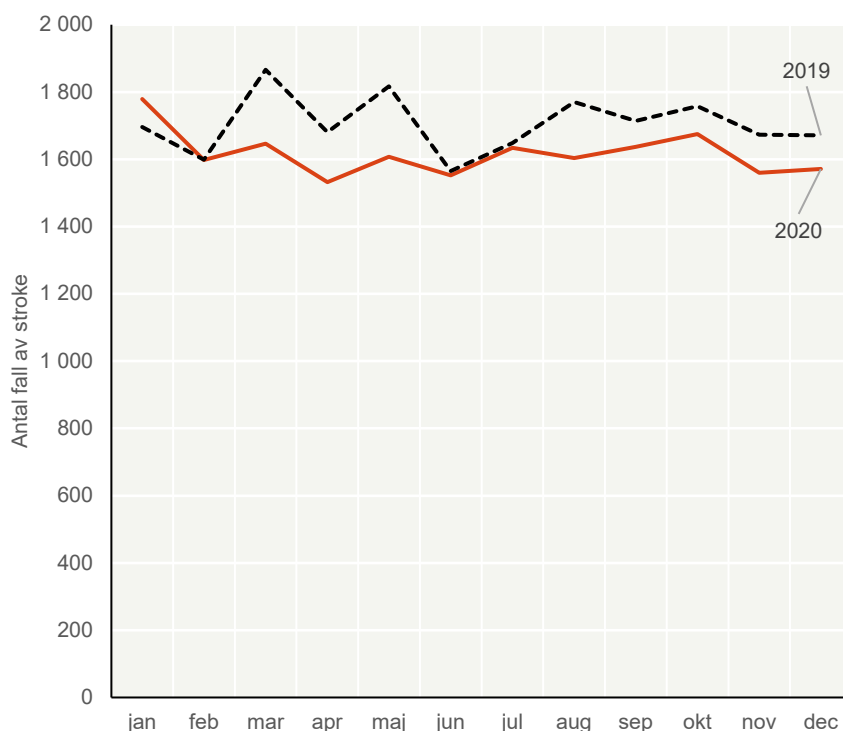
Antalet fall av TIA, som innebär att blodflödet till en del av hjärnan under en kortare period minskar eller helt upphör och resulterar i övergående neurologiska bortfallssymptom, uppgår totalt till cirka 10 000 per år. Antalet fall av TIA i Riksstroke minskade med fyra procent mellan 2019 och 2020, medan minskningen året dessförinnan var två procent.

Minskande strokeförekomst är en långsiktig trend. I Riksstroke har antalet fall sedan 2010 minskat med mer än 5 000 fall. Det absoluta antalet stroke minskar således i Sverige, trots en ökande folkmängd och trots att antalet äldre i befolkningen ökar. Denna minskning talar för att primär- och sekundärprevention av stroke och annan hjärt-kärlsjukdom har haft framgång, utöver andra aspekter av samhällsutvecklingen som påverkar sjukdomsriskerna.

Nya uppgifter från Dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen visar att antalet som avled i stroke inte har ökat under 2020, utan den tidigare trenden med viss minskning fortsätter.

¹² Stroke och TIA. Riksstroke's preliminära årsrapport för 2020 års data. /Kolla slutliga titeln/

Diagram 70 Antal fall av stroke som registrerats i Riksstroke, 2019 – 2020.



Källa: RiksStroke, Covid-19 rapport Stroke, med registrering t o m februari 2021.

Under 2020 bidrog pandemin till att registreringen i Riksstroke fördröjdes. 2020 var fördröjningen mellan insjuknande och första registrering i Riksstroke 45 dagar, medan tiden till akutskedet var klarregistrerat uppgick till 63 dagar i riket. I årsrapporten skriver man att det inte går att säga om det minskade antalet registreringar i Riksstroke speglar en reell minskning i antalet personer som fått stroke, om det finns ett mörkertal med personer som inte sökt under pandemin eller om personal inte haft tid att registrera patienterna. Inom Riksstroke arbetar man med mer ingående analyser av detta.

Strokepatienter med samtidig covid-19

Av alla som registrerades med stroke i Riksstroke under 2020 hade knappt 1800 patienter, nio procent av alla, bekräftad eller misstänkt covid-19 infektion vid inskrivning vid sjukhus. Tiden mellan insjuknande och ankomst till sjukhuset var kortare än för övriga patienter, 325 minuter jämfört med 387. En lägre andel av patienterna med covid-19, drygt 70 procent, vårdades med direktinskrivning på strokeenhet.

Det finns vissa andra skillnader både mellan patientgrupperna och avseende till exempel hur läkemedel gavs. I den preliminära årsrapporten noterar man olika sådana skillnader, men drar i detta skede inga skarpa slutsatser om i vilken mån vården för patienter med covid-19 avviker från det som borde förväntas.

Kvalitet i vården vid TIA och stroke

På Vården i siffror finns 16 indikatorer med målnivåer för stroke och TIA från kvalitetsregistret Riksstroke, med kvartalsvis redovisning av resultat till och med helåret 2020. Måtten är processmått och visar i vilken grad sjukvården följer olika riktlinjer om vilka åtgärder som skall göras vid vård av stroke i det akuta omhändertagandet. Resultatmått om andel avlidna och funktionsförlust vid stroke redovisas som årligen och publiceras senare.

En genomgång av dessa indikatorer och utvecklingen under senare år resulterar i en tydlig bild. Nästan alla indikatorer har resultat för 2020 som är i linje med de senaste årens utveckling. Stabila resultat, någon gång svag ökning eller minskning, men egentligen inga tydliga trendbrott.

