

I skuggan av covid-19

Förändringar i befolkningens
vårdkonsumtion till följd av
pandemin under 2020



Citera gärna ur Vård- och omsorgsanalys publikationer, men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad på www.vardanalys.se

Beställning av tryckta publikationer:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021
Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm
Omslagsbild: Getty Images International
Tryck: ÄTTA.45 Tryckeri
ISBN 978-91-88935-33-5



I skuggan av covid-19

Förändringar i befolkningens vårdkonsumtion
till följd av pandemin under 2020

Beslut om den här rapporten har fattats av styrelsen för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Utredaren Simon Jehrlander har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har projektdirektören Nils Janlöv, analyschefen Caroline Olgart Höglund och chefsjuristen Catarina Eklundh Ahlgren deltagit.

Stockholm den 19 maj 2021
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell
Styrelseordförande

Anna Dunér
Vice styrelseordförande

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Håkan Ceder
Styrelseledamot

Johanna Adami
Styrelseledamot

Titti Mattsson
Styrelseledamot

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Förord

Trots att vård- och omsorgspersonal pressat sig till det yttersta för att rädda liv, har kapaciteten för delar av hälso- och sjukvårdssystemet inte varit tillräcklig under pandemin. Det har inneburit att planerad vård behövt senareläggas. Pandemin har också medfört att många i befolkningen valt att inte uppsöka hälso- och sjukvården, trots att de skulle behöva det. Prioriteringarna och beteendeförändringarna har lett fram till ett uppdämt vårdbehov som sannolikt kommer påverka oss lång tid framöver.

Syftet med den här rapporten är att på övergripande nivå beskriva de vårdkonsumtionsförändringar som ägt rum till följd av pandemin under 2020. Fokus är inte på vårdkonsumtionen för de personer som blivit sjuka i covid-19. Vi fokuserar istället på de indirekta effekterna som pandemin haft på övrig vård. Rapporten utgör ett underlag om hur befolkningen upplevt tillgången till vård under pandemin, som vi hoppas kan bidra till insikter i hanteringen av det uppdämda vårdbehovet och hur vården kan anpassas för att bättre möta utmaningar av liknande slag i framtiden.

Arbetet med rapporten har letts av projektledaren Simon Jehrlander. I projektgruppen har även analytikerna Sara Blume, Johan Frisk och Alexander Hedlund Kancans samt projektdirektören Nils Janlöv och juristen Timothy Hallgren deltagit. Marika Wenemark vid Linköpings universitet har bidragit vid utformningen av enkäten. SKOP analys AB har administrerat enkätutskicket. Vi vill rikta ett varmt tack till alla som tagit sig tid att svara på vår enkät.

Stockholm juni 2021

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Pandemin har medfört en svår balansgång mellan att omhänderta patienter med covid-19 och samtidigt möta befolkningens övriga vårdbehov. Ytterst har vården behövt ställa om för att omhänderta ett snabbt ökat antal allvarligt sjuka i covid-19. Samtidigt har många i befolkningen valt att inte söka vård för övriga behov, trots att de skulle behöva det. Vård- och omsorgsanalys ger därför en övergripande bild av de vårdkonsumtionsförändringar som ägt rum till följd av pandemin under 2020. Vi fokuserar på de förändringar i vårdefterfrågan och vårdutbud som pandemin haft på annan vård än för omhändertagande av sjuka i covid-19.

Vi vill särskilt lyfta fram följande resultat från vår enkät:

- Nära 40 procent av befolkningen har antingen avstått från eller väntat längre med att söka vård och då inte sällan utövat egenvård under pandemin.
- Av dem som undvikit eller väntat längre med att söka vård anger 77 procent att ovilja att belasta vården påverkat sökbeteendet. Nära 60 procent anger också att rädsla att smittas av covid-19 under vårdbesöket bidragit till att de avstått eller avvaktat att söka vård.
- Drygt 15 procent av befolkningen anger att vården antingen ställt in, senarelagt eller nekat deras vård på grund av pandemin. Var sjätte person anser att det under pandemin varit svårt att få kontakt med vården.
- 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.
- 7 procent av befolkningen anger att de under pandemin fått ett försämrat hälsotillstånd på grund av vård som de antingen avstått från själva eller blivit inställd på vårdens initiativ.

Vi kommer fram till följande slutsatser:

- ▶ Det krävs bearbetning och kvalitetssäkring för att presentera statistik från väntetidsdatabasen.
- ▶ Efterfrågan på annat än covid-19-vård har minskat kraftigt – både självupplevd och medicinskt bedömd.
- ▶ Medvetna ransoneringar, smittskyddsåtgärder samt personal- och materialbrist har minskat utbudet av övrig vård under pandemin.
- ▶ Åtgärder för att minska smittspridning har lett till ökad användning av digitala vårdkontakter.
- ▶ Vårdens omställning och befolkningens ändrade vårdssökande beteende har lett till ett uppdämt vårdbehov som är större än vad väntetidsdatabasen visar.
- ▶ Riskgrupper och personer med långvariga hälsobesvär har minskat sin vårdkonsumtion mest.

Vi lämnar följande rekommendationer:

- ▶ Regionerna bör förstärka tillgängligheten i första linjens vård, öka inslaget av gemensam produktions- och kapacitetsplanering för att hantera det uppdämda behovet av operationer samt fortsätta uppmana befolkningen att söka vård vid behov.
- ▶ Regering, berörda myndigheter och regioner bör särskilt följa upp hur pandemin påverkat vårdbehovet för personer med långvariga hälsobesvär och riskgrupper för covid-19 i syfte att motverka risker för undanträngning.
- ▶ Regeringen bör ge myndigheter i uppdrag att analysera vårdkonsumtionens utveckling genom befolkningsundersökningar för att få aktuella och kompletterande uppgifter.
- ▶ Regeringen bör verka för god datakvalitet i väntetidsdatabasen och parallellt införliva motsvarande information i ett utvidgat nationellt patientregister enligt officiell statistik.

Sammanfattning

Pandemin har prövat kapaciteten och omställningsförmågan i hälso- och sjukvården. Det har medfört en svår balansgång mellan att ställa om för att omhänderta patienter med covid-19 och samtidigt möta befolkningens övriga vårdbehov. Till exempel lyckades svensk vård på kort tid dubblera antalet intensivvårdsplatser, bland annat genom att många verksamheter ställt in planerad vård och kraftigt reducerat sin verksamhet. Vårdutbudet har alltså förändrats utifrån de nya vårdbehov som uppstått i och med pandemin. Samtidigt har många i befolkningen valt att inte söka vård, för att undvika att bli smittade.

Pandemin har således på ett direkt sätt utökat befolkningens vårdbehov och samtidigt indirekt medfört ett förändrat beteende avseende hur befolkningen söker vård. Kombinationen av både ett snabbt utökat vårdbehov för patienter med covid-19 och ett kvarstående vårdbehov för övrig vård har skapat en situation med ett till vissa delar uppdämt vårdbehov. Detta kan bland annat ses i form av inställd eller senarelagd vård, men också i form av hälsobehov där befolkningen inte sökt vård.

SYFTET ÄR ATT SKAPA EN SAMLAD BILD AV VÅRDKONSUMTIONFÖRÄNDRINGARNA UNDER PANDEMIN

Syftet med den här rapporten är att på övergripande nivå beskriva de förändringar i vårdkonsumtionen som ägt rum under 2020 till följd av covid-19-pandemin. Vårt fokus är inte på vården av patienter med covid-19, som bland annat kan ses i form av ett tydligt ökat behov av sjukhusvård, i synnerhet intensivvård. Vi fokuserar i stället på pandemins indirekta effekter på övrig vårdefterfrågan och vårdutbud. Vid sidan av de direkta effekterna ser vi nämligen att förändringarna i vårdkonsumtion påverkats både av att



befolkningen ändrat sitt vårdsökarbeteende och att hälso- och sjukvården gjort prioriteringar och ransoneringar i det övriga vårdutbudet till följd av hälso- och sjukvårdens omställning på grund av pandemin.

Med uppdämt vårdbehov menar vi i den här rapporten kvarvarande vårdbehov som på grund av pandemin

1. inte lett till efterfrågan på vård hos befolkningen, eller
2. inte mötts av vården på grund av vårdens ransoneringar, smittskyddsåtgärder eller förändrade arbetssätt.

Arbetet har utgått från följande frågeställningar:

- På vilket sätt och varför har covid-19-pandemin påverkat befolkningens efterfrågan på övrig vård?
- På vilket sätt och varför har covid-19-pandemin påverkat övrigt vårdutbud?
- Hur har befolkningens sammantagna vårdkonsumtionsmönster förändrats under covid-19-pandemin?

För att möta syftet med rapporten och besvara våra frågeställningar har vi utgått från följande delstudier och angreppssätt:

- En enkät riktad till en webbaserad befolkningspanel bestående av slumpmässigt rekryterade individer i fem regioner för att undersöka förändringar i vårdkonsumtion ur ett patientperspektiv. Enkäten genomfördes i december 2020. Vårt urval av regioner behöver inte spegla befolkningen i riket, men hädanefter kallar vi de svarande för befolkningen.
- En kvantitativ beskrivning av vårdkonsumtionsförändringarna under 2020 utifrån SKR:s väntetidsdatabas.
- En dokumentstudie för att övergripande beskriva de förändringar i vårdutbud som ses på grund av pandemin under 2020.

I syfte att säkerställa enkätundersökningens representativitet har urvalet i den webbaserade befolkningspanelen stratifierats utifrån ålder, kön och utbildningsnivå. Därtill viktas materialet utifrån dessa variabler så att det överensstämmer med befolkningens sammansättning. Vi har dock inte haft möjlighet att kontrollera för representativet avseende svensk eller utländsk bakgrund, något som generellt är svårt att säkerställa i enkätundersökningar.

VÅRA RESULTAT UTMYNNAR I SEX ÖVERGRIPANDE SLUTSATSER

Figur 1 nedan sammanfattar våra huvudsakliga slutsatser.

Figur 1. Slutsatser baserat på rapportens huvudsakliga resultat.

	▼ Slutsatser	▼ Resultat
1	Det krävs bearbetning och kvalitetssäkring för att använda statistik från väntetidsdatabasen	<ul style="list-style-type: none"> • Bristande täckningsgrad och bortfall begränsar möjligheterna att följa primärvårds-kontakterna under pandemin • Stora variationer i registrerat data för specialiserad vård i väntetidsdatabasen leder på bristande kvalitetskontroll • I studien avgränsas materialet för att minimera brister i informationen i väntetidsdatabasen
2	Efterfrågan på annat än covid-19-vård har minskat kraftigt – både självpplävd och medicinskt bedömd	<ul style="list-style-type: none"> • Nära 40 procent av befolkningen har avbokat, avstätt från eller avvakat med att söka vård eller utövat egenvård • Ovilja att belasta vården i onödan uppges som främsta skäl till att inte söka vård • Läkarbesöken i primärvården minskade markant våren 2020, minskningen var större för vårdgarantibesök än för övriga besök • Infloedet av patienter som väntar på specialiserad vård har minskat kraftigt, vilket delvis kan bero på mindre efterfrågan • Öydlig kommunikation om när man ska söka vård kan ha bidragit till ett förändrat vård sökarkarbete
3	Medvetna ransoneringar, smittskyddsåtgärder samt personal- och materialbrist har minskat utbudet av övrig vård under pandemin	<ul style="list-style-type: none"> • Pandemin har aktualiserat och prövat hälso- och sjukvårdens prioriteringsarbete • Drygt 15 procent av befolkningen anger att vården ställt in eller senarelägt deras vård på grund av pandemin • Var sjätte person anser att det blivit svårare att komma i kontakt med vården liksom möjligt helen att få ett vårdbesök • Det finns regionala skillnader i andelen personer som nekats vård på grund av pandemin • Antalet operationer och första besök inom specialiserad vård minskade under 2020
4	Åtgärder för att minska smittspridning har lett till ökad användning av digitala vård-kontakter	<ul style="list-style-type: none"> • Pandemin har påskyndat omställningen till digitala arbetsätt • Fler anger att de ersatt mottagningsbesök på plats med telefonsamtal och digitala vårdbesök • Antalet primärvårdsbesök har minskat under pandemin, trots förändrade arbetsätt • Pandemin har medfört fler samtal till 1177 Vårdguiden på telefon
5	Vårdens omställning och befolkningsändrade vård sökarkarbete har lett till ett uppdamt vårdbehov som är större än vad väntetidsdatabasen visar	<ul style="list-style-type: none"> • Det uppdamda vårdbehovet inom specialiserad vård uppskattas utifrån väntetidsdatabasen • Skattningen kompletteras med befolkningens bedömning av kvarvarande vårdbehov under pandemin • Enkätresultatet indikerar att det uppdamda vårdbehovet medfört ett försämrat hälsotillstånd hos sju procent av befolkningen • Det finns ett uppdamt behov av förebyggande vård såsom screening • Pandemin har också medfört nya vårdbehov som är svåra att följa med befintliga register
6	Riskgrupper och personer med långvariga hälsobesvär har minskat sin vårdkonsumtion mest	<ul style="list-style-type: none"> • Personer med långvariga hälsobesvär har i högre grad förändrat sitt vård sökarkarbete • Grupper med större vårdbehov tycks ha påverkats mer av vårdens ransoneringar • Personer med långvariga sjukdomar, riskgrupper för covid-19 och kvinnor har ett större kvarvarande behov av vård • Personer med långvariga sjukdomar, riskgrupper för covid-19 och äldre är mer oroliga än andra • Infloedet av väntande patienter varierar mycket mellan vårdområden inom specialiserad vård • Det finns betydande regionala skillnader i antalet utförda första besök, operationer och återbesök inom specialiserad vård

Vår enkätundersökning, i kombination med bearbetad information från väntetidsdatabasen, visar att befolkningen efterfrågat betydligt mindre vård sedan pandemin började (vid sidan av akut covid-19-vård). Vi ser också att utbudet av vård har minskat på grund av ransoneringar, smittskyddsåtgärder samt brist på personal och skyddsutrustning. Åtgärderna för att minska smittspridning har även lett till nya sätt att arbeta och möta patienterna, exempelvis med fler digitala vårdbesök. Det minskade vårdutbudet och det förändrade vårdsökarbeteendet har sammantaget lett till ett uppdämt vårdbehov. Det uppdämda vårdbehovet är i sin tur inte jämnt fördelat i befolkningen, utan exempelvis personer med långvariga hälsobesvär och personer i riskgrupp för covid-19 har i större utsträckning själva valt att avstå från eller avvakta med att få vård.

Det krävs bearbetning och kvalitetssäkring för att presentera statistik från väntetidsdatabasen

Det är svårt att följa upp pandemins effekter på vårdkonsumtionen i Sverige på grund av brister i nationell statistik. Det gäller generellt för besök och kontakter i primärvård och för återbesök i specialiserad vård. För primärvården är SKR:s väntetidsdatabas den enda nationella datakällan med uppgifter över vårdkonsumtion på månadsbasis under 2020. Vi ser dock brister i både täckningsgrad (som visar hur stor andel av den avsedda populationen som finns i registret) och generell tillförlitlighet. Vi har jämfört med SKR:s verksamhetsstatistik, som redovisar årlig vårdkonsumtion, och uppskattar att väntetidsdatabasen innehåller 17 miljoner färre fysiska primärvårdsbesök än verksamhetsstatistiken för 2020 (det vill säga exklusive telefon-, brev- och digitala kontakter).

Det är oklart vilken av dessa datakällor som stämmer bäst med verkligheten. Båda ska dock fånga samtliga vårdkontakter i primärvården, och de utgår också från samma definition av verksamhetsområden inom primärvård. Vi bedömer dock att väntetidsdatabasen har låg täckningsgrad i vissa regioner. Exempelvis finns stora regionala variationer i antalet kontakter per invånare, och vi bedömer att variationerna inte är realistiska i relation till uppgifter om vårdkonsumtionen per invånare i riket.

Sammantaget uppskattar vi att endast cirka 53 procent av samtliga fysiska primärvårdsbesök under 2020 rapporterats in till väntetidsdatabasen i förhållande till verksamhetsstatistiken. För vissa regioner framstår täckningsgraden som ännu lägre. Täckningsgraden varierar också kraftigt mellan olika yrkeskategorier, men för läkarbesök i primärvården är täckningsgraden på riksnivå cirka 74 procent.

Under pandemin har hälso- och sjukvården ställt om för att möta patienter genom distansbesök, inte minst i primärvården. Separat information över antalet digitala besök visar en markant ökning från och med mars 2020. Det är dock oklart hur dessa kontakter rapporteras in till och registreras i väntetidsdatabasen. Vår samlade bedömning är därför att väntetidsdatabasen inte ger en fullständig bild av primärvårdens utveckling under 2020.

Statistikbristerna gäller även för den specialiserade vården, med både misstänkta felregistreringar och stora skillnader i täckningsgrad mellan regioner. Dessutom saknas analyser av täckningsgrad och eventuellt bortfall, vilket också gör det svårt att tolka informationen i databasen.

Vi väljer därför att endast studera avgränsade delar av informationen från väntetidsdatabasen, exempelvis regioner där väntetidsdatabasens täckningsgrad avseende fysiska läkarbesök inom primärvården uppskattas överstiga 80 procent. Vi väljer också att se till helårsuppgifter när vi studerar vårdkonsumtionen på regionnivå och för olika medicinska specialiteter, eftersom de bedöms vara mer robusta mot kvalitetsbrister än uppgifter per månad. Dessutom kompletterar vi med information om vårdkonsumtionens utveckling utifrån vår enkät.

Efterfrågan på annat än covid-19-vård har minskat kraftigt – både självupplevd och medicinskt bedömd

Vi ser stora förändringar i hur befolkningen sökt vård under pandemin. Enkätundersökningen visar att nära 40 procent har avbokat ett vårdbesök, avstått från att söka vård, väntat längre med att söka vård eller utövat egenvård i stället för att söka vård. Nästan var femte person har någon gång under pandemin avstått från att söka vård. Det vanligaste skälet är att man inte vill belasta vården, men många är också rädda för att smittas av covid-19.

Den minskade efterfrågan på vård kan också observeras i vår bearbetning av nationell vårdkonsumtionsstatistik. Under våren 2020 minskade antalet genomförda läkarbesök i primärvården kraftigt, och särskilt vårdgarantibesök, det vill säga besök för nya eller kraftigt försämrade hälsotillstånd. Totalt genomfördes cirka 2,7 miljoner färre fysiska läkarbesök i primärvården under 2020 jämfört med 2019. Det innebär en minskning med 20 procent. Vi kan dock inte utifrån denna statistik avgöra om minskningen beror på förändrad efterfrågan eller förändrat utbud inom primärvården.

Även för den specialiserade vården ser vi en tydlig nedgång i nya patienter som väntar på vård. Inflödet av patienter som väntar på ett första besök minskade med 7 procent under 2020 jämfört med medelvärdet för 2017–2019. Inflödet av patienter som väntar på en operation minskade med



18 procent och med 8 procent för återbesök. Det är svårt att veta vad detta beror på, eftersom förändringarna även kan bero på minskad tillgänglighet tidigare i vårdkedjan. Troligtvis beror minskningen i inflödet av väntande på specialiserad vård på en kombination av beteendeförändringar hos patienterna och förändringar i när och hur patienter sätts upp på väntelistor samt färre remisser från övriga delar av hälso- och sjukvården.

Medvetna ransonerings-, smittskyddsåtgärder samt personal- och materialbrist har minskat utbudet av övrig vård under pandemin

Hälso- och sjukvården har snabbt fått ställa om sin kapacitet för att möta det ökade vårdbehovet och bygga upp en beredskap. Men omställningen har minskat möjligheterna att ta hand om patienter som inte har akuta behov. Vi ser att regionerna medvetet har ransonerat vården genom att ställa in planerade operationer, bland annat på grund av personalbrist, men även till följd av brist på förbrukningsmaterial och läkemedel. Därtill har patienter i riskgrupper avrått från vissa kontakter, utredningar och ingrepp på grund av risken för smittspridning inom vården.

Från enkäten framgår att drygt 15 procent av befolkningen påverkats av vårdens ransonerings- på grund av pandemin, genom att de nekats ett vårdbesök eller att vårdbesöket avbokats eller skjutits fram av hälso- och sjukvården.

Med ett minskat vårdutbud kan det även bli svårare att komma i kontakt med vården, vilket många också anger i sina enkätsvar. 16 procent anger att väntetiderna till primärvården blivit längre under pandemin. Ungefär lika många anser att det har blivit svårare att få ett vårdbesök eller komma i kontakt med vården.

Utbudsförändringarna kan delvis följas genom att studera antalet genomförda besök och operationer i vården. Inom specialiserad vård ser vi att antalet så kallade första besök minskade med 7 procent under 2020 jämfört med medelvärdet för 2017–2019. Det innebär att cirka 134 000 färre patienter fick ett första besök i den specialiserade vården. Antalet operationer minskade med 19 procent, vilket motsvarar 114 000 färre operationer. Detta är sannolikt en underskattning eftersom väntetidsdatabasen endast omfattar ett urval av operationer.

Åtgärder för att minska smittspridning har lett till ökad användning av digitala vårdkontakter

Behovet av att minska smittspridningen har lett till att vården ställt om sitt sätt att möta patienter, vilket också förändrat vårdutbudet. Den kanske största omställningen är att allt fler vårdkontakter erbjuds på distans, särskilt digitalt. Samtidigt ökar efterfrågan på distanskontakter från personer som är rädda för att smittas eller inte vill belasta vården.

Sammantaget har allt fler i befolkningen genomfört digitala vårdbesök under pandemin. Enligt väntetidsdatabasen och data från Region Sörmland, där merparten av de digitala privata vårdgivarna registrerar sina besök, ökade andelen digitala läkarbesök av totalt antal primärvårdsbesök hos läkare från cirka 10 procent i början av 2020 till 25 procent vid årets slut. Resultatet visar att antalet digitala läkarbesök i primärvården mer än fördubblades under perioden. I vår enkät hade också 19 procent haft något slags digitalt vårdbesök under pandemin. Drygt 17 procent anger att de haft ett digitalt vårdbesök i stället för ett mottagningsbesök under pandemin.

Enligt väntetidsdatabasen och enkäten har andelen hembesök i primärvården varit relativt konstant under pandemin. Vården verkar alltså inte ha genomfört fler hembesök för att undvika fysiska besök på primärvårdsmottagningen.

Vårdens omställning och befolkningens ändrade vårdsoökarbeteende har lett till ett uppdämt vårdbehov som är större än vad väntetidsdatabasen visar

Ett sätt att undersöka omfattningen av det uppdämda vårdbehovet är genom att studera utvecklingen av antalet patienter som väntar på en vårdinsats. I den specialiserade vården har dock detta antal inte förändrats särskilt mycket under 2020, trots stora förändringar i både inflödet av väntande och i utflödet – som består av genomförda första besök och operationer. Det beror på att antalet personer som väntar på en vårdinsats påverkas av både inflödet av nya patienter och av antalet genomförda vårdinsatser. Stora, men likartade, förändringar för dessa båda faktorer kan därför få liten effekt på antalet väntande. Det är därför väsentligt att studera dessa båda faktorer separat.

Vid vår uppskattning av det uppdämda vårdbehovet utgår vi i ett första skede från att befolkningens faktiska vårdbehov är tämligen konstant över tid. Vi antar därmed att det inflöde av patienter som ses i väntetidsdatabasen



under pandemin inte speglar befolkningens faktiska vårdbehov – på grund av ändrat vårdsökarbeteende och ändrat vårdutbud. Vi uppskattar i stället inflödet under pandemin utifrån medelvärden i väntetidsdatabasen under de tre senaste åren. Givet antagandet om att inflödet av väntande patienter var lika stort som tidigare år finner vi att antalet som väntar på ett första specialistbesök skulle vara 59 procent högre vid slutet av 2020 än vad som redovisas i väntetidsdatabasen. Och antalet som väntar på operation skulle vara 83 procent högre.

Men de vårdbehov som skjutits upp behöver inte fullt ut överensstämma med dem som fanns före pandemin. En del av vårdbehoven gäller troligen sjukdomar och skador som blir bättre med tiden, utan vårdåtgärder. Å andra sidan kan minskad vårdkonsumtion i dag medföra att sjukdomar upptäcks i ett senare skede, när de har blivit allvarligare, vilket kan leda till högre vårdkonsumtion än om patienten fått vård i ett tidigt stadium.

För att uppskatta hur stor del av den historiska nivån på vårdbehovet som kan antas vara bestående över tid utgår vi i ett sista steg från våra enkätsvar om kvarvarande vårdbehov i befolkningen. Dessa visar att totalt 58 procent av dem som avstått från eller fått sin vård senarelagd anser att de fortfarande behöver den aktuella vården. Om denna andel appliceras på antalet som väntar på första besök eller operation i den specialiserade vården, ser vi fortsatt ett uppdämt vårdbehov som är väsentligt större än vad den nationella statistiken visar. Antalet väntande på ett första besök inom den specialiserade vården skattas då till 99 000 fler väntande, eller cirka 34 procent högre, än vad som ses i väntetidsdatabasen. På motsvarande sätt skulle antalet väntande på operation vid slutet av 2020 vara cirka 48 procent högre, eller 63 000 fler, än vad väntetidsdatabasen anger.

Vår uppskattning av det uppdämda vårdbehovet inom specialiserad vård enligt ovan är troligen lågt räknad eftersom väntetidsdatabasen inte täcker alla vårdområden.

Riskgrupper och personer med långvariga hälsobesvär har minskat sin vårdkonsumtion mest

Våra resultat visar att pandemin påverkat hur befolkningen söker och tar emot vård. Men då vårdkonsumtionen utvecklats på olika sätt inom olika medicinska specialiteter och regioner är det viktigt att undersöka om det finns särskilda patientgrupper som påverkats mer än andra, och därför har ett större uppdämt vårdbehov.

Enligt enkätresultaten har personer med långvariga hälsobesvär i större utsträckning själva valt att avvakta med att söka vård än övriga i befolkningen.

Personer i riskgrupper och personer med långvariga hälsobesvär verkar även i större utsträckning påverkats av vårdens ransoneringar under pandemin. Vi kan också se att en större andel inom dessa grupper har ett kvarvarande behov jämfört med befolkningen i övrigt. De anger alltså i större utsträckning att de behöver den vård som de inte fått under pandemin, antingen självvänt eller på vårdens initiativ.

REKOMMENDATIONER

Utifrån våra slutsatser ger vi fyra rekommendationer.

- ▶ *Regionerna bör förstärka tillgängligheten i första linjens vård, öka inslaget av gemensam produktions- och kapacitetsplanering för att hantera det uppdämda behovet av operationer samt fortsätta uppmana befolkningen att söka vård vid behov*

Det är svårt att summera den exakta omfattningen av det uppdämda vårdbehovet inom första linjens vård, och att avgöra om det är särskilt omfattande för vissa patientgrupper eller insatsområden. Våra resultat visar dock att det finns ett stort kvarvarande vårdbehov, som inte har omsatts i efterfrågan på vård bland befolkningen. Det kan handla om såväl förebyggande som diagnostiserande eller behandlande insatser. Mest centralt är dock att en stor del av detta kvarvarande behov inte genomgått en medicinsk bedömning och hälso- och sjukvården har därmed inte kännedom om hur allvarliga tillstånden är. Bland annat ser vi att vårdgarantibesök hos läkare, det vill säga besök för nya eller kraftigt försämrade hälsotillstånd, minskat mer än övriga läkarbesök i primärvården. Den minskade efterfrågan på medicinska bedömningar via första besök kan medföra att sjukdomar upptäcks i ett senare skede, då hälsotillstånden försämrats. Det gäller särskilt behov som inte kunnat fångas upp inom primärvården, men även vid första besök i specialiserad vård.

Regioner och myndigheter har uppmanat befolkningen att söka vård vid behov, men det finns tecken på att budskapet inte nått fram fullt ut. Vår enkätundersökning visar att många inte vill belasta vården. Rädsla för att smittas av covid-19 under vårdbesöket är också ett skäl till att avvakta med att söka vård.

Vi rekommenderar därför regionerna att förstärka tillgängligheten i första linjens vård, inklusive första besök inom specialiserad vård. De bör också fortsätta att uppmana och understryka vikten av att befolkningen söker vård vid behov, och samtidigt informera om arbetet med rutiner mot smittspridning i samband med vårdbesök.



För operationer och behandlingar inom den specialiserade vården rekommenderar vi regionerna att utöka inslaget av gemensam produktions- och kapacitetsplanering – både mellan och inom regioner – för att hantera det uppdämda vårdbehovet. Då både vårdefterfrågan och vårdutbud varierar mellan olika sjukdomsgrupper och regioner, är det i en situation med ett stort uppdämt vårdbehov hos befolkningen särskilt angeläget att nyttja systemets samlade kapacitet på ett så effektivt sätt som möjligt. Ett sätt kan vara att gemensamt samordna väntelistor på nationell nivå för särskilt kritiska tillstånd, då väntetiderna bör kunna kortas genom att regionala skillnader i behov och kapacitet matchas på ett effektivare sätt. Vi ser också att regionerna behöver se över hur kapaciteten inom regionerna används på bästa sätt, inklusive privata aktörer.

En viktig delmängd i en utökad gemensam kapacitets- och produktionsplanering är även att stärka informationen till patienterna om deras möjlighet att inom landet fritt välja vårdgivare – såväl offentliga som privata – av både primär- och specialiserad öppenvård. Regionerna är också skyldiga att erbjuda vård hos en annan vårdgivare (exempelvis i en annan region) om vårdgarantin inte kan infrias, och detta utan merkostnad för patienten (9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL).

- ▶ *Regering, berörda myndigheter och regioner bör särskilt följa upp hur pandemin påverkat vårdbehovet för personer med långvariga hälsobesvär och riskgrupper för covid-19 i syfte att motverka risker för undanträngning*

En grundläggande princip inom hälso- och sjukvården, som också är lagreglerad, är att de individer som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ha företräde till vården. Med andra ord: principen om vård efter behov.

Riskgrupper och personer med långvariga hälsobesvär har påverkats mer än andra av vårdens ransoneringar. Vi ser exempelvis att en större andel upplever ett kvarvarande vårdbehov, jämfört med dem som inte tillhör en riskgrupp för covid-19.

Det uppdämda vårdbehovet kan vara särskilt omfattande bland riskgrupper för covid-19 och personer med långvariga hälsobesvär. Vi rekommenderar därför regeringen, berörda myndigheter och regioner att särskilt följa utvecklingen av vårdinsatserna för dessa grupper så att deras vårdbehov inte trängs undan.

► *Regeringen bör ge myndigheter i uppdrag att analysera vårdkonsumtionens utveckling genom befolkningsundersökningar för att få aktuella och kompletterande uppgifter*

Pandemin har medfört snabba förändringar i vårdkonsumtionen. Men det är svårt att ge en aktuell sammanställning av vårdkonsumtionen med hjälp av de nationella datakällorna, särskilt i primärvården, men även delvis i den specialiserade vården. Patientregistret, där alla läkarbesök och slutenvårdstillfällen i specialiserad vård ska rapporteras in från regionerna, bedöms ha hög täckningsgrad, men det tar lång tid från det att data inrapporteras tills att informationen redovisas i registret. Därför är det viktigt att komplettera bilden av vårdkonsumtionen med andra metoder, såsom befolkningsundersökningar. Det kan också ge kunskap om patienternas och befolkningens vårdsökarbeteende, vilket inte direkt går att fånga via registerdata. Undersökningar till befolkningen gör det också möjligt att undersöka om ändrad vårdkonsumtion beror på förändringar i efterfrågan på vård eller i utbudet av vård, vilket inte går att avgöra utifrån statistik över slutlig vårdkonsumtion.

Vi rekommenderar därför regeringen att ge myndigheter i uppdrag att inhämta sådan kunskap via olika former av befolkningsundersökningar.

► *Regeringen bör verka för god datakvalitet i väntetidsdatabasen och parallellt införliva motsvarande information i ett utvidgat nationellt patientregister enligt officiell statistik*

För att göra oberoende systematiska uppföljningar och analyser av vården måste det finnas register och sammanhållna databaser av god kvalitet. Grundläggande krav är att externa användare kan ta del av registrets eller databasens syfte, innehåll och omfång på ett tydligt och transparent sätt, och att eventuella brister i inrapporteringen framgår. Det ska alltså framgå vilka som är ansvariga för att rapportera in uppgifter till registret eller databasen, hur uppgifterna definieras och avgränsas i form av variabellistor och om registret eller databasen innehåller känt bortfall av något slag. Om någon del av denna grundläggande information saknas finns risk för inkorrekta analyser och uppföljningar, och i förlängningen risk för att resultaten används i styrning som leder fel.

Pandemin har understrukit behovet av att snabbt kunna följa hur befolkningens vårdbehov ser ut, och om hälso- och sjukvården kan möta detta behov. En central del är här att följa den övergripande utvecklingen



av befolkningens kontakter, besök och behandlingar inom olika delar av vården. Vi ser dock att det idag inte går att få en heltäckande bild av kontakterna, besöken och väntetiderna inom primärvården – inklusive digital vård – utifrån väntetidsdatabasen som administreras av SKR. Detta är extra bekymmersamt eftersom databasen är den enda nationellt tillgängliga källan på området.

På kort sikt bör därför regeringen i eventuella nya överenskommelser med SKR, eller på annat lämpligt sätt, ställa utökade krav på att väntetidsdatabasen måste uppfylla vissa grundläggande krav för att tjäna som grund för nationell uppföljning av kontakt-, besöks- och väntetidsutvecklingen inom primärvården.

På längre sikt ser vi störst potential i Socialstyrelsens förslag om att uppgifter från primärvården ska ingå i ett utvidgat nationellt patientregister. Förslaget innebär att en statistikansvarig myndighet samlar in uppgifterna, och därav omfattas statistiken av kvalitetskriterierna i lagen (2001:99) om den officiella statistiken. Då skulle statistiken också omfattas av uppgiftsskyldigheten, som innebär att bland annat privata näringsidkare och regioner måste lämna uppgifter till den statistikansvariga myndigheten (7 § lagen om den officiella statistiken). Idag kan det exempelvis krävas att regionerna avtalat med sina privata vårdgivare om att de ska förse väntetidsdatabasen med uppgifter. Vi anser därför att ett utvidgat nationellt patientregister, i jämförelse med exempelvis väntetidsdatabasen, skapar ökade möjligheter att förbättra täckningsgraden.

Om Socialstyrelsens patientregister utvidgas till att inkludera information från primärvården skulle det också gå att koppla samman informationen med andra hälsodataregister och på så vis kunna följa patientens väg genom vårdkedjan, även mellan olika huvudmän. Möjligheten att samköra primärvårdsdata med andra register skulle även ge helt nya förutsättningar för att följa upp och analysera vården utifrån ett jämlikhetsperspektiv.

Vi rekommenderar därför regeringen att fortsätta arbetet med att säkerställa en god datakvalitet i väntetidsdatabasen som administreras av SKR och samtidigt utvidga patientregistret med information från primärvården. I Socialstyrelsens förslag ingår dock inte uppgifter om väntetider från det att en individ kontaktar primärvården till dess att ett primärvårdsbesök genomförs. Vi menar att väntetider är ett centralt mått för att kunna följa tillgängligheten i vården och att regeringen därför behöver se över möjligheten att inkludera även väntetider i patientregistret.



Innehåll

1	Inledning.....	27
1.1	Pandemin har förändrat vårdkonsumtionen på flera sätt	27
1.2	Vi beskriver vårdkonsumtion under pandemin utifrån vårdutbud och vårdefterfrågan.....	29
2	Vårdkonsumtion är resultatet av efterfrågan, behov och utbud av vård.....	35
2.1	Kritiska lägen kan innebära förändringar i efterfråga, behov och utbud av vård	35
2.2	Vårdkonsumtion är där behov, efterfrågan och utbud möts	36
3	Förändrat vårdutbud för att öka kapaciteten och minska smittspridning.....	43
3.1	Övergripande dokumentstudie för att beskriva utbudsförändringar i några regioner.....	43
3.2	Under en särskild händelse styrs vårdutbudet i höjt beredskapsläge	44
3.3	Covid-19 har skapat ett nytt och ökat vårdbehov.....	47
3.4	Resursbrist har påverkat vårdutbudet	50
3.5	Prioriteringar för att säkerställa att den som har störst nytta och behov av vård får det	54
3.6	Förändringar för att kunna möta patienter under nya förutsättningar ...	62



4	Förändringar i vårdkonsumtion under pandemin	69
4.1	Vårdgarantiuppföljningen ger information om förändrad vårdkonsumtion.....	69
4.2	Fler har vänt sig till 1177 Vårdguiden på telefon, men ingen övervältring från övriga vården	85
4.3	Färre primärvårdsbesök till läkare under pandemin trots förändrade arbetsätt	88
4.4	Stora förändringar i utbud och efterfrågan på besök och operationer i specialiserad vård	93
4.5	Färre besök på akutmottagningarna under pandemin.....	106
4.6	Uppskattning av det uppdämda vårdbehovet utifrån antagande om konstant behov.....	107
5	Befolkningens upplevelse av förändringar i utbud och efterfrågan	113
5.1	Befolkningen i de fem regionerna behöver inte spelga befolkningen i riket.....	114
5.2	Svårare att få kontakt och tillgång till vård under pandemin	117
5.3	Minskad vårdefterfrågan trots behov	119
5.4	Ransonering av vård har påverkat vårdkonsumtionen	126
5.5	Sju procent i befolkningen upplever sämre hälsa efter utebliven vård ...	131
5.6	Förändrade arbetsätt har begränsat det uppdämda vårdbehovet	134
5.7	Majoriteten känner viss oro för att bli allvarligt sjuk i covid-19	140
5.8	Ökat förtroende för hälso- och sjukvården under pandemin.....	143
6	Samlade resultat och slutsatser	147
6.1	Det krävs bearbetning och kvalitetssäkring för att använda statistik från väntetidsdatabasen.....	149
6.2	Efterfrågan på annat än covid-19-vård har minskat kraftigt – både självupplevd och medicinskt bedömd	151
6.3	Medvetna ransoneringar, smittskyddsåtgärder samt personal- och materialbrist har minskat utbudet av övrig vård under pandemin.....	153
6.4	Åtgärder för att minska smittspridning har lett till ökad användning av digitala vårdkontakter	156
6.5	Vårdens omställning och befolkningens ändrade vårdsökarbeteende har lett till ett uppdämt vårdbehov som är större än vad väntetidsdatabasen visar.....	158

6.6	Riskgrupper och personer med långvariga hälsobesvär har minskat sin vårdkonsumtion mest.....	163
6.7	Rekommendationer	165
7	Referenser	173
	Bilagor	185
	Bilaga 1 – Urval av regioner	185
	Bilaga 2 – Urval av specialiteter och operationer i väntetidsdatabasen	187
	Bilaga 3 – Enkät.....	189
	Bilaga 4 – Metodbeskrivning för enkätundersökningen	206





Inledning

Coronaviruset har på kort tid ställt hela världen på ända. Viruset upptäcktes i slutet av 2019 och på några månader hade en global pandemi med oöverskådliga konsekvenser världen över brutit ut. Antalet avlidna globalt räknas i miljoner. I Sverige har tusentals personer avlidit av covid-19 och ännu fler förlorat någon som stod dem nära.

Många har blivit svårt sjuka och behövt behandling på sjukhus. Vård- och omsorgspersonal har dag som natt, vecka efter vecka, ansträngt sig till det yttersta för att ta hand om sjuka och rädda liv. Delar av hälso- och sjukvårdssystemet har inte haft tillräcklig kapacitet för att klara pandemin, vilket lett till svåra prioriteringar för att säkerställa vård till dem med störst behov.

Under covid-19-pandemin har också många i befolkningen valt att inte uppsöka hälso- och sjukvården, trots att de skulle behöva det. Prioriteringarna och beteendeförändringarna har lett fram till ett uppdämt vårdbehov som sannolikt kommer påverka befolkningen och hälso- och sjukvårdssystemet under lång tid framöver.

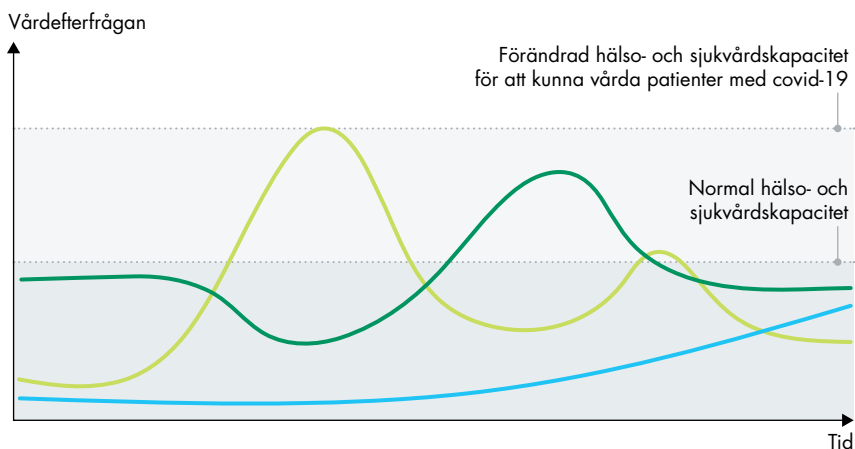
1.1 PANDEMIN HAR FÖRÄNDRAT VÅRDKONSUMTIONEN PÅ FLERA SÄTT

Under en pandemi strävar samhället efter att skydda individer mot sjukdom och död, och att de som blir sjuka får den vård de behöver (Folkhälsomyndigheten 2019). Genom olika insatser försöker man minska smittspridningen och fördröja pandemins förlopp. Ofta har det beskrivits som åtgärder för att plana ut kurvan över antalet smittade, i syfte att minska belastningen på hälso- och sjukvården. Med andra ord ska befolkningens samlade vårdbehov inte överstiga hälso- och sjukvårdens kapacitet.



Figur 2 visualiserar förändringarna av vårdens kapacitet och befolkningens vårdefterfrågan under pandemin. Det är en förenklad bild över pandemin och inrymmer inte alla vårdkonsumtionsförändringar.

Figur 2. Förenklad bild över förändrad efterfrågan på vård samt vårdens kapacitet.



Typer av vårdefterfrågan

— Vård med anledning av covid-19

— Övrig vård

— Bieffekter av covid-19

Not. Översatt och anpassad utifrån Jakob m.fl. (2020).

Figuren visar hur vårdbehovet snabbt stiger på grund av pandemin. Samtidigt har hälso- och sjukvården under kort tid lyckats förändra kapaciteten till följd av pandemin. Många delar av hälso- och sjukvårdssystemet har snabbt ställts om, där det kanske mest framträdande exemplet är kapacitetsökningen inom intensivvården. I början av pandemin dubblerades hastigt antalet intensivvårdsplatser i Sverige, från drygt 500 till 1 100 platser med respirator (SKR 2020b). I figuren kan vi observera att hälso- och sjukvårdens kapacitet för att vårda patienter med covid-19 är högre än den normala hälso- och sjukvårdskapaciteten. Men denna kapacitetsförändring har till viss del medfört minskade möjligheter att ta hand om andra patienter. Många regioner har senarelagt planerad vård som kan skjutas upp utan allvarliga medicinska konsekvenser, vilket medfört mindre kapacitet inom vissa delar av hälso- och sjukvårdssystemet. Antalet operationer och andra behandlingar minskade kraftigt under 2020, särskilt i början av pandemin. Till exempel minskade antalet icke akuta operationer

med 46 procent under april jämfört med motsvarande månad tidigare år (Socialstyrelsen 2020c).

Samtidigt har befolkningens efterfrågan på vård för annat än covid-19 förändrats. Under pandemin har färre sökt sig till primärvården och sjukhusens akutmottagningar. Antalet primärvårdsbesök minskade kraftigt under mars till maj 2020 jämfört med före pandemin (Socialstyrelsen 2020a). Vidare rapporterar Socialstyrelsen (Socialstyrelsen 2020b, Socialstyrelsen 2020f) bland annat att antalet besök på både psykiatriska och somatiska akutmottagningar sjönk drastiskt i samband med att Folkhälsomyndigheten i mars 2020 varnade för hög risk för samhällsspridning av covid-19. Figur 2 visar också befolkningens förändrade efterfrågan på övrig vård, att den minskar när vårdefterfrågan på grund av covid-19 ökar.

Pandemin har alltså förändrat befolkningens direkta vårdbehov, vårdefterfrågan och det tillgängliga vårdutbudet, men den får också indirekta hälsoeffekter som på sikt ökar vårdbehovet. Smittskyddsåtgärder såsom ökad social distansering kan leda till oro, ensamhet och nedsatt psykisk hälsa (Folkhälsomyndigheten 2020a). Pandemin har också lett till en ökad arbetslöshet, vilket påverkar hälsan och riskerar att öka ojämlikheten i hälsa mellan olika grupper i samhället (Janlert 2016). Dessa effekter illustreras som en blå linje i figur 2 och bygger på ett antagande om att påverkan på hälsan kan få kvardröjande effekter under lång tid framöver.

Sammantaget har covid-19-pandemin hastigt och kraftigt påverkat befolkningens behov och vårdefterfrågan samtidigt som vårdutbudet har förändrats, vilket har skapat en komplex och svårtolkad förändring av vårdkonsumtionen. Bland annat ser vi ett uppdämt vårdbehov som sannolikt kommer att ha effekter på befolkningens hälsa och på hälso- och sjukvårdssystemet i flera år framöver. Men omställningarna har också bidragit till att patienter och hälso- och sjukvården har mötts på nya sätt, till exempel genom fler digitala vårdbesök.

1.2 VI BESKRIVER VÅRDKONSUMTION UNDER PANDEMIN UTFRÅN VÅRDUTBUD OCH VÅRDEFTERFRÅGAN

Syftet med den här rapporten är att övergripande beskriva förändringarna i vårdkonsumtion under 2020, till följd av pandemin. Fokus är inte den direkta effekten på vårdkonsumtionen av covid-19, vilken främst kan ses i form av ett tydligt ökat behov av sjukhusvård, i synnerhet intensivvård. Vi fokuserar i stället på de indirekta effekterna som pandemin haft på övrig vårdefterfrågan och på vårdutbudet.



För att öka förståelsen av vårdkonsumtionsförändringarna är det viktigt att särskilja förändringar i efterfrågan från förändringar i utbudet. Det är särskilt viktigt eftersom pandemin har inneburit stora förändringar både i befolkningens sökbeteende och i vårdens arbetssätt och förmåga att möta patienternas olika behov. Vidare vill vi komplettera vårdkonsumtionsstatistiken med patient- och befolkningsupplevd information för att få ytterligare insikter om omfattningen och konsekvenserna av det uppdämda vårdbehovet.

Arbetet har utgått från följande frågeställningar:

- På vilket sätt och varför har covid-19-pandemin påverkat befolkningens efterfrågan på övrig vård?
- På vilket sätt och varför har covid-19-pandemin påverkat övrigt vårdutbud?
- Hur har befolkningens sammantagna vårdkonsumtionsmönster förändrats under covid-19-pandemin?

1.2.1 Rapporten bygger på flera olika delstudier

Rapporten bygger på flera delstudier som presenteras i varsitt kapitel. I varje kapitel finns en mer utförlig beskrivning av den aktuella metoden, se figur 3.

Kapitel 2 beskriver översiktligt begreppen vårdbehov, vårdefterfrågan och vårdutbud. Kapitlet ger en gemensam begreppsmässig och teoretisk grund för resten av rapporten.

Kapitel 3 ger en översiktlig bild av de förändringar i vårdutbudet som har skett på vårdens initiativ, på grund av pandemin. Syftet med kapitlet är inte att kartlägga samtliga vårdutbudsförändringar, utan att visa hur och varför utbudet har förändrats. Vi ger exempel på vårdutbudsförändringar i några regioner, som valdes utifrån hur hårt de drabbats av pandemin fram till september 2020, se bilaga 1. De regioner som inkluderas är Region Blekinge, Region Jönköpings län, Region Stockholm, Region Värmland och Region Östergötland (hädanefter kallade Blekinge, Jönköping, Stockholm, Värmland och Östergötland).

Kapitel 4 redovisar statistik från väntetidsdatabasen och ger en översiktlig bild av hur vårdefterfrågan och vårdutbudet har förändrats under pandemin. Statistiken visar vårdkonsumtionsförändringar för utvalda delar av vården, men ger endast en avgränsad bild.

Kapitel 5 redovisar resultat från en enkätundersökning med syfte att fånga befolkningens upplevelse av hur efterfrågan och utbudet på vård har förändrats under pandemin. Sammanställningen bygger på cirka 2 100

svar från en slumpmässigt rekryterad webbaserad befolkningspanel med svarande från Blekinge, Jönköping, Stockholm, Värmland och Östergötland. Undersökningen genomfördes under december 2020.

Figur 3. Rapporten bygger på flera delar och olika metoder. I varje kapitel finns en mer utförlig beskrivning av de metoder som kapitlet baseras på.

Kapitel	Metod	
2	Vårdkonsumtion är resultatet av efterfrågan, behov och utbud av vård	Översiktlig litteratur- och begreppsgenombång
3	Förändrat vårdutbud för att öka kapaciteten och minska smitta	Beskrivning utifrån rapporter och regioners webbsidor
4	Förändringar i vårdkonsumtion under pandemin	Sammanställning av statistik från väntetidsdatabasen
5	Befolkningens upplevelse av förändringar i utbud och efterfrågan	Enkät riktad till en befolkningspanel med deltagare från fem regioner
6	Sammanfattande resultat och slutsatser	

1.2.2 Vi fokuserar inte på vårdkonsumtionen för patienter med covid-19

Vi fördjupar oss inte i vårdbehov som kan hänföras till en covid-19-infektion. Vi har inte heller studerat indirekta vårdbehov som uppkommit på grund av pandemin, till exempel ökat behov av psykiatrisk vård på grund av social distansering. Vårt huvudfokus innebär också att vi inte studerar konsumtionsförändringar i tandvård eller omsorg.

Fokus är i stället på en bred kartläggning av de vårdkonsumtionsförändringar som ägt rum under pandemin ur ett patientperspektiv. Enkäten riktade sig till en slumpmässigt rekryterad befolkningspanel med personer i åldern 18–84 år, varpå svaren alltså inte fångar hur vården har förändrats för barn.





Vårdkonsumtion är resultatet av efterfrågan, behov och utbud av vård

Vid särskilda händelser såsom covid-19-pandemin kan vården snabbt behöva ta hand om nya och omfattande vårdbehov. Det innebär att vårdutbudet snabbt kan behöva förändras. Det är en stor utmaning för hälso- och sjukvården att bygga upp kapacitet och beredskap för att möta detta nya behov samtidigt som den också behöver säkerställa övriga vårdbehov. Därtill kan vissa vårdinrättningar behöva minska vårdutbudet för att hindra smittspridning. Samtidigt ökar risken för att personer med vårdbehov ändå inte uppsöker vården. Detta kan i sin tur öka vårdbehovet när de väl kommer i kontakt med vården i ett senare skede.

Genomgående i rapporten använder vi begreppen vårdkonsumtion, vårdbehov, vårdefterfrågan och vårdutbud. I det här kapitlet redogör vi översiktligt för vad vi lägger in i begreppen och hur de förhåller sig till varandra.

2.1 KRITISKA LÄGEN KAN INNEBÄRA FÖRÄNDRINGAR I EFTERFRÅGA, BEHOV OCH UTBUD AV VÅRD

Vid en pandemi kan hälso- och sjukvårdssystemet snabbt behöva utöka kapaciteten i och med att behovet av vård förändras. Sjukvårdens förmåga att hantera kritiska lägen beror på hur väl hälso- och sjukvårdssystemet lyckas få överblick över förändrade vårdbehov och tillgänglig kapacitet samt utifrån detta snabbt prioritera tillgängliga resurser (Socialstyrelsen 2018). Frågan om ransonering och prioriteringar blir särskilt aktuell under kriser.



Hälso- och sjukvården behöver bygga upp kapacitet och beredskap för att snabbt möta nya vårdbehov samtidigt som man behöver hantera det befintliga vårdbehovet (Jakab m.fl. 2020). Denna balansgång kan innebära att vårdutbudet behöver förändras, det vill säga att viss vård kan behöva ransoneras bort för att vården ska frigöra resurser till det nya vårdbehovet. Vårdutbudet kan också behöva begränsas för att minska risken för smittspridning. Dessutom kan vården behöva hantera personalbortfall på grund av sjukdom, och brist på skyddsmaterial och annan utrustning på grund av en globalt ökad efterfrågan.

Samtidigt kan vårdefterfrågan minska om befolkningen ändrar sökbeteende på grund av pandemin. Individer kan avstå från att både uppsöka vård och genomföra en behandling för att undvika risken att bli smittade. Vissa patienter som avstår från att söka vård har övergående besvär och det aktuella vårdbehovet kommer inte tillbaka (Socialstyrelsen 2020a). Andra hälsoproblem kan förvärras av väntan, och vårdbehovet kan alltså öka med tiden. Vid en pandemi kan också rädslan för att smittas medföra att vård efterfrågas på ett annat sätt, exempelvis kan fler patienter söka vård genom distanskontakter i stället för att göra fysiska besök. Med distanslösningar kan också vårdpersonal arbeta även om de tillhör en riskgrupp, har milda symtom eller sitter isolerade (Car m.fl. 2020).

2.2 VÅRDKONSUMTION ÄR DÄR BEHOV, EFTERFRÅGAN OCH UTBUD MÖTS

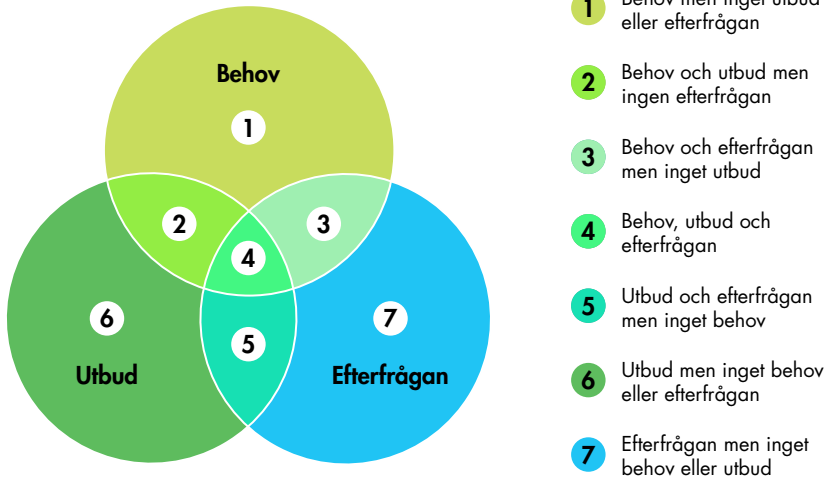
Vårdkonsumtion kan ses som en beskrivning av befolkningens samlade användning av hälso- och sjukvården, och är sammanfattande begrepp för när vårdbehov, vårdefterfrågan och vårdutbud möts. I detta avsnitt beskriver vi vad vi menar med begreppen.

2.2.1 Vårdkonsumtionen beskriver befolkningens användning av hälso- och sjukvården

Begreppet *vårdkonsumtion* används bland annat för att beskriva befolkningens användning av hälso- och sjukvården. För att beskriva vårdkonsumtion är det vanligt att studera antalet vårdkontakter, till exempel antalet besök i primärvården eller vårdtillfällen i den specialiserade vården (Vård- och omsorgsanalys 2019). Hur mycket vård som befolkningen använder, det vill säga vårdkonsumtionen, kan beror på många olika faktorer. Viktiga aspekter är befolkningens behov och efterfrågan på hälso-

och sjukvårdstjänster samt vilket vårdutbud som finns tillgängligt i hälso- och sjukvårdssystemet. Beroende på hur dessa varierar och förhåller sig till varandra kan vårdkonsumtionen se olika ut. Ett sätt att grafiskt illustrera detta är genom figur 4, där cirklarna representerar behov, utbud och efterfrågan som överlappar varandra i olika kombinationer (Hallgärde 2013).

Figur 4. Vårdkonsumtion påverkas av befolkningens vårdbehov och vårdefterfrågan samt av vilket vårdutbud som finns att tillgå



Källa: Hallgärde (2013) samt egen bearbetning.

I figuren illustreras den totala vårdkonsumtionen av yta 4 där befolkningens behov och efterfrågan sammanfaller med vårdutbudet. För de övriga kombinationerna råder det en diskrepans mellan behov, efterfrågan och utbud. Det finns olika anledningar till detta, alltså till variationer i förhållandet mellan människors benägenhet att uppsöka vård, den vård som erbjuds och den vård som är medicinskt motiverad (Hallgärde 2013, Region Skåne 2011). Här ger vi några exempel för varje yta:

1. Patienter har nedsatt hälsa men det finns ingen etablerad och godkänd medicinsk behandling.
2. Psykiatrisk tvångsvård, en person som har en allvarlig psykisk sjukdom kan få vård mot sin vilja.
3. Patienter väntar på vård men brist på utbud begränsar vårdkonsumtionen.
4. Patienter har nedsatt hälsa, och både söker och får vård.



5. Patienter som söker för viss kosmetisk kirurgi som inte är medicinskt motiverad.
6. Kliniker eller mottagningar har en överkapacitet.
7. Patienternas förväntningar överensstämmer inte fullt med den vård som ryms inom det offentliga åtagandet.

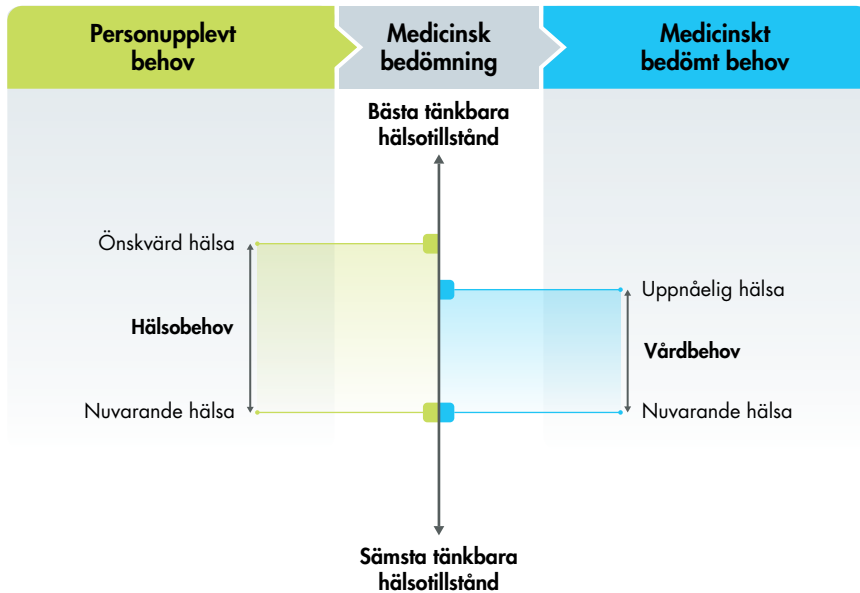
2.2.2 Behov av vård och behov av hälsa är inte alltid samstämmigt

I förra avsnittet använde vi begreppet behov utan att tydliggöra vilket behov som avses. Men begreppet är inte helt enkelt att definiera. Startpunkten för hälso- och sjukvårdens insatser är (oftast) att en person har nedsatt hälsa eller livskvalitet, och ett behov av förbättring. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har tidigare definierat behov av hälso- och sjukvård utifrån förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen (Vård- och omsorgsanalys 2020a). Enligt bedömningen innebär ett behov av hälso- och sjukvård (vårdbehov) att

- det finns nedsättningar i en persons medicinska, sociala eller psykologiska livsvillkor
- det finns en åtgärd inom hälso- och sjukvården som personen har nytta av när det gäller att motverka den nedsättningen. Nyttan ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Enligt denna tolkning av begreppet finns ett *vårdbehov* bara om det också kan mötas av en åtgärd som kan förbättra hälsan eller livskvaliteten. Men samtidigt söker många personer vård för nedsatt hälsa utan att hälso- och sjukvården kan erbjuda en medicinsk åtgärd som förbättrar hälsan. Då finns det med andra ord en vårdefterfrågan, det vill säga en benägenhet att uppsöka och vilja ha vård, men det finns inte ett vårdbehov som kan åtgärdas. Det uppstår då en skillnad i behovsbedömningen mellan individens och vårdgivarens bedömning av om personen ifråga har ett vårdbehov. Ett sätt att hantera skillnaden är att dela upp begreppet behov i två delar, ett behov av hälsa (hälsobehov) och ett åtgärdbart behov av vård (vårdbehov), se figur 5. *Hälsobehov* innebär att en person har ett behov av att förbättra hälsan, från nuvarande hälsa till en önskvärd hälsa (Tinghög och Sandman 2013). Det behöver dock inte innebära att det finns en åtgärd som förbättrar hälsan, och det är alltså inte samma sak som begreppet vårdbehov.

Figur 5. Begreppen personupplevt hälsobehov och medicinskt vårdbehov.



Källa: Tinghög och Sandman (2013) samt egen bearbetning.

För att avgöra om ett hälsobehov också är ett vårdbehov krävs en medicinsk bedömning. I patientlagen anges att en patient snarast ska få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd, om det inte är uppenbart att det inte behövs (2 kap. 2 § patientlagen (2014:821), PL). En medicinsk bedömning kan delas in i tre delar: diagnos, prognos och behandling (Dreber m.fl. 2017). En person med hälsobehov kan efterfråga en diagnos och prognos även om det inte finns några behandlingsmöjligheter och därigenom inget åtgärdbart vårdbehov enligt medicinsk bedömning.

2.2.3 Efterfrågan på vård är önskan att få vård

Oavsett om vi talar om hälsobehov eller vårdbehov är det viktigt att särskilja det från begreppet vårdefterfrågan. De är dock närbesläktade. *Vårdefterfrågan* kan beskrivas som en handling som ger uttryck för ett hälsobehov (Liss 2001), så vårdefterfrågan är själva handlingen att uppsöka och vilja ha vård. Men den reflekterar bara det behov som uttrycks. Liss (2001) beskriver att efterfrågeprocessen består av två steg. Det första steget är att en person upptäcker ett hälsobehov, som vi tidigare beskrivit som ett behov av att förbättra hälsan (Liss 2001). Det andra steget är att personen



också beslutar sig för att uppsöka vården för det aktuella hälsobehovet (Liss 2001). Det kan finnas flera anledningar till att personer som är medvetna om sitt behov ändå avstår från att söka vård, exempelvis för att de är rädda, har långt till en hälso- och sjukvårdsinrättning eller hoppas på spontan läkning (Liss 2001, Siegel m.fl. 1978).

2.2.4 Vårdutbudet är samlad tillgång till vård och begränsas av resurstillgång

Med utbud menas vanligen den mängd varor eller tjänster som finns tillgänglig på en marknad. Inom hälso- och sjukvård kan begreppet *vårdutbud* inbegripa både innehållet, till exempel de medicinska behandlingar som genomförs i hälso- och sjukvården, och kapaciteten, det vill säga den maximala vårdproduktion som vården kan ställa till förfogande under en viss tidsperiod (Socialstyrelsen 2018). Utbudet av hälso- och sjukvård begränsas av resurserna, bland annat ekonomi, personal och lokaler. Eftersom vårdens resurser är begränsade behöver också vårdutbudet begränsas eller ransoneras. *Ransonering* innebär beslut om att begränsa vårdens möjligheter att fullt ut åtgärda patienternas vårdbehov (Liss 2001). Ransonering kan ske på olika sätt (Tinghög och Sandman 2013):

Vårdgivaren kan

- helt ställa in eller ge mindre vård för vissa tillstånd
- skärpa kraven för att få vård, så att patienterna behöver ha ett sämre hälsotillstånd för att få vård jämfört med normalläget
- senarelägga vården.

Ett närbesläktat begrepp är prioritering. *Prioritering* används ibland för att beskriva samtliga aktiviteter vid fördelning av begränsade resurser (Tinghög och Sandman 2013). Men en mer precis definition är *att rangordna och välja ut* (Tinghög och Sandman 2013). Begreppen prioritering och ransonering kan således beskrivas som två sidor av samma mynt, där prioritering handlar om att välja ut medan ransonering handlar om att välja bort (Tinghög och Sandman 2013).



Förändrat vårdutbud för att öka kapaciteten och minska smittspridning

Vårdutbudet har förändrats under pandemin på grund av ökat vårdbehov för patienter med covid-19 och brist på resurser. Det har resulterat i att framför allt planerad och förebyggande vård såsom screening har ransonerats. Förändringarna beror också på nya arbetssätt för att minimera smittspridningen.

Vid pandemins inledningsskede saknades det tillräckliga beredskapslager för skyddsutrustning och sjukvårdsmaterial i Sverige, och situationen förvärrades av den globala bristsituation som snart uppkom. Redan före pandemin fanns det också personalbrist i delar av hälso- och sjukvården, vilket förvärrades av personalbortfall på grund av smittskyddsrestriktioner och behov av att flytta personal till resurskrävande intensivvård.

Vårdbehovet kopplat till covid-19 har varierat stort mellan regionerna, framför allt under våren 2020. Både det faktiska och det befarade vårdbehovet är viktiga faktorer att ha med sig, särskilt när första vågens utbudsförändringar beskrivs (SKR 2020b).

3.1 ÖVERGRIPANDE DOKUMENTSTUDIE FÖR ATT BESKRIVA UTBUDSFÖRÄNDRINGAR I NÅGRA REGIONER

Sammanställningen i det här kapitlet bygger främst på webbaserad information och pressmeddelanden om hälso- och sjukvård som regeringen, berörda myndigheter och fem regioner gett ut under pandemin. Syftet denna form av



dokumentstudie är att övergripande beskriva hur vårdutbudet har förändrats, och varför. Många aktörer ute i landet har bara haft tillgång till regeringens och myndigheternas beslut som kommunicerats på presskonferenser, på grund av den snabbförändliga situationen (Statskontoret 2020).

Skillnaden i ökat vårdbehov mellan regionerna till följd av covid-19-pandemin innebär att regionerna under våren hade olika förutsättningar att upprätthålla det ordinarie hälso- och sjukvårdsutbudet. Vi valde därför ut fem regioner utifrån att de hade olika antal avlidna med covid-19 fram till september 2020: Stockholm, Östergötland, Jönköping, Värmland och Blekinge, se bilaga 1.

Vid beslut om prioriteringar ska de som tagit beslutet tydligt kommunicera vilka prioriteringar som kommer göras till patienter, närstående och medborgare, till exempel via regionernas webbplatser och 1177 Vårdguiden (Socialstyrelsen 2020i). Vi går därför igenom de fem regionernas kommunicerade uppdateringar och beslut om hälso- och sjukvård under pandemin på deras hemsidor samt regionernas information på 1177 Vårdguiden. I regionernas kommunikation har vi fokuserat på information om förändrat vårdutbud genom exempelvis ransonering av vård eller förändrade arbetssätt. Insamlingen har fokuserat på händelseförloppet mellan 1 januari och 31 december 2020. Vissa händelser i början av 2021 har också inkluderats. Metoden innebär att vi endast gått igenom de vårdutbudsförändringar som regionerna har valt att kommunicera. Utöver det har vi gått igenom dokument och rapporter som behandlar statens och regionernas hantering av pandemin.

3.2 UNDER EN SÄRSKILD HÄNDELSE STYRS VÅRDUTBUDET I HÖJT BEREDSKAPSLÄGE

En stor del av de åtgärder som krävts inom vården faller under regionernas ansvar. Men under pandemin har behovet av omställningar inom hälso- och sjukvården varit så omfattande att det krävts nationell samordning.

Svensk krishantering bygger på tre principer: ansvarsprincipen, närhetsprincipen och likhetsprincipen. Dessa är inte reglerade i lag utan framgår av olika förarbeten (se exempelvis propositionen *Samverkan vid kris – för ett säkrare samhälle* (2005/06:133)) och verkar som en bakgrund till regelverket och aktörernas uppdrag (MSB 2018). *Ansvarsprincipen* bygger på att vanlig förvaltningsstruktur ska bibehållas och att den aktör som är ansvarig för en verksamhet även har ansvar under en kris. Enligt *närhetsprincipen* ska en kris hanteras där den inträffar, och regionala och

statliga insatser blir aktuella först när de lokala resurserna inte räcker till. Enligt *likhetsprincipen* ska verksamheter så långt som möjligt fungera på ett liknande sätt som under normala förhållanden. Detta innebär att det ansvar regionerna har för vården enligt hälso- och sjukvårdslagen kvarstår även i en kris. Svensk krishantering bygger därmed inte på en utpekad organisation eller aktör, utan är i stället en integrerad del av olika aktörers ordinarie verksamhet. Det ställer krav på att regioner och vårdgivare har beredskap för hur en särskild händelse ska hanteras. En särskild händelse definieras som en ”händelse som är så omfattande eller krävande att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt” (Socialstyrelsens termbank).

Pandemin har skapat ett behov av ökad kapacitet

Alla regioner har ett ansvar för att planera sin hälso- och sjukvård så att de har en katastrofmedicinsk beredskap (7 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL) och att ha planer för verksamheten under höjd beredskap (4 § förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap). Planerna ska ange hur verksamheten bedrivs under höjd beredskap och vad som behövs för att regionen ska kunna höja sin beredskap och sedan bedriva verksamheten. Vid särskilda händelser finns tre beredskapslägen inom hälso- och sjukvården, som anger hur hälso- och sjukvården ska anpassa sin organisation och kapacitet till det aktuella läget. Enskilda sjukhus använder också beredskapslägen vid särskilda händelser, men även vid exempelvis brist på personal. Figur 6 visar de tre beredskapslägen som används vid särskilda händelser.

Figur 6. Beredskapslägen inom hälso- och sjukvården vid särskilda händelser.



Not. Socialstyrelsens termbank.

Varje region ska även ha en funktion, kallad särskild sjukvårdsledning, som ansvarar för ledningsuppgifter vid en särskild händelse eller risk för



en särskild händelse. En särskild sjukvårdsledning har befogenhet att styra hälso- och sjukvårdskapacitet dit behovet är som störst (6 kap. 2 och 3 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap). I praktiken innebär särskild sjukvårdsledning att en stab som har mandat att fatta beslut och fördela resurser leder sjukvårdsorganisationen. Staben har vidare expertkunskaper inom flera områden. Särskild sjukvårdsledning kan finnas på både nationell, regional och lokal nivå, till exempel i regionen och på vårdenheter, och ska bemannas för att kunna leda en händelse när det gäller medicinska prioriteringar och medicinska inriktningsbeslut (Socialstyrelsen 2020g).

Regionernas särskilda sjukvårdsledningar har under pandemin till exempel ansvarat för att samordna kommunikation till invånare, inom vårdsystemet och med myndigheter, regioner och kommuner. Vidare har de ansvarat för att koordinera vårdkapacitet, säkerställa tillgång till läkemedel och fördela skyddsutrustning och annat förbrukningsmaterial. Regionala särskilda sjukvårdsledningar har även fattat beslut om prioriteringar i vården för att säkra tillgången på material och personal samt minska smittspridningen i vården och i samhället.

Under en kris behövs nationell samordning

I en krissituation är det flera aktörer som ansvarar för att stödja olika områden, både nationellt och regionalt, bland andra Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Enligt förvaltningslagen (2017:900) är myndigheterna skyldiga att samverka och stödja varandra för att hantera särskilda händelser (prop. 2005/06:133). I kunskapsunderlaget *Pandemiberedskap* ger Folkhälsomyndigheten exempel på ansvarsfördelningen och hur myndigheterna kan behöva samverka för att samla information till lägesbilder eller koordinera åtgärder (Folkhälsomyndigheten 2019). Under pandemin har styrning genom myndigheterna varit ett viktigt sätt för regeringen att nå regionerna (Statskontoret 2020). Många av förändringarna av vårdutbudet under pandemin har påverkats av regeringsbeslut, främst genom uppdrag till de myndigheter som nämns ovan och har som uppgift att stödja hälso- och sjukvård inom olika frågor. SKR är inte en myndighet utan en intresseorganisation, och har därmed ingen formell krisledningsroll. Däremot har de stöttat regionerna i flera frågor som uppkommit under pandemin.

3.3 COVID-19 HAR SKAPAT ETT NYTT OCH ÖKAT VÅRDBEHOV

Pandemin har lett till en dramatisk ökning av vårdbehovet och därigenom skapat ett behov av kapacitetsökningar. Många har blivit allvarligt sjuka i covid-19 med behov av sjukhusvård, och intensivvårdsbehovet har varit långt över det normala. Det finns även många som fått långvariga vårdbehov trots att de inte behövt sjukhusvård. För att kunna möta det ökade vårdbehovet har vården behövt ändra sin kapacitet på många olika sätt. Dessa förändringar har i sin tur i hög grad påverkat vårdutbudet av övrig vård.

Det direkta vårdbehovet som är kopplat till covid-19 har varierat stort mellan regionerna. Under våren varierade vårdbehovet från 47 till 313 slutenvårdade patienter per 100 000 invånare (SKR 2020b). I slutet av 2020 drabbades även flera av de regioner som tidigare haft en mindre belastning på vården.

3.3.1 Den nationella intensivvårdskapaciteten har fördubblats

Den nationella intensivvårdskapaciteten fördubblades snabbt i början av pandemin, från drygt 500 till 1 100 platser med respirator. Utan den kapacitetsökningen hade nästan var tredje patient som intensivvårdades med tillgång till respirator under den första vågen våren 2020 inte fått sådan intensivvård (SKR, 2020a). Under 2020 fick 4 265 patienter intensivvård på grund av covid-19 (Folkhälsomyndigheten 2021).

Arbetet med att utöka intensivvårdsplatserna har involverat många aktörer på både regional och nationell nivå. Bland annat fick Socialstyrelsen i mars 2020 ett regeringsuppdrag att inrätta en nationell samordningsfunktion för intensivvårdsplatser, för att stödja regionerna i att koordinera och utöka platserna i landet (Socialdepartementet 2020c). I samordningsfunktionen ingick att, i nära samarbete med SKR, skapa en lägesbild av antalet och tillgången till platser hos offentliga och privata vårdgivare samt förmedla aktuella lägesbilder till regionerna. Socialstyrelsen och andra aktörer har exempelvis i arbetet med att stötta regionerna i utökningen av antalet intensivvårdsplatser tillfört medicinteknisk utrustning och tältsjukhus (Socialstyrelsen 2020h). Tältsjukhus är komplett utrustade och beredskapslagrade sjukhus som kan tas i bruk under en kris. Två större fältsjukhus, som även är utrustade med intensivvårdsplatser, byggdes också upp i Stockholm och Göteborg.

Eftersom intensivvårdsbehovet varierade kraftigt mellan regionerna har Socialstyrelsen tillsammans med Försvarmakten bidragit med att



transportera patienter mellan regioner (Socialstyrelsen 2021d). Exempelvis hade Blekinge ett lägre vårdbehov än många andra under våren 2020 och hjälpte därför andra regioner genom det nationella intensivvårdsprogrammet. Efter Socialstyrelsens förfrågan om regionerna kunde ställa upp för varandra skickades i april och maj 2020 flera intensivvårdsteam från Blekingesjukhuset till Sörmland för att hjälpa till med länets hårt ansträngda intensivvård (Region Blekinge 2020e). I mitten av december 2020 steg dock antalet som behövde sjukhusvård på grund av covid-19 på Blekingesjukhuset med nästan 100 procent på en vecka (Region Blekinge 2020c). Regionen öppnade därför en intensivvårdsavdelning enbart för patienter med covid-19 (Region Blekinge 2020a). Även Jönköping hade mindre smittspridning under våren men nådde sedan sin maxkapacitet i slutet av året, och hade därför tre intensivvårdspatienter som vårdades i andra regioner (Region Jönköpings län 2020c).

3.3.2 Kunskapen om förekomst, behandling och rehabilitering av postcovid är för närvarande begränsad

De patienter som har slutenvårdats för covid-19 kan behöva långvariga rehabiliteringsinsatser. De flesta har bakomliggande sjukdomar, och även funktionsnedsättningar som är relaterade till hög ålder. Det finns också många patienter som har känt av långvariga symtom efter genomgången infektion, det som kallas postcovid.

Under 2020 tog Socialstyrelsen fram kunskapsunderlag för rehabilitering i samband med covid-19. Socialstyrelsen har också fått ett regeringsuppdrag att utveckla stöd för hälso- och sjukvården om behandling av patienter med långvariga symtom på covid-19 (Socialdepartementet 2020e). Ännu är det okänt hur stort behovet är.

Vårdkedjorna kan behöva anpassas för det stora antal som vårdats för covid-19

Patienter som fått intensivvård och långvarig sjukhusvård kan behöva rehabilitering för både fysiska, psykiska och kognitiva besvär, och flera professioner behöver ofta samverka (Socialstyrelsen 2020m). Primärvården kommer att behöva vara uppmärksam på patienter som kommer in med dessa symtom, exempelvis extrem trötthet, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och andra kognitiva nedsättningar. Symtomen kan vara komplexa och märkas först när en patient kommer hem från sjukhuset och inte kan fungera i vardagen på samma sätt som tidigare (Socialstyrelsen 2020m).

Exempel på rehabilitering från Region Östergötland

I juni 2020 öppnade Östergötland en av landets första öppna mottagningar för rehabilitering av patienter som haft covid-19. Patienterna har vårdats på sjukhus för covid-19 eller fått remiss från primärvården efter positivt antikroppstest eller PCR-prov. Mottagningen består av ett interprofessionellt team bestående av läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, dietist, kurator och vårdadministratörer.

Många som rehabiliteras på mottagningen har kvarstående besvär från slutenvård. Men det finns även en stor grupp som har varit långtidssjuka hemma, och vanliga besvär bland dem är andfåddhet, koncentrationsstörningar och avsaknad av smak och lukt. (Region Östergötland 2020a)

Många upplever kvarstående eller sena symtom efter covid-19

Långvariga symtom efter covid-19 kan antingen tyda på en utdragen sjukdom, eller på kvarstående följder under återhämtningen (SBU 2020). De kvarstående besvären och det ofta långvarigt nedsatta hälsotillståndet efter genomgången infektion kallas för postcovid (Socialstyrelsen 2021b).

Socialstyrelsen fick i september 2020 i uppdrag att utveckla stöd för hälso- och sjukvården om behandling av patienter med långvariga symtom på covid-19 (Socialdepartementet 2020e). I uppdraget ingår att ta fram en processmodell för rehabilitering i primärvården för att upptäcka, bedöma och rehabilitera patienter med postcovid.

Vanliga symtom som rapporterats i studier är trötthet, andfåddhet, hosta, hjärtklappning, bröstsmärtor, muskel- och ledvärk, viktnedgång och mag- och tarmbesvär, försämrat luktsinne och försämrad livskvalitet (SBU 2020). Även PTSD, ångest och depression förekommer. Studierna i rapporten från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) (2020) gäller framför allt patienter som vårdats på sjukhus, och det saknas i nuläget studier av långvariga symtom för patienter som inte fått sjukhusvård. Enligt Socialstyrelsens delrapportering kommer primärvården att behöva uppmärksamma de patienterna (Socialstyrelsen 2020m). Det går just nu inte att få en heltäckande bild av förekomsten av långvariga symtom genom statistik från Socialstyrelsens patientregister. Anledningen är att patienter som bara haft kontakt med primärvården inte ingår i patientregistret (SBU 2020).

3.3.3 Det har krävts stora resurser för att skydda individer mot smitta

En stor del av förändringarna inom hälso- och sjukvården har gått ut på att skydda individer mot smitta, bland annat omfattande provtagning för att veta hur samhällsspridningen ser ut. Flera av de prioriteringar som gjorts



har handlat om att väga risken för att bli smittad och insjukna i covid-19 mot nyttan av andra vårdinsatser. Det har därför funnits ett stort behov av att identifiera vilka grupper som löper störst risk för att bli allvarligt sjuka eller avlida till följd av covid-19, och som därmed behöver extra skydd mot smitta.

Omfattande provtagning har krävt stora resurser

Provtagningen för covid-19 har varit en viktig del i arbetet att minska smittspridningen och ställa diagnos. Det är oklart om denna masstestning trängt undan annan typ av provtagning.

Den 30 mars 2020 fick Folkhälsomyndigheten i uppdrag att skyndsamt utöka antalet tester för covid-19, och den 4 juni 2020 att säkerställa storskalig testning för covid-19 på nationell nivå. I uppdraget ingick även att ta fram en prioriteringsordning för att undvika undanträngningseffekter för andra typer av provtagningar och laboratorieanalyser i hälso- och sjukvården (Folkhälsomyndigheten 2020b).

Viktigt att utreda vilka riskgrupperna är

Det finns flera grupper i befolkningen som löper större risk än andra att bli allvarligt sjuka och avlida till följd av covid-19. Vilka som ingår i dessa riskgrupper har uppdaterats efterhand som kunskapsunderlaget ökat.

Eftersom sjukdomen är ny saknas heltäckande kunskap om vilka som riskerar att bli svårt sjuka. Äldre personer, med en successivt ökande risk från 60 och en påtagligt ökande risk från 70 år löper större risk att bli svårt sjuka. Det är dock inte klarlagt om det främst är ett direkt orsakssamband med ålder eller en samvariation med kroniska sjukdomar (Socialstyrelsen 2020c). Ökad risk finns även för flera sjukdomstillstånd, som exempelvis hjärt- och kärlsjukdom, högt blodtryck, diabetes med komplikation i minst ett organsystem, stroke och kronisk lungsjukdom med väsentligt minskad lungkapacitet. Ökad risk finns också för tillstånd som fetma klass 3 (BMI 40 eller högre) och graviditet från vecka 20 (Socialstyrelsen 2021c).

3.4 RESURSBRIST HAR PÅVERKAT VÅRDUTBUDET

Regionerna har ansvar för att planera hälso- och sjukvården utifrån vårdbehovet i befolkningen. De ska även se till att det finns förbrukningsmaterial, medicinteknisk utrustning och läkemedel. Både regioner och nationella myndigheter bedömde tidigt att det fanns stor risk för brist på resurser till följd av pandemin. Det fanns därför ett behov av att ställa om personal och hushålla med förbrukningsmaterial för att säkerställa vården till dem med högst behov.

3.4.1 Samverkan för att säkra tillgången på sjukvårdsmaterial, skyddsutrustning och läkemedel

Redan i februari 2020 varnade medicinteknikbranschen för brist på skyddsutrustning vid en ökad smittspridning, främst på grund av att det saknades tillräckliga nationella beredskapslager för skyddsutrustning och sjukvårdsmaterial. Under pandemin framkom att leveranser för att tillfredsställa aktuella behov är mycket känsliga för plötsliga förändringar. Det rådde även global brist på läkemedel, och många stora läkemedelsföretag ville enbart handla med nationella aktörer. Båda dessa situationer har krävt stor samverkan mellan både regionala och nationella aktörer.

Lagerhållningen av skyddsutrustning var begränsad

I slutet av januari 2020 skickade Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten ut en enkät till landets akutsjukhus för att få en bild av tillgången till skyddsutrustning och vårdplatser, och svaren visade att lagerhållningen av skyddsutrustning var väldigt begränsad (Socialstyrelsen 2021d). Medicinteknikbranschen varnade också för att en ökad spridning av coronaviruset kunde leda till brist på personlig skyddsutrustning till vårdpersonal (Sveriges Radio 2020).