Diagram 71 visar ett urval kvalitetsmått för stroke, som bekräftar denna bild. Övriga mått kan studeras på Vården i siffror. Trenden att trombolys ges snabbare efter ankomst till sjukhus har fortsatt. Andelen patienter som får antikoagulantibehandling vid förmaksflimmer ligger på eller över målnivån. Andelen patienter som direkt vårdas på strokeenhet minskade marginellt, en procentenhet, till 82 procent, under 2020. Andelen strokeenhetsvårdade totalt visar ingen förändring utan ligger fortsatt högt, 94 procent. Reperfusionsterapi vid akut ischemisk stroke minskade marginellt från 17 till 16 procent.

Diagram 71 Utveckling för urval kvalitetsmått för strokevård 2017-2020.

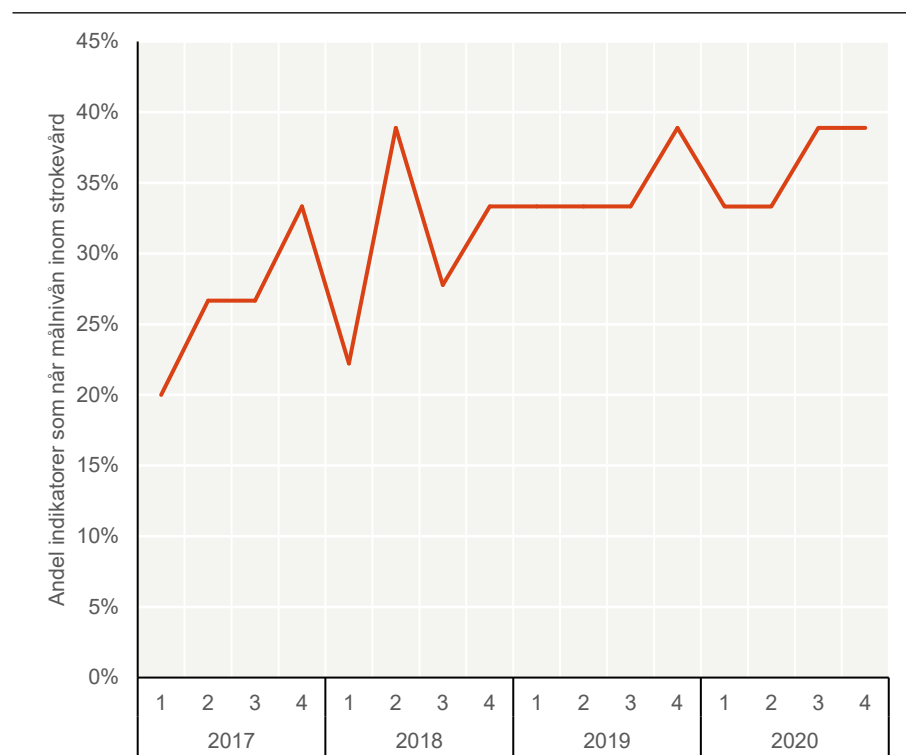


Källa: Riksstroke, hämtat från Vården i Siffror

Tidiga resultat från Riksstroke pekade på att andelen patienter som följts upp efter tre månader minskade under 2020. Detta kunde man då ha sett som en effekt av att normala rutiner i vården påverkats. Men nu är data mera kompletta och tyder på att inte heller uppföljningen av patienterna påverkades av pandemin.

I Diagram 72 summeras bilden av de senaste årens utveckling. I riket som helhet har andelen indikatorer där målnivån nås inte minskat under 2020. Strokesjukvårdens kvalitet, mätt med de indikatorer som används inom vårdförlopp, nationella riktlinjer och inom Riksstroke, har inte påverkats negativt under pandemin.

Diagram 72 Andel indikatorer som når målnivån inom strokevård 2017-2020.



Källa: Riksstroke, hämtat från Vården i Siffror

NOT: I vissa fall är målnivån satt av Socialstyrelsen och i andra fall är målnivån satt av Riksstroke

Diabetesvården

Inledningsvis i pandemin pekades diabetes ut som en riskfaktor för att drabbas av svår Covid-19. Som en följd av detta avstod många patienter från sina fysiska kontrollbesök, men diabetesvården ställde om för att kunna stötta patienterna i så hög utsträckning som möjligt genom andra arbetssätt än de traditionella. Digitala besök har kommit igång på bred front både på medicinmottagningarna och inom primärvården.

Under 2021 kommer nationella diabetesregistret (NDR) att samarbeta med Socialstyrelsen och Coronakommissionen för att utvärdera hur diabetesvården har påverkats av coronapandemin. Det pågår en vetenskaplig analys av data från NDR och befolkningsregistret för att studera hur diabetes i sig och riskfaktor-kontrollen påverkar risken att drabbas av allvarlig sjukhusvårdad Covid-19 och död till följd av Covid-19.

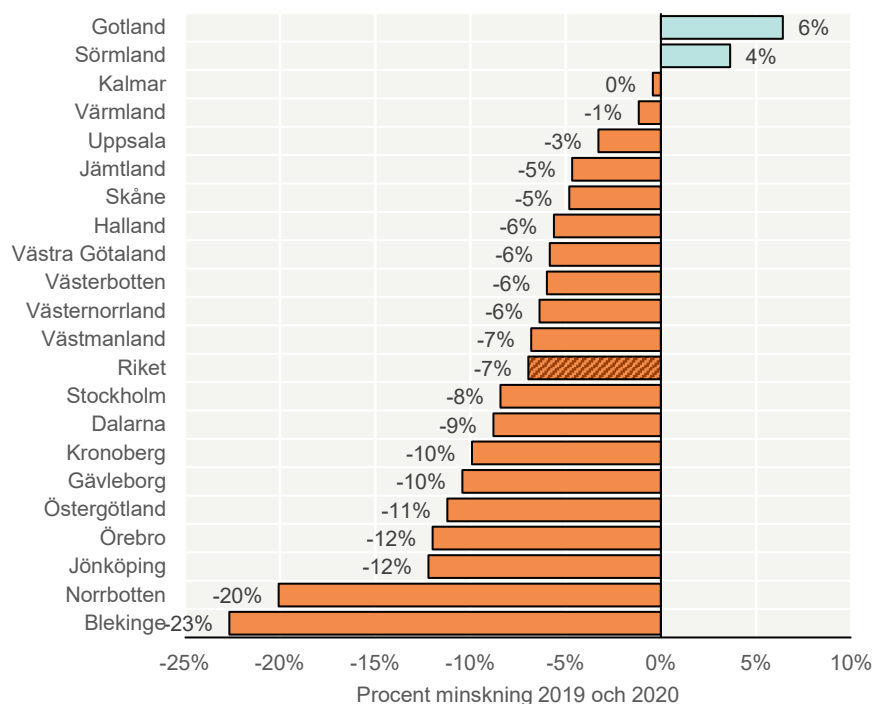
Minskat antal registreringar

I NDR minskade antalet rapporterade patienter under 2020 och första kvartalet 2021. Inom primärvården var det 31 000 färre rapporterade patienter under 2020 jämfört med 2019, 2 000 färre rapporterade patienter med typ 1-diabetes samt 1 200 färre med typ 2-diabetes på medicinklinikerna. Registret har en hög täckningsgrad; vanligtvis ingår de allra flesta personer med diabetes typ 1 och typ 2.

Samtliga regioner, förutom Sörmland och Gotland, har ett minskat antal registrerade patienter under 2020 jämfört med 2019, vilket visas i Diagram 73. Det kan bero på att färre registreringar i registret har gjorts som en konsekvens av tidsbrist, men till största delen är det troligen färre personer som har varit på kontroll och fått sina uppgifter om till exempel blodtryck registrerade eller genomgått fotundersökning. I riket är minskningen 7 procent med variation mellan regionerna.

Under första halvåret 2020 var antalet registrerade patienter 20 procent lägre jämfört med första halvåret 2019. Det innebär att viss återhämtning av besöken gjordes under hösten 2020. Fortsatt uppföljning av diabetesvårdens kvalitet och konsekvenser av pandemin är av stor vikt.

Diagram 73 Minskning av antal registrerade personer i Nationella diabetesregistret 2020 jämfört 2019. Procent.



Källa: Nationella diabetesregistret, uttag via statistiktjänsten Knappen, april 2021

Diabetesvårdens kvalitet

På Vården i siffror finns över 20 indikatorer som rör vuxna personer med diabetes, antingen personer som behandlas inom primärvården, oftast med diabetes typ 2, eller personer med typ 1 diabetes som behandlas på medicinklinik. Dessutom indikatorer som rör barn och unga (10-17 år) med diabetes. Uppgifterna uppdateras kvartalsvis och redovisades i mitten av april till och med första kvartalet 2021. Här redovisas främst tidstrender för riket, men två kvalitetsindikatorer redovisar jämförelser mellan helår 2019 och 2020 på regionnivå.

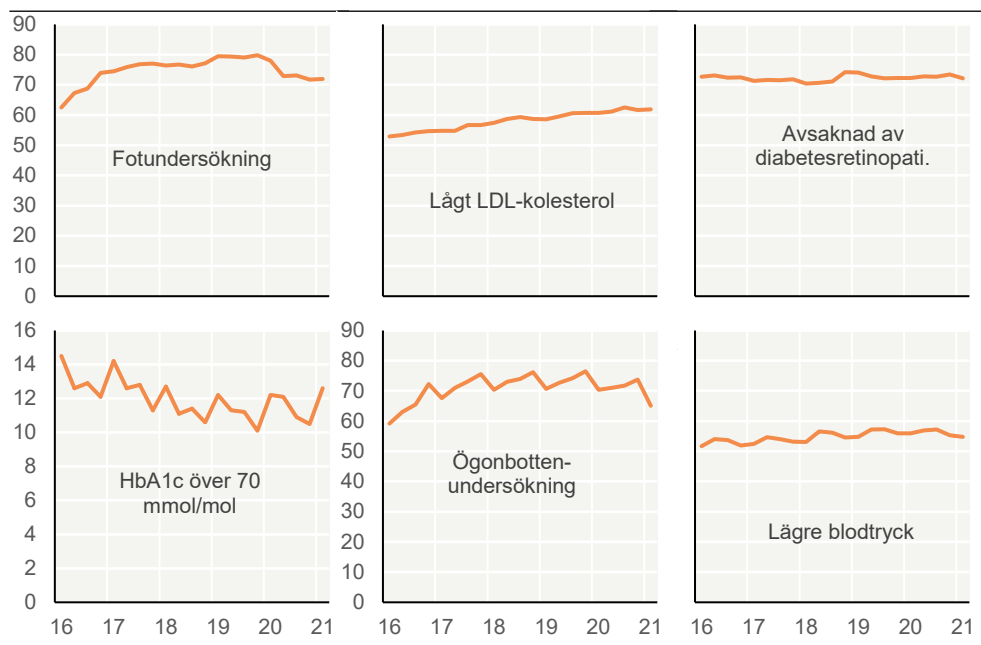
De flesta indikatorer är ”tröga”, det vill säga att den kvalitet som mäts för patientgruppen förändras först över tid. Det gäller resultatmått som målnuppfyllelse för blodtryck, blodfetter och blodsocker (HbA1c) och förekomst av ögonskada, försämrad njurfunktion, fetma och rökning. Andra mått är ”snabba” processmått som visar om olika undersökningar och kontroller gjorts, som fotundersökning och i viss mån ögonbottenundersökning. Indikatorn

fotundersökningar är särskilt känslig för förändring eftersom den undersökningen görs varje år. Ögonbottenundersökning genomförs vartannat år för typ 1 och vart tredje år för typ 2 diabetes, om patienten inte har någon ögonskada och varje år vid ögonskada. Det gör att utfallet för indikatorn är svårvärderad i dagsläget.