Tillgången till flera samhällsviktiga produkter, exempelvis skyddsutrustning och läkemedel, styrs i dag ofta av leveranser för att täcka behov på kort sikt. Detta system är känsligt för plötsliga förändringar (SOU 2020:23). Exempelvis påtalade Region Stockholm risk för brist på bland annat andningsskydd, plastförkläden och desinfektionsmedel i början av mars 2020. Regionens särskilda sjukvårdsledning beslutade om prioriteringar för dessa produkter och det pågick ett intensivt arbete för att få tag på mer (Region Stockholm 2020g).

För att säkerställa och öka tillgången fick Socialstyrelsen i uppdrag att agera som nationell inköpscentral för sjukvårdsmaterial, skyddsutrustning och viss medicinteknisk utrustning samt fördela detta mellan regionerna (Socialdepartementet 2020b). Socialstyrelsen har normalt sett inte dessa operativa uppgifter men uppdraget beslutades efter begäran från regionerna (Statskontoret 2020).

Exempelvis fick Blekinge 3 000 exemplar av skyddsmasker efter en begäran till Socialstyrelsen när de ordinarie andningsskydden inte såg ut att räcka (Region Blekinge 2020b). Även andra åtgärder har tagits för att öka tillgången till skyddsutrustning. Bland annat utfärdades dispens från krav på CE-märkning för viss personlig skyddsutrustning (Arbetsmiljöverket 2020). Ett annat exempel är Region Blekinge som beslutade om tillfälliga regler för att snabbare kunna upphandla skyddsutrustning och sjukvårdsmaterial (Region Blekinge 2020f).



Senare under pandemin har regionerna fått större möjligheter att säkra tillgången på skyddsutrustning. Exempelvis har de gjort större gemensamma inköp genom samverkan, och man har omfördelat material mellan regionerna. Ramavtal har även tagits fram för bristvaror till vård- och omsorgsverksamheter (SKR 2021b).

Brist på läkemedel skapade behov av nationell samverkan

Även läkemedel blev svårare att upphandla i början av pandemin. Exempelvis ville många internationella läkemedelsföretag enbart handla med nationella aktörer, men Sverige saknar en nationell aktör med ansvar för läkemedelsförsörjning sedan apoteksmarknaden avreglerades (Statskontoret, 2020). Under våren uppstod därför situationer där lagren blev oroväckande små, särskilt för narkosmedel.

Våren 2020 ökade användningen av flera läkemedel, speciellt för intensivvårdsbehandling (Socialstyrelsen 2020e), och det fanns en oro för att flera av de läkemedel som används för att behandla covid-19 skulle ta slut. I mars 2020 gjordes mer än dubbelt så många restanmälningar som motsvarande månad 2018 och 2019 (Läkemedelsverket 2021). De största restnoteringarna gällde receptfria smärtstillande läkemedel och läkemedel som används inom intensivvården, exempelvis narkosmedel.

Socialstyrelsens uppdrag att säkra medicinteknisk utrustning omfattade även att göra eller samordna inköp för att säkra tillgången till läkemedel för hela landet (Socialdepartementet 2020d). Socialstyrelsen gick in som inköpande part vid en upphandling (Socialstyrelsen 2020n), men i början av april 2020 kom möjligheten att göra nationella inköp och fördela läkemedel till alla regioner genom samverkan mellan SKR och regionerna. Fyra regioner (Skåne, Stockholm, Västra Götaland och Östergötland) fick ansvaret att köpa in läkemedel och nå en lagernivå som motsvarar den förväntade nationella förbrukningen. Syftet var att motverka brist på läkemedel som bedöms som kritiska och centrala för att upprätthålla sjukhusvård och intensivvård under pandemin (Socialstyrelsen 2020n).

I slutet av våren stabiliserades användningen av flera av de läkemedel som regionerna haft brist på (Socialstyrelsen 2020e).

3.4.2 Personalresurser har behövt styras om till de mest påverkade verksamheterna

Kompetensförsörjningen har länge varit en utmaning inom vården, se exempelvis Socialstyrelsen (2019). Under pandemin har detta problem

blivit större i och med personalbortfall på grund av sjukfrånvaro och nya smittskyddsrutiner. Därtill har verksamheter behövt styra om personalresurser till de delar som är mest påverkade. Många har också utökat personalen genom att erbjuda deltidspersonal utökad arbetstid, beordrat beredskap, jour och övertid och återtagit redan beviljade semestrar. I några regioner har dessa åtgärder inte varit tillräckliga, och man har därför aktiverat ett krislägesavtal som ökar möjligheten att säkra personalförsörjningen.

Upprop och slopat fribelopp för att hantera personalförsörjningen

Alla regioner i vårt urval har under pandemin gjort upprop till vårdpersonal, vårdstudenter och sjukvårdsutbildade inom andra yrken för att klara personalförsörjningen.

I Jönköping hade man våren 2020 till exempel en stor utbildningsinsats för vård- och läkarstudenter och vårdpersonal som besvarat uppropet, för att kunna fylla uppkomna vakanser efter personal som flyttats till covid-19-avdelningar. Dessutom slopade regeringen fribeloppet under 2020 så att studenter ska kunna arbeta mer utan att det påverkar möjligheten att få studiebidrag, ett beslut som förlängts under 2021 (Regeringskansliet 2020).

I Stockholm har de regionala sjukhusen i viss utsträckning fått personalförstärkning från privata vårdgivare. Det har dock försvårats bland annat på grund av att det saknats tydliga regelverk och skyldigheter för vad som gäller för personalflyttningar. För att klargöra detta har det funnits behov av tilläggsavtal som tydliggör bland annat ersättningar till de privata vårdgivarna (KPMG 2021).

Även personal utan vårdutbildningar har kommit in för att stötta sjukvården. I mars 2020 erbjöds till exempel tillfällig SAS-personal sjukvårdsutbildning vid Sophiahemmet Högskola för att kunna avlasta vården och stödja patienter vid livets slutskede samt assistera med utrustning och transporter (Sophiahemmet, 2020).

Det här har inte löst hela problemet med personalbrist, och många inom vården har fått utökade arbetstider, beordrats att arbeta övertid och fått icke-lagstadgade ledigheter återkallade. Regionerna och SKR har inrättat en nationell kontaktyta där regioner kan be om stöd av personalresurser från andra regioner, om de inte har klarat att säkra bemanningen på egen hand (SKR 2020d). Hösten 2020 fick Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp och stödja regionernas arbete med att låna personal från varandra samt att analysera om det behövs en nationell personell förstärkningsresurs. Socialstyrelsen har tillsammans med SKR föreslagit att regeringen inrättar en sådan resurs som med kort varsel kan stödja regioner med hög belastning på hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 2021d).



Krislägesavtalet aktiveras för att säkra personalförsörjningen i några regioner

Om kapaciteten med kollektivavtal inte räcker till har regionerna möjlighet att aktivera ett krislägesavtal. Syftet är att få mer flexibla arbetstidsregler och snabbt kunna allokera resurser dit de behövs mest.

Krislägesavtalet reglerar ersättningar och villkor för personal som arbetar vid ett definierat krisläge, och innebär att ordinarie kollektivavtal eller enskilda överenskommelser inte gäller. De ersätts i stället med villkoren i krislägesavtalet där ordinarie arbetstid är utökad till 48 timmar, och maximalt 192 timmar under 4 veckor (SKR 2020c). Avtalet möjliggör också att kommuner och regioner kan låna personal mellan varandra. Medarbetarna får också högre ersättning.

För att krislägesavtalet ska kunna användas krävs att en kommun eller region konstaterar att det råder krisläge, och att ett särskilt beslut om att aktivera avtalet fattas av SKR:s och Sobonas (de kommunala företagens arbetsgivarorganisation) styrelser. Krisläge är en händelse som innebär allvarliga samhällsstörningar och som medför omfattande eller avgörande påverkan på personalförsörjningen i en kommuns eller regions verksamhet.

Fram till början av januari 2021 hade sex regioner aktiverat krislägesavtalet, bland annat Stockholm och Jönköping. I Stockholm aktiverades krislägesavtalet för personal inom intensivvårdsverksamheter den 3 april 2020 med motiveringen att det var ett krisläge för personalförsörjningen vid regionens intensivvårdsenheter (Region Stockholm 2020e). Krislägesavtalet var aktiverat fram till den 31 augusti 2020, när smittspridningen gått ner och behovet avtog. Den 23 december 2020 återaktiverades avtalet vid regionens intensivvårds-verksamheter (Region Stockholm 2020m). I Jönköping aktiverades krislägesavtalet i början av 2021 för medarbetare inom vården av patienter med covid-19 samt opererande verksamheter.

3.5 PRIORITERINGAR FÖR ATT SÄKERSTÄLLA ATT DEN SOM HAR STÖRST NYTTA OCH BEHOV AV VÅRD FÅR DET

I kapitel 2 definierade vi att prioritering handlar om att rangordna och välja ut, medan ransonering handlar om att rangordna och välja bort. Ransonering kan innebära att ge mindre vård eller helt ställa in vård, att senarelägga vård eller att skärpa kraven för vid vilka hälsotillstånd patienter får en viss typ av vård. Under pandemin har regionerna prioriterat, eller ransonerat, vård

främst av två skäl: dels för att säkerställa tillgången till begränsade resurser såsom personal och skyddsutrustning till dem med störst behov av vård, och dels för att minska smittspridningen i samhället och skydda riskgrupper. Det är framför allt planerad vård och förebyggande insatser som har ransonerats.

3.5.1 Vården kan behöva ransoneras vid resursbrist

Våren 2020 publicerade Socialstyrelsen två dokument med principer för att prioritera resurser inom hälso- och sjukvården under pandemin. Dokumenten anger riktlinjer för prioritering av rutinsjukvård och intensivvård i den här extraordinära situationen. Principerna utgår från den etiska plattformen för prioriteringar (prop. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* 1996/97:60).

Sjukvårdens prioriteringar styrs av tre principer

En central utgångspunkt för den svenska hälso- och sjukvården är att vården ska ges efter behov och på lika villkor. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde i vården (3 kap. 1 §, HSL). Tillgången till hälso- och sjukvården ska inte bero på individuella egenskaper som kön, ålder, utbildning eller funktion i samhället.

De allmänna riktlinjerna för prioritering inom svensk hälso- och sjukvård styrs av tre grundläggande etiska principer:

- Människovärdesprincipen bygger på att alla människor har lika värde och rätt, oberoende av personliga egenskaper eller funktion i samhället.
- Behovs- och solidaritetsprincipen handlar om att tillgodose vårdbehov i grupper med störst behov i större utsträckning än grupper med mindre behov.
- Kostnadseffektivitetsprincipen handlar om en rimlig relation mellan kostnader och effekter, mätt i hälsa och livskvalitet, vid valet mellan olika åtgärder eller verksamheter.

Kostnadseffektivitetsprincipen är underordnad de andra två, vilket resulterar i att svårare sjukdomar och stora livskvalitetsförsämringar går före övriga behov. Den etiska plattformen är medvetet utformad för att inte ge en detaljerad vägledning i hur vården ska styras, bland annat på grund av det kommunala självstyret. Fördelen är att plattformen blir användbar även under stora förändringar, medan nackdelen är att plattformen kan uppfattas som otydlig (Vård- och omsorgsanalys 2020a).



Det är enbart åtgärder som får ransoneras, inte individuella bedömningar

Om behovet av rutinsjukvård överstiger de tillgängliga resurserna rekommenderas vårdgivarna enligt *Nationella principer för prioritering av rutinsjukvård under covid-19-pandemin* (Socialstyrelsen 2020i) att följa en modell med fem övergripande prioriteringsgrupper, se figur 7.

Grupperna visar hur man kan rangordna kombinationer av hälsotillstånd och åtgärder. Individuella medicinska bedömningar av hälsotillstånd får inte nedprioriteras enligt modellen, så länge det inte är uppenbart att vård inte behövs (2 kap. 2 § PL).

Figur 7. Prioriteringsmodellen för rutinsjukvård.

	Grupp	Exempel	Konsekvens av väntan
Hälsotillståndet har en liten till stor påverkan på patientens livskvalitet	A	Uppföljning av kroniska sjukdomar där hälsotillståndet är under god kontroll, och ortopedisk behandling som ger bra resultat även vid uppskjuten vård.	Hälsotillståndets påverkan på patientens livskvalitet är kvar under väntetiden, men uppskjuten vård förändrar inte patientnyttan av vårdinsatsen.
Hälsotillståndet har en måttlig till stor påverkan på patientens livskvalitet	B	Uppföljning av kroniska sjukdomar där hälsotillståndet är osäkert eller under dålig kontroll, och ortopedisk behandling där uppskjuten vård ger resttillstånd.	Uppskjuten vård påverkar patientens livskvalitet negativt. Det kan resultera i att vårdinsatsen ger ett något sämre resultat, men ger fortfarande en rimlig patientnytta.
Hälsotillståndet har en stor påverkan på patientens livskvalitet och livslängd	C	Läkemedelsbehandling för cancersjukdomar med en liten förväntad förbättring av patientens livslängd.	Vårdinsatsen ger i normala fall en liten patientnytta, och uppskjuten vård ger en marginell skillnad i patientnytta.
	D	Behandling för cancersjukdom som kan förlänga patientens liv och ge ett bättre hälsotillstånd under viss tid vid vård i livets slutskede.	Uppskjuten vård ökar hälsotillståndets negativa påverkan på patientens livskvalitet och ger en något ökad risk för tidig död.
	E	Operation för akuta och livshotande hälsotillstånd där patienten har en längre förväntad livslängd och vårdinsatsen bedöms vara effektiv.	Uppskjuten vård ökar hälsotillståndets negativa påverkan på patientens livskvalitet och ger en påtagligt ökad risk för tidig död.

Not. Egen bearbetning av text.

Källa: Socialstyrelsen (2020i)

Modellen innebär att i första hand se över möjligheter att ransonera vården för prioriteringsgrupp A. Om det inte frigör tillräckligt med resurser, kan det vara nödvändigt att också ransonera vård för patienter i grupp B och så vidare.

Enligt principerna ska huvudmän alltid undersöka om vården kan ges i andra regioner. I prioriteringsmodellen är det viktigt att bedöma om en utebliven eller fördröjd åtgärd kan ge upphov till en oåterkallelig försämring, och i så fall hur allvarlig den är. Blir det mer resurskrävande att behandla patienten vid ett senare tillfälle kan det vara bättre att inte skjuta upp vården. Detta innefattar även en bedömning med hänsyn till smittrisk.

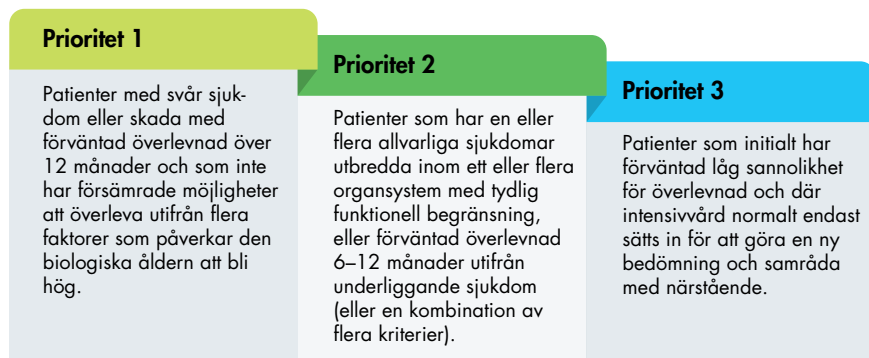
Beslut om att sänka medicinska kvalitetskrav vid en särskild händelse ska enligt Region Stockholms katastrofmedicinska beredskapsplan (Region Stockholm 2020h) fattas i samråd mellan tjänsteman i beredskap eller den regionala särskilda sjukvårdsledningen, medicinskt ansvarig och den lokala särskilda sjukvårdsledningen.

Intensivvård kan behöva prioriteras under extraordinära händelser

När det gäller intensivvård ska vårdgivare uttömma alla möjligheter att utöka intensivvårdsinsatserna innan de tillämpar prioriteringsprinciperna, enligt *Nationella principer för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden* (Socialstyrelsen 2020j).

Intensivvård under extraordinära händelser ska prioriteras enligt ordningen i figur 8.

Figur 8. Prioriteringsordning för intensivvård.



Not. Egen bearbetning av text.

Källa: Socialstyrelsen (2020j s.7)

Om man behöver prioritera mellan patienter inom samma prioritetsgrupp ska man enligt principerna göra det utifrån förväntad återstående livslängd, sett till biologisk ålder.

I samband med en extraordinär situation kan det bli aktuellt att skärpa indikationen för intensivvård (Socialstyrelsen 2020j). Det innebär att vårdgivarna kan behöva vara återhållsamma med att inleda eller fortsätta



intensivvård. Patienter som inte får tillgång till intensivvård ska alltid erbjudas annan vård, till exempel inom geriatrik, specialiserad palliativ vård, avancerad hemsjukvård eller särskilt boende för äldre (Socialstyrelsen 2020j).

Prioriteringar för de sköraste äldre har skapat debatt

Kronologisk ålder får inte ligga till grund för prioriteringar, enligt de etiska principerna (prop. 1996/97:60). Däremot får så kallad biologisk ålder beaktas, alltså patientens fysiska förmåga att klara av en viss behandling. Det får konsekvenser vid exempelvis prioritering av intensivvård, som innebär en svår belastning för patienten. Vårdens prioriteringar under pandemin har debatterats i medier, framför allt när det gäller äldre på särskilda boenden som ofta har svåra sjukdomar och stora vårdbehov.

Ett av de dokument som diskuterats är *Styrande regelverk för patientflöden* för Region Stockholm. Dokumentet publicerades den 20 mars 2020 och ska säkerställa att akutsjukhusen kan ta emot svårt sjuka patienter (Region Stockholm 2020i). Det som framför allt uppmärksammats är vägledningen för medicinsk prioritering. Prioritering för sköra äldre ska enligt dokumentet göras genom att använda en bedömningskala kallad Clinical Frailty Scale (CFS), men det står även att prioritering ska ske enligt medicinska behov och nytta av vård med CFS som vägledning i en annan del av dokumentet. Skalan används för att förutsäga behovet av vård eller återstående förväntad livslängd hos äldre, där 1 motsvarar individer i bäst skick för sin ålder, personer som är ”starka, aktiva, energiska och motiverade”, och 9 motsvarar terminalt sjuka individer med en förväntad återstående livslängd på mindre än 6 månader (SBU, 2019). Dokumentet beskriver bland annat att patienter med CFS 1–4 ska prioriteras för högre vårdnivå, och att patienter med CFS 6–8 ska vårdas på akutsjukhus om de behöver en akut kirurgisk åtgärd. Dokumentet betonar att en individuell bedömning alltid ska göras (Region Stockholm 2020i).

Uppmaningen om att använda CFS som vägledning kan skapa osäkerhet om hur bedömningen ska göras. Personer som är bedömda till exempelvis CFS 6 kan ha olika förutsättningar för att klara intensivvård och olika biologisk ålder, och gruppen omfattar individer som är måttligt sköra och behöver hjälp med exempelvis utomhusaktiviteter, hushållsarbete och hygien. Bedömningen ska därför inte göras utifrån en grupp, utan måste vara individuell. Zaremba (2020) menar att dokumenten inte tydliggjorde ordentligt att patienter ska få en individuell bedömning, eller att den ska göras av en läkare.

I den reviderade upplagan från 22 maj 2020 är råden förtydligade, och det står att vård på högre nivå ska ges efter en individuell bedömning av medicinska behov och nytta med en vårdinsats. CFS kan användas som vägledning, men enbart om den bedömande läkaren har tillräcklig kunskap och erfarenhet av verktyget (Region Stockholm 2020j).

I en tillsyn av regioner och privata verksamheter med ansvar för medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre – bland annat för att granska om individuella bedömningar av vårdbehov har gjorts vid misstänkt covid-19 – fann Inspektionen för vård och omsorg (IVO) grundläggande brister. Bland annat konstaterade IVO, utifrån ett urval av särskilda boenden i regionerna, att ungefär en femtedel av äldre på särskilda boenden i Sverige inte fått en individuell läkarbedömning (IVO 2020b). I Stockholm granskades 15 särskilda boenden, och i beslutet till regionen skriver IVO (2020a) att det framkommit att flera patienter under inledningen av pandemin inte fått individuella bedömningar av sina vårdbehov av läkare, trots att detta ska göras enligt regionens riktlinjer. Bedömning hade i dessa fall varken skett på plats eller på distans (genom att en sjuksköterska på plats beskriver patientens hälsotillstånd), och gäller både regionens verksamheter och privata. Alla regioner har lämnat in redovisning över förbättringsåtgärder i den pågående tillsynen i januari 2021 (IVO 2021).

3.5.2 Vård har framför allt ransonerats för att säkerställa vård till de med störst behov

Under pandemin har regionerna fått skjuta på en stor del av den planerade vården för att klara intensivvård och andra covid-19-relaterade behovsförändringar. Syftet med denna ransonering är att säkerställa tillgången på personal, skyddsutrustning, sjukvårdsmaterial och läkemedel till patienter med större vårdbehov, ofta på grund av covid-19. Det har inneburit en balansgång mellan att dels snabbt ställa om för att möta ett kraftigt ökat vårdbehov, dels tillgodose befolkningens övriga vårdbehov. Samtidigt har vården behövt genomföra åtgärder för att undvika smittspridning, både bland personal och bland patienter.

Vid beslut om prioriteringar ska de som tagit besluten tydligt kommunicera vilka prioriteringar som kommer göras till personalen och ledningen, men också till patienter, närstående och medborgare. Det ska alltid tydligt framgå att alla patienter har rätt att få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd, för att befolkningen inte ska avstå från att söka vård vid behov. Viktiga kommunikationskanaler är till exempel regionernas webbplatser och 1177 Vårdguiden (Socialstyrelsen 2020i).



Regionernas kommunikation har framför allt gällt planerad vård och förebyggande vård. Den inställda vården som vi presenterar här gäller enbart kommunikation från regionerna Stockholm, Östergötland, Jönköping, Värmland och Blekinge, och det kan finnas annan vård som har påverkats men som inte har kommunicerats ut.

Många sjukhus minskar sin planerade vård till förmån för vård som inte kan vänta och akut vård

De flesta regioner ställde in planerad vård i mitten av mars 2020, främst planerade operationer som inte var akuta och som enligt bedömningen kunde vänta. Syftet var att frigöra sjukvårdspersonal till vårdplatser för covid-19 och att kunna prioritera akutvården under ökad belastning. Ett annat syfte var att hantera brist på förbruknings- och skyddsmaterial. Hur mycket vård som blivit inställd varierar mellan regionerna, beroende på läget inom sjukvården och smittspridningen i regionen.

Alla regioner återupptog delar av verksamheterna under sommaren eller hösten, men många fick återigen ställa in vård när smittspridningen ökade under senare delen av hösten och vintern. För flera regioner var läget värre under hösten än initialt under våren.

Ibland har vårdåtgärder ställts in för alla patienter, och ibland enbart för grupper som löper större risk att bli allvarligt sjuka i covid-19 om risken för att smittas räknats som allvarligare än nyttan av vårdåtgärden. Faktarutan nedan innehåller ett utdrag från Region Stockholms kommunikation om inställd vård, och där framgår lite mer detaljerat vilken vård och vilka grupper som har berörts.

Regionerna har i sin kommunikation förklarat att man bara skjuter upp planerad vård som bedöms kunna vänta utan allvarliga medicinska konsekvenser. Det finns även planerad vård som inte verkar ha påverkats i större utsträckning, exempelvis den psykiatriska (Socialstyrelsen 2020). Däremot har antalet digitala besök ökat kraftigt i den psykiatriska vården, och det finns även tecken på att personer sökt vård i mindre utsträckning (Socialstyrelsen 2020).

Ett utdrag från Region Stockholm

Regionen ställde in planerad vård den 22 mars 2020 för att styra om resurser såsom vårdpersonal och skyddsutrustning, samt för att minska risken för smittspridning i vårdmiljöer (Region Stockholm 2020b). Senare under våren kunde man återuppta den planerade vård som inte konkurrerade om resurser till akut- och intensivvården, exempelvis skyddsutrustning och läkemedel. Däremot rekommenderades en särskild bedömning av den medicinska nyttan i relation till smittorisken för personer i riskgrupper (Region Stockholm 2020).

Beslutet om att ställa in planerad vård slutade gälla den 31 augusti 2020 (Region Stockholm 2020d). Vid det laget hade vården hunnit smittanpassa verksamheten och fått mer kunskap om covid-19. Tillgången på skyddsutrustning hade också ökat markant. I september 2020 ökade antalet besök och operationer snabbt, och det pågick ett stort arbete för att boka in och behandla patienter som fått sin vård uppskjuten. Exempel på prioriterade grupper var cancerpatienter, personer med kroniska sjukdomar som inte kommit på årskontroller, personer som avstått från vård på grund av rädsla att smittas, personer som fått vård framskjuten och inte kan vänta, personer som blivit sjuka av isolering och oro samt screening för att upptäcka cancer (Region Stockholm 2020f).

Man förändrade arbetssätten och ökade sin kapacitet, med exempelvis arbete på kvällar och helger, för att ta emot fler patienter vars besök ställts in. Exempel på ändrade arbetssätt är digitala besök på vårdcentraler, i specialistvården och inom psykiatri samt uppsökande verksamhet, geriatrisk vård i hemmet, mer dagvårdsoperationer och återstartad screening med bokade tider för att undvika trängsel i väntrum (Region Stockholm 2020f).

Sedan ökade antalet patienter med covid-19 igen, och man beslutade att ställa in vård som kan vänta från den 15 december 2020. Beslutet gällde vård som riskerar att ta akutsjukhusens resurser i anspråk, eller som bedrivs med personal som behövs på akutsjukhusen (Region Stockholm 2020c). Vårdgivare fick besked om att inte ställa in vård innan det fanns överenskommelser om att förflytta den efterfrågade personalresursen. Vården som ställdes in gällde framför allt tillstånd som inte är elakartade och inte medför en hög risk för komplikationer (Region Stockholm 2021). Regionen poängterar att individuella bedömningar alltid ska göras.

Screeningsverksamhet inställd på grund av resursbrist och färre besök

Flera regioner ställde helt in screeningverksamheten under våren, dels för att väntrum inte kunde användas på grund av smittorisken, dels för att personal var utlånad till annan verksamhet eller för att laboratorieresurser i första hand behövde användas till covid-19-testning (Socialstyrelsen 2020d). Insatser har även ställts in för att personer uteblivit från besök i betydligt högre utsträckning än tidigare (SKR 2020b). Andra regioner har endast delvis ställt in verksamheten genom att ändra rutiner och minska antalet besökare per dag.

Avgiftsfri screening för livmoderhalscancer och bröstcancer (mammografi) är viktiga delar i hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete mot cancerdödlighet. Cirka 40 procent av alla verksamheter pausade erbjudanden om mammografi våren 2020 (Socialstyrelsen 2020d). I Stockholm pausades all screeningverksamhet, men delar återupptogs i maj 2020, bland annat mammografi för kvinnor under 70 år. Då hade man infört flera åtgärder för att minska risken för smittspridning. I september 2020 bedömdes det att åtgärderna fungerade bra och att även kvinnor över 70 kunde kallas. Även screening för livmoderhalscancer och tjock- och ändtarmscancer



startade i augusti 2020 (Region Stockholm 2020n). Region Jönköpings län fortsatte i stället sin ordinarie verksamhet för både mammografi och livmoderhalsscreening under våren (Socialstyrelsen 2020d).

Den 1 oktober 2020 hade alla mammografienheter i landet återigen full verksamhet, men flera av regionerna låg efter med screeningsverksamheten (Cancercentrum 2020). Socialstyrelsen rekommenderar att samtliga kvinnor 40–74 år erbjuds en undersökning var 18–24:e månad (Socialstyrelsen 2014). Den inställda screeningverksamheten innebär att Stockholm under hösten 2020 hade ett intervall på 25–28 månader. Värmland och Blekinge höll intervallet i yngre åldersgrupper men hade ett intervall på 29 respektive 25 månader i åldersgruppen 54–74 år. För Östergötland och Jönköping finns ingen data (Cancercentrum 2020).

3.6 FÖRÄNDRINGAR FÖR ATT KUNNA MÖTA PATIENTER UNDER NYA FÖRUTSÄTTNINGAR

Pandemin har lett till en omställning till nya sätt att arbeta och möta patienterna, och på så sätt har den förändrat vårdutbudet. Den kanske största omställningen är den stora ökningen av vårdkontakter på distans.

Inom primärvården har man behövt minska antalet personer som vistas i lokalerna och skilja patienter med misstänkt covid-19 från andra patienter. Det har även krävts nya rutiner och anpassningar såsom att använda skyddsmaterial inom hela hälso- och sjukvården. Periodvis har patienter i riskgrupper avrått från vissa kontakter, utredningar och ingrepp även inom den specialiserade vården.

Den största omställningen beror på behovet av att kommunicera utan fysiska möten, och vi ser ett kraftigt språng i utvecklingen mot nya arbetssätt och nya digitala lösningar. Möjligheten till distanskontakter har införts i olika delar av hälso- och sjukvården, och förutom en smittfri kontaktväg innebär det även att skyddsutrustning och förbrukningsmaterial kan sparas in. Det har även funnits ett stort behov av information om den nya sjukdomen. Det har lett till att fler än någonsin har kontaktat 1177 Vårdguiden och ringt 113 13 som är Sveriges nationella informationsnummer dit medborgare kan vända sig för information vid större olyckor eller kriser.

3.6.1 Förändrade rutiner för att möta en samhällsfarlig smitta

Det krävs noggranna rutiner när vården möter misstänkta och verifierade covid-19-patienter, för att skydda både personal och patienter. Detta har

krävt förändrade arbetssätt inom smittskydd och hygien och dramatiskt ökat behovet av skyddsutrustning inom alla verksamheter.

Inom vården har man separerat patienter som kan bära på viruset från andra patienter. Man har även infört besöksförbud för att minska antalet personer som vistas i vårdlokaler.

Separera patienter med symtom på covid-19 från övriga patienter för att minska risken för smittspridning

För att separera patienter med luftvägssymtom har flera sjukhus och mottagningar exempelvis öppnat mottagningstält för provtagning och en första medicinsk bedömning.

I flera regioner har det varit nödvändigt att stänga eller lokalisera om mottagningar och vårdcentraler för att säkra bemanningen på de mottagningar som håller öppet vid det ökade inflödet. Region Värmland begränsade till exempel tillträdet till sjukhusen genom att enbart tillåta personal, patienter med planerade besök och inneliggande patienter att vistas i sjukhuslokalerna. Besökare till akutmottagningarna hänvisades till mottagningstält för att separera ut dem med luftvägssymtom (Region Värmland 2020a). I Östergötland satte Försvarsmakten, efter förfrågningar från regionen, i början av mars 2020 upp mottagningstält vid alla tre sjukhusen för att medicinskt bedöma personer med sådana symtom (Region Östergötland 2020b).

Exempel från Region Jönköpings län

Den 9 april 2020 införde Jönköping särskilda infektionsmottagningar i primärvården på de tre sjukhusen i länet, och började hänvisa patienter med symtom på luftvägsinfektion till dessa mottagningar istället för en vårdcentral eller akutmottagning.

Personer med luftvägsbesvär kontaktar först sin vårdcentral eller 1177 för att få en digital läkarbedömning. Om personen bedöms behöva en fysisk undersökning bokas ett besök in på en av infektionsmottagningarna. Där får patienten en fysisk bedömning av läkare eller sjuksköterska och skickas vidare till en akutmottagning vid behov. De särskilda infektionsmottagningarna medför ett enhetligt flöde av patienter med misstänkt luftvägsinfektion och ger vårdcentralerna mer tid att fokusera på den ordinarie verksamheten. De gemensamma närankuterna stängdes tillfälligt den 9 april 2020 (Region Jönköpings län 2020d). Den 16 september 2020 började man åter bedöma misstänkt covid-19 på vårdcentralerna, men i ett separat flöde (Region Jönköpings län 2020a).

Besöksrestriktioner för att skydda personal och inneliggande patienter

En viktig åtgärd för att minska smittspridningen på sjukhus har varit att införa besöksförbud i hälso- och sjukvården. Den 10 mars 2020 rekommenderade



Folkhälsomyndigheten anhöriga att undvika onödiga besök på sjukhus. På många håll har patienter bara fått ta med sig personer som är nödvändiga utifrån deras hjälpbehov och funktionsnedsättning. Vissa verksamheter har haft särskilda restriktioner, till exempel på förlossningsavdelningar.

Besöksförbud i hälso- och sjukvården infördes i alla regioner i urvalet under första hälften av mars 2020. Alla gjorde också undantag för exempelvis medföljande med särskilt tillstånd, barn eller vad som är nödvändigt utifrån hjälpbehov, funktionsnedsättning eller ändamålet med besöket. Några regioner hävde besöksförbuden under 2020, exempelvis Jönköping som hävde förbudet i en månad på hösten (Region Jönköpings län 2020e).

Regioner har uppmanat befolkningen att söka vård vid behov

Några av omställningarna i sjukvården under pandemin är drivna av att medborgare själva valt att inte söka vård, för det syns en tydlig nedgång i efterfrågan på vård som inte rör covid-19 under pandemin. En anledning kan vara att många är osäkra på när man ska söka vård. Exempelvis uppmanades medborgare i Stockholm att kontakta 1177 Vårdguiden för information om hur de kan söka vård och inte uppsöka vårdmottagningar vid symtom på covid-19 i början av pandemin (Region Stockholm 2020a).

Samtliga regioner som vi studerat har under pandemin uppmanat medborgare att fortsätta söka vård. Exempelvis gick Region Östergötland i både mars och april 2020 ut med att man inte ska tveka att söka sig till akutmottagningarna. Regionen hade då märkt av ett minskat inflöde till akutmottagningarna och även att svårt sjuka väntade för länge med att söka vård (Region Östergötland 2020d). Smittskyddsläkaren i regionen poängterade då att patienter inte behöver vara rädda för smitta eftersom covid-19-patienter tas emot och vårdas isolerat från andra.

3.6.2 Minimera smittspridningen genom distanskontakter

Behovet av att minimera fysiska kontakter har lett till en snabb ökning av digitala vårdkontakter. Eftersom covid-19 är en ny sjukdom har det också funnits ett stort behov av information om symtom och effekter. Som samordnande funktion har 1177 Vårdguiden och det nationella informationsnumret 113 13 varit väldigt viktiga under pandemin.

Stort tryck på sjukvårdens telefonlinjer och 1177 Vårdguiden på telefon

Under pandemin har trycket på 1177 Vårdguidens telefoner varit stort, både på grund av oro och på grund av att medborgare tidigt uppmanades att ringa

sjukvårdsupplysningen i stället för att besöka vården. När belastningen ökade snabbt hade dock många svårt att komma fram på telefon. Sedan dess har flera åtgärder vidtagits för att förbättra den tekniska kapaciteten och öka bemanningen, och aktiviteten följs nu upp dagligen (Inera 2020).

Man behövde fler sjuksköterskor som kan svara på frågor om covid-19, och därför ordnades under våren en distansutbildning för sjuksköterskor som tidigare inte arbetat inom 1177 Vårdguidens rådgivning (Inera 2020). Man gjorde även upprop i regionerna för att stärka bemanningen. I till exempel Östergötland genomfördes ett upprop från regionen tillsammans med Linköpings universitet för att få studenter från läkarlinjen som kunde svara på frågor via telefon (Region Östergötland 2020c).

För att kunna hantera det stora inflödet av samtal startades ett nationellt knappval för covid-19 i mars 2020. De som behöver medicinsk rådgivning om covid-19 hamnar hos sjuksköterskor på 1177 Vårdguiden. Personer som vill ha allmän information om covid-19 kopplas vidare till numret 113 13, som aldrig varit så belastat som under pandemin. Den 12 mars 2020 hade exempelvis antalet samtal ökat från i snitt runt 30 samtal per dag till cirka 24 000 (SOS Alarm 2020).

I början av pandemin etablerade flera regioner även nya telefonlinjer för att kunna dirigera de som insjuknat eller skadat sig och inte kan vänta tills vårdcentralen öppnar, för att undvika trängsel på akutmottagningarna under kvällar och helger. Till exempel gick Region Värmland den 14 mars 2020 ut med att de som har lätta luftvägssymtom inte skulle ringa 1177 Vårdguiden, för att minska belastningen, och vårdcentralerna i länet utökade sin tillgänglighet på telefon med distriktssjuksköterskor som mellan 08.00 och 17.00 svarar på frågor om symtom i luftvägarna (Region Värmland 2020b).

Pandemin har påskyndat digitaliseringen

År 2020 tog den digitala omställningen ett stort kliv, och både privata och regionala vårdgivare såg en dramatisk ökning av distanskontakter. Redan under pandemins två första månader redovisade de fyra största digitala vårdgivarna att antalet digitala vårdmöten ökat med över 60 procent (SKR 2020b).

1177 Vårdguiden på webben är en digital kanal för hälso- och sjukvården att nå befolkningen med kvalitetssäkrad information. Man har också e-tjänster där inloggning med exempelvis bank-id ger patienter möjlighet att läsa sin journal, boka tider för vård eller förnya recept. Sedan pandemin började har bägge webbtjänsterna utvecklats för att ge information och praktiska tjänster såsom att boka hemprovtagning för covid-19 och få



provsvår (Inera 2020). Digitala besök har inte bara ökat inom primärvården, utan även inom den specialiserade vården med digitala lösningar såsom hemmonitorering och digitala återbesök. Med hemmonitorering kan exempelvis patienter med covid-19 skrivas ut från slutenvården och följas upp digitalt, och det har även underlättat för individer med kroniska sjukdomar såsom hjärtsvikt och kol (E-hälsomyndigheten 2020).

Flera regioner ger vårdgivare möjligheten att erbjuda vård på distans genom digitala besök eller telefonbesök i stället för fysiska mottagningsbesök. Ett exempel är Region Stockholm som justerade ersättningsnivåer för digitala besök och tog bort begränsningar i avtal om distanskontakter. På så sätt kunde de digitala besöken öka kraftigt inom exempelvis rehabilitering, habilitering och psykiatri (Region Stockholm 2020k). Regeringen beslutade också under våren att vårdgivare på nationella taxan (som reglerar verksamhet och ersättning för vissa privatpraktiserande läkare och fysioterapeuter) kunde få ersättning för digitala vårdkontakter (Socialdepartementet 2020a).

Alla regioner i vårt urval har utvecklat sina digitala tjänster eller infört nya. I Blekinge infördes till exempel appen ”Din vård i Region Blekinge” för besök som går att utföra på distans, med start för ungdomsmottagningar och vårdcentraler (Region Blekinge 2020d). I Jönköping har pandemin lett till en ny rutin där den som kontaktar sin vårdcentral eller 1177 Vårdguiden för luftvägssymtom först får ett digitalt möte med läkare på den egna vårdcentralen, eller genom den nya appen ”Vårdmöte Region Jönköpings län” för den som har en privat vårdcentral. Under den första månaden sexdubblades antalet digitala vårdkontakter i Bra Liv nära, som drivs av Region Jönköpings län (Region Jönköpings län 2020b). Hösten 2020 startade digitala självhjälpsgrupper för till exempel patienter med cancer eller utmattningssyndrom. Alla vårdcentraler har uppmanats att öppna digitala drop-in-rum där patienterna bland annat kan få en första läkarbedömning av sina luftvägsbesvär. Detta gör att många patienter inte behöver komma till regionens infektionsmottagningar.



Förändringar i vårdkonsumtion under pandemin

Inom primärvården minskade antalet läkarbesök kraftigt under våren 2020. Sedan dess har vården ställt om och möter nu fler patienter genom digitala distanskontakter, men det verkar inte kompensera för hela minskningen av besök till vårdcentralerna.

För den specialiserade vården minskade antalet genomförda första besök, operationer och återbesök. Vi kan också se en minskning i antalet nyttillkomna personer som väntar på ett första besök eller en operation inom den specialiserade vården. Detta kan vara tecken på en minskad eller uppskjuten efterfrågan på specialiserad vård.

Det talas om att vårdens omställning för att ta hand om patienter med covid-19 har skapat en vårdskuld eller ett uppdämt vårdbehov. Vi har utifrån information från väntetidsdatabasen uppskattat det uppdämda vårdbehovet för första besök och operation inom den specialiserade vården. Vi har dock funnit misstänkta brister i datakvaliteten som gör att resultaten bör tolkas med försiktighet.

4.1 VÅRDGARANTIUPPFÖLJNINGEN GER INFORMATION OM FÖRÄNDRAD VÅRDKONSUMTION

Den nationella vårdgarantin innebär att patienter har rätt till att få kontakt med vården, få en medicinsk bedömning, få ett vårdbesök eller få behandling inom givna tidsgränser. För att följa upp efterlevnaden av vårdgarantin



rapporterar regionerna in uppgifter om väntetider till den så kallade väntetidsdatabasen, som administreras av SKR. Men informationen från databasen kan också användas för att studera vårdkonsumtionen. För den specialiserade vården kan vi undersöka både förändringar i vårdkonsumtion och förändringar i antalet nytillkomna personer som väntar på specialiserad vård. Det senare kan vara indikator på hur efterfrågan på specialiserad vård har förändrats under pandemin. Vidare kan förändringar i antalet genomförda operationer och första besök visa hur utbudet av specialiserad vård har förändrats. Men det ska tolkas med försiktighet, bland annat är det ett urval av operationer och första besök som följs upp i väntetidsdatabasen under 2020.

Väntetidsdatabasen visar utvecklingen av antalet genomförda primärvårdsbesök, men det går inte att studera inflödet av personer som väntar på ett primärvårdsbesök. Vi kan därför inte lika tydligt beskriva förändringar av vårdkonsumtion i primärvården när det gäller efterfrågan och utbudet.

4.1.1 Vårdgarantin ställer krav på exempelvis behandling eller medicinsk bedömning inom vissa tidsgränser

Den nationella vårdgarantin är en lagstadgad rättighet som ställer krav på att patienter inom givna tidsgränser ska få kontakt med vården, få en medicinsk bedömning, få ett vårdbesök eller få en behandling, se figur 9.