För primärvård visar resultatmåttan små eller inga förändringar av långsiktiga trender, under 2020. Behandlingsmålet för blodtryck nås av drygt hälften och har minskat något under slutet av 2020 och början av 2021. Värdet är något under Socialstyrelsens målnivå på 65 procent. För behandlingsmålet för LDL-kolesterol finns en långsiktig positiv utveckling, som tycks fortgå under 2020. Indikatorn om blodsocker (HbA1c) har svagt positiv trend som inte brutits. Andel patienter utan ögonskada uppvisar ingen förändring över tid, med en andel på 72-73 procent på årsbasis. För övriga resultatmått (rökning, njurfunktion, fetma) ses inga trendsiften vare sig sedan 2016 eller under 2020.

För de två processmåttan är bilden annorlunda. Andelen som under de senaste tre åren gjort en ögonbottenundersökning har ökat sedan 2016, men första kvartalet 2020 är andelen 71 procent, fyra procentenheter lägre än andelen de senaste åren. Viss återhämtning ses under hösten 2020, men första kvartalet har andelen minskat till 65 procent. Andelen som gjort fotundersökning det senaste året har på senare år ökat till nära 80 procent, men under 2020 sker ett tydligt trendbrott då andelen sjunker till cirka 70 procent. Här finns en synbar effekt av pandemin som behöver analyseras och följas upp ytterligare. Ett urval kvalitetsmått visas i Diagram 74.

Diagram 74 Kvalitetsindikatorer inom diabetesvård, första kvartalet 2016 - första kvartalet 2021. Primärvård.



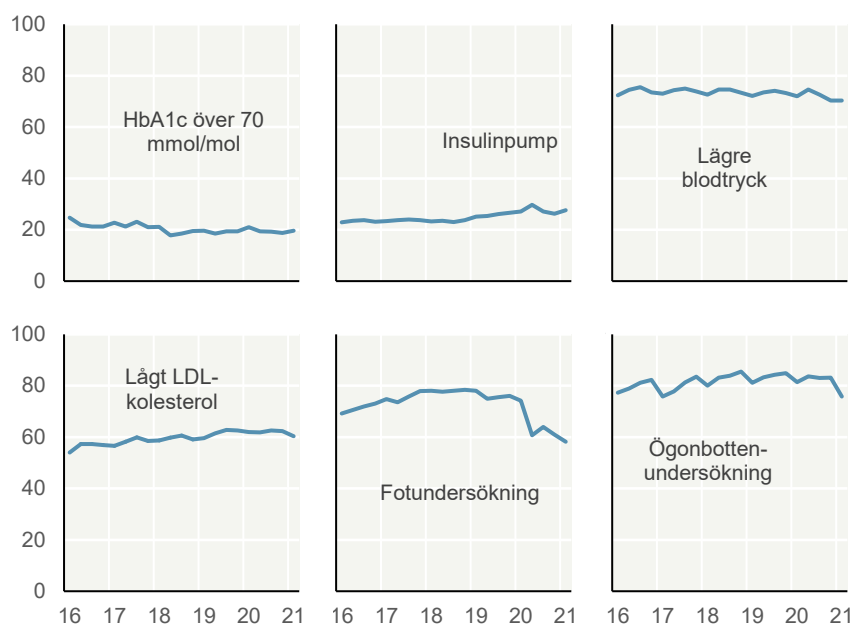
Källa: Nationella diabetesregistret, hämtat från Vården i siffror.

Not: Indikatorerna är; Andel med HbA1c över 70 mmol/mol; Andel som gjort fotundersökning det senaste året; Andel som gjort ögonbottenundersökning någon gång under de senaste tre åren, Andel som har blodtryck lägre än 140/85 mmHg; Andel som har LDL-kolesterol lägre än 2,5 mmol/l samt Andel som inte har diabetesretinopati.

För patienter med typ 1 diabetes vid medicinklinik är bilden snarlik den för primärvården. Andelen som når behandlingsmålet för blodtryck har legat stabilt på cirka 72-74 procent, och en bit ifrån målnivån i nationella riktlinjer, 90 procent. Möjligen kan viss minskning anas vid årsskiftet 2020/2021. Två mått om blodsockervärde har en långsiktigt positiv trend, är oförändrade under senare år, även 2020. Detsamma gäller behandlingsmål för LDL-kolesterol.

Andelen som genomgått ögonbottenundersökning de senaste 2 åren har minskat under 2020 och framförallt under första kvartalet 2021, medan andelen som genomfört fotundersökning det senaste året tydligt minskat under 2020. Att det senare måttet enbart gäller senaste året gör att utfallet påverkas snabbare. Ett urval kvalitetsindikatorer för diabetes visas i Diagram 75, medan Diagram 76 illustrerar utvecklingen för den kvalitetsindikator inom diabetesvården, där påverkan från pandemin tycks vara starkast.

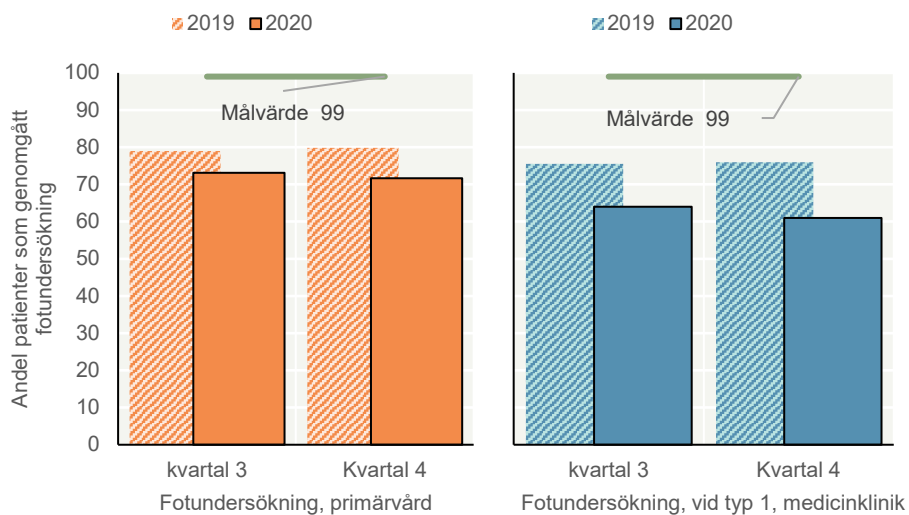
Diagram 75 Urval kvalitetsindikatorer för vård av typ 1 diabetes vid medicinklinik, första kvartalet 2016 – första kvartalet 2021.



Källa: Nationella diabetesregistret, hämtat från Vården i siffror.

Not: Indikatorerna är; Andel som gjort fotundersökning det senaste året; Andel som gjort ögonbottenundersökning någon gång under de senaste två åren; Andel med LDL-kolesterol lägre än 2,5 mmol/l; Andel med som har blodtryck lägre än 140/85 mmHg; Andel som har HbA1c över 70 mmol/mol samt Andel som har behandling med insulinpump.

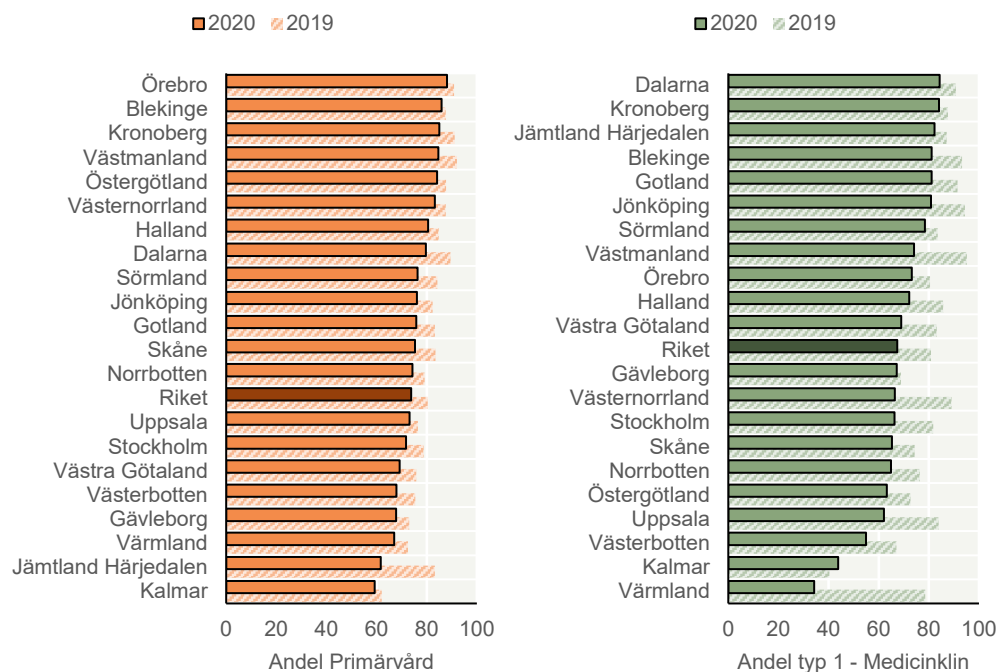
Diagram 76 Andel patienter som genomgått fotundersökning jämförelse mellan 2019 och 2020 fördelat på primärvård och medicinklinik.



Källa: Nationella diabetesregistret, hämtat från Vården i siffror.

Diagram 77 nedan visar en jämförelse mellan regionerna med avseende på andel som genomfört fotundersökning det senaste året. Variationen mellan regionerna är stor, framförallt för diabetespatienter vid medicinklinik, från 34 till 84 procent. Värmland, som har lägst andel, har även den största minskningen jämfört med 2019 med 45 procentenheter.

Diagram 77 Andel patienter som genomgått fotundersökning jämförelse mellan 2019 och 2020 fördelat på primärvård och typ 1 diabetes på medicinklinik.



Källa: Nationella diabetesregistret, hämtat från Vården i siffror.

Enligt NDR har coronapandemins påverkan bland annat fått konsekvenser när det gäller undersökning av ögon och fötter. Personer med diabetisfotsår har sökt vård senare och då med svårare sår som följd. Ögonbottenfotograferingar har fått vänta, vilket kan innebära att personer med behandlingsbar försämring inte upptäcks i tid. I dagsläget är det svårt att överblicka de långsiktiga konsekvenserna för personer med diabetes, men läget följs noggrant av bland annat NDR.