Figur 9. Nationella vårdgarantins fyra tidsgränser.



Tillgänglighetsgarantin innebär att personer som söker vård ska få kontakt med primärvården samma dag som man söker kontakt. *Bedömningsgarantin* innebär att man ska få besöka legitimerad personal för en medicinsk bedömning inom primärvården inom tre dagar från det att man har sökt

kontakt. Bedömningsgarantin gäller enbart om vårdgivaren har bedömt att det finns behov av en medicinsk bedömning. Det finns också en besöksgaranti inom den specialiserade vården. Den innebär att patienter ska få besöka den specialiserade vården inom 90 dagar från det att en remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte behövs, från det att patienten har sökt kontakt. Slutligen finns en behandlingsgaranti, som innebär att man ska få planerad vård inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att patienten ska få den aktuella vården (se 9 kap. 1 § HSL, 2 kap. 3 § PL och 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)).

SKR:s väntetidsdatabas är till stor del konstruerad för att följa upp tillgänglighetsgarantin, bedömningsgarantin, besöksgarantin och behandlingsgarantin (Socialdepartementet 2019). Utöver de delar av vårdkedjan som täcks av vårdgarantin finns även data om till exempel återbesök, ledtider inom diagnostik och överbeläggningar (Socialdepartementet 2019). Tabell 1 visar den nationella vårdgarantins fyra tidsgränser och hur de följs upp i SKR:s väntetidsdatabas.

Tabell 1. Nationella vårdgarantins fyra tidsgränser och hur de följs upp i SKR:s väntetidsdatabas.

Vårdgaranti	Uppföljning i väntetidsdatabasen	Täljare	Nämnare
Tillgänglighetsgaranti	Primärvårdens tillgänglighet per telefon	Antal samtal till vårdcentral som besvarades samma dag	Det totala antalet samtal för rådgivning eller tidsbokning till vårdcentralen
Bedömningsgaranti inom primärvården	Medicinsk bedömning inom tre dagar i primärvård (besöksgaranti)	Antal vårdgarantibesök genomförda inom tre dagar med dokumenterad medicinsk bedömning	Antal genomförda vårdgarantibesök totalt med dokumenterad medicinsk bedömning
Besöksgaranti inom den specialiserade vården	Genomförda första besök inom 90 dagar i specialiserad vård	Antal genomförda första besök inom 90 dagar i specialiserad vård	Totalt antal genomförda första besök inom specialiserad vård
	Väntande 90 dagar eller kortare på första besök inom specialiserad vård	Antal som väntat 90 dagar eller kortare på första besök inom specialiserad vård	Totalt antal väntande på första besök inom specialiserad vård
Behandlingsgaranti	Genomförda operationer/åtgärder inom 90 dagar i specialiserad vård	Antal genomförda operationer/åtgärder inom 90 dagar i specialiserad vård	Totalt antal genomförda operationer/åtgärder inom specialiserad vård
	Väntande 90 dagar eller kortare på operation/åtgärd inom specialiserad vård	Antal som väntat 90 dagar eller kortare på operation/åtgärd inom specialiserad vård	Totalt antal väntande på operation/åtgärd inom specialiserad vård



4.1.2 Uppföljning av tillgänglighetsgarantin och bedömningsgarantin i primärvården

Uppföljningen av tillgänglighetsgarantin utgår från primärvårdens telefon-tillgänglighet. Andra kontaktvägar, till exempel e-tjänster och e-post, ingår inte i mätningarna. Det innebär att uppföljningen i väntetidsdatabasen endast utgår från ett sätt att kontakta primärvården trots att vårdgarantin även gäller andra kontaktvägar (Vård- och omsorgsanalys 2017). Telefon-tillgänglighet mäts två gånger per år. Stockholm har dock en annan metod för att mäta detta så den regionen ingår inte i väntetidsdatabasens uppföljning av tillgänglighetsgarantin.

Bedömningsgarantin förändrades 2019, från sju dagar till läkarbesök till tre dagar för medicinsk bedömning av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (prop 2017/18:83). Samtidigt uppdaterades uppföljningen i väntetidsdatabasen och det ska finnas nationellt täckande data över andelen patienter som har fått en medicinsk bedömning av legitimerad personal inom tre dagar i primärvården (det är dock osäkert hur god täckningsgrad databasen har för primärvårdsbesök, se 4.1.5.). Medicinsk bedömning innebär ett besök där legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömer personens hälsa, och det ska resultera i en diagnos eller åtgärdskod som dokumenteras i patientens journal. Med besök avses mottagningsbesök, hembesök eller distansbesök, exempelvis via olika former av e-tjänster och brev- och telefonkontakter.

4.1.3 Uppföljning av besöksgaranti och behandlingsgaranti inom den specialiserade vården utgår från ett urval

I uppföljningen av besöksgarantin inom den specialiserade vården ingår första besök hos ett urval av specialiteter, se bilaga 2. Vissa har valts ut för att de står för stora vårdvolymer, och andra för att de har kända tillgänglighetsproblem. Det innebär att väntetidsdatabasen endast mäter första besök hos några av den specialiserade vårdens områden, även om besöksgarantin enligt vårdgarantin även gäller för andra områden. Mätningarna sammanställs månadsvis för samtliga regioner.

Även behandlingsgarantin följs upp utifrån ett urval: operationer samt utprovning av hörselapparat (hädanefter kallar vi det för operationer även om utprovning av hörselapparat också ingår i materialet). I bilaga 2 finns en förteckning över operationer och åtgärder som följs upp. Vårdgarantin gäller dock för alla slags behandlingar, exempelvis läkemedelsbehandling, funktions- och aktivitetsbehandling och psykologisk behandling.

I överenskommelsen om en uppdaterad kömiljard 2019 ingick att SKR tillsammans med regionerna skulle utveckla uppföljningen av specialiserad vård (Socialdepartementet 2020f). Det innebär en mer heltäckande uppföljning där det ska vara möjligt att följa alla väntande och genomförda kontakter i den specialiserade vården, såsom besök, återbesök, utredningar, operationer, behandlingar och åtgärder (Socialdepartementet 2020f). I den här rapporten har vi dock utgått från den gamla uppföljningsmodellen av specialiserad vård.

4.1.4 Vi ger en bild av utbudsförändringen genom att studera samtal, besök och insatser

Vi använder data från väntetidsdatabasen för att beskriva förändringar av vårdutbudet, det vill säga förändringar i befolkningens tillgång till hälso- och sjukvård. Som vi beskrivit ovan ingår endast ett urval av vårdkontaktarna och operationerna inom specialiserad vård. Det innebär att vår sammanställning visar en begränsad bild av vårdkonsumtionsförändringarna.

Vi har också kompletterat bilden med statistik som sammanställts av Socialstyrelsen och statistik från 1177 Vårdguiden.

Vi använder besök och insatser inom den specialiserade vården för att se förändringar i vårdutbudet

Vårdkonsumtionen är skärningspunkten där vårdbehov och vårdefterfrågan möter vårdutbudet. Om efterfrågan eller behovet överstiger utbudet bildas en kö med patienter som väntar på vård. Då kan vårdkonsumtionen användas för att uppskatta utbudet, eftersom det är den begränsande faktorn snarare än behovet och efterfrågan. I väntetidsdatabasen ingår dock många olika vårdgivare, och skärningspunkten där efterfrågan möter utbudet kan variera mellan vårdgivare. Det kan alltså finnas en vårdkö på aggregerad nivå utan att vårdutbudet behöver vara den begränsande faktorn för samtliga vårdgivare. Vi bedömer att måtten på vårdkonsumtion kan användas för att ge en indikation på hur det aggregerade vårdutbudet har förändrats, men vi vill samtidigt poängtera att det är en förenkling.

Vi kan beräkna inflödet av väntande utifrån antal väntande, genomförda besök och operationer

Antalet som väntar på ett första besök, en operation eller ett återbesök är exempel på mått som speglar vårdbehov och vårdefterfrågan. Men förändringar i antalet väntande behöver inte innebära att efterfrågan



förändras. En minskning kan bero på ett ökat vårdutbud eller en minskad vårdefterfrågan, och orsaken går inte att avgöra utifrån enbart information om antalet väntande.

Ett mer direkt mått på vårdefterfrågan är att studera nyttillkomna personer som väntar på vård, det vill säga nya patienter i kön. Vi har därför utgått från förändringar av antalet väntande, som vi väljer att kalla inflöde (Vård- och omsorgsanalys 2017). Denna information finns inte direkt i väntetidsdatabasen. Det finns inte information om exempelvis antalet inkomna och accepterade remisser till ett besök hos en specialist eller antalet operationsanmälningar (Vård- och omsorgsanalys 2017). För att beräkna inflödet använder vi i stället information om antalet väntande och genomförda första besök, operationer eller återbesök, se faktarutan nedan.

Inflöde baseras på antal väntande och genomförda vårdinsatser

Vi beräknar inflödet enligt följande formel:

$$\begin{aligned} \text{Inflöde månad (n)} = & \\ \text{Antal väntande i slutet av månad (n)} & \\ - \text{Antal väntande i slutet av månad (n-1)} + & \\ + \text{Antal genomförda vårdinsatser månad (n)} & \end{aligned}$$

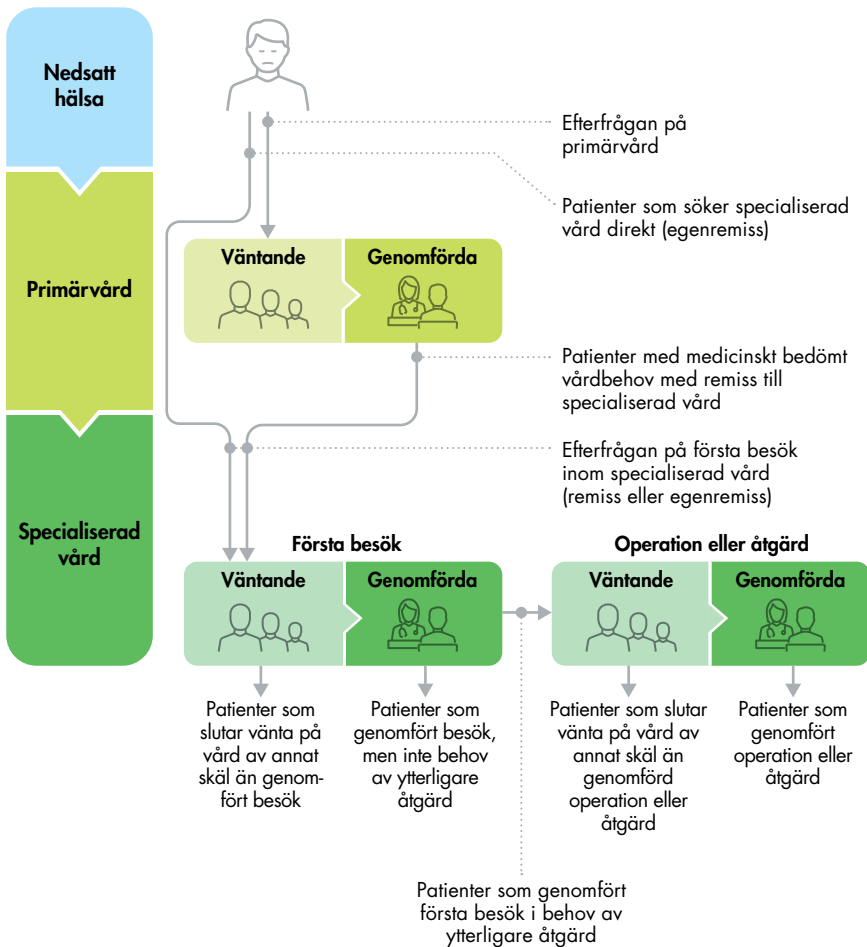
Där vårdinsatser är besök eller operationer.

Denna metod innebär att även andra förändringar än nyttillkomna patienter i kön påverkar inflödet. Patienter kan försvinna från kön av andra skäl än att de får ett besök eller en operation, exempelvis om de själva väljer att avstå från vård eller avlider. Om vårt beräknade värde på inflöde är 20 patienter kan vi alltså inte veta om det verkliga antalet nya patienter var 25 och det samtidigt försvann 5 patienter från kön av andra skäl.

Tillgång till primärvård påverkar efterfrågan på specialiserad vård
Efterfrågan på specialiserad vård påverkas också av tillgängligheten i andra delar av vården. Figur 10 visar ett exempel på en person med nedsatt hälsa som kan efterfråga primärvård (eller direkt söka specialiserad vård som inte kräver remiss). Efter en medicinsk bedömning kan primärvårdsbesöket resultera i en remiss för att få ett första besök inom den specialiserade vården.

Remissen bedöms av den mottagande verksamheten som avgör ifall patienten ska få komma på ett besök vid mottagningen eller inte. De patienter som bedöms behöva ett specialistbesök, sätts upp på väntelista för ett första besök. Besöket i den specialiserade vården kan i sin tur leda till bedömningen att det krävs en operation, och efter en operationsanmälan ställs patienten i den kön. Efter operationen kan ett återbesök behövas. En mer ingående beskrivning av patient- och remissflödet finns i Vård- och omsorgsanalys (2015).

Figur 10. Exempel på hur ett patientflöde kan se ut, från att en person upplever nedsatt hälsa till en åtgärd i den specialiserade vården. Inflödet av personer som väntar på en operation eller åtgärd påverkas av efterfrågan och utbud i tidigare delar av vårdkedjan.



Vårdförloppet som leder fram till en operation eller behandling i den specialiserade vården påverkas alltså av efterfrågan och utbudet tidigare i kedjan. Om till exempel färre patienter väljer att besöka första linjens vård såsom primärvården eller screeningverksamheter, riskerar en större del av befolkningens vårdbehov att inte komma till vårdens kännedom. Därtill innebär det att färre patienter med vårdbehov identifieras vid färre tillgängliga primärvårdsbesök, på grund av kapacitetsminskning eller smittskyddsåtgärder. Summan av minskningen av efterfrågan och utbudet på första linjens vård riskerar i sin tur att minska remisserna till första besök i den specialiserade vården. Även i detta steg kan patienter på grund av pandemin välja att avstå från vård. Utbudsbegränsningar i den specialiserade vården innebär att färre första besök genomförs. Sammantaget kan det innebära att färre patienter bedöms behöva en operation eller åtgärd. Likaså kan patienter i detta skede välja att avstå från vård på grund av pandemin. Inflödet av patienter som väntar på operation är alltså ett resultat av förändringar i vårdefterfrågan och vårdutbudet i flera led. Därmed är det svårare att tolka inflödet av patienter som väntar på vård senare jämfört med tidigare i vårdkedjan.

Medicinskt orsakad väntan ingår inte i redovisningen av vårdgarantins uppfyllelse, det vill säga patienter som behöver vänta på vård av medicinska skäl, enligt vårdens bedömning. Detsamma gäller patientvald väntan, det vill säga patienter som själva väljer att vänta längre på sin vård. Anledningen är att båda är befogade skäl till att vårdgarantins gränser inte uppfylls.

Vi bedömer att både patientvald och medicinskt orsakad väntan är vårdefterfrågan. Vi inkluderar därför båda dessa i data gällande primärvården. För specialiserad vård kunde vi endast inkludera patientvald väntan i analysen utifrån den data som vi fick tillgång till från SKR. Medicinskt orsakad väntan ingår således inte. För att se utvecklingen över patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan hänvisar vi till Socialstyrelsen (2021a).

Vi kan inte dela upp primärvårdskonsumtionen i utbud och efterfrågan

Det finns ingen nationell väntelista över patienter som väntar på primärvård. I väntetidsdatabasen sammanställs hur lång tid patienter som gör ett primärvårdsbesök fått vänta, men inte väntetider för dem som ännu inte fått ett besök. Vi kan därför inte lika tydligt beskriva förändringar av vårdkonsumtion inom primärvården när det gäller efterfrågan och utbud.

Vi använder statistik från 1177 Vårdguiden för att komplettera bilden

Vi studerar också användningen av 1177 Vårdguidens telefonrådgivning genom att undersöka antal inkomna och besvarade samtal. Stockholm ingår

inte i statistiken. Vi har också valt att exkludera Värmland och Sörmland eftersom de började rapportera först fjärde kvartalet 2019, vilket innebär att vi inte kan se säsongsvariationer eller göra jämförelser mellan år för dessa regioner.

4.1.5 Bristande datakvalitet och täckningsgrad i väntetidsdatabasen minskar möjligheterna att följa upp vården

Vi har inte haft möjlighet att göra en fullständig utvärdering av kvaliteten i de data som finns tillgängliga i väntetidsdatabasen. Sammantaget ser vi dock en rad brister i datakvalitet och i kvalitetssäkringen av informationen i databasen. Bland annat finner vi misstänkta felregistreringar, stora skillnader i täckningsgrad jämfört med SKR:s verksamhetsstatistik och avsaknad av bortfallsanalys. Detta gäller särskilt primärvårdsbesök och återbesök i den specialiserade vården.

För primärvården väljer vi därför att endast presentera data för de 14 regioner där vi bedömer att täckningsgraden för antalet besök i väntetidsdatabasen är tillräckligt god i förhållande till antalet primärvårdsbesök enligt SKR:s verksamhetsstatistik. Vi väljer vidare att endast se till läkarbesök eftersom täckningsgraden här är högre och därmed kan antas vara mer korrekt. Därtill väljer vi att exkludera brev- och telefonkontakter eftersom vi ser stora skillnader i inrapporteringen mellan regioner.

Bristande täckningsgrad i primärvårdsdata

Vi ser stora skillnader när vi jämför antalet primärvårdsbesök som följs upp i väntetidsdatabasen med SKR:s verksamhetsstatistik, som årligen sammanställer bland annat antalet primärvårdskontakter. De båda källorna ska inkludera totalt antal besök för samtliga yrkesgrupper i primärvården (enligt VI 2000, se SKL (2018)), men vi uppskattar att väntetidsdatabasen innehåller cirka 17 miljoner färre fysiska besök jämfört med verksamhetsstatistiken (exklusive distansbesök det vill säga telefon-, brev- och digitala kontakter). Det innebär att väntetidsdatabasen har en täckningsgrad på cirka 53 procent av samtliga fysiska primärvårdsbesök i jämförelse med SKR:s verksamhetsstatistik. Enligt verksamhetsstatistiken genomfördes cirka 35 miljoner primärvårdsbesök under 2020, exklusive distanskontakter. Av dessa var knappt 11 miljoner besök till läkare.

Vi kan inte säkert avgöra täckningsgraden i väntetidsdatabasen. Bland annat vet vi inte med säkerhet att verksamhetsstatistiken innehåller samtliga primärvårdsbesök. Antalet fysiska primärvårdsbesök och läkarbesök har legat på en stabil nivå under de senaste åren. När det gäller distanskontakter



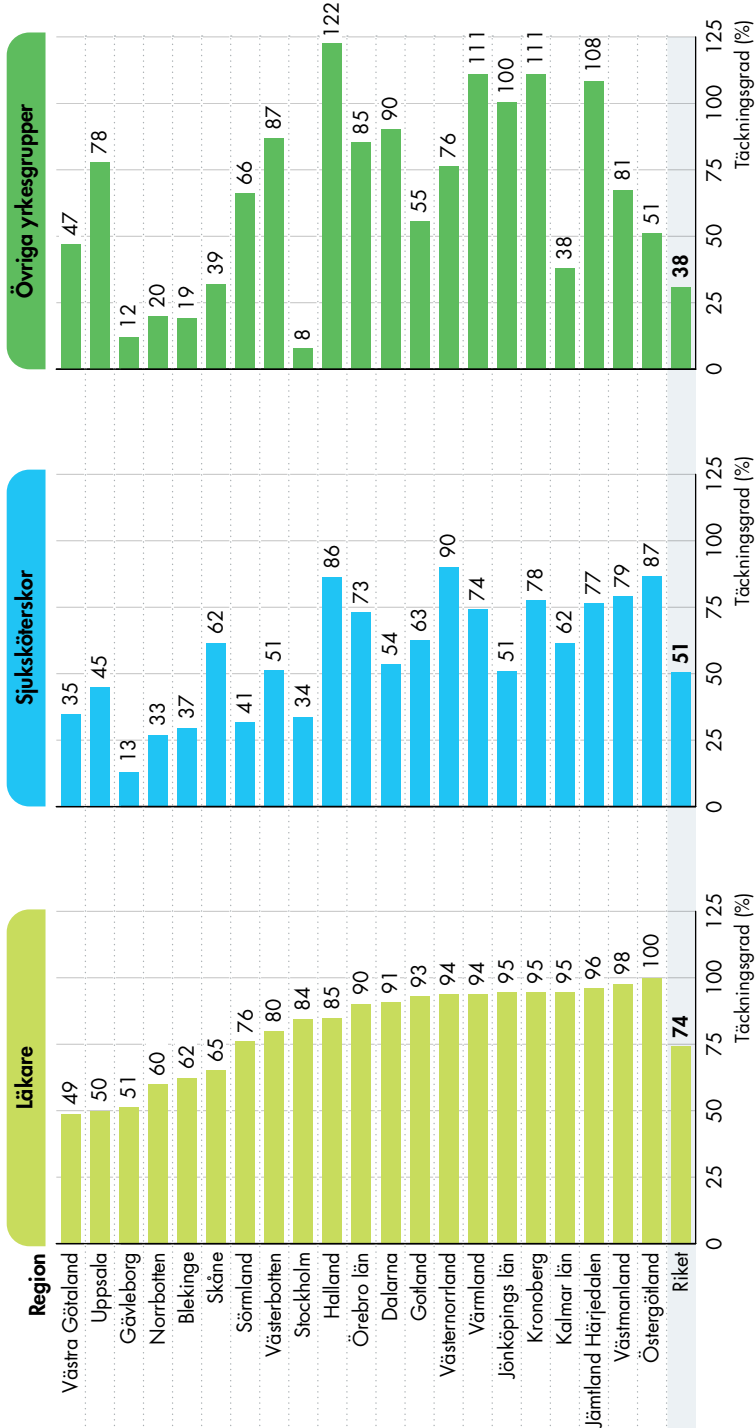
i verksamhetsstatistiken menar SKR att informationen är osäker och att den därför inte är jämförbar mellan regioner och över tid. När vi räknar på täckningsgrad exkluderar vi därför distansbesök inklusive telefon- och brevkontakter samt digitala besök från både väntetidsdatabasen och verksamhetsstatistiken.

Om vi bryter ned antalet registrerade fysiska primärvårdsbesök i väntetidsdatabasen per yrkesgrupp ser vi stora skillnader i täckningsgrad, se figur 11. Täckningsgraden för läkarbesök är högre än för övriga yrkesgrupper.

Trots att täckningsgraden för läkare är högre än för andra yrkeskategorier ser vi stora skillnader mellan regionerna, och stora variationer i antalet primärvårdsläkarbesök per 1 000 invånare, se figur 12. Variationen mellan regionerna är stora både i väntetidsdatabasen och i verksamhetsstatistiken. Men i verksamhetsstatistiken är det främst Uppsala och Halland som utskiljer sig. För övriga regioner varierar antal fysiska läkarbesök i primärvården mellan cirka 800–1 100 per 1 000 invånare. I väntetidsdatabasen kan inte variationen härledas till enskilda regioners avvikande värden. Det väcker frågor om jämförbarheten mellan regionerna är lägre i väntetidsdatabasen jämfört med verksamhetsstatistiken, och därmed att validiteten i data är lägre (det vill säga i vilken utsträckning data och fynd är sanna för den studerade populationen). Om vi jämför antal primärvårdsläkarbesök per 1 000 invånare mellan de olika datakällorna inom respektive region, ser vi att de största skillnaderna finns i Uppsala, Västra Götaland, Gävleborg, Blekinge, Skåne och Norrbotten.

Vi kan också observera stora skillnader mellan regionerna i fördelningen mellan mottagningsbesök, distansbesök, hembesök och telefon- och brevkontakter under januari och februari 2020, det vill säga perioden innan pandemin drabbade Sverige (se figur 12). Framför allt ses avvikelser i brev- och telefonkontakter, där exempelvis Gotland, Jönköping och Västernorrland sticker ut jämfört med övriga regioner med stora andelar telefon- och brevkontakter.

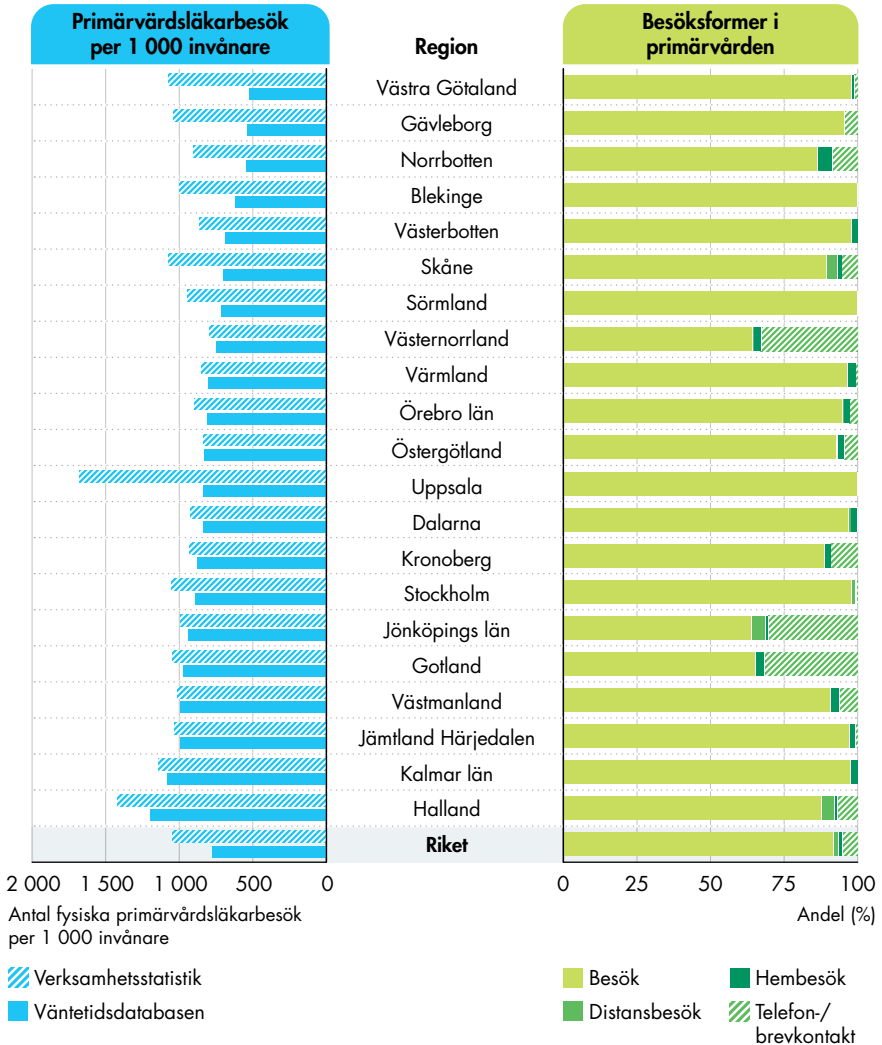
Figur 11. Täckningsgrad väntetidsdatabasen i förhållande till verksamhetsstatistiken efter region uppdelat utifrån yrkeskategori.



Källa: Väntetidsdatabasen och SKR:s verksamhetsstatistik.



Figur 12. Primärvårdsläkarbesök per 1 000 invånare och fördelning av besöksformer i primärvården per region.



Not. Uppsala har ändat metod för uttag av besöksstatistik.
 Källa: Vänstetidsdatabasen och SKR:s verksamhetsstatistik.

Vi redovisar bara primärvårdskontakter med läkare och exkluderar brev- och telefonkontakter

Vi bedömer att jämförbarheten i antalet primärvårdskontakter mellan regionerna är låg i vänstetidsdatabasen för 2020. Eftersom vi inte vet hur ett eventuellt bortfall ser ut kan vi inte heller avgöra om det är systematiskt eller

inte. Vidare kan vi inte säkerställa om bristerna finns i väntetidsdatabasen eller i SKR:s verksamhetsstatistik. Vi ser dock en högre variation i antalet läkarbesök per invånare mellan regioner för väntetidsdatabasens del, jämfört med i verksamhetsstatistiken, vilket väcker frågor om väntetidsdatabasen har lägre validitet. Samtidigt är väntetidsdatabasen den enda nationellt tillgängliga datakällan med månadsdata för 2020 (SKR 2020b).

Fortsättningsvis redovisar vi bara primärvårdsbesök till läkare, på grund av den bristande datakvaliteten och de stora variationerna i täckningsgrad mellan olika yrkeskategorier. Vi bedömer att täckningsgraden för besök till läkare i primärvården är bättre än för övriga yrkeskategorier. Vi väljer också att exkludera brev- och telefonkontakter.

Därtill studerar vi bara vårdkonsumtionsförändringar i primärvården för regioner med en uppskattad täckningsgrad på 80 procent eller mer när det gäller fysiska läkarbesök, se figur 11. Det innebär att vi exkluderar de sju regionerna Blekinge, Gävleborg, Norrbotten, Skåne, Sörmland, Uppsala och Västra Götaland i sammanställningen.

Vidare är vår bedömning att så kallade digitala distansbesök hos privata vårdgivare inte har rapporterats in till väntetidsdatabasen. Därför kompletterar vi den statistiken med data över digitala distansbesök från Region Sörmland, som har avtal med flera av de privata digitala vårdgivarna som erbjuder denna typ av besök (Socialstyrelsen 2020a). Den kompletterande informationen avser digitala läkarbesök från Accumbo (Nyköpings Vårdcentral AB), Capio Go (Achima Care AB), Doktor.se (Vingåkers Vårdcentral AB), Doktor24 (Unicare Vård i Södermanland AB), Joint Academy (Vingåkers Vårdcentral AB), Kry (Digital Medical Sweden Supply AB), Mendly (VC Flen AB), MinDoktor (Nyköpings Vårdcentral AB), Pratamera (Unicare Vård i Södermanland AB) och Vårdhjälpen (Vårdcentralen Smeden AB). Capio Go och Joint Academy rapporterade inte in några resultat för januari och februari 2020. Det medför en risk för att vi överskattar förändringar mot en ökad användning av digitala vårdtjänster jämfört med januari och februari, men påverkan bör endast vara marginell.

Vi använder genomgående medelvärdet för januari och februari 2020 som referensvärde för förändringar av primärvårdsbesök.

Första besök i specialiserad vård

Vi kan inte fullt ut uppskatta täckningsgraden av första besök i specialiserad vård. Som vi tidigare nämnt har specialiteterna som följs upp valts ut för att de står för stora vårdvolymer eller har kända tillgänglighetsproblem snarare än för att de ska ge en bild av hela vårdpanoramata.



Även för första besök kan vi identifiera brister i datavalideringen. I exempelvis Jämtland Härjedalen steg antalet från cirka 20 000 besök per år under 2017 och 2018, till över 40 000 besök 2019. Vi ser genomgående stora variationer för samtliga vårdområden i regionen och exkluderar den därför i vår analys.

Vi kan också observera misstänkta felregistreringar inom andra vårdområden eller regioner. Ett exempel är antalet registrerade första besök inom allergisjukvård i Stockholm som steg från 108 besök 2017 till 1 700 besök 2018, och 2019 registrerades över 3 000 första besök. Ett annat exempel är att Jönköpings län under 2018 inte registrerade något första besök inom plastikkirurgi och 219 första besök inom cancersjukvård. Året därpå registrerades 1 395 första besök inom plastikkirurgi och 3 763 första besök inom cancersjukvård.

Uppgifterna innehåller alltså vissa misstänkta felregistreringar. Vi kan inte säkert säga att samtliga verkliga är felregistreringar, för med små verksamheter kan små förändringar i absoluta tal medföra stora relativa förändringar. Det är därför svårt att genomgående skilja mellan felregistreringar och faktisk variation. Statistiken kan också visa stora förändringar om ett sjukhus börjar erbjuda första besök inom ett nytt område. Det kommer då att framstå som en kraftig ökning i väntetidsdatabasen.

När vi jämför antalet första besök per invånare i regionerna misstänker vi dock att täckningsgraden generellt sett är bristfällig och varierar per region, år och vårdområde. Exempelvis rapporterar Stockholm noll första besök inom cancersjukvården.

Trots misstänkta felregistreringar och generella brister i täckningsgrad väljer vi att presentera vissa data på en aggregerad nivå. Vid jämförelser per månad utgår vi dock endast från nationell nivå medan vi endast studerar helårsförändringar på region- och verksamhetsnivå.

Operationer i specialiserad vård

Enligt Socialstyrelsens patientregister genomfördes totalt 2,4 miljoner operationer i Sverige 2019 (varav 1,9 miljoner operationer i öppenvården och en halv miljon operationer i slutenvård). I väntetidsdatabasen registrerades 547 325 operationer under 2019. Det innebär att väntetidsdatabasen omfattar uppskattningsvis 22 procent av samtliga operationer (det vill säga samtliga vårdtillfällen med registrerad kirurgisk operationskod) som genomförs i Sverige. Urvalet av operationer i väntetidsdatabasen avser framför allt områden med stora volymer eller kända tillgänglighetsproblem. Därmed exkluderas många mindre omfattande operationer, till exempel mindre kirurgiska ingrepp (SKL 2014, SKR utan årtal). Svenskt Perioperativt

Register (SPOR) ska omfatta i stort sett alla kirurgiska ingrepp som utförs vid offentligt drivna operationsenheter, men även SPOR exkluderar de flesta operationer med en huvudoperationskod som avser mindre kirurgiska ingrepp (SPOR 2020). År 2019 registrerades 591 000 vårdkontakter i SPOR. Antalet operationer som följs upp i väntetidsdatabasen motsvarar alltså ungefär antalet som följs upp i SPOR.

Vi kan också observera brister i datavalideringen när det gäller operationer. Även här sticker Jämtland Härjedalen ut: 2017 och 2018 genomfördes cirka 6 500 operationer enligt väntetidsdatabasen. År 2019 genomfördes i stället cirka 14 800 operationer, det vill säga mer än dubbelt så många som tidigare år. Vi väljer därför att exkludera Jämtland Härjedalen i analysen.

Vi kan också observera misstänkta felregistreringar. Till exempel redovisas inga operationer inom hjärtsjukvård i Västerbotten för 2017–2019, förutom i mars och april 2018 då 87 respektive 40 operationer registrerades. Ett annat exempel är att Sörmland inte rapporterade in några väntande inom hjärtsjukvård under 2017–2019. Men under samma period genomfördes i snitt 225 operationer inom hjärtsjukvård per år enligt väntetidsdatabasen. Liksom för första besök kan vi inte säkert säga att samtliga misstänka felregistreringar också är felaktiga.

Vi väljer att använda data på en aggregerad nivå. Vi tittar på månadsförändringar på nationell nivå, och på region- och verksamhetsnivå väljer vi att presentera vårdkonsumtionsförändringar för helår.

Återbesök i specialiserad vård

Det är stora skillnader i inrapporterade data för regioner och olika verksamhetsområden, och flera värden avviker kraftigt från övriga. En förklaring kan vara att enheter som rapporterar in data vid enstaka tillfällen missar att registrera data och att de vid nästa rapporteringstillfälle i stället registrerar sammanlagda värden för två månader. Vi kompenserar för det genom att studera rullande medelvärde för tre månader, men ser ändå stora variationer i antalet genomförda återbesök. Det kan ha naturliga skäl, till exempel om en specialistverksamhet etableras i en region. Men Jämtland Härjedalen rapporterade cirka 20 000 genomförda återbesök 2018, och sedan över 40 000 stycken 2019, vilket tyder på större brister. Ett annat exempel är Norrbotten som rapporterade att över 30 000 per månad väntade på ett återbesök under januari–mars 2017, men bara cirka 4 000 per månad under resten av perioden 2017–2020. Vi väljer därför att exkludera Jämtland Härjedalen och Norrbotten.



Vidare har Stockholm inga registrerade återbesök för 2017–2020. I Sörmland stod återbesök inom allmän internmedicin för 18 procent av landets samtliga återbesök inom internmedicin 2019. Det verkar orimligt eftersom befolkningen i Sörmland utgör cirka 4 procent av befolkningen exklusive Stockholm (som exkluderas för att få en bättre jämförelse eftersom Stockholm inte har några återbesök registrerade). Ett annat exempel är att återbesöken i allergisjukvård i Halland står för cirka 24 procent, medan regionens befolkning utgör endast 4 procent (exklusive Stockholm). Ytterligare ett exempel är att Östergötland rapporterar drygt 31 procent av samtliga besök inom barn- och ungdomspsykiatri, men befolkningen står för 6 procent av befolkningen exklusive Stockholm. Vi vet dock inte hur ett eventuellt bortfall ser ut och kan inte säga huruvida det är systematiskt eller inte.

Sammantaget tyder detta på låg täckningsgrad och brister i arbetet med datavalidering för att säkerställa att data är korrekt registrerade. Trots detta väjer vi att använda dessa data, men på aggregerad nivå. Vi tittar på månadsförändringar på nationell nivå. På region- och verksamhetsnivå väljer vi att presentera vårdkonsumtionsförändringar för helår.

4.1.6 Andra användare har tidigare lyft frågan om brister i väntetidsuppföljningen för den specialiserade vården

Även andra aktörer har ifrågasatt datakvaliteten och kvalitetssäkringen i väntetidsdatabasen. Socialstyrelsen släppte 2020 en rapport som en del i regeringsuppdraget om att stödja regionernas hantering av det uppdämda vårdbehovet samt för att följa upp väntetiderna inom hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 2020p). Där framkommer en rad utmaningar som kan härledas till bristande datakvalitet i väntetidsdatabasen. Det handlar dels om att data kan registreras och inrapporteras på olika sätt inom regionerna och att det inte finns tydliga definitioner av centrala begrepp, dels att regionernas kvalitetssäkring är begränsad.

I en utvärdering av väntetiderna inom specialistvården framkommer också att kvalitetsbristerna i väntetidsrapporteringen främst beror på betydande skillnader i praxis kring rapporteringen av väntetider (CES 2018b). Utvärderingen visar att det är svårt att dra några slutsatser om vårdköns storlek utifrån de data som finns tillgängliga (CES 2018a).

4.2 FLER HAR VÄNT SIG TILL 1177 VÅRDGUIDEN PÅ TELEFON, MEN INGEN ÖVERVÄLTRING FRÅN ÖVRIGA VÅRDEN

Totalt sett har efterfrågan på 1177 Vårdguidens telefonrådgivning ökat under pandemin. Ökningen består som väntat av samtal om covid-19 medan efterfrågan på övrig rådgivning verkar vara likartad som föregående år. Även antalet besvarade samtal ökade något under 2020, men för andra ärenden än covid-19 verkar utbudet ha minskat. Om vi exkluderar rådgivningssamtal om covid-19, ser vi att antalet besvarade samtal minskade med cirka 275 000. Sammantaget tyder det på att ärenden från övriga delar vården inte har vältrats över till 1177 Vårdguiden på telefon.

4.2.1 Efterfrågan på telefonrådgivning har ökat, men utbudet har inte har ökat i samma takt

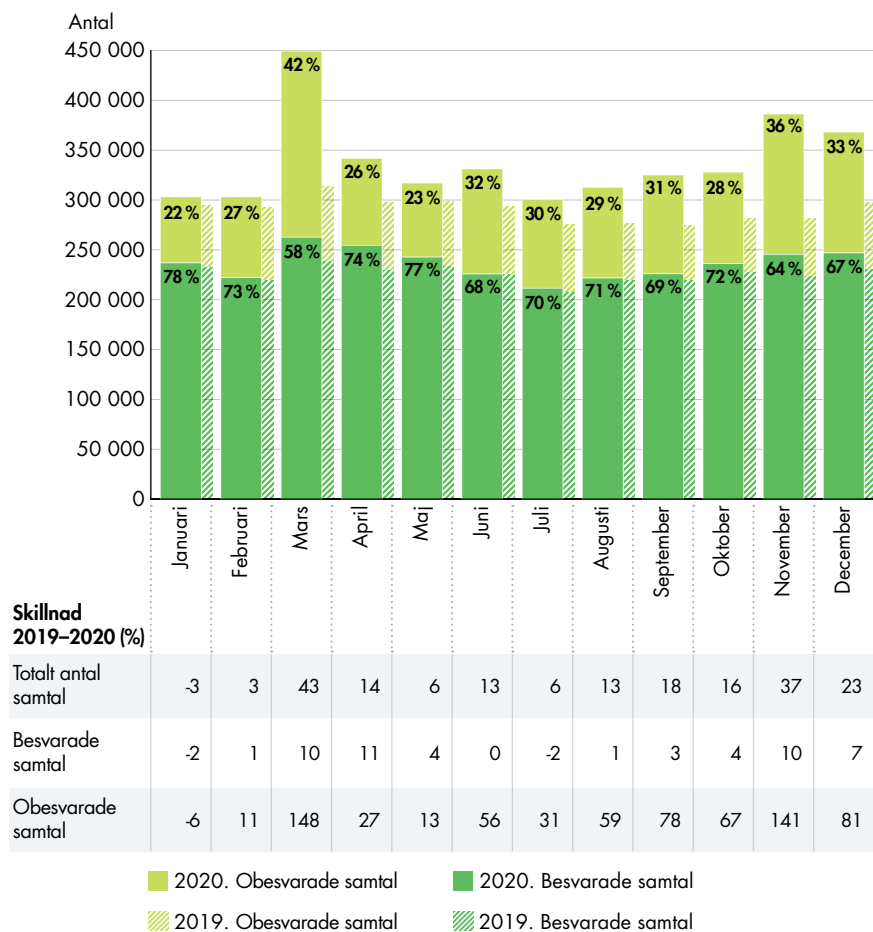
Figur 13 visar antalet samtal till 1177 Vårdguiden på telefon, och vi kan utläsa att antalet ökade med 43 procent i mars 2020 jämfört med samma månad 2019. I absoluta tal var antalet besvarade samtal det högsta under de senaste åren, men det var ändå bara 58 procent av samtalen under mars som besvarades. För att öka kapaciteten har 1177 Vårdguiden infört en separat nationell kö för invånare som behöver medicinsk rådgivning om covid-19 (se avsnitt 3.6.2).