Rörelseorganens sjukdomar

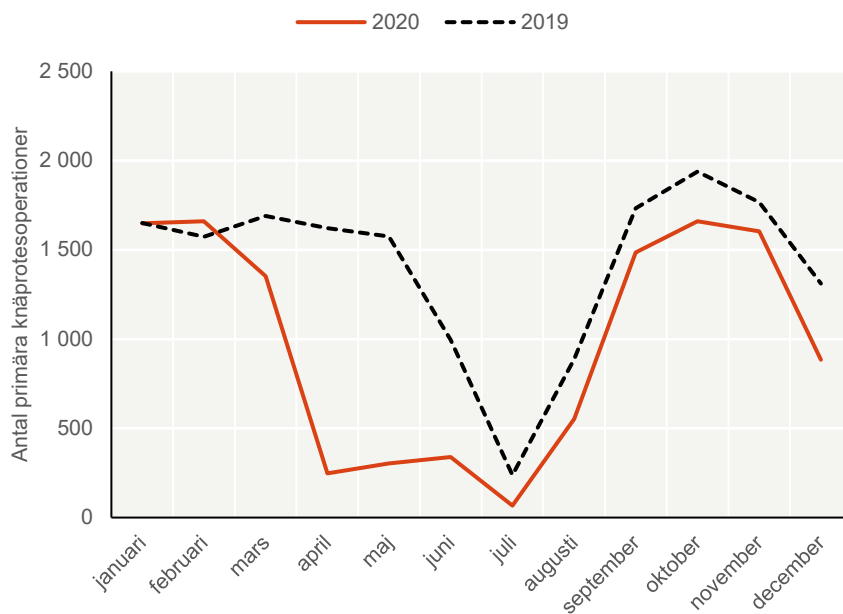
Höft- och knäprotesoperationer

När smittspridningen ökade i början av 2020 fick stora delar av den elektiva ortopedin ställas in för att frigöra sängplatser, ställa om narkospersonal till IVA-vård, men även för att skydda patienter i riskgrupp. Många ortopedavdelningar gjordes om till covidavdelningar. De elektiva protesoperationerna (både höft och knä) minskade med drygt 80 procent i april 2020 jämfört med april 2019. Den låga produktionen höll i sig över sommaren 2020. I september började operationsverksamheten komma igång och viss återhämtning gjordes, men nådde inte full kapacitet till följd av pandemin. För helåret 2020 minskade produktionen med 25 procent jämfört med 2019 för höftprotesoperationer och med 30 procent för knäproteser.

En analys genomförd av Svenska höftprotesregistret (SHPR) visar att bland de som opererats för höftfraktur, men framförallt bland de som genomgick revision, ses en ökad mortalitet under mars och april 2020. Däremot var det ingen bland de som opererades elektivt som avled inom 30 dagar. Den högre mortaliteten bland revisioner hänger troligen ihop med pandemin och kan bero på att det enbart var akuta revisioner som genomförts och dessa är vanligtvis förknippade med en högre mortalitet.

Det är stor variation mellan regionerna. Vissa har hållit igång en närmast normal verksamhet, medan andra har halverat produktionen jämfört med 2019.

Diagram 78 Antal primära knäprotesoperationer under 2019 - 2020.



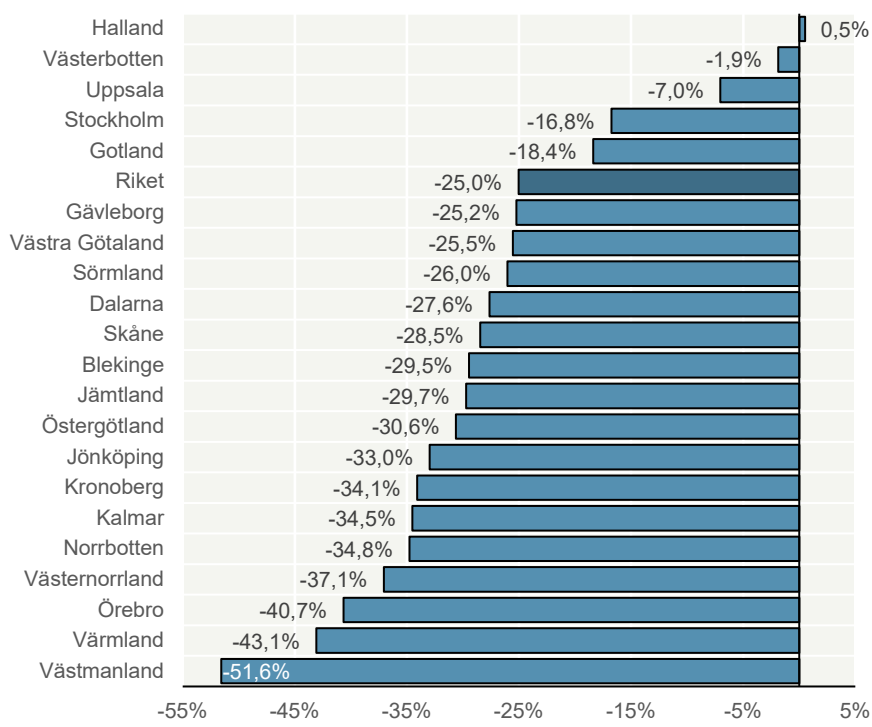
Källa: Svenska knäprotesregistret

Diagram 79 Antal primära höftprotesoperationer per månad 2019 - 2020.



Källa: Svenska höftprotesregistret (SHPR)

Diagram 80 Förändring av antal primära höftprotesoperationer mellan 2019 och 2020.