Under resten av 2020 fortsatte efterfrågan på 1177 Vårdguidens telefonrådgivning att öka, jämfört med motsvarande månader året innan. Men en stigande andel obesvarade samtal indikerar att utbudet inte kunde möta den ökade efterfrågan. Tabellen i figur 13 visar en viss utbudsökning (106 000 fler samtal besvarades totalt under 2020 jämfört med 2019) genom att antalet besvarade samtal ökade något jämfört med motsvarande månad 2019, men ökningen gick inte i samma takt som efterfrågeförändringen.

4.2.2 Efterfrågan på telefonrådgivning för andra ärenden än covid-19 var stabil under året, men utbudet minskade

Figur 14 visar antalet samtal till den särskilda linjen för covid-19-relaterad rådgivning. Uppdelningen baseras på invånarnas egna bedömningar och val när de kontakter 1177 Vårdguiden på telefon. Sannolikt hamnade en del samtal om covid-19 också i de ordinära köerna.



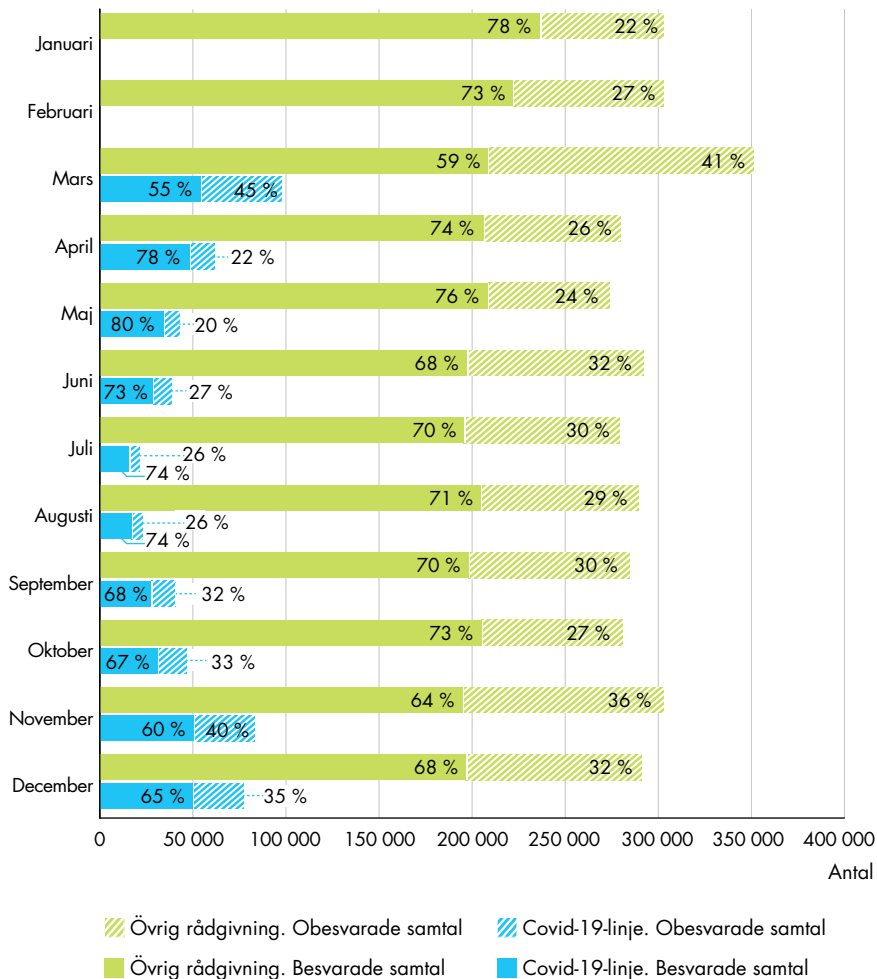
Figur 13. Jämförelse av totalt antal och andel besvarade samtal till 1177 Vårdguiden på telefon 2019 och 2020.

Not. Data inkluderar inte 1177 Vårdguiden i Stockholm, Sörmland och Värmland.

Vi kan dock se att efterfrågan på covid-19-rådgivning var som störst i mars 2020, med knappt 100 000 samtal. Efterfrågan minskade under våren 2020, och i juli och augusti inkom under 25 000 samtal per månad till covid-19-linjen. Efterfrågan på övrig telefonrådgivning var relativt stabil och det är bara mars som avviker från nivåerna under 2019. Om vi exkluderar samtal till den särskilda linjen för covid-19, inkom cirka 26 000 fler samtal 2020 jämfört med 2019 (cirka 3 530 000 samtal 2020 jämfört med 3 504 000 samtal 2019).

Antalet besvarade samtal ökade något under året, och den ökningen gäller rådgivning för covid-19. I stället besvarades färre samtal om övriga ärenden; 276 000 fler samtal (för andra ärenden än covid-19) blev obesvarade under 2020 jämfört med 2019. Det kan innebära en viss undanträngning av rådgivning för andra frågor än covid-19. Observera att regionerna Stockholm, Värmland och Sörmland inte inkluderas i analysen.

Figur 14. Antal samtal till covid-19-linjen och övrig rådgivning fördelat på andelen samtal som besvarats respektive inte besvarats.



Not. Data inkluderar inte 1177 Vårdguiden i Stockholm, Sörmland och Värmland.

Källa: Inera.

4.3 FÄRRE PRIMÄRVÅRDSBESÖK TILL LÄKARE UNDER PANDEMIN TROTS FÖRÄNDRADE ARBETSSÄTT

Under våren minskade antalet fysiska besök till primärvården väsentligt. I januari och februari 2020 utgjorde mottagningsbesök cirka 89 procent av samtliga läkarbesök i primärvården (exklusive brev- och telefonkontakter), jämfört med 66 procent i april. Däremot ökade distanskontaktarna markant. På grund av osäkerhet i data ska förändringarna tolkas med försiktighet. Förändringen visar dock att primärvården till viss del lyckades förändra arbetssätten för att möta patienter på nya sätt.

4.3.1 Läkarbesöken i primärvården minskade väsentligt under våren, men återhämtades något under hösten

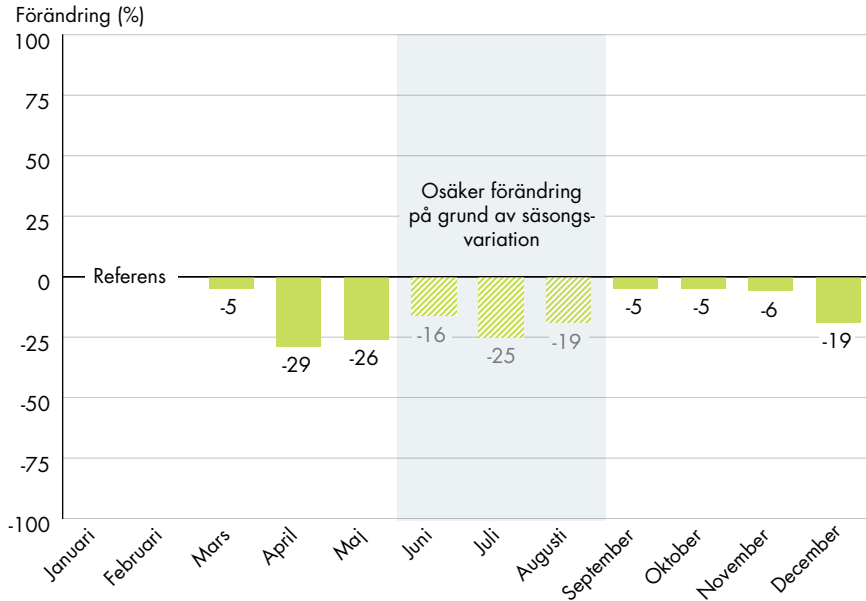
Våren 2020 minskade primärvårdsbesöken väsentligt, se figur 15. Statistiken tyder på att antalet primärvårdsbesök till läkare i april och maj 2020 minskade med runt en fjärdedel jämfört med genomsnittet för januari och februari samma år. Enligt verksamhetsstatistiken genomfördes cirka 2,7 miljoner färre fysiska läkarbesök i primärvården under 2020 jämfört med 2019. Det innebär en minskning med 20 procent.

Även under sommarmånaderna var primärvårdsbesöken färre jämfört med januari och februari 2020. Eftersom informationen från väntetidsdatabasen är bristfällig kan vi inte jämföra med motsvarande månader 2019. Vi kan därför inte avgöra om minskningen i figur 15 är en normal säsongsvariation eller inte.

Under hösten ses en återhämtning med fler läkarbesök i primärvården jämfört med våren och sommaren. Ökningen bryts i november och framför allt i december 2020.

Detta resultat ligger i linje med rapporter från Socialstyrelsen (2020a, 2021a) som dock använde något annorlunda avgränsningar än våra och jämför mot en annan referensmånad.

Figur 15. Förändring av första besök, återbesök och övriga primärvårdsbesök till läkare. Brev- och telefonkontakter är exkluderade.



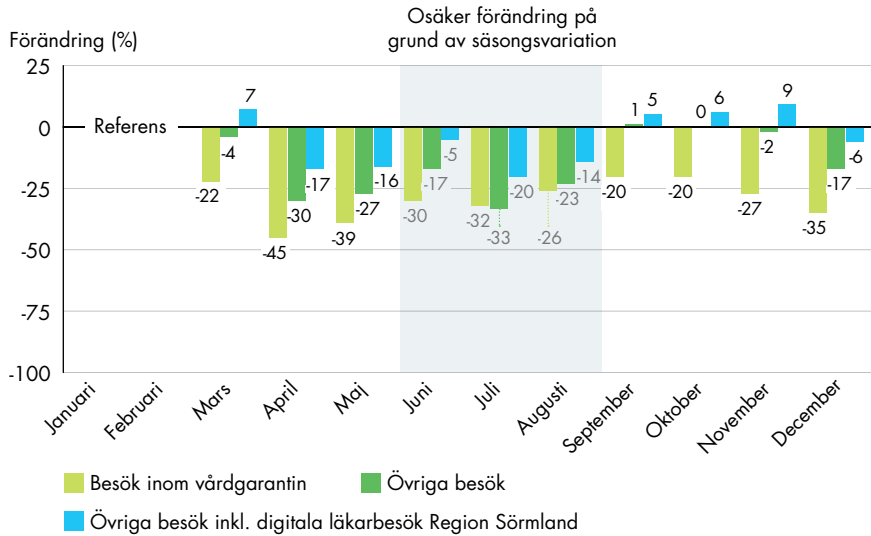
Not. Referens är medelvärdet för januari och februari 2020. Blekinge, Gävleborg, Norrbotten, Skåne, Sörmland, Uppsala och Västra Götaland är exkluderade.

Källa: Väntetidsdatabasen och Region Sörmland.

4.3.2 Vårdgarantibesök till primärvårdsläkare har minskat mer

I förra avsnittet fokuserade vi på primärvårdsläkarbesök under 2020. Vi har även studerat om besöket faller inom vårdgarantin eller inte (se figur 9) och ser att vårdgarantibesöken till läkare minskade mer än övriga läkarbesök, se figur 16. Dels var minskningen i vårdgarantibesök påtagligt större under våren 2020 jämfört med övriga läkarbesök, och dels fortsatte minskningen av vårdgarantibesök under hösten 2020 medan övriga läkarbesök började öka jämfört med medelvärdet för januari och februari 2020. Skillnaden blir ännu större om vi inkluderar digitala primärvårdsläkarbesök från Sörmland. Vi kan dock inte avgöra om något av dessa digitala besök borde ingå bland vårdgarantibesöken.

Figur 16. Förändring av första besök, återbesök och övriga primärvårdsbesök till läkare uppdelat i vårdgarantibesök och övriga besök. Brev- och telefonkontakter är exkluderade.



Not. Referens är medelvärdet för januari och februari 2020. Blekinge, Gävleborg, Norrbotten, Skåne, Sörmland, Uppsala och Västra Götaland är exkluderade.

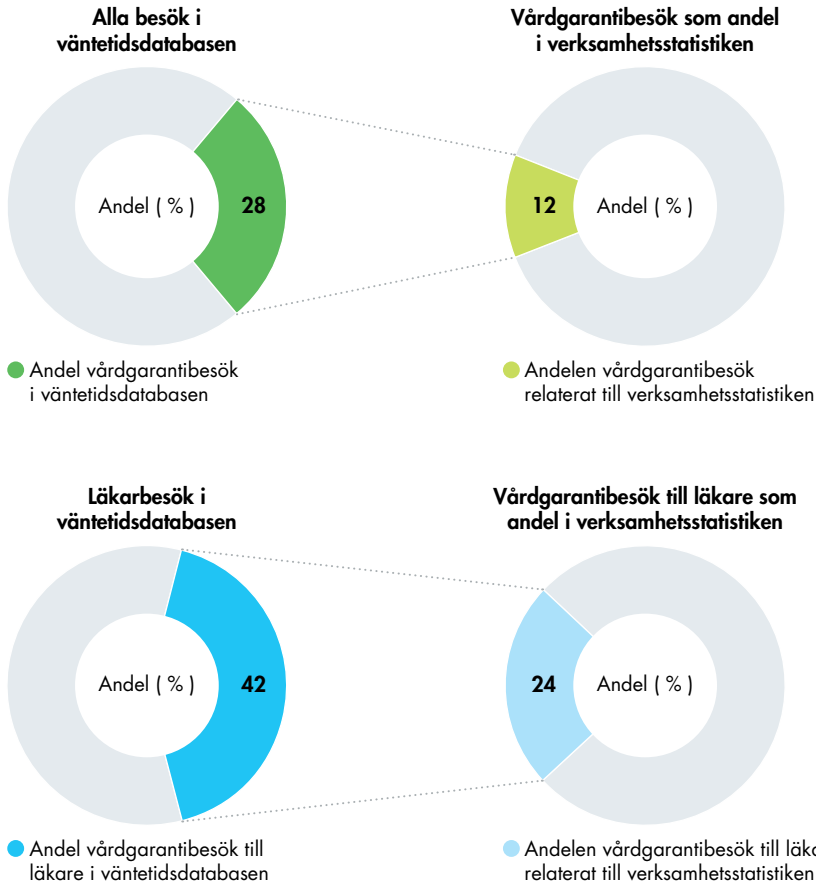
Källa: Väntetidsdatabasen och Region Sörmland.

4.3.3 Drygt en fjärdedel av alla besök i väntetidsdatabasen är vårdgarantibesök

Totalt 28 procent av alla besök i väntetidsdatabasen klassificeras som vårdgarantibesök, se figur 17. Om vi förutsätter att väntetidsdatabasen fångar det verkliga antalet vårdgarantibesöken, och relaterar det till verksamhetsstatistiken, innebär det omkring 12 procent av alla besök i primärvården (inklusive distanskontakter).

Vi konstaterade tidigare att täckningsgraden i väntetidsdatabasen var relativt låg för andra yrkeskategorier än läkare, i relation till verksamhetsstatistiken. Andelen vårdgarantibesök till läkare är cirka 42 procent i väntetidsdatabasen (inklusive distansbesök). Om vi relaterar det till verksamhetsstatistiken innebär det att runt 24 procent av läkarbesöken görs inom vårdgarantin (inklusive distansbesök).

Figur 17. Andel vårdgarantibesök i väntetidsdatabasen och i relation till verksamhetsstatistiken.



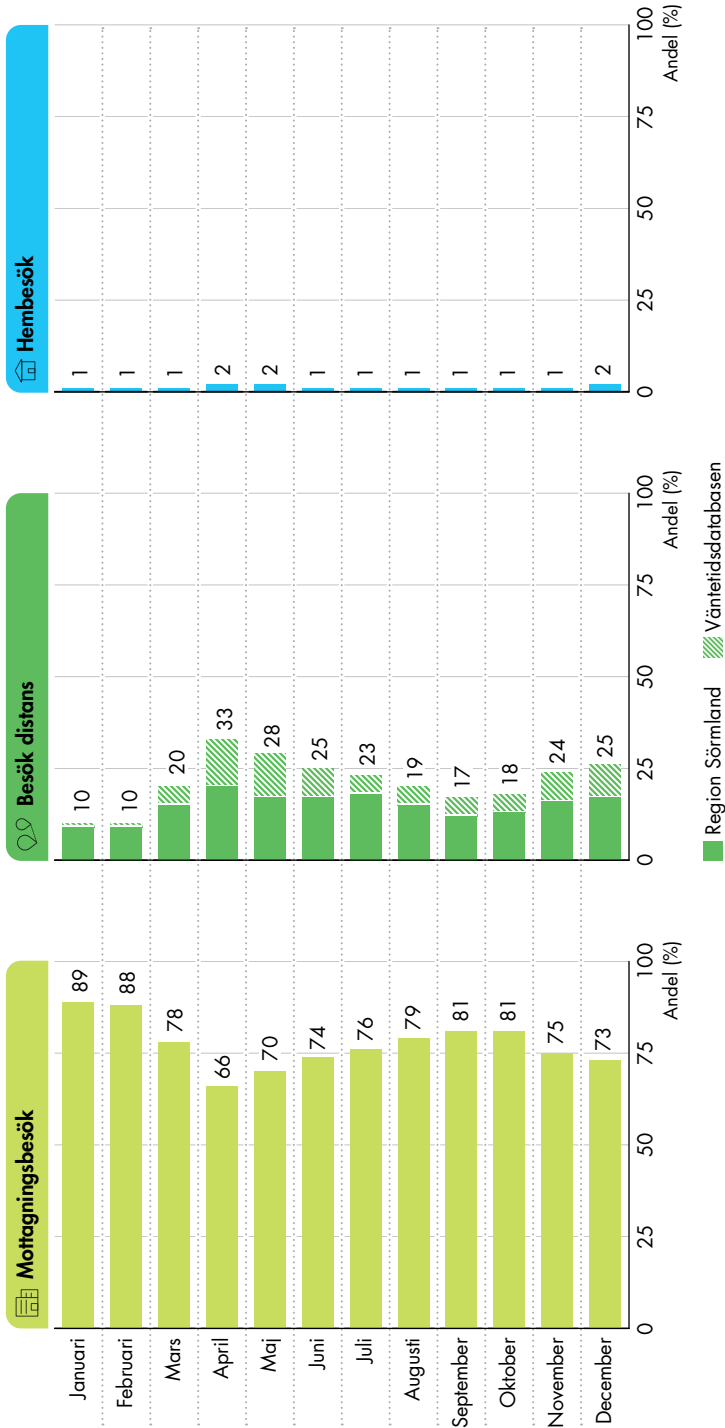
Not. Samtliga regioner är inkluderade i sammanställningen. Digitala vårdbesök från Region Sörmland är exkluderade.
Källa: Väntetidsdatabasen och SKR:s verksamhetsstatistik.

4.3.4 Fysiska läkarbesök på vårdcentraler minskar medan digitala distansbesök ökar under pandemin

Figur 18 visar fördelningen av primärvårdsbesök till läkare per månad uppdelat på mottagningsbesök, digitala distansbesök och hembesök. Vi kan observera att mottagningsbesöken minskade under året, medan distansbesök ökade. Hembesöken låg på en relativt konstant nivå. Ökningen av distansbesöken motsvarar dock inte mottagningsbesökens minskning. Som redovisas i figur 15 minskade primärvårdskontakterna med läkare stort under 2020. Ökningen av övriga distansbesök visar dock att primärvården till viss del har lyckats förändra arbetssätten och därigenom vårdutbudet för att möta patienter på nya sätt.



Figur 18. Antal första besök, återbesök och övriga primärvårdsbesök till läkare fördelat på besök, distansbesök och hembesök.



Not. Blekinge, Gävleborg, Norrbotten, Skåne, Sörmland, Uppsala och Västra Götaland är exkluderade.
 Källa: Väntetidsdatabasen och Region Sörmland.

4.4 STORA FÖRÄNDRINGAR I UTBUD OCH EFTERFRÅGAN PÅ BESÖK OCH OPERATIONER I SPECIALISERAD VÅRD

Antalet nytillkomna personer som väntar på ett första besök, operation eller återbesök inom den specialiserade vården har minskat kraftigt under pandemin. Det kan vara tecken på att både patientinitierad vårdefterfrågan och läkarbedömda behov av specialiserad vård minskar. Men det är svårt att tolka minskningen av nya personer som väntar på första besök inom den specialiserade vården. Troligtvis beror den på en kombination av beteendeförändringar hos patienter, minskat antal remisser från övriga delar av hälso- och sjukvården eller förändringar i när och hur patienter sätts upp i väntelistor.

Vi kan också se att antalet genomförda första besök, operationer och återbesök har minskat kraftigt under pandemin. Det speglar minskningen i utbudet av specialiserad vård som följs upp i väntetidsdatabasen. Sammantaget skapar detta farhågor om ett uppdämt vårdbehov som längre fram kommer att visa sig som stor efterfrågeökning.

Vårdkonsumtionen och inflödet av patienter varierar stort mellan olika specialiteter och regioner. Det är därför viktigt att se över om det är vissa grupper som i högre grad har drabbats av vårdens prioriteringar och därför har ett större uppdämt vårdbehov.

Resultatet för första besök och operationer inom specialistvården följer ungefär det mönster som presenterades i Socialstyrelsens rapporter (2020a, 2021a). Den största minskningen i första besök och operation ses framför allt i april och maj 2020, innan nivån återhämtades något.

4.4.1 Inflödet av väntande och genomförda första besök inom specialiserad vård varierar mellan vårdområden och regioner

Första besök inom den specialiserade vården avser vårdkontakter med läkare efter att en remiss har utfärdats eller efter att patienten har sökt kontakt med den specialiserade vården (om någon remiss inte är nödvändig). I det här avsnittet redovisar vi förändringar i inflödet av patienter som väntar på ett första besök, vilket kan vara en indikation på förändringar i efterfrågan (se avsnitt 4.1.4 för beskrivning av inflödet). Vi redovisar också förändringar i antalet genomförda första besök, som kan visa på förändringar i vårdutbudet under pandemin.

Sammantaget ses stora förändringar för samtliga månader efter att risknivån för samhällsmitta höjdes till den högsta i mars 2020. Totalt sett minskade antalet genomförda första besök och inflödet av patienter



som väntar på ett första besök med 7 procent under 2020 jämfört med medelvärdet för 2017–2019. Störst förändringar i både inflödet och antalet genomförda första besök ses i april och maj 2020.

Större förändringar i inflödet av väntande än genomförda första besök inom den specialiserade vården

Figur 19 visar att antalet genomförda första besök i den specialiserade vården minskade jämfört med tidigare år, särskilt under april och maj 2020. Med färre genomförda första besök bör det vara fler som väntar ett sådant besök, men figuren visar att antalet väntade minskade under första halvåret. Det beror på att inflödet av nytillkomna personer som väntar på ett första besök minskade mer än antalet genomförda besök. Det kan indikera att efterfrågan under det första halvåret förändrades mer än utbudet.

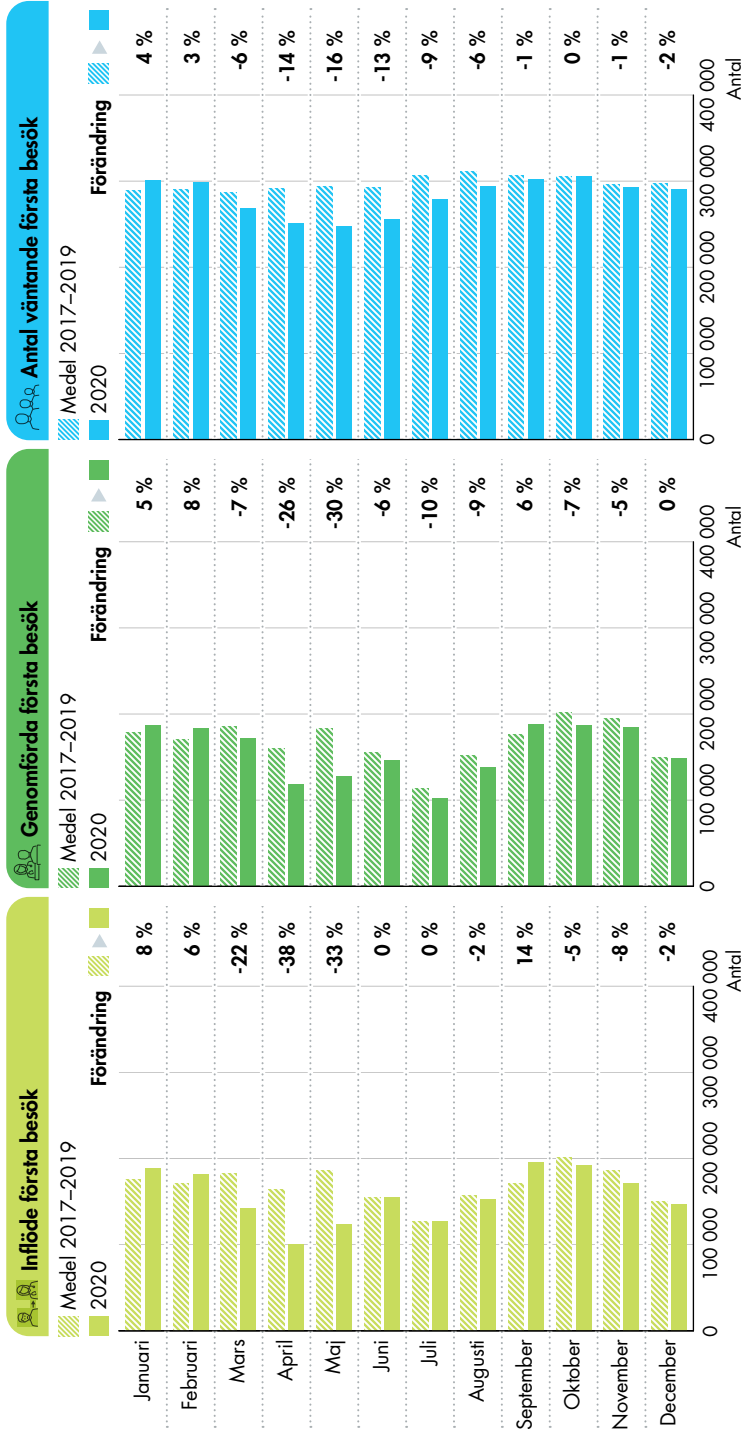
Under andra halvåret var inflödet av patienter som väntar på ett första besök inom den specialiserade vården högre än utbudet, och vi kan se att antalet väntande i slutet av året låg på liknande nivåer som medelvärdet för motsvarande månad 2017–2019.

Statistiken visar snabba förändringar av efterfrågan. Till exempel minskade inflödet kraftigt redan under mars 2020. Efterfrågan ökade också snabbare än utbudet under sommarmånaderna, då också smittspridningen av covid-19 minskade. Det kan tyda på att efterfrågan snabbare anpassas efter det rådande smittläget.

Troligtvis beror minskningen av antalet som väntar på ett första besök delvis på beteendeförändringar hos patienter, men det kan också finnas andra skäl såsom färre remisser från övriga delar av hälso- och sjukvården.

Totalt sett minskade antalet genomförda första besök med 7 procent under 2020 jämfört med medelvärdet för 2017–2019. Det motsvarar cirka 134 000 färre patienter. Om vi enbart jämför mot 2019 blir det en betydligt större minskning, omkring 250 000 färre första besök (se Socialstyrelsen (2021a)). Vi väljer dock fortsättningsvis att redovisa skillnader gentemot medelvärdet för 2017–2019. Även inflödet av patienter som väntar på ett första besök minskade med 7 procent jämfört med tidigare år. Det innebär att cirka 148 000 färre patienter skrevs in på väntelistorna för ett första besök inom den specialiserade vården.

Figur 19. Förändringar i inflödet till kön för ett första besök, antal genomförda första besök och antal väntande per månad under 2020 och medel för 2017–2019.



Not. Jämtland Härjedalen ingår inte i analysen. Siffrorna inkluderar patientvald väntan. Inflödet har beräknats på antal väntande och antalet genomförda första besök.

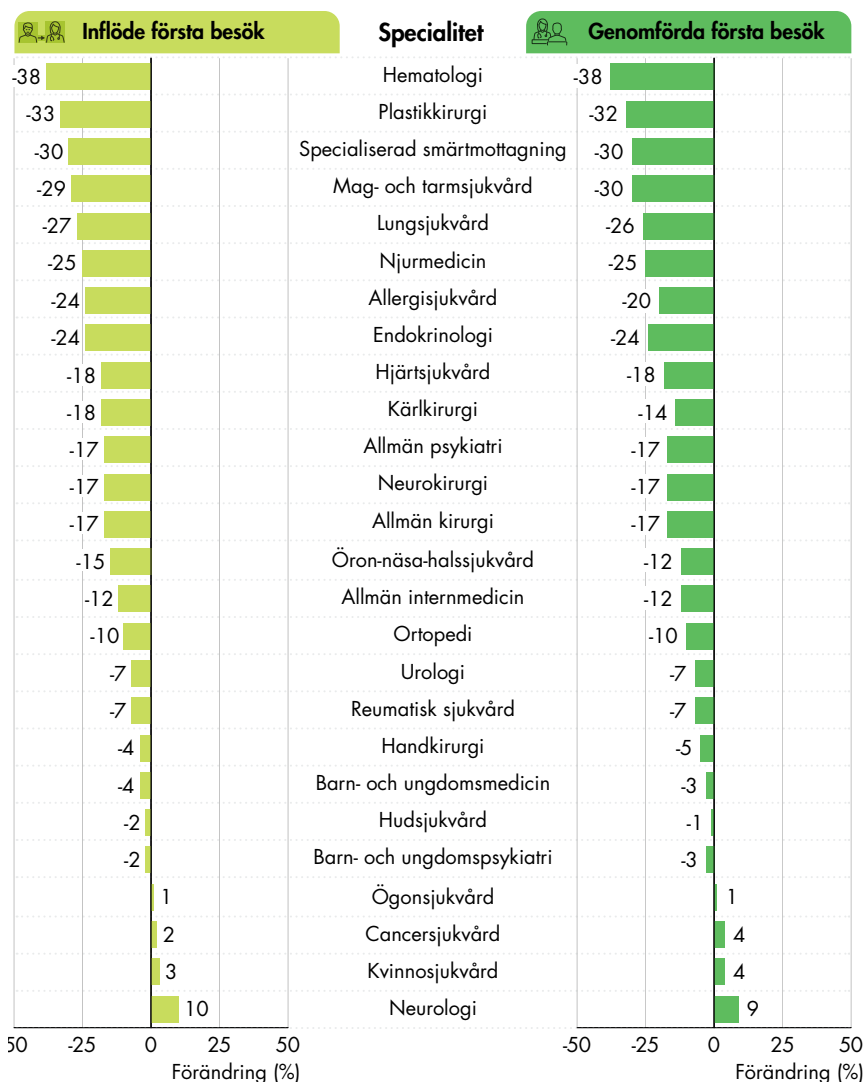
Källa: Väntetidsdatabasen.

Stora skillnader mellan vårdområden, men utbudet och efterfrågan verkar följa samma mönster

Figur 20 visar hur antalet genomförda första besök och antalet nytillkomna personer som väntar på ett första besök förändrades under 2020 jämfört med medelvärdet för 2017–2019. För vissa vårdområden minskade inflödet av väntande och antalet genomförda första besök med en tredjedel jämfört med tidigare år. För andra minskade första besöken endast med ett fåtal procent eller till och med ökade något under 2020.

Efterfråge- och utbudsförändringarna följer varandra påfallande väl – vårdområden med stor minskning i inflöde verkar också ha en minskning i antalet genomförda första besök.

Figur 20. Förändringar av antal genomförda första besök och inflödet av personer som väntar på ett första besök per vårdområde, 2020 jämfört med medel 2017–2019.



Källa: Väntetidsdatabasen

Not: Jämtland Härjedalen ingår inte i analysen. Siffrorna inkluderar patientvald väntan. Inflödet har beräknats på antal väntande och antalet genomförda första besök.

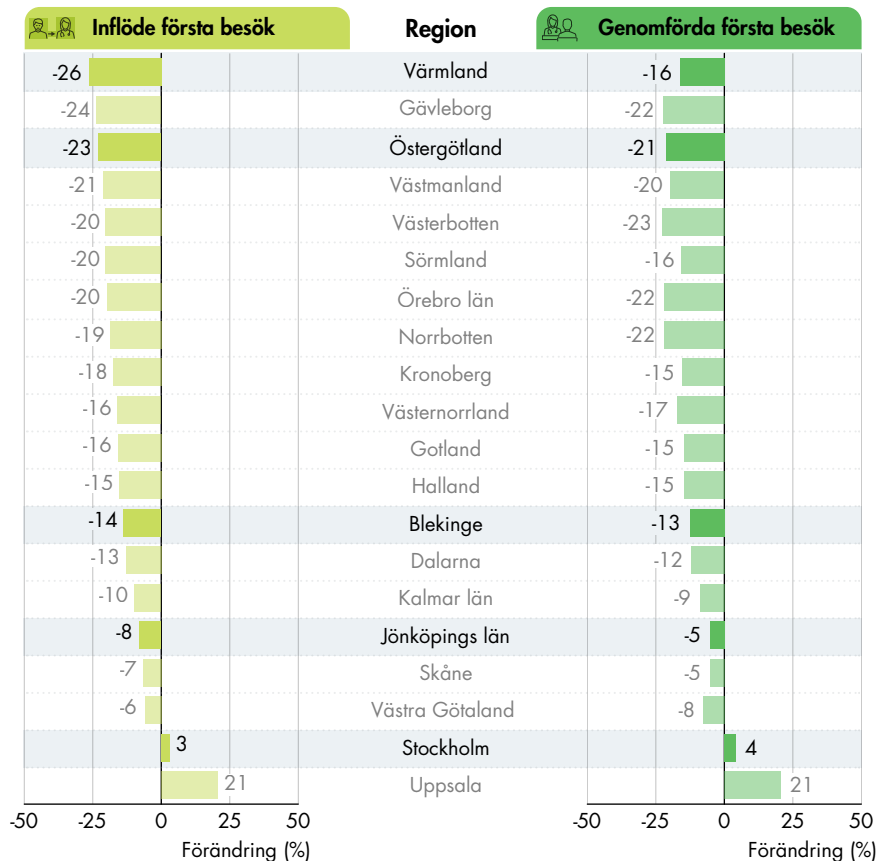
Stora skillnader mellan regionerna

I samtliga regioner förutom två minskade både inflödet och antalet genomförda första besök jämfört med tidigare år, se figur 21. Men vi kan se stora skillnader mellan regionerna.

I vårt urval särskiljer sig Värmland, Östergötland och Stockholm. I Värmland minskade inflödet av antalet nytillkomna personer som väntar på ett första besök och antalet första besök med 26 respektive 16 procent, vilket är största minskningen bland samtliga regioner för inflödet. Även i Östergötland minskade antalet första besök kraftigt, liksom och inflödet nya patienter.

Inom Stockholm ser vi en helt annan utveckling där både antalet genomförda första besök och inflödet av personer som väntar på ett första besök ökade något under året.

Figur 21. Förändringar av antal genomförda första besök och inflödet av personer som väntar på ett första besök per region, 2020 jämfört med medel 2017–2019.



Not. Jämtland Härjedalen ingår inte i analysen. Siffrorna inkluderar patientvald väntan. Inflödet har beräknats på antal väntande och antalet genomförda första besök.

Källa: Vätetidsdatabasen

4.4.2 Inflödet av väntande på operationer och antal genomförda operationer har minskat kraftigt

Jämfört med första besök i den specialiserade vården, har det varit större förändringar i inflödet av väntande på operation och antalet genomförda operationer under pandemin. Totalt sett minskade antalet operationer med 19 procent under 2020 jämfört med medelvärdet för 2017–2019. Inflödet av patienter som väntar på en operation minskade med 18 procent. Största förändringarna kom i april och maj. I maj 2020 minskade antalet operationer med över hälften jämfört med tidigare år.

Det är stora skillnader mellan de olika operationer som följs upp i väntetidsdatabasen. I likhet med första besök inom den specialiserade vården finns det också stora regionala skillnader.

Inflödet av patienter som väntar på operation och antalet genomförda operationer halverades i maj jämfört med tidigare år

Efter att risken för samhällsspridning höjdes till hög i mars 2020 genomfördes färre operationer under samtliga månader jämfört med tidigare år. I maj 2020 genomfördes endast hälften så många jämfört med medelvärdet för maj månad 2017–2019, se figur 22. Även inflödet av nya patienter minskade som mest i maj och var genomgående lägre än motsvarande månad för 2017–2019.

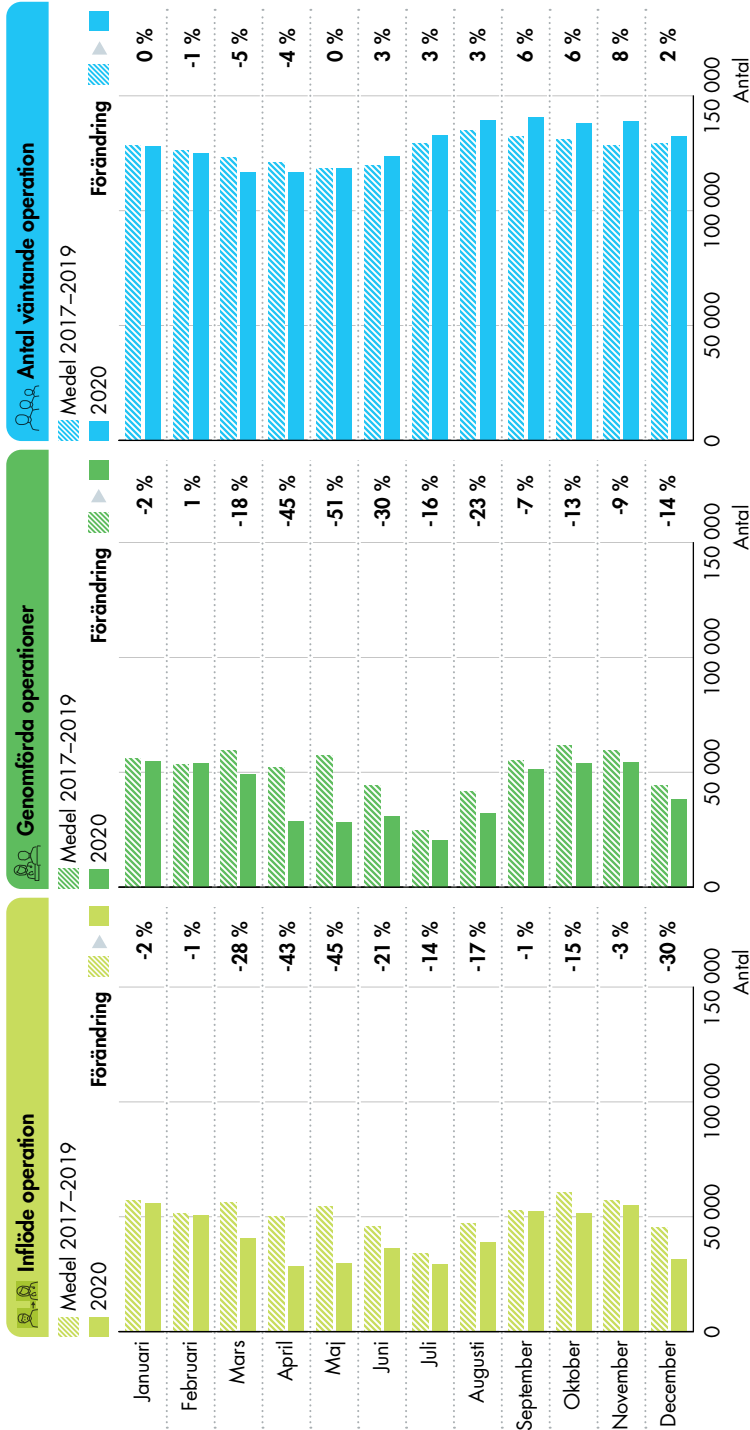
Sammantaget minskade antalet genomförda operationer med 19 procent under 2020 jämfört med medelvärdet för 2017–2019. Det innebär att cirka 114 000 färre patienter opererades. Även inflödet av patienter som väntar på en operation har minskat kraftigt, med 18 procent under 2020 jämfört med tidigare år. Det innebär att cirka 111 000 färre patienter skrevs in på väntelistorna för en operation enligt väntetidsdatabasen.

Vårdföretagarna (2021) undersökte hur operationerna har påverkats i pandemin genom att redovisa den inställda vården. Deras resultat, med en annan avgränsning än i den här rapporten, visar på en minskning med runt 115 000 operationer år 2020 jämfört med 2019.

Minskat inflöde av personer som väntar på operation och färre operationer i alla vårdområden som följs upp

För samtliga vårdområden som följs upp inom behandlingsgarantin ses minskningar i inflödet av personer som väntar på operation, och i antalet genomförda operationer (se bilaga 2 för en förteckning över vilka operationer och åtgärder som ingår). Men det finns också stora skillnader mellan olika operationer som följs upp. För både inflödet och operationerna har ryggkirurgi påverkats mest jämfört tidigare år, se figur 23. Under 2020

Figur 22. Förändringar i inflödet till kön för en operation, antalet genomförda operationer och antalet väntande per månad under 2020 och medel för 2017–2019.