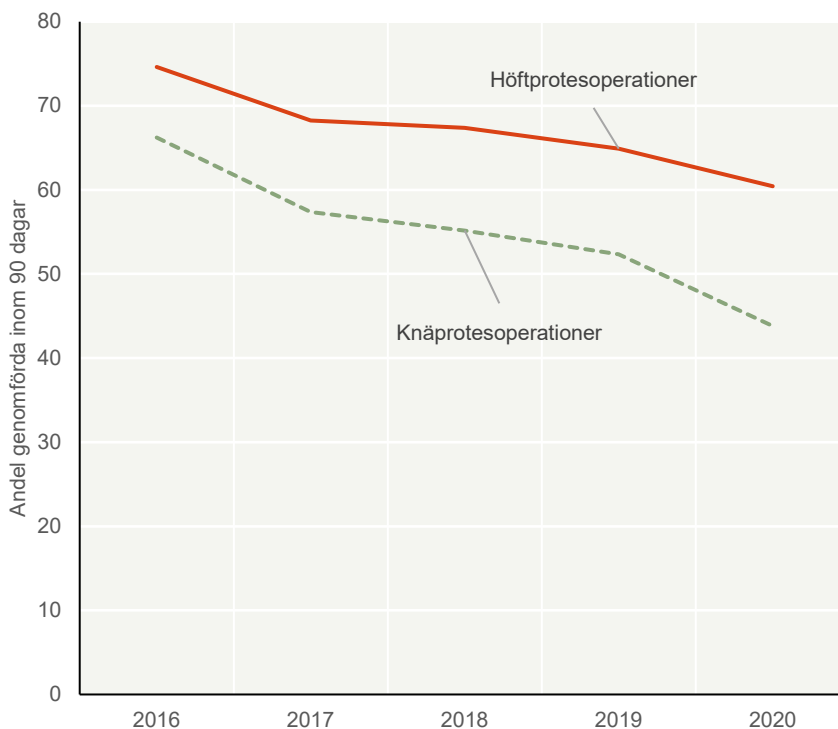
Källa: Svenska höftprotesregistret (SHPR)

En konsekvens av den låga produktionen är ökat antal väntande och allt längre väntetider.

Väntetidsdatabasen innehåller information om genomförda operationer. Till skillnad mot höft- och knäprotesregistren så är täckningsgraden något sämre och innehåller ungefär 70 procent av samtliga operationer. Mönstret är dock detsamma och antalet genomförda elektiva operationer minskar 37 procent (höftprotesoperationer) samt 45 procent (knäproteser) mellan 2019 och 2020.

Även andelen genomförda operationer inom 90 dagar har minskat och var knappt 44 procent för knäprotesoperationer och 60 procent för höftprotesoperationer 2020, att jämföras med 52 respektive 65 procent 2019.

Diagram 81 Andel genomförda höft- och knäprotesoperationer inom 90 dagar, 2016-2020.



Källa: Väntetidsdatabasen via Vården i siffror

Frakturer – utveckling under pandemin

Svenska Frakturregistret har analyserat förekomst av fotledsfrakturer under pandemin. Upplevelsen har varit att antalet frakturer minskade under våren 2020, vilket skulle vara en logisk följd av de restriktioner som infördes. Människor i ålder 70 år och uppåt uppmanades att hålla sig hemma på grund av risken för smitta. I tillägg till detta så ställdes skidsäsongen in, fotbollssäsongen kom inte igång för att nämna några exempel på områden som bidrar till aktivitetsorsakade frakturer. I studien jämfördes sju enheter med hög täckningsgrad i frakturregistret och förekomst av fotledsfrakturer under våren 2020 jämfördes med motsvarande period åren 2017-2019.

Resultaten visar att antalet fotledsfrakturer per månad minskade med 14 procent. Bland kvinnor över 70 år sågs den största minskningen med 29 procent. Sett till olika perioder under våren minskade antalet som mest under perioden 15 mars – 15 april, 26 procent, jämfört med motsvarande period 2017-2019.