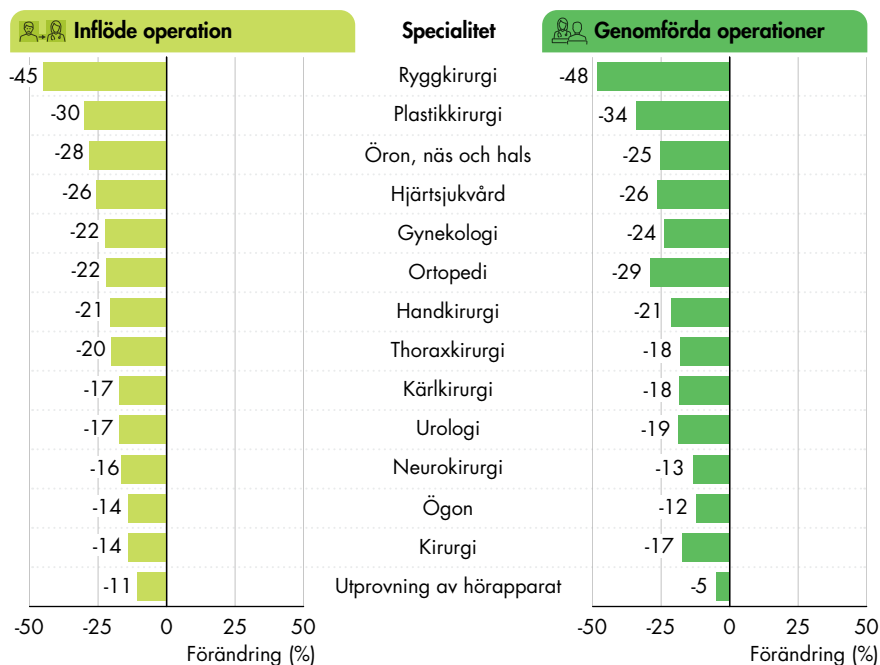


Not. Jämtland Härjedalen ingår inte i analysen. Siffrorna inkluderar patientvald väntan. I figurtexten nämns enbart operationer, men även utprovning av hörselapparat ingår. Inflödet har beräknats på antal väntande och antalet genomförda operationer.

Källa: Väntetidsdatabasen.

genomfördes ungefär hälften så många operationer jämfört med medelvärdet för 2017–2019 och inflödet minskade med 45 procent. Även för plastikkirurgi har antal genomförda operationer minskat kraftigt, med totalt cirka en tredjedel färre operationer jämfört med tidigare år.

Figur 23. Förändringar av antal genomförda operationer och inflödet av personer som väntar på operation per vårdområde, 2020 jämfört med medel 2017–2019.



Not. Jämtland Härjedalen ingår inte i analysen. Siffrorna inkluderar patientvald väntan. I figurtexten nämns enbart operationer, men även utprovning av hörselapparat ingår. Inflödet har beräknats på antal väntande och antalet genomförda operationer.

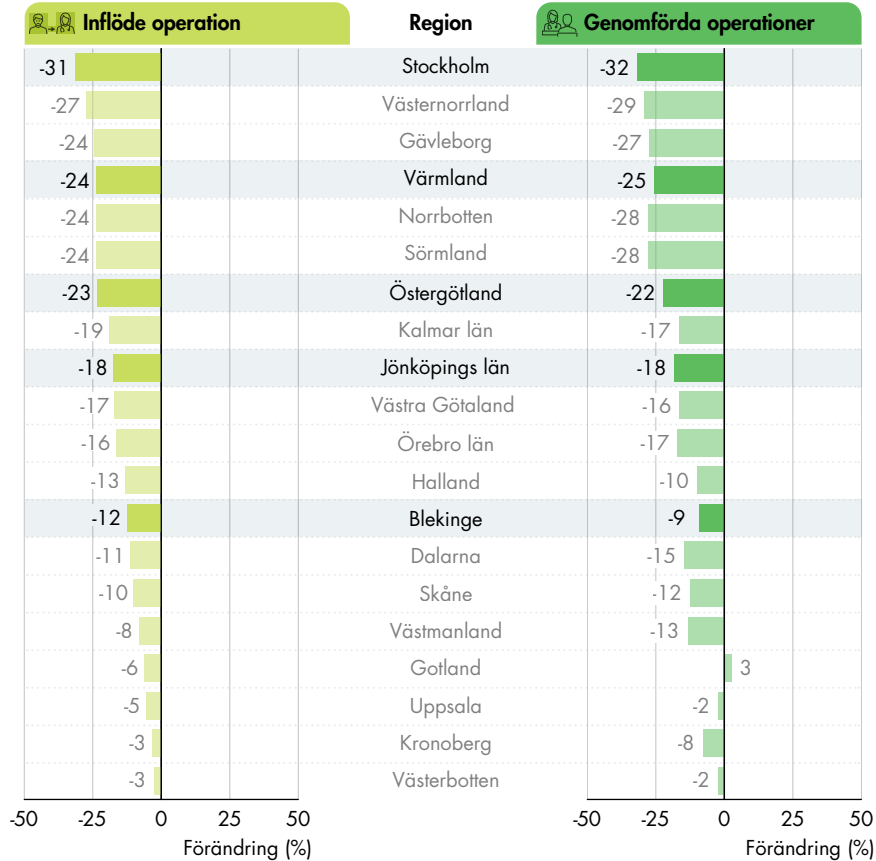
Källa: Väntetidsdatabasen.

Stora skillnader mellan regionerna

Även här finns det stora skillnader mellan regionerna i hur inflödet och antalet operationer förändrats jämfört med tidigare år, se figur 24. I Stockholm minskade båda med nära en tredjedel jämfört med medelvärdet 2017–2019. För både Värmland och Östergötland minskade inflödet av personer som väntar på operation med nästan en fjärdedel jämfört med medelvärdet. Även för Jönköping minskade inflödet av väntande på operation och genomförda operationer, om än i något mindre omfattning än för Värmland och Östergötland. För Blekinge minskade inflödet med 12 procent och antalet

operationer med 9 procent. Det innebär att den procentuella förändringen i antalet genomförda operationer i Stockholm var tre gånger så stor som i Blekinge.

Figur 24. Förändringar av antalet genomförda operationer och inflödet av personer som väntar på operation per region, 2020 jämfört med medel 2017–2019.



Not. Jämtland Härjedalen ingår inte i analysen. Siffrorna inkluderar patientvald väntan. I figurtexten nämns enbart operationer, men även utprovning av hörselapparat ingår. Inflödet har beräknats på antal väntande och antalet genomförda operationer.

Källa: Väntetidsdatabasen.

4.4.3 Färre genomförda återbesök och färre som väntar på återbesök

Efter en operation kan patienten behöva återbesök inom den specialiserade vården. Här redovisar vi förändringar i inflödet av patienter som väntar på ett återbesök. Vi redovisar också förändringar i antalet genomförda återbesök, som kan visa förändringar i vårdutbudet under pandemin.

Sammantaget ser vi stora förändringar. Antalet återbesök och inflödet av väntande patienter minskade med 7 respektive 8 procent under 2020 jämfört med medelvärdet för 2017–2019. Störst var förändringarna i mars, april och maj 2020.

För vissa vårdområden minskade inflödet och antalet återbesök med ner till 30 procent, medan antalet återbesök ökade något under 2020 i andra vårdområden. Vi kan också observera stora skillnader mellan regionerna.

Störst förändringar i mars, april och maj

Figur 25 visar att antalet genomförda återbesök i den specialiserade vården minskade jämfört med tidigare år, särskilt i mars, april och maj 2020. Inflödet minskade kraftigt redan i mars, men det ökade snabbt igen under sommarmånaderna, då också smittspridningen minskade. Det kan tyda på att vårdefterfrågan anpassas snabbare efter smittläget än vårdutbudet.

Förändringar av inflödet av personer som väntar på återbesök är svårtolkade, eftersom det också beror på antalet genomförda operationer och förändringar i hur individer väljer att agera.

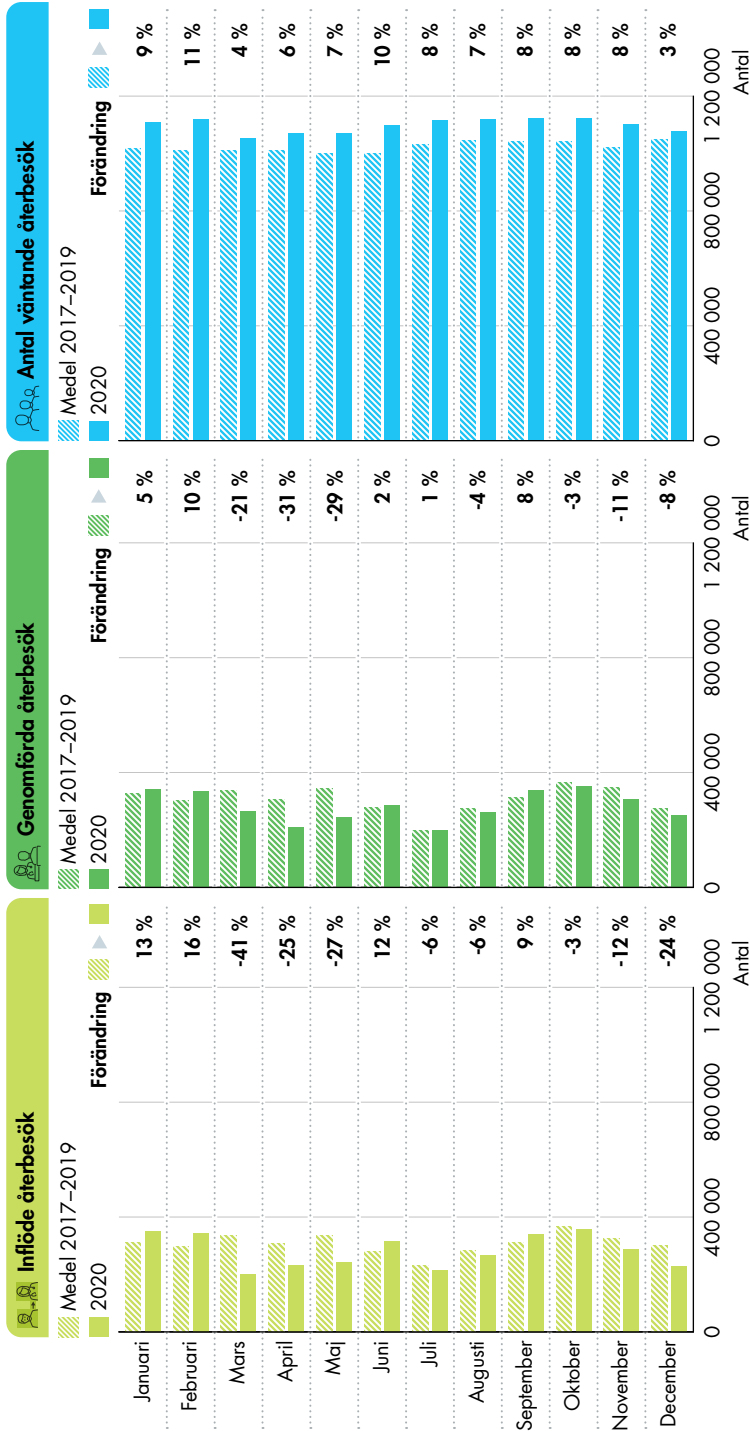
Totalt sett minskade antalet genomförda återbesök med 7 procent under 2020 jämfört med medelvärdet för 2017–2019. Det motsvarar cirka 275 000 färre patienter. Även inflödet av patienter som väntar på ett återbesök minskade med 8 procent. Det innebär att cirka 310 000 färre patienter skrevs in på väntelistorna för ett återbesök inom den specialiserade vården.

Stora skillnader mellan vårdområden i efterfrågan och utbud

Figur 26 visar hur antalet genomförda återbesök och antalet nytillkomna personer som väntar på ett återbesök förändrades under 2020 jämfört med medelvärdet för 2017–2019. Det är stora skillnader mellan vårdområden. För vissa minskade inflödet av antal väntande och antalet genomförda återbesök med över en fjärdedel jämfört med tidigare år. För andra vårdområden minskade vårdkonsumtionen för återbesök med bara ett fåtal procent eller till och med ökade något under 2020.

Precis som för första besök inom den specialiserade vården finns det påfallande likheter mellan efterfråge- och utbudsförändringarna – vårdområden med stor minskning i behovsbedömd efterfrågan verkar också ha en liknande minskning i utbudet.

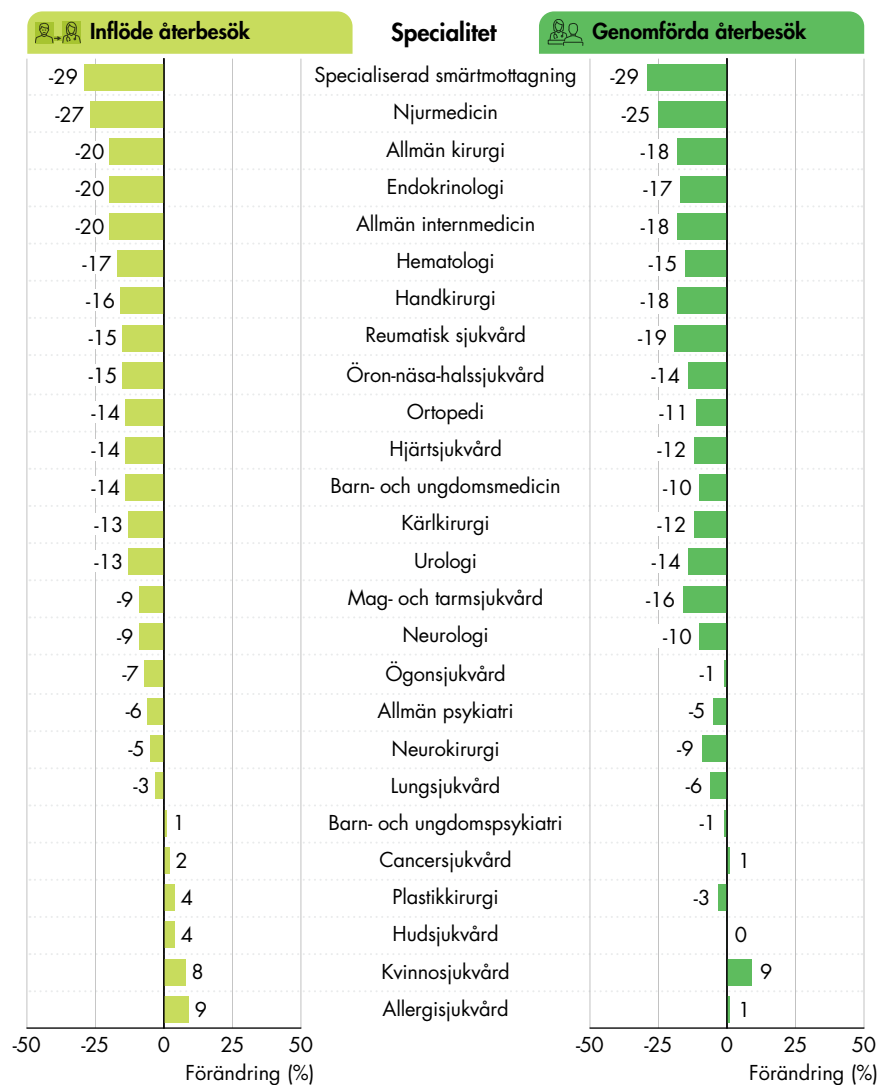
Figur 25. Förändringar i inflödet till kön för ett återbesök, antalet genomförda återbesök och antalet väntande per månad under 2020 och medel för 2017–2019.



Not. Jämtland Härjedalen och Norrbotten ingår inte i analysen, uppgifter för Stockholm saknas. Siffrorna inkluderar patientvald väntan. Inflödet har beräknats på antal väntande och antalet genomförda återbesök.

Källa: Väntetidsdatabasen.

Figur 26. Förändringar av antalet genomförda återbesök och inflödet av personer som väntar på ett återbesök per vårdområde, 2020 jämfört med medel 2017–2019.



Not. Jämtland Härjedalen och Norrbotten ingår inte i analysen, uppgifter för Stockholm saknas. Siffrorna inkluderar patientvald väntan. Inflödet har beräknats på antal väntande och antalet genomförda återbesök.

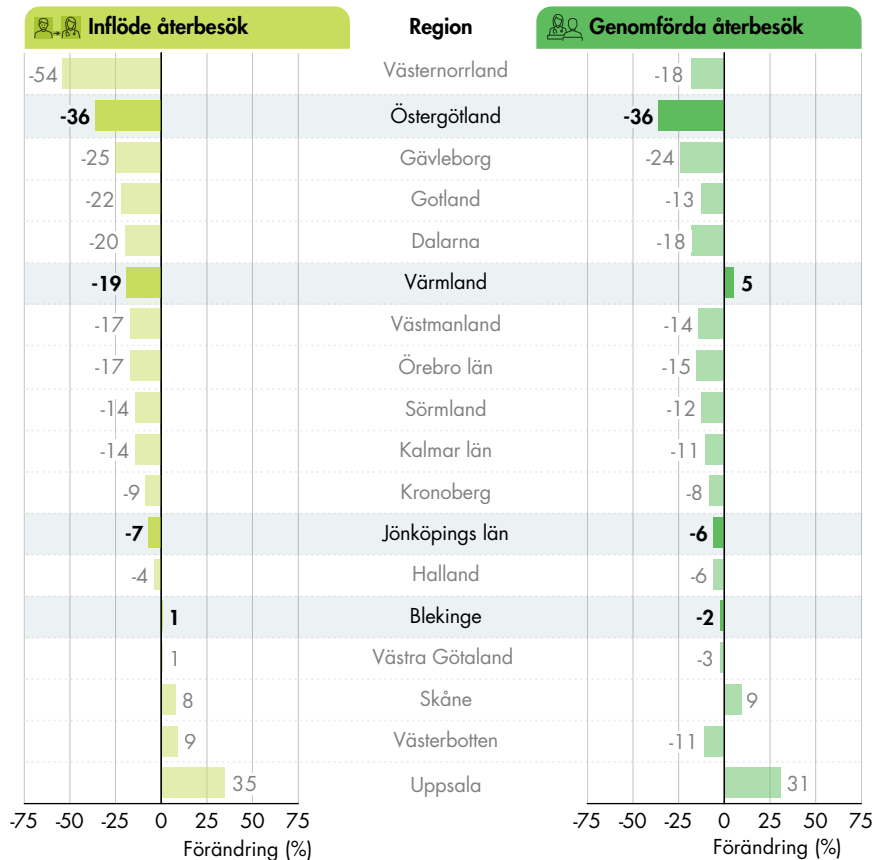
Källa: Väntetidsdatabasen.

Stora skillnader mellan regionerna

I 13 av regionerna minskade både inflödet och antalet genomförda återbesök jämfört med 2017–2019, se figur 27. Men vi kan se stora skillnader mellan regionerna. I vårt urval särskiljer sig Östergötland och Värmland. I Östergötland minskade inflödet av nytilkomna personer som väntar på ett återbesök och antalet genomförda återbesök med 36 procent, vilket är den näst största minskningen av samtliga regioner. Även i Värmland ser vi en stor minskning av antalet nytilkomna personer som väntar på ett återbesök, medan antalet genomförda återbesök ökade något.

För Stockholm saknas uppgifter för återbesök.

Figur 27. Förändringar av antal genomförda återbesök och inflödet av personer som väntar på ett återbesök per region, 2020 jämfört med medel 2017–2019.



Not. Jämtland Härjedalen och Norrbotten ingår inte i analysen, uppgifter för Stockholm saknas. Siffrorna inkluderar patientvald väntan. Inflödet har beräknats på antal väntande och antalet genomförda återbesök.

Källa: Väntetidsdatabasen.

4.5 FÄRRE BESÖK PÅ AKUTMOTTAGNINGARNA UNDER PANDEMIN

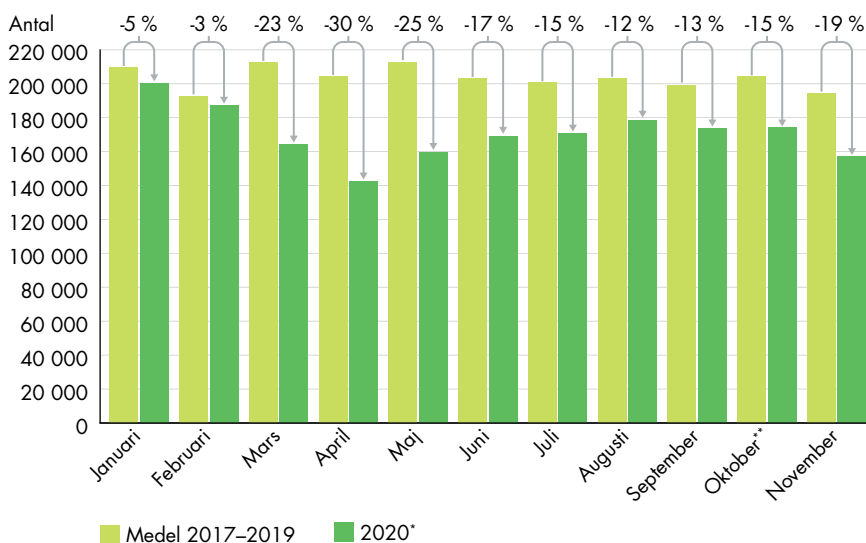
Socialstyrelsen har under pandemin publicerat flera faktablad om förändringar i bland annat vårdkonsumtionen inom olika vårdområden, exempelvis somatiska och psykiatriska akutmottagningar (Socialstyrelsen 2020k, Socialstyrelsen 2020f, Socialstyrelsen 2020b). Preliminär statistik från patientregistret visar att antalet besök på nationell nivå har minskat sedan utbrottet. Under våren märks en tydlig minskning i samband med tilltagande smittspridning i Sverige.

4.5.1 Besöken till somatiska akutmottagningar har minskat under pandemin

Besöken till sjukhusens somatiska akutmottagningar minskade påtagligt under året, i samband med att den allmänna spridningen tog fart. I början av året låg besöken strax under föregående års nivåer, men sedan märks en tydlig minskning. I mars, april och maj 2020 minskade antalet besök i landet med 23–30 procent jämfört med medelvärdet för samma månader 2017–2019, se figur 28.

Under juni–september 2020 märks en successiv återhämtning i takt med att smittspridningen avtog, men antalet besök var ändå lägre jämfört med föregående år. Under denna period planade antalet besök ut och var på en relativt stabil nivå. Under oktober–november märks i stället en minskande trend då smittspridningen i samhället tog fart på nytt.

Figur 28. Utvecklingen i antal besök hos allmänna akutmottagningar under pandemin jämfört med medelvärde 2017–2019.



Not. * Preliminär statistik för 2020. ** Gävleborg har högt bortfall för november.

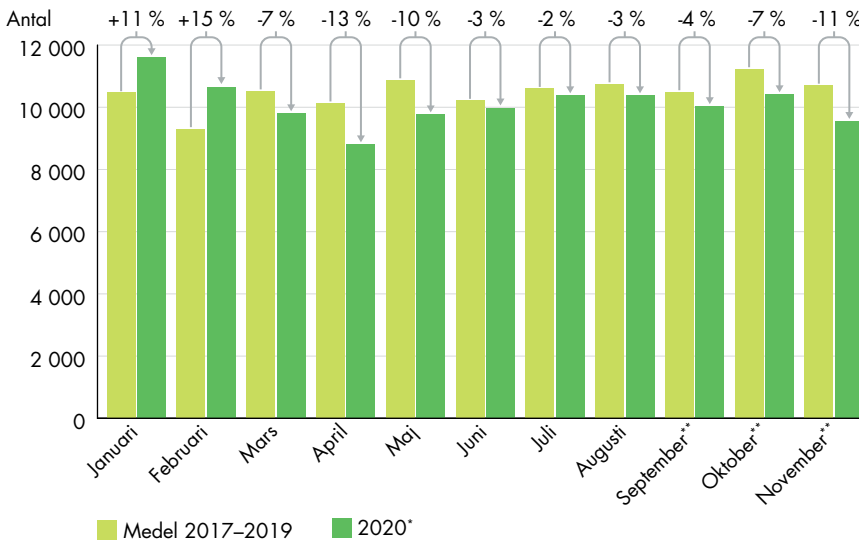
Källa: Patientregistret. Hämtad från webbplatsen "Statistik relaterad till covid-19", Excel-filen "Statistik över besök på somatiska akutmottagningar", 2021-02-18.

4.5.2 Färre besök till psykiatrisk akutvård men relativt jämn nivå

Även besöken till den psykiatriska akutvården har minskat i takt med att sprittspridningen ökat, men inte lika mycket som för den somatiska akutvården. I början av året registrerades fler besök än tidigare år, men sedan lågt antalet konstant under föregående års nivåer, se figur 29.

I mars–maj 2020 genomfördes klart färre besök jämfört med medelvärdet för 2017–2019. Under sommaren (juni–september) kom antalet besök nästan upp till föregående års nivåer, och minskade sedan igen i oktober–november i samband med tilltagande smittspridning.

Figur 29. Utvecklingen i antal besök i psykiatrisk akutvård under pandemin jämfört med medelvärde 2017–2019.



Not. * Preliminär statistik för 2020. ** Kronoberg har högt bortfall för september och inget inrapporterat för oktober och november. Gävleborg har högt bortfall för november.

Källa: Patientregistret. Hämtad från webbplatsen "Statistik relaterad till covid-19", Excel-filen "Statistik över besök på psykiatrisk akutmottagning", 2021-02-18.

4.6 UPPSKATTNING AV DET UPPDÄMDA VÅRDBEHOVET UTIFRÅN ANTAGANDE OM KONSTANT BEHOV

Det uppdämda vårdbehovet kan uppskattats på olika sätt. I den här rapporten utgår vi från att det handlar om ett behov som inte kommit till uttryck som vårdefterfrågan och om ett kvarvarande vårdbehov som inte mötts av vården på grund av förändrat utbud.

Vi har uppskattat det uppdämda vårdbehovet i form av antalet faktiskt väntande och antalet hypotetiskt väntande på första besök samt antalet

operationer inom specialistvården. Om inflödet av personer som väntar på ett första besök eller en operation skulle motsvarande medelvärde för 2017–2019, skulle antalet väntande öka med 59 procent för första besök respektive cirka 83 procent för operation. Det är sannolikt en hög skattning som inte tar hänsyn till att hälsotillstånd kan förbättras över tid, men väntan kan samtidigt innebära att sjukdomar upptäcks i ett senare skede vilket leder till en ökad vårdkonsumtion längre fram i tiden. I slutsatskapitlet relaterar vi detta med resultat från vår enkät. 58 procent av dem som antingen själva eller på vårdens initiativ avstått från eller fått sin vård senarelagd, anser att de fortfarande har ett behov av vård.

4.6.1 Ett uppdämt vårdbehov som utgår från förändringar i både efterfrågan och utbudet

Det talas om att pandemin har skapat en vårdskuld eller ett uppdämt vårdbehov. I den här rapporten definierar vi ”uppdämt vårdbehov” som *kvarvarande vårdbehov som på grund av pandemin inte kommit till uttryck som efterfrågan på vård samt kvarvarande vårdbehov som inte mötts av vården på grund av vårdens ransoneringar, smittskyddsåtgärder eller förändrade arbetssätt som konsekvenser av pandemin.*

Patienternas initiativ är en viktig aspekt eftersom även det påverkar storleken på det uppdämda vårdbehovet. Vård som uteblir i dag kan behöva ges senare, oavsett om orsaken är att den blev inställd eller aldrig söktes. Efterfrågan på vård kan därför fungera som indikator på vårdbehovet. Men hur väl efterfrågan speglar vårdbehovet beror dels på hur stor del av vårdbehovet som kommer till uttryck i en efterfrågan, och dels på hur stor del av efterfrågan som ger uttryck för ett vårdbehov (Liss 2001). Under pandemin ser vi så stora efterfrågeminskningar att de troligen inte speglar en lika stor minskning av befolkningens vårdbehov. Vårdbehovet borde i stället vara ungefär detsamma som tidigare år. Det kan dock förkomma skillnader på grund av förändrade beteenden, till exempel har antalet skador på grund av bilolyckor minskat på grund av att resorna har minskat under pandemin (Transportstyrelsen 2021).

4.6.2 Färre som väntar på operation trots att färre operationer har utförts under pandemin

Ett sätt att undersöka om det finns ett uppdämt vårdbehov är att studera antalet patienter som väntar på ett besök eller en operation. Men eftersom

antalet väntande påverkas av både inflödet och antalet genomförda vårdinsatser kan förändringarna i antal väntande bli små trots stora förändringar i inflöde och antal vårdinsatser. En sådan situation kan vi se i den nationella väntetidsdatabasen under 2020, då antalet väntande minskade trots att vården gjorde hälften så många operationer i maj jämfört med genomsnittet för den månaden 2017–2019. Det beror på att inflödet samtidigt minskade med nära hälften under månaden.

I vår uppskattning av det uppdämda vårdbehovet utgår vi från att befolkningens faktiska vårdbehov är relativt konstant över tid. Vi antar därmed att det inflöde av patienter som ses i väntetidsdatabasen under pandemin inte speglar befolkningens hela vårdbehov, på grund av ändrat vårdsockarbeteende. Därför uppskattar vi i stället inflödet utifrån historiska uppgifter i väntetidsdatabasen (medelvärde under de tre senaste åren).

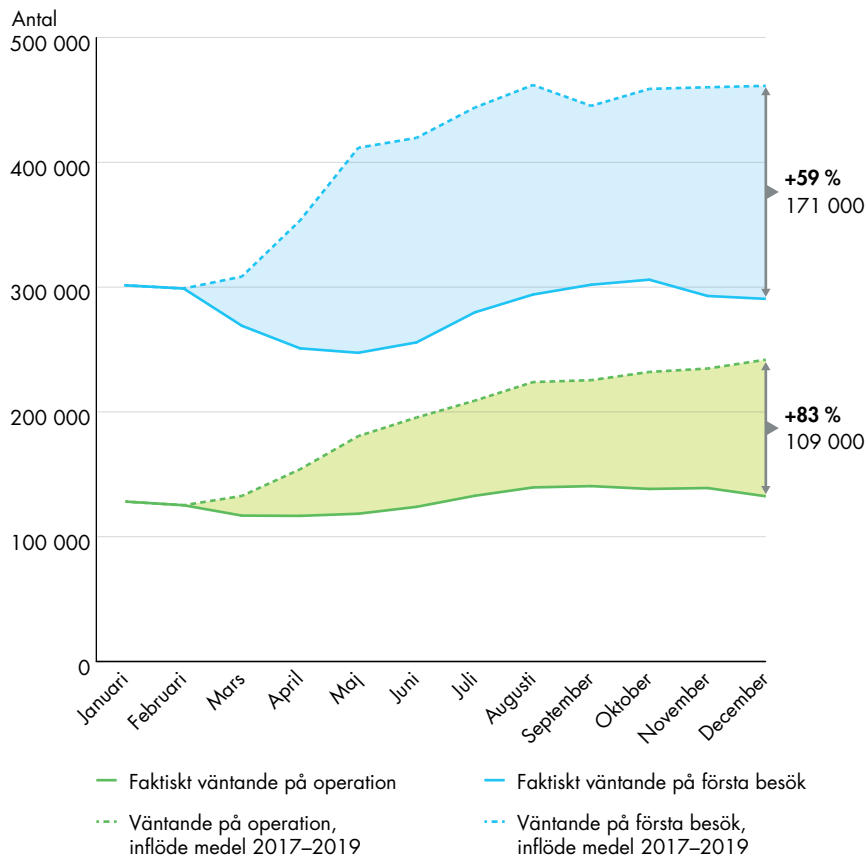
Om inflödet av personer som väntar på operation skulle motsvara medelvärdet för 2017–2019, skulle antalet väntande öka med cirka 83 procent eller 109 000 fler patienter, se figur 30. När det gäller väntande på första besök skulle motsvarande inflöde innebära att antalet ökar med 59 procent, eller 171 000 fler personer. Detta är sannolikt en hög skattning eftersom uppskjutna vårdbehov inte nödvändigtvis är desamma som fanns före pandemin. En del av vårdbehoven har sannolikt gällt sjukdomar och skador som kan ha blivit bättre med tiden. Å andra sidan kan minskad vårdkonsumtion vara en konsekvens av att individer avvaktat med att söka vård, för då kan sjukdomar upptäckas i ett senare skede och i förlängningen ge ökad vårdkonsumtion.

Senarelagda vårdkontakter behöver nödvändigtvis inte motsvara samma resursanspråk som fanns före pandemin. Exempelvis kan två uppskjutna besök i vissa fall ersättas med ett besök. SKR (2020b) exemplifierar detta med att "ett uppskjutet årsbesök för en patient med en välbehandlad kronisk sjukdom resulterar exempelvis inte i två årsbesök nästkommande år." Detta resonemang kan också gälla exempelvis återbesök och andra vårdkontakter, men borde gälla i mindre utsträckning för dem som väntar på ett första besök och på en operation i specialiserad vård.

I slutsatskapitlet skattar vi dessa effekter utifrån resultat från vår enkät.



Figur 30. Utvecklingen av antal väntande under 2020 om inflödet motsvarar medelvärdet av inflödet för 2017–2019, givet faktiskt antal genomförda första besök och operationer under 2020.



Not. Jämtland Härjedalen ingår inte i analysen. Siffrorna inkluderar patientvald väntan. I figurtexten nämns enbart operationer, men även utprovning av hörselapparat ingår.



5

Befolkningens upplevelse av förändringar i utbud och efterfrågan

I det här kapitlet redovisar vi hur befolkningen upplever att deras vård-
efterfrågan och vårdutbudet har förändrats.

Under pandemin har nära 40 procent av befolkningen antingen avbokat
ett vårdbesök, avstått från att söka vård, väntat längre med att söka vård
eller utövat egenvård i stället för att söka vård. Personer med långvariga
hälsobesvär, sjukdomar och funktionsnedsättningar har i högre utsträckning
avbokat, avstått eller väntat längre med att söka vård. Över hälften av de
svarande som avstått från vård har fortfarande ett vårdbehov, framför allt
återbesök, första besök, undersökningar och provtagningar.

Många har avstått vård för att de inte velat belasta hälso- och sjukvården i
onödan, och av rädsla för att bli smittad av covid-19 under vårdbesöket.

Ransoneringen av vården har också påverkat vårdkonsumtionen. 15 procent
av de svarande uppger att hälso- och sjukvården antingen har avbokat,
senarelagt eller nekat vårdbesök på grund av pandemin. Nästan 50 procent av
de som fått inställda vårdbesök uppger att behovet av vård finns kvar.

Cirka 7 procent av befolkningen anger att de fått ett sämre hälsotillstånd
på grund av att de själva antingen avbokat, avstått eller väntat längre med att
söka vård, eller för att hälso- och sjukvården avbokat, senarelagt eller nekat
vård på grund av pandemin.



5.1 BEFOLKNINGEN I DE FEM REGIONERNA BEHÖVER INTE SPEGLA BEFOLKNINGEN I RIKET

I det här kapitalet redovisas resultatet från en enkätundersökning med syftet att fånga befolkningens upplevelse av hur covid-19-pandemin påverkat möjligheten att få vård och deras egen vårdefterfrågan. Enkäten gick ut till en slumpmässigt rekryterad webbaserad befolkningspanel med deltagare från fem olika regioner. Deltagarna behöver inte spegla befolkningen i riket, men vår bedömning är att representativiteten är relativt god. Vi har dock inte haft möjlighet att kontrollera för representativet avseende svensk eller utländsk bakgrund, något som generellt är svårt att säkerställa i enkätundersökningar.

5.1.1 En slumpmässigt rekryterad befolkningspanel med deltagare från fem olika regioner

Enkäten skickades ut till en befolkningspanel i december 2020 och insamlingen pågick till 7 januari 2021. Deltagarna i panelen rekryterades slumpmässigt ur Statens personadressregister (SPAR) och stratifierades utifrån län och två ålderskategorier samt kön och utbildningsnivå. Drygt 2 100 personer i fem olika regioner svarade på enkäten, se bilaga 3.

Vårt urval av regioner omfattar Blekinge, Jönköpings län, Stockholm, Värmland och Östergötland. Befolkningen i dessa fem regioner behöver inte spegla befolkningen i riket, men i det här kapitlet kallar vi de svarande för befolkningen.

Vi är medvetna om eventuella svagheter och utmaningar med att använda en befolkningspanel, även om den är slumpmässigt rekryterad. Resultatet har viktats baserat på ett antal bakgrundsvariabler för att få ett så representativt resultat som möjligt. I bilaga 4 finns en kort metodbeskrivning och information om hur viktningen gått till. Vår samlade bedömning är att vi lyckats fånga en relativt representativ bild av befolkningen.

5.1.2 Vi undersöker de svarandes upplevelser och erfarenheter av hälso- och sjukvården under pandemin

I kapitel 2 skrev vi att hälsobehov innebär att en person behöver förbättra sin hälsa, men att det krävs en medicinsk bedömning för att avgöra om hälsobehovet också är ett vårdbehov. I realiteten är det svårt att särskilja begreppen hälsobehov, vårdbehov och vårdefterfrågan. Resultatet bygger på de svarandes upplevelse av hälso- och sjukvården under pandemin. Vi

kan inte avgöra om de svarande uttrycker ett hälsobehov eller ett vårdbehov. Däremot ger enkäten insikter om hur de svarande resonerar när de uppsöker och önskar att få vård, det vill säga deras vårdefterfrågan.

5.1.3 Resultatet delas in i bakgrundsgrupper för att påvisa skillnader mellan eller inom grupper

Genomgående i kapitlet presenterar vi resultatet uppdelat på olika bakgrundsgrupper. En individ kan tillhöra en eller flera grupper:

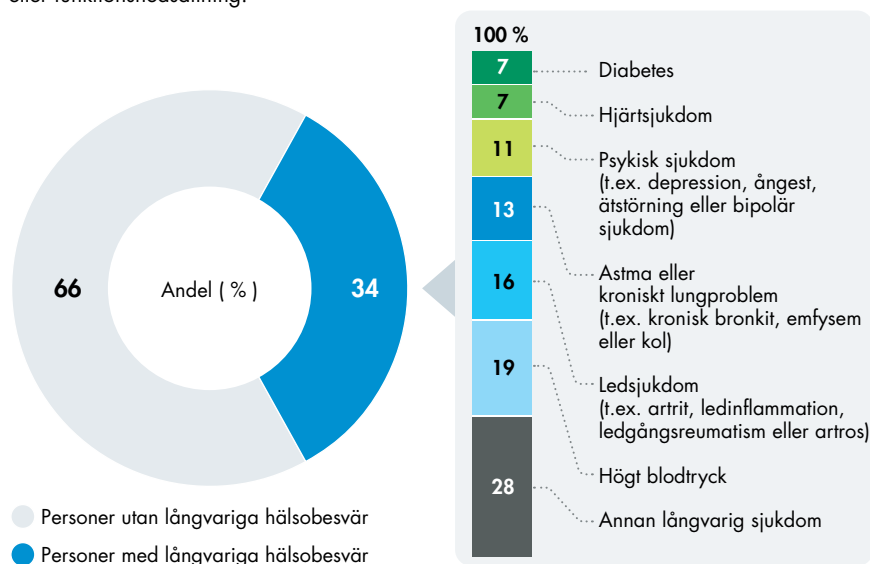
- Kön: män och kvinnor
- Ålder: 18–39 år, 40–69 år, 70 år eller äldre
- Personer med långvariga hälsobesvär, sjukdomar eller funktionsnedsättning
- Personer som under pandemin fått nya symtom eller akuta hälsobesvär (inte covid-19)
- Personer i riskgrupp för covid-19

Personer med långvariga hälsobesvär, sjukdomar eller funktionsnedsättning kallas i fortsättningen *personer med långvariga hälsobesvär*. De som under pandemin fått nya symtom eller akuta hälsobesvär (inte covid-19) benämns *personer med nya hälsobesvär*.

I enkäten fick de svarande själva rapportera om sina hälsobesvär. En individ kan ha ett långvarigt hälsobesvär och samtidigt ha fått ett nytt hälsobesvär under pandemin. En person kan också ha mer än ett hälsobesvär, långvarigt eller nytt. Figur 31 och figur 32 redovisar de vanligaste besvärerna.

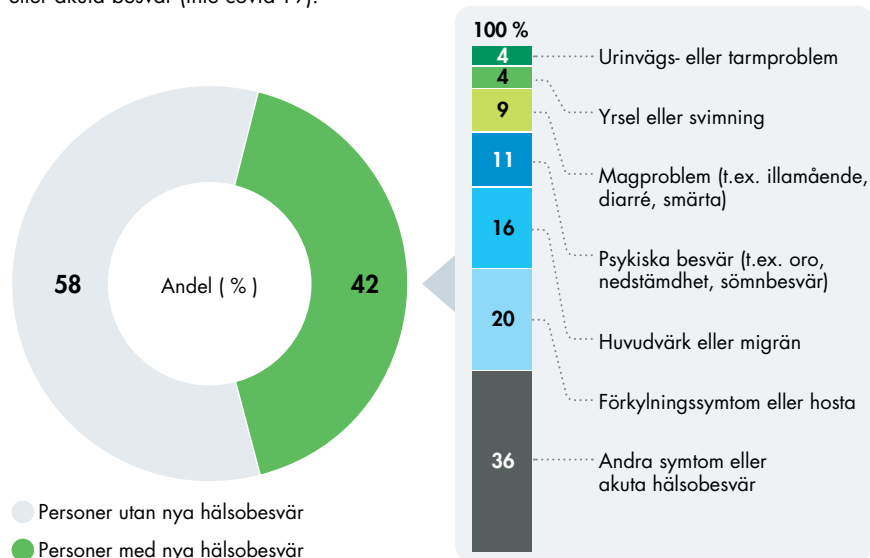


Figur 31. Sjukdomssammansättning bland personer med långvariga hälsobesvär, sjukdom eller funktionsnedsättning.



Not. Annan långvarig sjukdom omfattar bland annat: annan långvarig sjukdom 10 %, andra endokrina sjukdomar (t.ex. sköldkörtelinflammation) 4 %, funktionsnedsättning 4 %, cancer 4 %, utmattningsyndrom 4 %, neurologisk sjukdom (t.ex. multipel skleros, Parkinsons sjukdom eller epilepsi) 3 %.