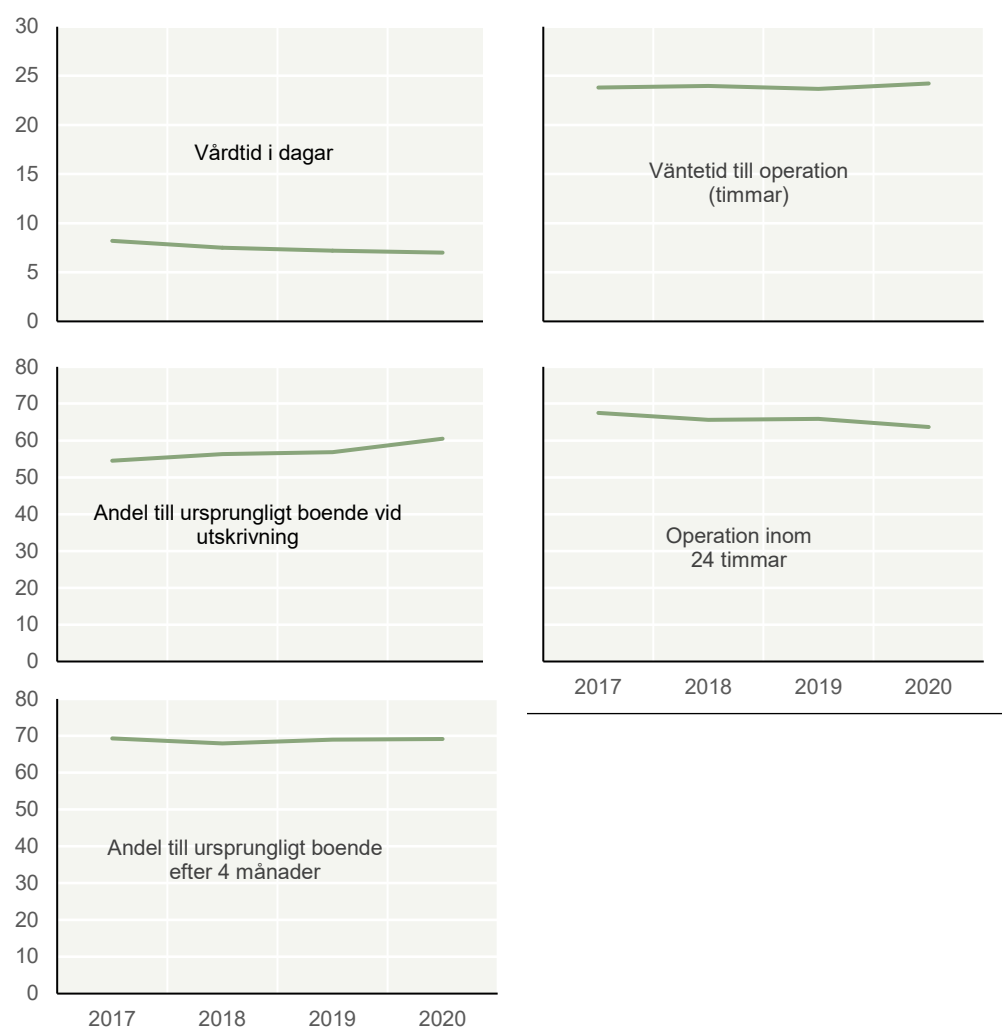
Kvalitet inom höftfrakturvård

Diagrammet nedan visar fem indikatorer från kvalitetsregistret Rikshöft. Den enda indikatorn som uppvisar ett negativt utfall för 2020 jämfört med tidigare år, är andelen som opereras inom 24 timmar efter ankomst till sjukhus.

Minskningen är marginell, med två procentenheter jämfört med 2019.

Medianväntetiden till operation ökade med i genomsnitt 33 minuter under 2020, till drygt 24 timmar. Vårdtid i dagar är ingen egentlig kvalitetsindikatorer, men relevant som spegling av eventuell ökad vårdplatsknapphet.

Diagram 82 Utvecklingen av fem kvalitetsindikatorer om höftfraktur från Rikshöft, 2017 – 2020.



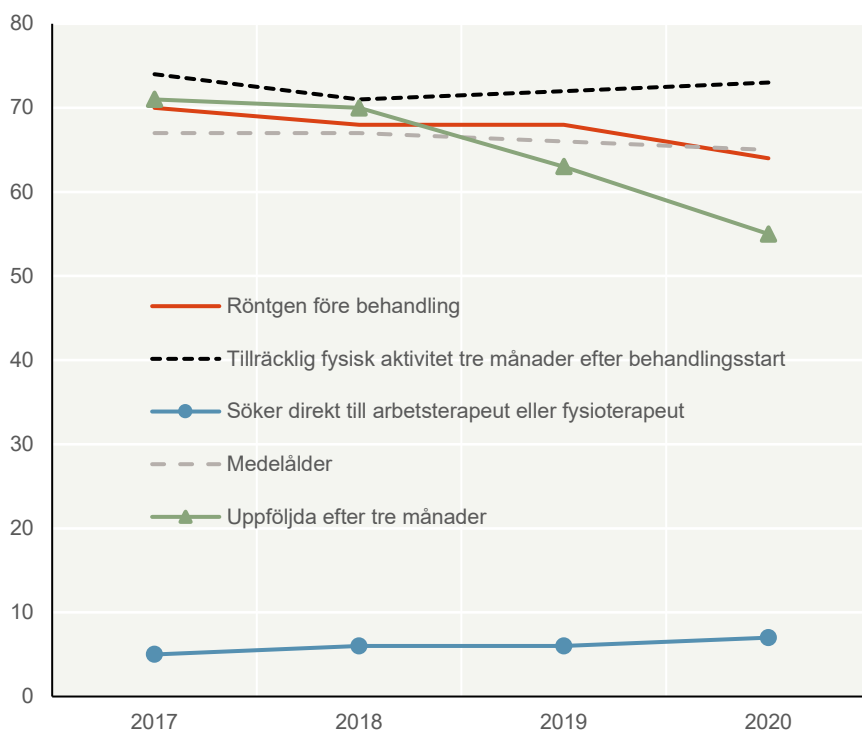
Källa: Rikshöft

Behandling för artros – utveckling under pandemin

Operation vid höft- och knäledsartros är åtgärder som vidtas när grund- och tilläggsbehandling inte längre ger önskad effekt. Utredning och grund- och tilläggsbehandling genomförs i primärvården. Till grundbehandlingen hör att patienterna får information om sjukdomen, hjälp med träning och viktkontroll.

I BOA-registret (Bättre Omhändertagande av patienter med Artros) finns uppgifter om cirka 115 000 patienter som svarar på enkäter vid tre olika tidpunkter; direkt före behandlingsstart, tre månader efter behandlingsstart samt efter ett år.

Diagram 83 Utvecklingen av fem kvalitetsindikatorer från BOA-registret, 2017 – 2020.



Källa: BOA-registret

Den positiva utvecklingen för kvalitetsindikatorerna har fortsatt även under pandemin, bortsett från andelen patienter som följs upp efter tre månader som har minskat med åtta procentenheter jämfört med 2019 och med 15 procentenheter jämfört med 2018.

Hälso- och sjukvårdsrapporten 2021

Hälso- och sjukvårdsrapporten är en årligen återkommande rapport som avser att beskriva läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården, med stöd av nationellt tillgängliga sjukvårdsdata. Fokus för årets rapport är ”ett år med corona”. I första hand är det utvecklingen i riket som presenteras, men med inslag av jämförelser mellan regionerna. Det finns en ambition att binda ihop den här rapporten med de rapporter om *Pandemin och hälso- och sjukvården* som publicerades i november 2020, respektive mars 2021. Mer av öppna jämförelser mellan regionerna finns att tillgå på Vården i siffror.

Upplysningar om innehållet
Sofia Tullberg, sofia.tullberg@skr.se

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2021
ISBN: 978-91-7585-936-1
Text: Sveriges Kommuner och Regioner