Figur 32. Sjukdomssammansättning bland personer som under pandemin fått nya symtom eller akuta besvär (inte covid-19).



Not. Andra nya symtom eller akuta hälsobesvär omfattar bland annat: andra nya symtom 8 %, bröstsmärta 4 %, allergi och utslag 4 %, andningsbesvär 4 %, ögonbesvär eller ögonskada 3 %, infektion eller inflammation (t.ex. öroninflammation, borrelia, bältros) 3 %, sår eller skada 3 %, fraktur och stukning 3 %, besvär med hjärtat (t.ex. dubbelslag, ojämn hjärtrytm) 2 %, knöl eller förändring av födelsemärke 2 %, tillstånd kopplat till graviditet 1 %.

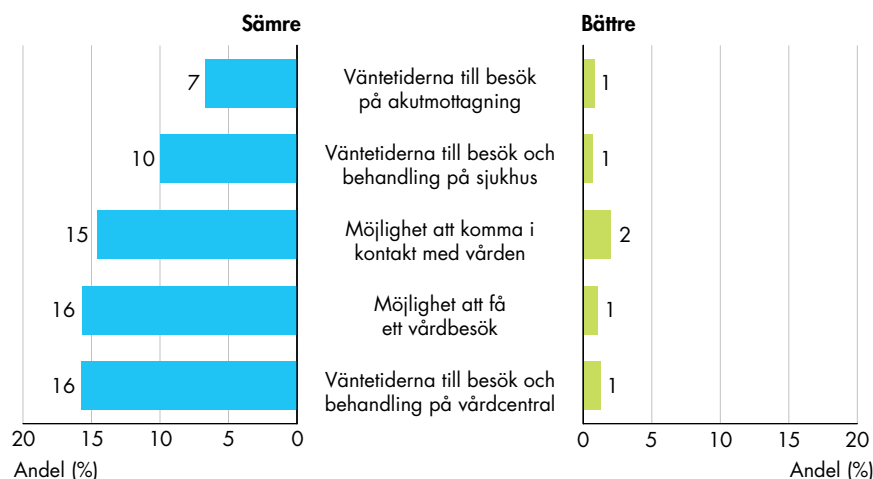
5.2 SVÅRARE ATT FÅ KONTAKT OCH TILLGÅNG TILL VÅRD UNDER PANDEMIN

När vård har ransonerats under pandemin har det blivit svårare att komma i kontakt med vården och väntetiderna har blivit längre. Våra resultat tyder på att framför allt väntetiderna till ett besök eller en behandling på en vårdcentral upplevs ha blivit längre. Personer med långvariga hälsobesvär och personer med nya hälsobesvär anser i högre utsträckning att det blivit svårare att komma i kontakt med vården och att de får vänta längre. De flesta tycker dock att de helt eller till stor del fått den vård som de behövt under pandemin.

5.2.1 Det har blivit svårare att få ett vårdbesök

Majoriteten av de svarade vet inte om väntetiderna till akutmottagningar eller besök och behandlingar på sjukhus har förändrats. Det kan bero på att de flesta inte kontaktat vården under pandemin. Figur 33 redovisar andelen som anser att det har blivit lättare respektive svårare att få kontakt med vården och få ett vårdbesök samt som anser att väntetiderna blivit bättre eller sämre än tidigare. Totalt 16 procent anser att väntetiderna till besök och behandling på vårdcentral har blivit sämre under pandemin. Ungefär lika många anser att det har blivit svårare att få ett vårdbesök eller komma i kontakt med vården.

Figur 33. Andelen som upplevt att kontakten och väntetiderna till vården blivit bättre respektive sämre under pandemin jämfört med tidigare.



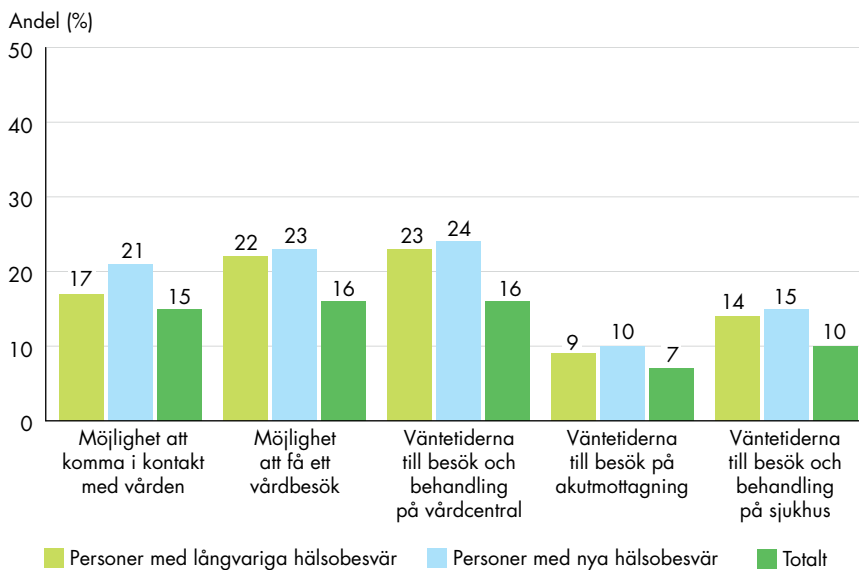
Not. Antal svar: 2 094–2 103. Viktat för befolkningen. Fråga: Hur har du upplevt att följande har förändrats under pandemin jämfört med tidigare? Svarsalternativet "Kan inte bedöma" är inkluderat i nämnaren.

I kommentarer har flera svarande uttryckt att det varit svårt att få gehör för sitt vårdbehov under pandemin: dels har det funnits utmaningar för personer med symtom på covid-19, dels upplever de det som svårare att få vård för långvariga och icke-akuta hälsobesvär. Därtill menar en del att det funnits begränsade möjligheter att bli testad för covid-19 trots symtom.

Personer med hälsobesvär – nya eller långvariga – upplever sämre möjligheter till vårdbesök och längre väntetider

Grupperna med hälsobesvär, långvariga eller nya, upplever i större utsträckning att det har blivit svårare att få kontakt med vården och att få ett vårdbesök samt att väntetiderna blivit längre, se figur 34. Andelen är högre än genomsnittet för alla.

Figur 34. Andel personer med långvariga hälsobesvär och personer med nya hälsobesvär som anser att det blivit svårare att få kontakt med vården och att få ett vårdbesök samt att väntetiderna blivit sämre än tidigare.



Not. Antal svar: 333–856. Viktat för befolkningen. Fråga: Hur har du upplevt att följande har förändrats under pandemin jämfört med tidigare?

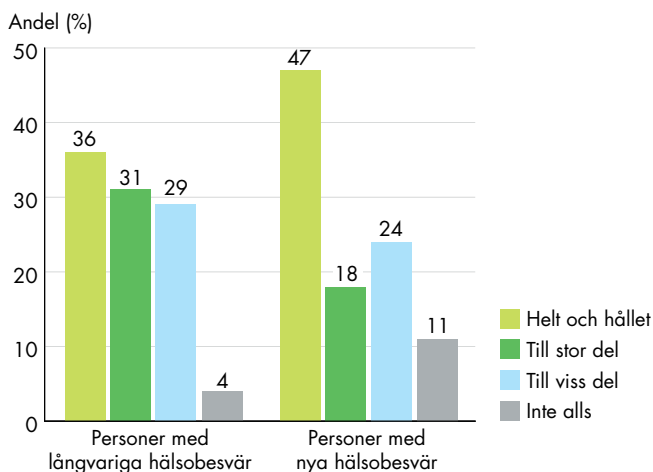
5.2.2 Majoriteten har fått den vård som de behövt under pandemin, eller större delen av den

Totalt 34 procent av de svarande har ett eller flera långvariga hälsobesvär. Av dessa har 47 procent haft vårdbehov vid minst ett tillfälle under pandemin. 42 procent av befolkningen uppgav att de under pandemin haft nya hälsobesvär.

Av dessa har 53 procent sökt vård eller känt att de borde söka vård för dessa nya symtom och akuta hälsobesvär. Figur 35 redovisar andelen som anser att de fått den vård de behövt och till vilken grad.

Bland personer med nya hälsobesvär anger cirka 47 procent att de helt och hållet fått den vård de behöver. Motsvarande andel bland personer med långvariga hälsobesvär är lägre, 36 procent. Samtidigt uppger en mindre andel av personer med långvariga hälsobesvär att de inte alls fått den vård de behövt jämfört med dem som har haft ett vårdbehov för nya hälsobesvär.

Figur 35. Bedömning av de som fått den vård de behöver för sina långvariga hälsobesvär, sjukdomar eller funktionsnedsättningar eller nya symtom och akuta hälsobesvär (inte covid-19) under pandemin.



Not. Antal svar: 349–470. Viktat för befolkningen. Fråga: Som helhet, bedömer du att du har fått den vård du behövt för dina långvariga hälsobesvär, sjukdomar eller funktionsnedsättningar? Och: Som helhet, bedömer du att du har fått den vård som du behövt för dessa nya symtom eller akuta hälsobesvär?

5.3 MINSKAD VÅRDEFTERFRÅGAN TROTS BEHOV

Sammantaget anger 39 procent att de någon gång under pandemin avbokat ett vårdbesök, avstått från att söka vård, väntat längre med att söka vård eller utövat egenvård själva istället för att söka vård. Den vanligaste anledningen är att man inte velat belasta vården. Många har också varit rädda för att smittas under besöket, särskilt personer 70 år och äldre.

5.3.1 En av fem har väntat med att söka vård

Under pandemin har efterfrågan på vård minskat markant. Cirka 39 procent uppger att de i stället har avbokat ett vårdbesök, avstått från att söka vård,

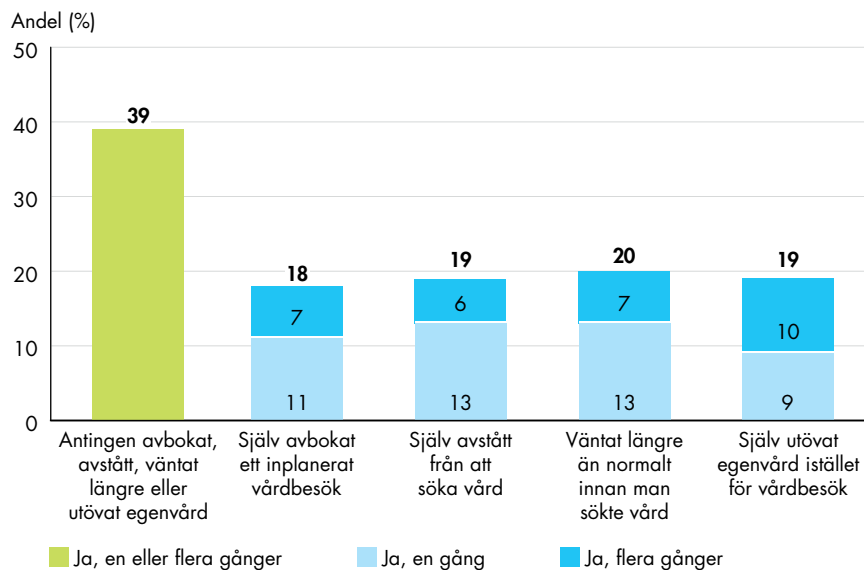


väntat längre med att söka vård eller utövat egenvård själva i stället för att söka vård. Enligt enkätens fritextsvar verkar egenvård ha varit svårt på grund av att vården gett för lite stöd och kunskap.

Om vi exkluderar de som utövat egenvård har 34 procent av de svarande antingen avbokad, avstått eller väntat med att söka vård, 20 procent har valt att vänta med att söka vård, och 19 procent har valt att helt avstå från att söka vård, se figur 36.

Som en jämförelse uppgav cirka 26 procent i den nationella patientenkäten 2020 (riktad till dem som sökt primärvård) att de undvikit att söka vård (SKR 2020a) (till exempel sjukvård, tandvård, psykolog och mödravård). Även Folkhälsomyndigheten (2020c) visade i en enkätstudie i början av pandemin att runt en av fem undvikit att söka vård trots behov. Resultaten är inte direkt jämförbara med det i den här enkätundersökningen eftersom olika verksamheter ingår, och eftersom begreppet ”undvikit” tolkas på olika sätt. Men både den nationella patientenkäten och Folkhälsomyndighetens enkätstudie indikerar att pandemin har påverkat efterfrågan på vård i stor utsträckning.

Figur 36. Andelen som på grund av pandemin valt att avstå eller avboka vårdbesök, väntat längre med att söka vård eller utövat egenvård i stället för att söka vård.



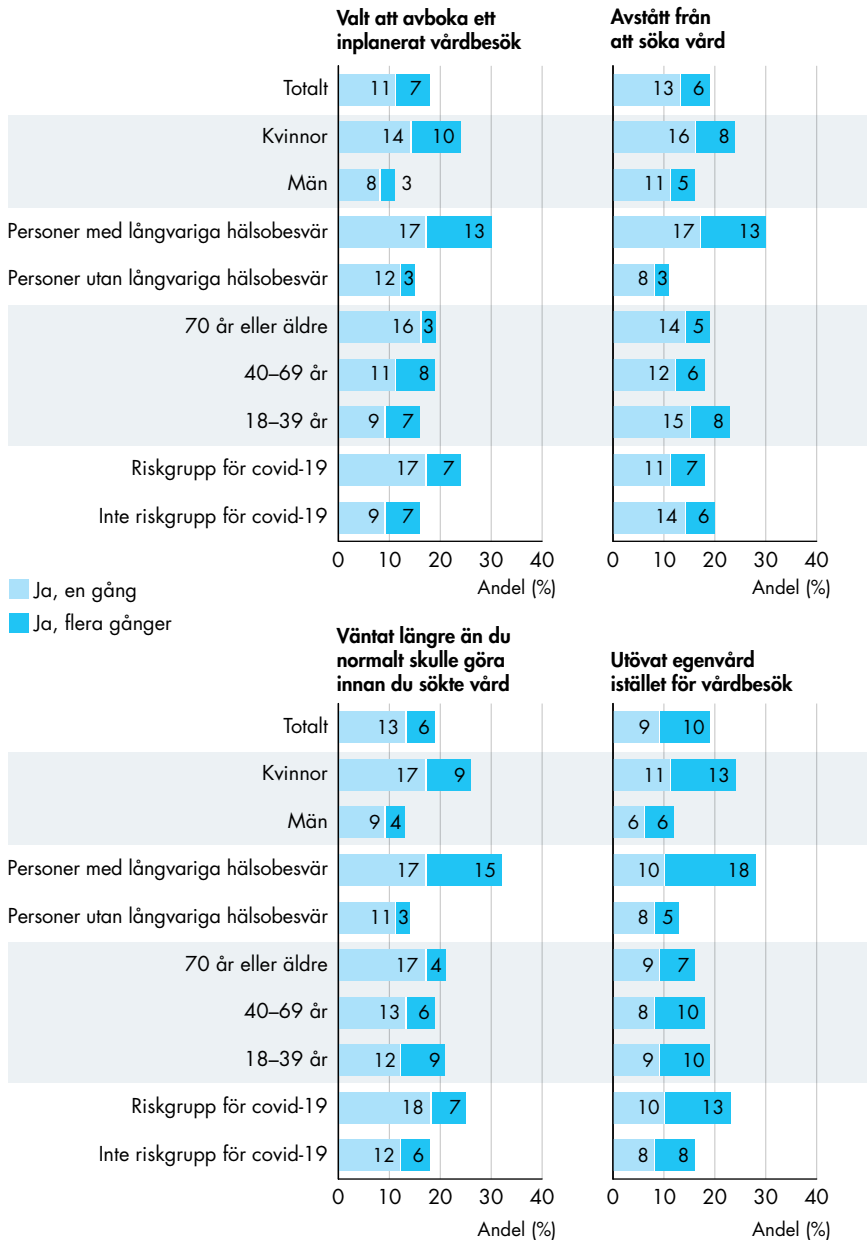
Not. Antal svar: 1 992–2 026. Viktat för befolkningen. Fråga: Har pandemin gjort att du själv valt att göra något av följande?

Efterfrågeförändringen ser olika ut för olika grupper

Personer med lindriga till svåra långvariga hälsobesvär har i högre utsträckning avvaktat med att söka vård, jämfört med personer utan sådana

besvär, se figur 37. Totalt har 54 procent av personer med långvariga hälsobesvär antingen avbokats, avstått från vård, väntat längre med att söka vård eller utövat egenvård. Resultatet visar också tydliga skillnader mellan könen, på så sätt att fler kvinnor har valt att vänta. Skillnader mellan olika grupper kan delvis bero på att vissa konsumerar mer vård, men de grupperna har även påverkats mer av pandemin.

Figur 37. Andelen som på grund av pandemin valt att avstå eller avboka vårdbesök, väntat längre med att söka vård eller utövat egenvård i stället för att söka vård, uppdelat på olika grupper.

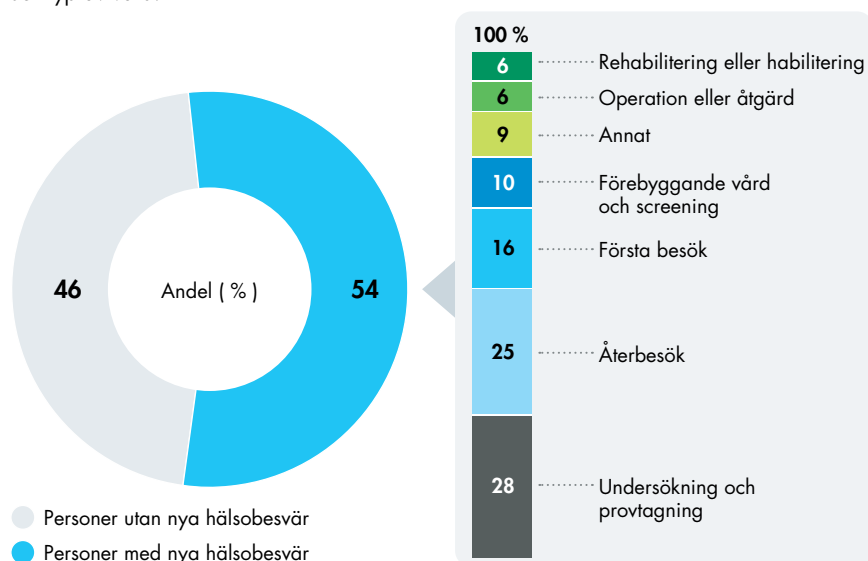


Not. Antal svar: 1 963-2 021. Viktat för befolkningen. Fråga: Har pandemin gjort att du själv valt att göra något av följande?

5.3.2 Av de som undvikit att söka vård har över hälften kvar vårdbehovet

Totalt 54 procent av de svarande som på något sätt har avvaktat med att söka vård under pandemin anger att de fortfarande har ett vårdbehov. Främst handlar det om ett behov av undersökningar och provtagningar, se figur 38. Därefter gäller det återbesök och ett första besök (i enkäten kallat *nybesök*) till hälso- och sjukvården.

Figur 38. Kvarvarande vårdbehov bland de som har undvikit att söka vård under pandemin, och typ av vård.

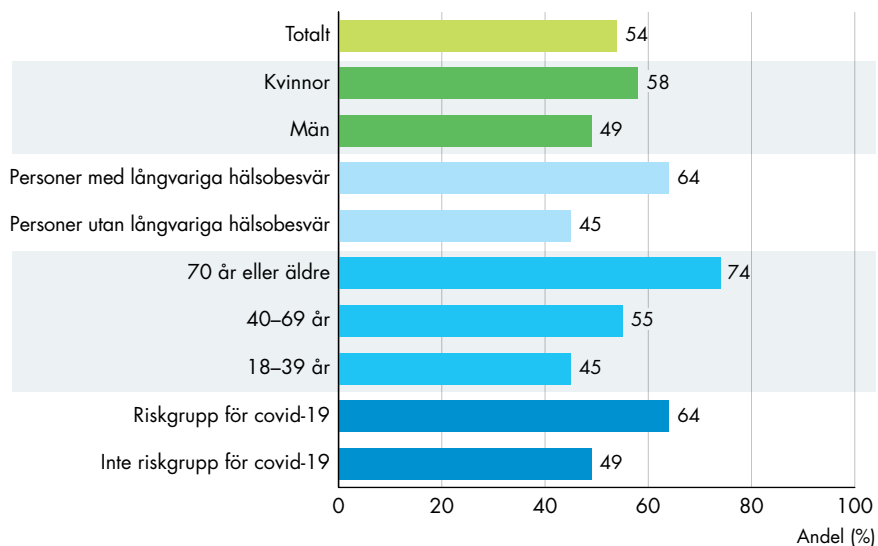


Not. Antal svar: 689. Fråga: Har du fortfarande behov av vård som du under pandemin själv avbokat, avstått från eller väntat med att söka?

Personer i riskgrupp och kvinnor har ett större kvarstående vårdbehov

De som behöver den uppskjutna vården är framför allt personer som är i riskgrupp för covid-19, exempelvis personer 70 år eller äldre, personer med långvariga hälsobesvär och personer som själva ser sig som riskgrupp, se figur 39.

Figur 39. Andel som fortfarande behöver vård efter att själva avbokat, avstått från eller väntat med att söka vård under pandemin, uppdelat efter olika bakgrundsgrupper.

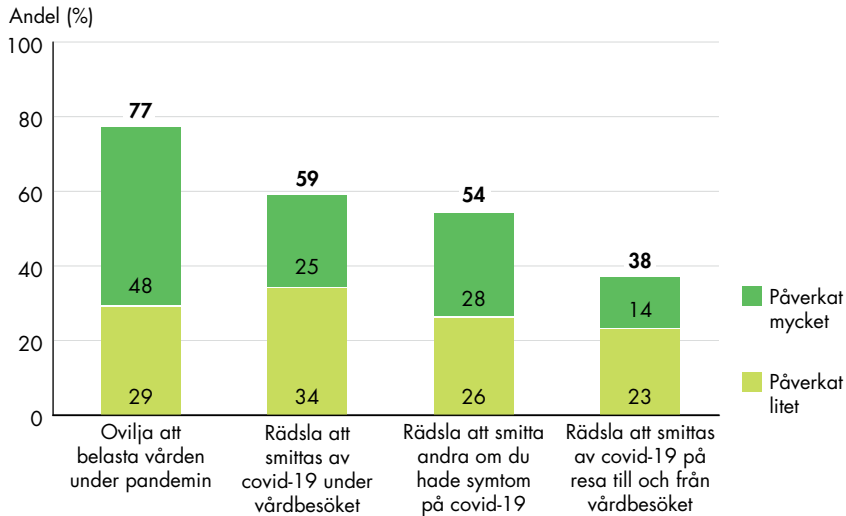


Not. Antal svar: 683–689. Viktat för befolkningen. Fråga: Har du fortfarande behov av vård som du under pandemin själv avbokat, avstått från eller väntat med att söka?

5.3.3 Många har inte velat belasta vården under pandemin

Ovilja att belasta vården är det vanligaste skälet till inte söka vård under pandemin, enligt de 34 procent som antingen avbokat, avstått eller väntat med att söka vård under pandemin. Nära hälften gav det svaret (utifrån de skäl man fick välja mellan). En annan anledning är rädsla för att smitta andra vid symtom på covid-19. Figur 40 redovisar fyra skäl till att inte söka vård under pandemin och hur stor andel av de svarande som uppger att de har påverkat deras beslut.

Figur 40. Anledning till att patienter har avbokat, avstått från eller väntat med att söka vård under pandemin.



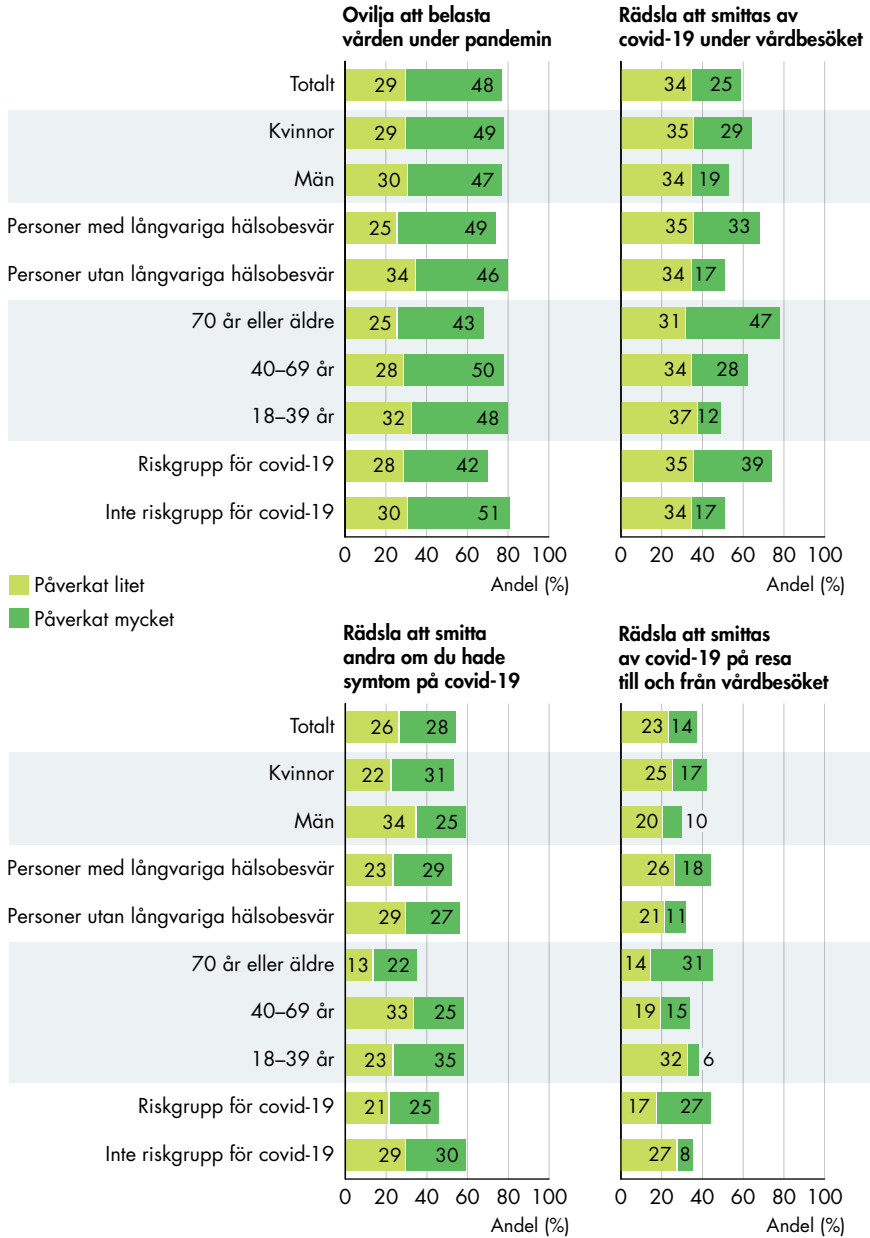
Not. Antal svar: 604–643. Viktat för befolkningen. Fråga: Har följande påverkat ditt val att avboka, avstå från eller vänta med att söka vård under pandemin?

Det finns fler data som tyder på att patienter varit rädda för att besöka primärvården på grund av risken för att smittas av covid-19, bland annat en sammanställning av alla klagomål och synpunkter till de 21 olika patientnämnderna i Sverige under 2020. Cirka 3 300 av de inkomna ärendena var covid-19-relaterade, vilket motsvarar 10 procent (Patientnämnderna i Sverige 2021).

Många över 70 år är rädda för att smittas under vårdbesöket

Skälen till att avstå från vård varierar lite mellan olika grupper. För personer som är 70 år eller äldre är rädsla för att smittas av covid-19 under vårdbesöket den vanligaste orsaken till att inte söka vård. Detsamma gäller för personer som är i riskgrupp. Men ovilja att belasta vården i onödan är också en vanlig anledning. Figur 41 redovisar skillnader mellan olika grupper.

Figur 41. Anledning till att patienter har avbokat, avstått från eller väntat med att söka vård under pandemin uppdelat efter olika grupper.



Not. Antal svar: 604–643. Viktat för befolkningen. Fråga: Har följande påverkat ditt val att avboka, avstå från eller vänta med att söka vård under pandemin?

5.4 RANSONERING AV VÅRD HAR PÅVERKAT VÅRDKONSUMTIONEN

I delar av vården har man behövt ransonera vårdutbudet för att kunna omhänderta covid-19-patienter och andra akut sjuka. Vårdbesök har blivit avbokade och senarelagda, och enligt vår enkätundersökning även nekade. Omkring en sjundedel av de svarande har fått vård avbokad, inställd eller senarelagd av hälso- och sjukvården på grund av pandemin. Grupper med störst vårdbehov har påverkats i högre utsträckning.

Resultatet visar inga större skillnader mellan regionerna, förutom att Jönköping har något färre avbokade, senarelagda och nekade vårdbesök eller åtgärder än övriga.

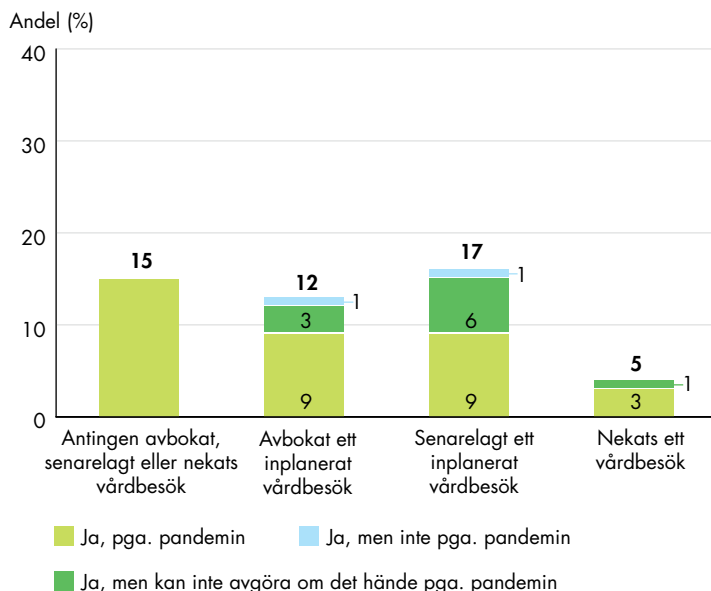
När de svarande uppger att de fortfarande behöver den aktuella vården gäller det främst återbesök, undersökningar och provtagningar, och förebyggande vård och screening.

5.4.1 Var sjunde har fått vård avbokad, senarelagd eller nekad av hälso- och sjukvården på grund av pandemin

Drygt 15 procent av de svarande har fått ett inplanerat besök avbokad eller senarelagt, eller nekats vårdbesök av hälso- och sjukvården på grund av pandemin, se figur 42. Därtill anger cirka 3 procent att de fått vård avbokad och 6 procent de fått vård senarelagd, men kan inte avgöra om det beror på pandemin eller inte. En liten andel har påverkats av andra anledningar än pandemin.

Det kan vara svårt att svara på frågor om senarelagd vård eftersom vårdgivaren inte alltid ger ett skäl, och det är vanligt att vård senareläggs även under normala omständigheter. Därför har de svarande haft möjlighet att uttrycka om de kände till skälet.

Om vi inkluderar de svarande som fått vård avbokad, senarelagd eller nekad av hälso- och sjukvården men som inte kan avgöra om det skett på grund av pandemin är andelen 22 procent. Men majoriteten av dessa bedömer alltså att det har skett på grund av pandemin.

Figur 42. Andel som varit med om att hälso- och sjukvården avbokad, senarelagt eller nekat ett vårdbesök.

Not. Antal svar: 2 074–2 078. Viktat för befolkningen. Fråga: Har du varit med om att hälso- och sjukvården avbokad, senarelagt eller nekat ett vårdbesök?

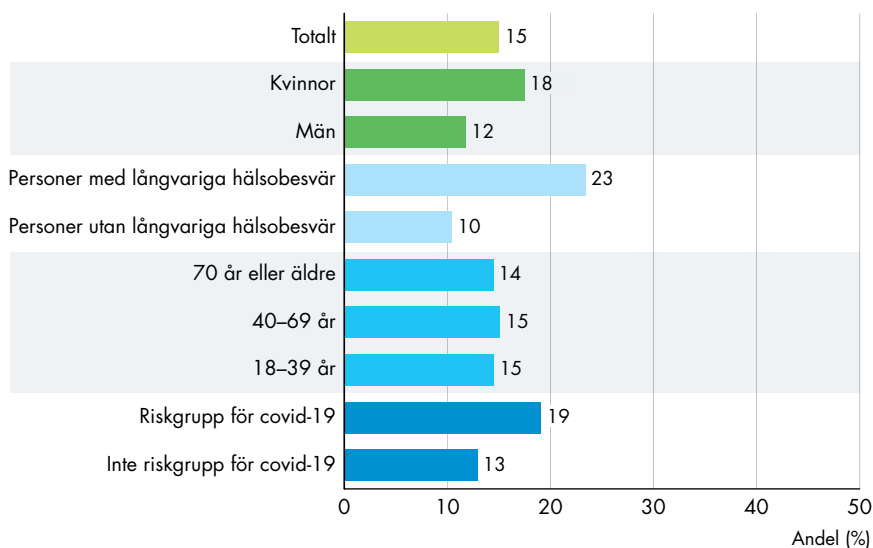
Klagomålen och synpunkterna till regionernas patientnämnder under 2020 visar att den inställda vården skapat oro bland patienter. Främst handlar det om att kontroller och uppföljningar inte blivit av för patienter som är i riskgrupp för covid-19 på grund av ålder eller av att de har en eller flera kroniska sjukdomar (Patientnämnderna i Sverige 2021).

Grupper med störst vårdbehov har i högre utsträckning fått vård avbokad, senarelagd eller nekad på grund av pandemin

Det finns indikationer på att grupper med större vårdbehov har fått vård avbokad, senarelagd eller nekad i högre utsträckning. I figur 43 redovisas skillnader inom och mellan fyra olika bakgrundsgrupper. Bland personer med långvariga hälsobesvär är andelen 23 procent, jämfört med 10 procent bland personer utan sådana besvär. Det finns inga större skillnader mellan olika ålderskategorier. Däremot är det en högre andel kvinnor än män som fått vård avbokad, senarelagd eller nekad på grund av pandemin. Även personer i riskgrupp för covid-19 har påverkats i högre utsträckning av ransoneringen.



Figur 43 Personer som fått vård avbokad, senarelagd eller nekad av hälso- och sjukvården på grund av pandemin, uppdelat på grupper.

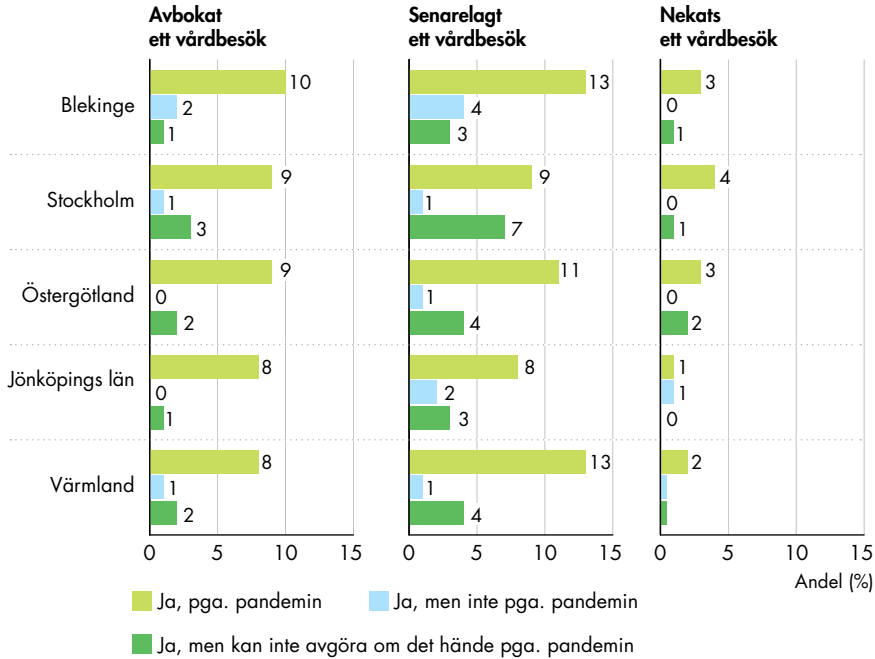


Not. Antal svar: 2 065–2 086. Viktat för befolkningen. Fråga: Har du varit med om att hälso- och sjukvården avbokad, senarelagd eller nekad ett vårdbesök på grund av pandemin?

Högre andel med senarelagd vård i Blekinge och Värmland

Andelen personer som fått vård senarelagd på grund av pandemin är högst i Blekinge och Värmland. I Stockholm har 4 procent av de svarande uppgett att de blivit nekade ett vårdbesök av hälso- och sjukvården med hänvisning till pandemin. I övrigt är det inte några större skillnader mellan regionerna, när det gäller varken avbokade vårdbesök, senarelagda vårdbesök eller nekade vårdbesök. Figur 44 redovisar skillnader mellan regionerna.

Figur 44. Andel där hälso- och sjukvården avbokad, senarelagt eller nekat vårdbesök på grund av pandemin.



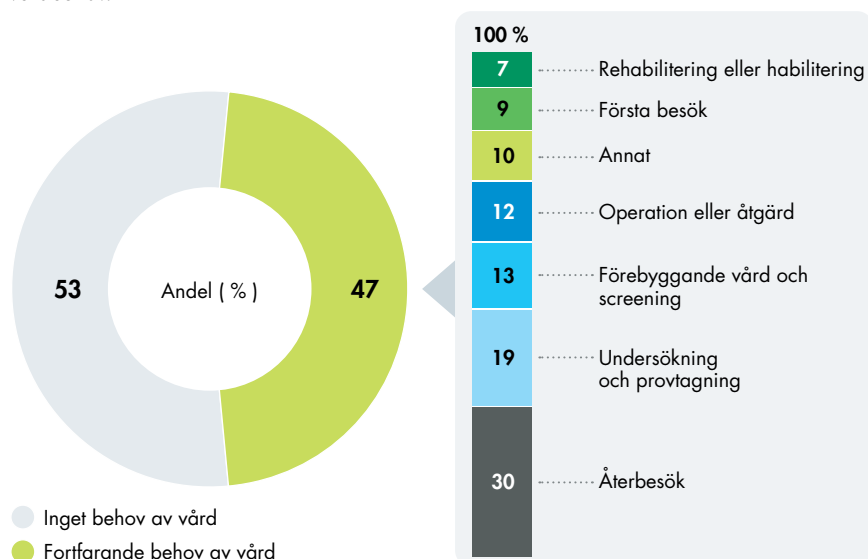
Not. Antal svar: 2 074–2 078. Viktat för befolkningen. Fråga: Har hälso- och sjukvården avbokad, senarelagt eller nekat ett vårdbesök?

5.4.2 Det är främst planerad och förebyggande vård som påverkats av ransoneringen

Nästan hälften av dem som drabbats av vårdens ransoneringar på grund av pandemin (47 procent) uppger att vårdbehovet kvarstår. Det gäller främst återbesök, som står för nästan en tredjedel av all vård som påverkats, se figur 45. Därtill har förebyggande vård och screening samt undersökningar och provtagningar påverkats i relativt hög utsträckning.



Figur 45. Andel som fortfarande behöver vård efter att hälso- och sjukvården avbokad, senarelagt eller nekat vårdbesök eller åtgärd på grund av pandemin, samt typen av vårdbehov.

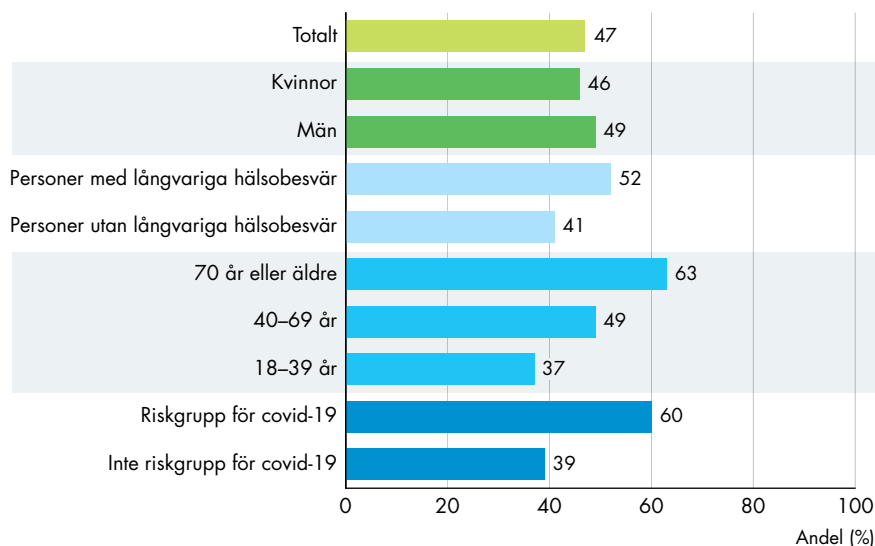


Not. Antal svar: 436. Viktat för befolkningen. Fråga: Har du fortfarande behov av vård som hälso- och sjukvården på grund av pandemin avbokad, senarelagt eller nekat dig?

Främst personer i riskgrupp som upplever att vårdbehovet finns kvar

När hälso- och sjukvården avbokad, senarelagt eller nekat vårdbesök är det framför allt personer som själv ser sig som riskgrupp för covid-19, personer 70 år eller äldre och personer med långvariga hälsobesvär som fortfarande känner att de behöver den aktuella vården. Figur 46 redovisar skillnader i upplevt vårdbehov mellan och inom olika grupper.

Figur 46. Andel som fortfarande upplever ett vårdbehov efter att hälso- och sjukvården avbokats, senarelagt eller nekat vårdbesök eller åtgärd, uppdelat efter olika bakgrundsgrupper.



Not. Antal svar: 465–468. Viktat för befolkningen. Fråga: Har du fortfarande behov av vård som hälso- och sjukvården under pandemin avbokats, senarelagt eller nekat dig?

5.5 SJU PROCENT I BEFOLKNINGEN UPPLIVER SÄMRE HÄLSA EFTER UTEBLIVEN VÅRD

Under pandemin har både patienter och hälso- och sjukvården bidragit till att vård avbokats, senarelagts, undvikits eller nekats. Det betyder att både vårdefterfrågan och vårdutbudet har påverkats. 34 procent av de svarande uppger att de själva avbokats, avstått eller väntat med att söka vård, och 15 procent har också fått vård avbokad, senarelagd eller nekad av hälso- och sjukvården på grund av pandemin. En person kan både ha avbokats själv samt fått vård avbokad av hälso- och sjukvården. Kombinerat har 40 procent av de svarande antingen själva avbokats, avstått eller väntat längre med att söka vård eller fått vård avbokad, senarelagd eller nekad av hälso- och sjukvården på grund av pandemin. Drygt 58 procent av de personer som själva undvikits att söka vård *eller* som fått vård inställd eller senarelagd av hälso- och sjukvården uppger att de fortfarande har ett upplevt vårdbehov.

Hälsotillståndet har också påverkats av en förändrad vårdefterfrågan och vårdutbud, men inte bland alla svarande. 16 procent av de som ändrat sin vårdefterfrågan upplever att deras hälsotillstånd försämrats efter att

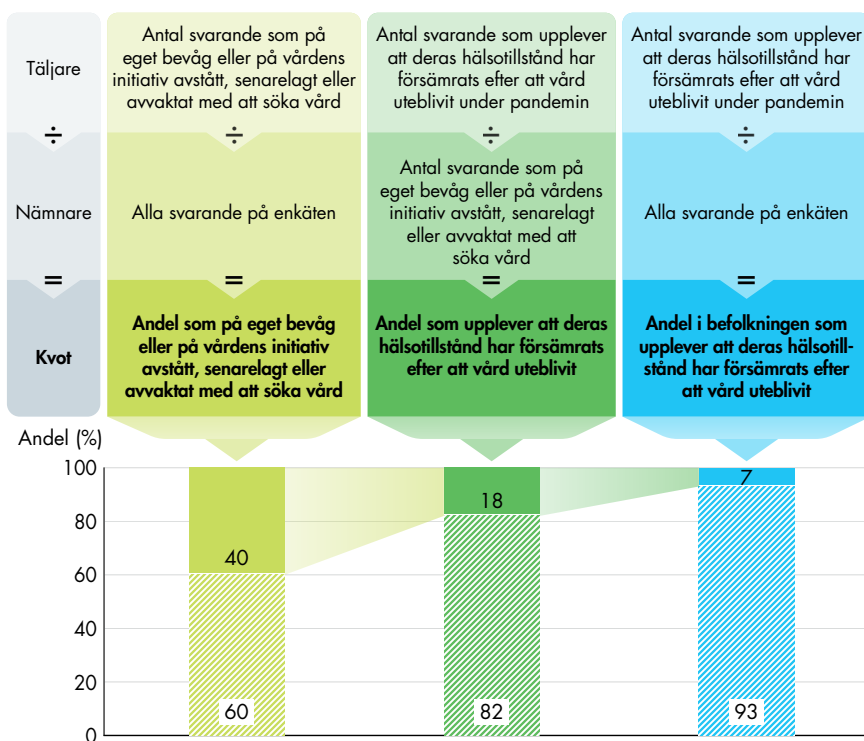


de själv har valt att inte söka vård, medan 17 procent av de som upplevt ett ändrat vårdutbud upplever att deras hälsotillstånd försämrats efter att hälso- och sjukvården har avbokat, senarelagt eller nekat vård på grund av pandemin. Därtill svarar drygt en fjärdedel att de inte kan avgöra hur deras hälsotillstånd har påverkats på grund av detta.

Figur 47 visar hur stor andel av alla personer som på något sätt fått vård inställd eller själva valt att inte söka vård som samtidigt uppger att deras hälsotillstånd försämrats under pandemin. Den illustrerar också hur stor andel dessa personer motsvarar i befolkningen som helhet.

Totalt 18 procent av de som påverkats av utebliven vård anser att deras hälsotillstånd har försämrats. Det innebär att cirka 7 procent i befolkningen anser att de fått sämre hälsa till följd av vård som blivit inställd eller undvikits.

Figur 47. Personer som avstått vård eller fått vård inställd av hälso- och sjukvården på grund av pandemin och fått ett sämre hälsotillstånd under pandemin.



Not. Antal svar: 2 092. Viktat för befolkningen. Fråga: Har pandemin gjort att du själv valt att avboka, avstått eller väntat längre med att söka vård, eller har hälso- och sjukvården avbokat, senarelagt eller nekat dig ett vårdbesök på grund av pandemin? Bedömer du att ditt hälsotillstånd har påverkats på grund av detta?

Röster från dem som upplever att deras hälsotillstånd har blivit sämre:

Jag har ont och sämre rörlighet i foten nästan ett år efter en operation. Jag skulle ha sökt vård men har avvaktat på grund av pandemin.

Jag har inte gått på rehabilitering på grund av pandemin. Jag har gjort övningar hemma men min artros har försämrats.

Jag fick min planerade ögonoperation avbokad. Min syn har blivit sämre sedan dess.

Jag har sökt vård för mina svullna och ömmande ben, men har inte tagits emot på vårdcentralen. Jag har fått problem med blåmärken och sår som inte läker.

Jag skadade mitt knä under pandemin, men har ett halvår senare ännu inte fått en magnetröntgenundersökning. Det är svårt att rehabilitera på rätt sätt och det påverkar mitt psykiska mående.

Jag låtsas vara frisk eftersom jag inte vill belasta vården. Jag undviker till exempel att kolla mitt blodtryck som jag blivit rekommenderad att göra.

Jag nekades remiss till specialist när mina neurologiska besvär ökade. Mina ökade besvär har gjort att jag har ramlat flera gånger.

Jag har ett mindre hälsoproblem som inte är akut, men som hindrar mig i vardagen. Det är omöjligt att komma fram och få hjälp. Jag vill inte belasta akutsjukhusen men det är dit vårdcentralen hänvisar mig.

Jag skulle ha träffat en läkare för årlig diabeteskontroll, men fick endast provtagning och återkoppling per telefon med förändrad medicinering som följd. Den fysiska undersökningen av hjärtat med EKG uteblev.



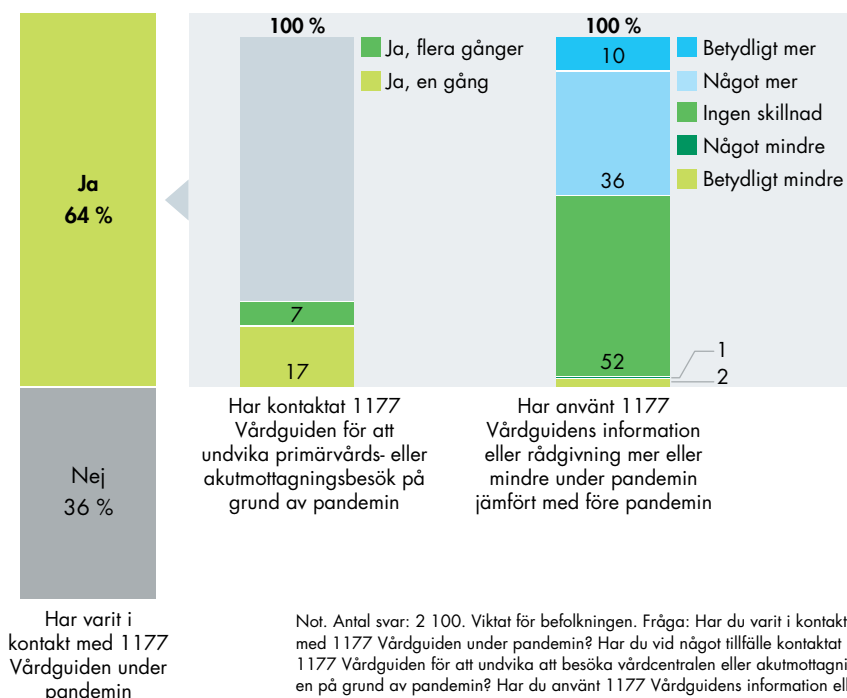
5.6 FÖRÄNDRADE ARBETSSÄTT HAR BEGRÄNSAT DET UPPDÄMDA VÅRDBEHOVET

Vissa delar av vården har snabbt kunnat ställa om för att möta patienter på nya sätt. Användningen av 1177 Vårdguidens telefonrådgivning och webbsida har ökat under pandemin. Det är också en högre andel personer som haft digitala vårdbesök under pandemin jämfört med innan. Dessutom har mottagningsbesök på plats ersatts av telefonsamtal och digitala vårdbesök (t.ex. genom videosamtal på en dator, surfplatta eller smartphone) på både vårdens och patientens initiativ.

5.6.1 En majoritet av befolkningen har använt 1177 Vårdguidens telefonrådgivning eller webbsida under pandemin

Användandet av 1177 Vårdguidens telefonrådgivning har ökat under pandemin, främst med samtal om covid-19. Totalt 64 procent av de svarande har varit i kontakt med 1177 Vårdguidens telefonrådgivning eller webbsida, se figur 48. Av dessa har 24 procent gjort det för att undvika att besöka en vårdcentral eller akutmottagning på grund av pandemi. Drygt 46 procent har använt tjänsten något mer eller betydligt mer under pandemin jämfört med innan.

Figur 48. Användningen av 1177 Vårdguidens telefonrådgivning och webbsida under pandemin.



Nära två tredjedelar av de som kontaktat 1177 Vårdguiden under pandemin har fått information eller råd om när eller i vilken situation som de behövde söka vård. Detsamma gällde för information och råd om test för covid-19. Något färre fick information och råd om egenvård eller hjälp om vart man ska vända sig för att få vård.

Förtroendet för 1177 Vårdguiden som helhet har påverkats relativt mycket: 16 procent har fått större förtroende för tjänsten, medan 79 procent tycker att det är oförändrat. Förtroendet har ökat betydligt mer bland yngre svarande jämfört med äldre, vilket kanske kan kopplas till en större användning.

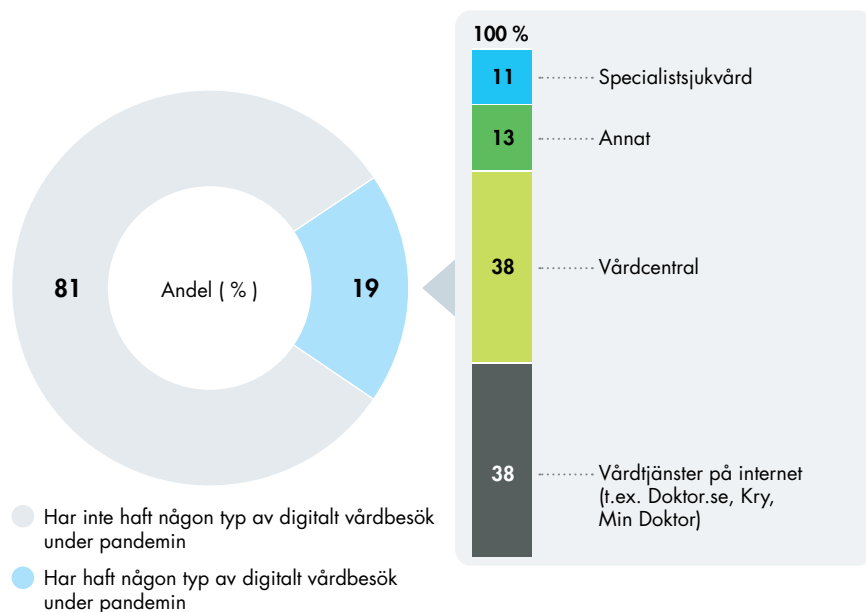
Hälso- och sjukvårdbarometern är en nationell undersökning som riktar sig till alla individer 18 år och äldre, och mäter bland annat svenskarnas förtroende för hälso- och sjukvården. I mätningen 2020 uppgav nästan 79 procent av befolkningen att man är mycket positiv eller ganska positiv till 1177 Vårdguidens e-tjänster (SKR 2021a).

5.6.2 Allt fler har vänt sig till digitala vårdgivare under pandemin

Antalet digitala vårdbesök genom videosamtal på dator, surfplatta eller smartphone ökade kraftigt redan före pandemin (Vård- och omsorgsanalys 2020b), och då var det cirka 15 procent i befolkningen som använde sådana tjänster. I den här enkätundersökningen svarade 16 procent att de gjort minst ett digitalt vårdbesök före pandemin. Under pandemin är andelen något högre, totalt har 19 procent gjort någon typ av digitalt vårdbesök, se figur 49. I första hand gäller det digitala vårdbesök med en vårdcentral eller med vårdtjänster som finns på internet (t.ex. Doktor.se, Kry eller Min Doktor). Totalt 11 procent uppger att de haft ett digitalt vårdbesök med specialistvården. Av de svarande som haft ett digitalt vårdbesök under pandemin är det drygt 39 procent som fick träffa vårdpersonal som de haft kontakt med tidigare.



Figur 49. Andel personer som haft någon typ av digitalt vårdbesök under pandemin.



Not. Antal svar: 2 100. Viktat för befolkningen. Fråga: Har du haft någon typ av digitalt vårdbesök (videosamtal, på en dator, surfplatta eller smartphone) under pandemin? Flera svarsalternativ var möjliga.

Användningen av digitala vårdbesök under pandemin skiljer sig relativt mycket mellan olika grupper. Vanligast är det bland kvinnor, personer med långvariga hälsobesvär, personer 18–39 år, personer i ett hushåll med en månadsinkomst över 39 999 kronor och personer som bor i Stockholms län.

I genomsnitt är 31 procent av de svarande positiva till att ersätta vissa vårdbesök med digitala vårdbesök i framtiden. Drygt 19 procent vill inte göra det, medan 37 procent kanske kan tänka sig att göra det. Personer 70 år eller äldre är inte lika villiga att byta den fysiska vården mot digital vård: 37 procent säger nej, jämfört med 12 respektive 18 procent bland personer 18–39 år och personer 40–69 år.

Hälften av de 2 100 svarande vet inte om de fått bättre eller sämre förtroende för vårdtjänster på internet (t.ex. Doktor.se, doktor24, Kry och Min Doktor) under pandemin. Av de som hade en åsikt har 13 procent fått sämre förtroende för sådana vårdtjänster och en lika stor andel har fått större förtroende för dem.

5.6.3 Telefonsamtal och digitala vårdbesök i stället för fysiska besök på vårdens och patientens initiativ

Redan tidigt under pandemin började delar av vården att ställa om för att kunna möta patienter utan att riskera en ökad smittspridning. Både vården och patienterna har tagit initiativ till att ändra besöksform för att undvika fysiska mottagningsbesök. Totalt har 28 procent av de som svarande haft en vårdkontakt via telefon i stället för ett mottagningsbesök, antingen på eget eller vårdens initiativ, se figur 50. 19 procent har haft en telefonkontakt på eget initiativ och 12 procent på vårdens initiativ.

Därtill har ungefär 17 procent av de svarande haft ett digitalt vårdbesök i stället för ett mottagningsbesök, antingen på eget eller vårdens initiativ, på grund av pandemin, se figur 50. Patienter har tagit initiativ till det i något större utsträckning än vården, 11 procent respektive 7 procent.

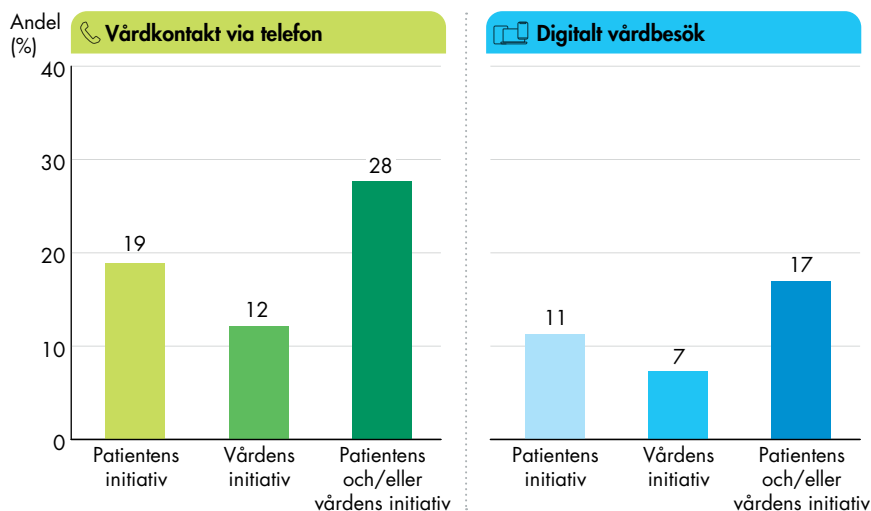
I enkäten finns fritextsvar om att kvaliteten har varit sämre än ett jämförbart fysiskt mottagningsbesök och att digitala vårdtjänster kräver både utrustning och kunskap. Samtidigt ses det som nödvändigt för att avlasta vården under pandemin.

Regionernas patientnämnder har fått flera klagomål från patienter som erbjudits telefonkontakt eller en digital kontakt. De anser att det är ett sämre alternativ än ett fysiskt vårdbesök, att de fått sämre vård eller inte någon vård alls (Patientnämnderna i Sverige 2021).

För att möta patienter som tillhör riskgrupper har primärvården ställt om och ökat antalet hembesök (SKR 2020e). Utifrån enkätsvaren har få fått ett sådant besök (mellan 1 och 2 procent) och det finns inga större skillnader utifrån bakgrundsfaktorer såsom att personer i riskgrupp skulle fått hembesök i större omfattning.



Figur 50. Andel personer som haft en vårdkontakt via telefon eller ett digitalt vårdbesök för att undvika att besöka mottagningen under pandemin.



Not. Antal svar: 2 097–2 098. Viktat för befolkningen. Fråga: Har du haft en vårdkontakt via telefon (telefonsamtal) för att undvika att besöka mottagningen på grund av pandemin eller har du haft ett digitalt vårdbesök (videosamtal på en dator, surfplatta eller smartphone) för att undvika att besöka mottagningen på grund av pandemin? (flera svarsalternativ var möjliga).

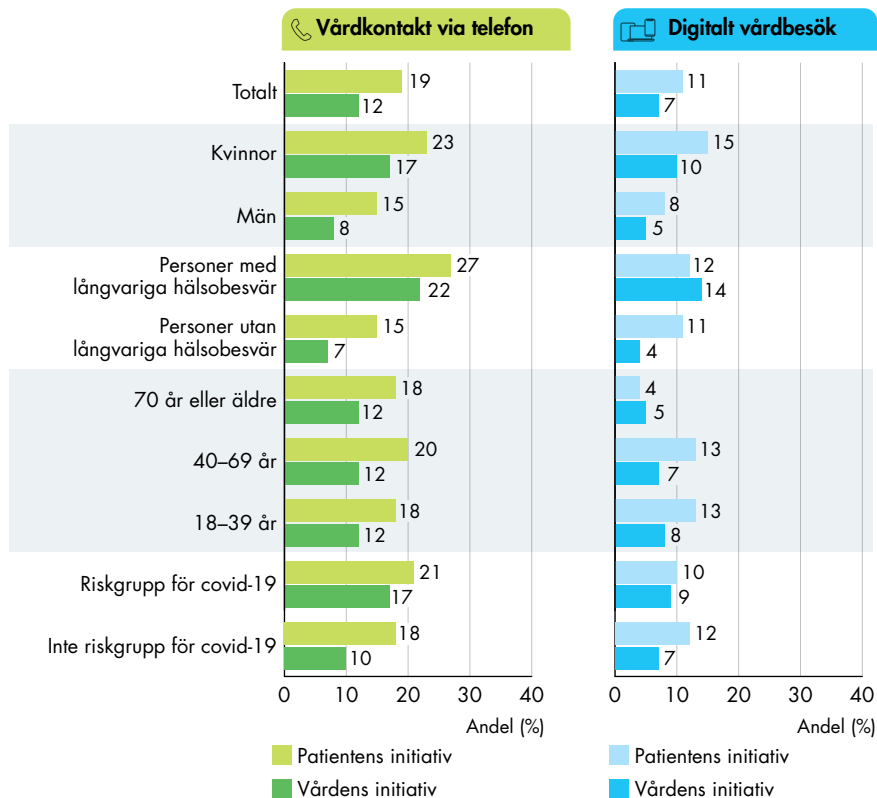
Digitala vårdbesök i stället för fysiska är mindre vanliga bland äldre personer

Figur 51 visar andelen som har haft en telefonkontakt eller ett digitalt vårdbesök för att undvika ett fysiskt mottagningsbesök uppdelat i olika grupper. Kvinnor och personer med långvariga hälsobesvär har i högre utsträckning tagit initiativ till telefonkontakt än övriga grupper. Vården har i högre utsträckning tagit initiativ till telefonkontakt i stället för ett mottagningsbesök när det gäller personer med långvariga hälsobesvär, kvinnor och patienter i riskgrupp för covid-19. För personer med långvariga hälsobesvär gäller det även digital vård. När det gäller personer 70 år eller äldre har både vården och patienterna föreslagit alternativa kontakter mer sällan än när det gäller yngre personer. Kvinnor och yngre personer har i högre utsträckning tagit initiativ till digital vård för att undvika att besöka en mottagning på grund av pandemin.

Personer som under pandemin har fått nya hälsobesvär redovisas inte i figuren, men 10 procent har haft ett digitalt vårdbesök på vårdens initiativ och 14 procent på eget initiativ.

De här mönstren liknar konsumtionen av digital vård, där det främst är kvinnor och yngre som använder sådana tjänster (Vård- och omsorgsanalys 2020b). Den här enkätundersökningen har dock besvarats av en webbaserad befolkningspanel, vilket skulle kunna innebära att svarspersonerna generellt är mer positiva till ny teknik och även digital vård än befolkningen i övrigt.

Figur 51. Andel som haft en vårdkontakt via telefon eller ett digitalt vårdbesök för att undvika att besöka en mottagning under pandemin, uppdelat i olika bakgrundsgrupper.



Not. Antal svar: 2 071–2 093. Viktat för befolkningen. Fråga: Har du haft en vårdkontakt via telefon (telefonsamtal) för att undvika att besöka mottagningen på grund av pandemin eller har du haft ett digitalt vårdbesök (videosamtal på en dator, surfplatta eller smartphone) för att undvika att besöka mottagningen på grund av pandemin? (flera svarsalternativ var möjliga).

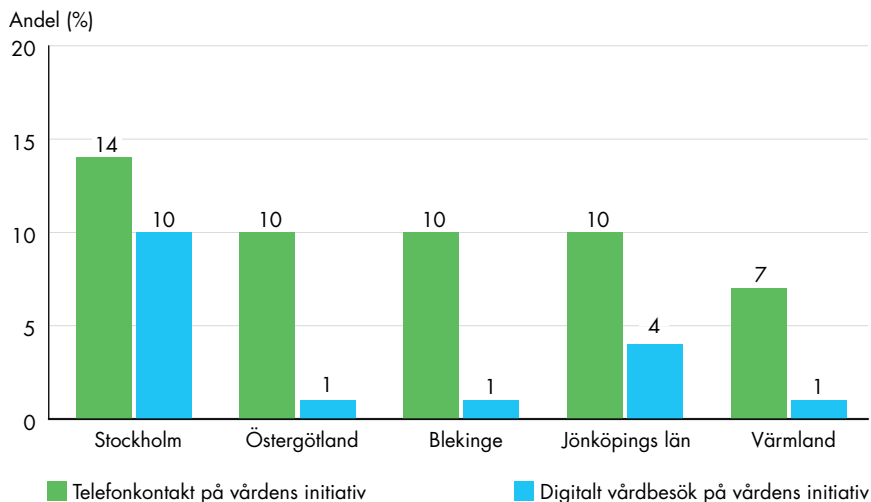
Vården i Region Stockholm har tagit flest initiativ till både telefonkontakt och digitala vårdbesök

Figur 52 redovisar i vilken grad vården i de olika regionerna har tagit initiativ till telefonkontakt och digitalt vårdbesök som alternativ till mottagningsbesök under pandemin. I Stockholm är det vanligast att vården har tagit initiativ till



vårdkontakt via telefon och digitala vårdbesök. Lägst är andelen i Värmland. Den relativt stora skillnaden mellan Stockholm och övriga regioner skulle kunna bero på att Stockholm även har en högre andel personer som använder digital vård, så utbudet kan delvis vara ett uttryck för en högre efterfrågan.

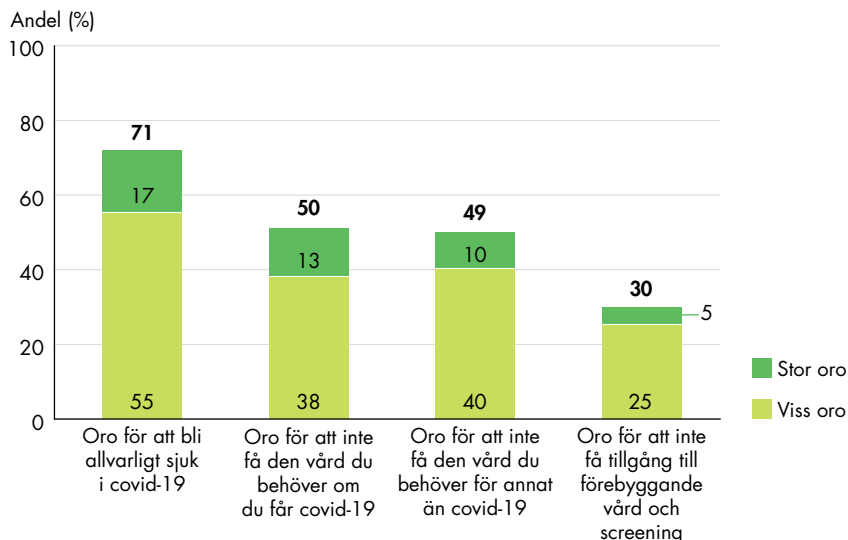
Figur 52. Andel som på vårdens initiativ haft telefonkontakt eller ett digitalt vårdbesök för att undvika att besöka mottagningen under pandemin, uppdelat efter län.



Not. Antal svar: 2 097. Viktat för befolkningen. Fråga: Har du haft ett digitalt vårdbesök (videosamtal på en dator, surfplatta eller smartphone) eller haft en vårdkontakt via telefon (telefonsamtal) för att undvika att besöka mottagningen på grund av pandemin? (flera svarsalternativ var möjliga).

5.7 MAJORITETEN KÄNNER VISS ORO FÖR ATT BLI ALLVARLIGT SJUK I COVID-19

En majoritet av de svarande har känt en viss oro eller stor oro för att bli sjuka i covid-19. Figur 53 redovisar andelen som på något sätt varit oroliga för att bli allvarligt sjuka eller inte få tillgång till vård under pandemin. Runt 50 procent har känt viss eller stor oro för att inte få den vård man behöver om man drabbas av covid-19 eller något annat som kräver vård. När det gäller förebyggande vård och screening verkar oron vara mindre jämfört med övrig vård. Samtidigt uppger nästan var tredje svarande att de ändå varit oroliga för minskad tillgång till förebyggande vård och screening.

Figur 53. Andel som känt oro utifrån fyra olika aspekter under pandemin.

Not. Antal svar: 2 075–2 106. Viktat för befolkningen. Fråga: Har du känt oro för något av följande under pandemin?

5.7.1 Större oro bland personer i riskgrupper för covid-19

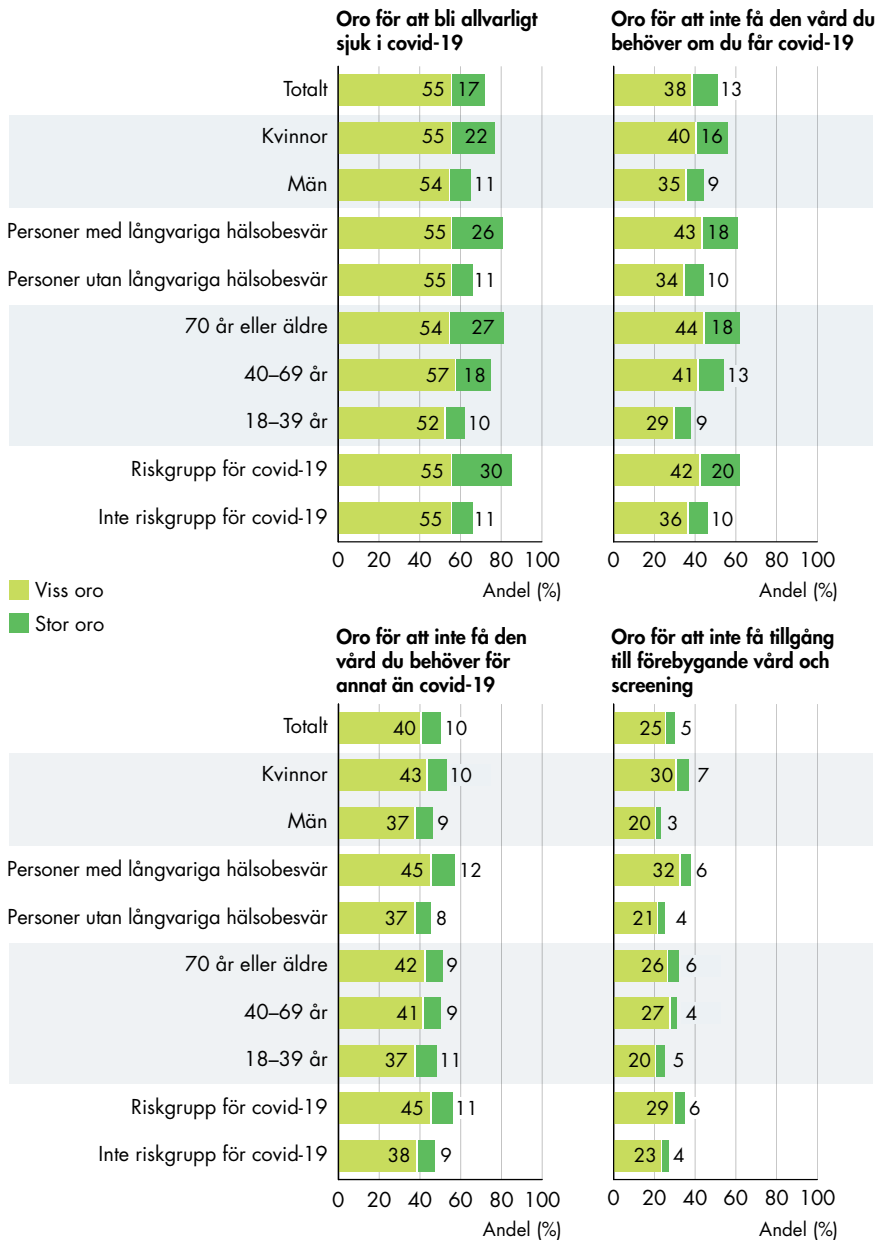
Oro kan också påverkas av andra aspekter, exempelvis underliggande sjukdomar. Figur 54 redovisar oro för att bli allvarligt sjuk i covid-19 eller oro för inte få tillgång till vård under pandemin för olika grupper.

Personer som själva ser sig som riskgrupp för covid-19 har varit mer oroliga för att bli allvarligt sjuka, inte få den vård som behövs vid covid-19 eller annan sjukdom, och inte få tillgång till förebyggande vård och screening. Detsamma gäller personer 70 år och äldre, och personer med långvariga hälsobesvär. De hör också i stor utsträckning till riskgrupper.

I Folkhälsomyndighetens (2020c) enkätstudie framkommer att ungefär hälften av de tillfrågade kände stor eller liten oro för att inte få tillgång till vård under pandemin. Även här verkar oron vara som störst bland äldre.



Figur 54. Andel som känt oro utifrån fyra olika aspekter under pandemin, fördelat på bakgrundsgrupper.



Not. Antal svar: 2 051–2 105. Viktat för befolkningen. Fråga: Har du känt oro för något av följande under pandemin?

5.8 ÖKAT FÖRTROENDE FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN UNDER PANDEMIN

Hälso- och sjukvården har gjort stora omställningar under pandemin, och delar av den planerade vården har ransonerats. Drygt 15 procent av de personer som efterfrågat vård under pandemin uppger att deras besök antingen har avbokats, senarelagts eller nekats på grund av pandemin. Det verkar dock inte ha minskat förtroendet för hälso- och sjukvården. Majoriteten svarar att deras förtroende för hälso- och sjukvården som helhet är oförändrat, och det är fler som har fått ett ökat förtroende för hälso- och sjukvården än som anger att deras förtroende minskat.

Drygt 20 procent uppger att deras förtroende har ökat under pandemin, medan 10 procent uppger att det har minskat. Bland dem som under pandemin fått nya hälsobesvär har förtroendet för hälso- och sjukvården överlag varit oförändrat eller förbättrats något. Bland personer med långvariga hälsobesvär har förtroendet inte ökat lika mycket som för genomsnittet, och det är fler som anger att deras förtroende för hälso- och sjukvården har minskat.

Andelen med minskat förtroende är högre bland de personer som varit med om att hälso- och sjukvården har avbokat, senarelagt eller nekat ett vårdbesök på grund av pandemin. I denna grupp är andelen som fått ett ökat förtroende lika stor som genomsnittet, så skillnaden beror på en lägre andel med oförändrat förtroende.

I Hälso- och sjukvårdsbarometern 2020 uppgav drygt 69 procent av befolkningen att de hade stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sin region (SKR 2021a). Dessutom hade runt 72 procent mycket stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvårdens hantering av covid-19-pandemin i sin region (SKR 2021a).

Därtill finns den årliga förtroendebarmetern, som mäter befolkningens förtroende för bland annat olika samhällsinstitutioner. Enligt den har 81 procent ganska stort eller stort förtroende för hälso- och sjukvården (Kantar SIFO och Medicakademien 2021). Det är en ökning med runt 20 procentenheter från undersökningen 2019.





Samlade resultat och slutsatser

I det här kapitlet redogör vi för våra huvudsakliga resultat och slutsatser, vilka sammanfattas i figur 55.

Vår samlade bedömning är att befolkningens vårdefterfrågan har minskat kraftigt under pandemin (vid sidan av akut covid-19-vård). Vi ser också att utbudet har minskat, på grund av bland annat brist på skyddsutrustning, medvetna ransoneringar och smittskyddsåtgärder. Hälso- och sjukvårdens åtgärder för att minska smittspridning har även lett till nya arbetssätt, och pandemin har påskyndat omställningen mot fler digitala vårdbesök. Även om vården därmed kunnat möta patienterna på nya sätt under pandemin har det minskade vårdutbudet för övrig vård tillsammans med ett förändrat vårdsökarbete hos befolkningen skapat ett uppdämt vårdbehov. Det uppdämda vårdbehovet varierar mellan olika patientgrupper. Exempelvis har personer med långvariga hälsobesvär och individer i riskgrupp för covid-19, i större utsträckning själva valt att avvakta med vård.

Men det är svårt att följa upp pandemins effekter på vårdkonsumtionen med den befintliga statistiken. Vi ser här brister i täckningsgrad och jämförbarhet, särskilt för information om besök och insatser inom primärvården.



Figur 55. Slutsatser baserat på rapportens huvudsakliga resultat.

	▼ Slutsatser	▼ Resultat
1	Det krävs bearbetning och kvalitetsäkring för att använda statistik från väntetidsdatabasen	<ul style="list-style-type: none"> • Bristande täckningsgrad och bortfall begränsar möjligheterna att följa primärvårds-kontakterna under pandemin • Stora variationer i registrerad data för specialiserad vård i väntetidsdatabasen tyder på bristande kvalitetskontroll • I studien avgränsas materialet för att minimera brister i informationen i väntetidsdatabasen
2	Efterfrågan på annat än covid-19-vård har minskat kraftigt – både självupplevd och medicinskt bedömd	<ul style="list-style-type: none"> • Nära 40 procent av befolkningen har avbokar, avstätt från eller avvaktat med att söka vård eller utövat egenvård • Övillja att belasta vården i onödan uppges som främsta skäl till att inte söka vård • Läkarebesöken i primärvården minskade markant våren 2020, minskningen var större för vårdgarantibesök än för övriga besök • Inflödet av patienter som väntar på specialiserad vård har minskat kraftigt, vilket delvis kan bero på mindre efterfrågan • Öydlig kommunikation om när man ska söka vård kan ha bidragit till ett förändrat vårdssökande
3	Medvetna ransoneringar, smittskyddsåtgärder samt personal- och materialbrist har minskat utbudet av övrig vård under pandemin	<ul style="list-style-type: none"> • Pandemin har aktualiserat och prövat hälso- och sjukvårdens prioriteringsarbete • Drygt 15 procent av befolkningen anger att senarelagt deras vård på grund av pandemin • Var sjätte person anser att det blivit svårare att komma i kontakt med vården liksom möjligheten att få ett vårdbesök • Det finns regionala skillnader i andelen personer som nekats vård på grund av pandemin • Antalet operationer och första besök inom specialiserad vård minskade under 2020
4	Åtgärder för att minska smittspridning har lett till ökad användning av digitala vård-kontakter	<ul style="list-style-type: none"> • Pandemin har påskyndat omställningen till digitala arbetssätt • Fler anger att de ersatt mottagningsbesök på plats med telefonsamtal och digitala vårdbesök • Antalet primärvårdsbesök har minskat under pandemin, trots förändrade arbetssätt • Pandemin har medfört fler samtal till 1177 Vårdguiden på telefon
5	Vårdens omställning och befolkningens ändrade vårdssökande har lett till ett uppdat väntetidsregister som är större än vad väntetidsdatabasen visar	<ul style="list-style-type: none"> • Det uppdat väntetidsregisteret inom specialiserad vård uppskattas utifrån väntetidsdatabasen • Skattningen kompletteras med befolkningens bedömning av kvarvarande vårdbehov under pandemin • Enkätresultatet indikerar att det uppdat väntetidsregisteret medfört ett försämrat hälsotillstånd hos sju procent av befolkningen • Det finns ett uppdat behov av förebyggande vård såsom screening • Pandemin har också medfört nya vårdbehov som är svårare att följa med befintliga register
6	Riskgrupper och personer med långvariga hälsobesvär har minskat sin vårdkonsumtion mest	<ul style="list-style-type: none"> • Personer med långvariga hälsobesvär har i högre grad förändrat sitt vårdssökande beteende • Grupper med större vårdbehov tycks ha påverkats mer av vårdens ransoneringar • Personer med långvariga sjukdomar, riskgrupper för covid-19 och kvinnor har ett större kvarvarande behov av vård • Personer med långvariga sjukdomar, riskgrupper för covid-19 och äldre är mer oroliga än andra • Inflödet av väntande patienter varierar mycket mellan vårdområden inom specialiserad vård • Det finns betydande regionala skillnader i antalet utförda första besök, operationer och återbesök inom specialiserad vård

6.1 DET KRÄVS BEARBETNING OCH KVALITETSSÄKRING FÖR ATT ANVÄNDA STATISTIK FRÅN VÄNTETIDSDATABASEN

Sammantaget är det svårt att följa upp pandemins konsekvenser för vårdkonsumtionen i Sverige. Det gäller särskilt besök i primärvård, men även återbesök i specialiserad vård. Vår samlade bedömning är därför att det inte går att få en fullständig bild av primärvårdens utveckling under 2020 genom att enbart studera väntetidsdatabasen. Väntetidsdatabasen har också brister för specialiserad vård, vilket tyder på att kvalitetssäkringen av informationen i väntetidsdatabasen är otillräcklig.

Vi väljer därför att studera utvalda delar av informationen från väntetidsdatabasen. Vi väljer också att använda aggregerad statistik som är mer robust mot kvalitetsbrister. Dessutom kompletterar vi med information om vårdkonsumtion utifrån vår enkät.

6.1.1 Bristande täckningsgrad och bortfall begränsar möjligheterna att följa primärvårdskontakterna under pandemin

För primärvårdens del är SKR:s väntetidsdatabas den enda nationellt tillgängliga datakällan med uppgifter om vårdkonsumtion på månadsbasis under 2020. Vi ser dock flera misstänkta brister i databasen, både i täckningsgrad (som visar hur stor andel av den avsedda populationen som finns i registret) och generell tillförlitlighet. Jämfört med SKR:s verksamhetsstatistik innehåller den uppskattningsvis 17 miljoner färre fysiska primärvårdsbesök för 2020 (exklusive digitala, telefon- och brevkontakter).

Utifrån den information som vi lyckats inhämta kan vi inte slå fast vilken av dessa datakällor som stämmer bäst med verkligheten. Båda ska dock fånga samtliga vårdkontakter i primärvården, och de utgår också från samma grundläggande definition av verksamhetsområden inom primärvård. Vi bedömer dock att täckningsgraden i väntetidsdatabasen är låg i vissa regioner, alltså att de fångar en liten andel av de faktiska vårdkontakterna. Exempelvis visar väntetidsdatabasen stora regionala variationer i antalet kontakter per invånare och vi bedömer att de inte är realistiska i relation till uppgifter om vårdkonsumtionen per invånare i riket.

Sammantaget har endast cirka 53 procent av samtliga fysiska primärvårdsbesök under 2020 rapporterats in till väntetidsdatabasen i förhållande till verksamhetsstatistiken. För vissa regioner framstår täckningsgraden som ännu lägre. Täckningsgraden varierar också kraftigt mellan olika yrkeskategorier: För läkarbesök är täckningsgraden på riks-nivå cirka 74 procent, jämfört med 51 procent för sjuksköterskebesök och



38 procent för besök till övriga yrkesgrupper. Men även för läkarbesöken ser vi stora skillnader mellan regionerna.

Under pandemin har hälso- och sjukvården ställt om för att möta patienter genom distansbesök, inte minst i primärvården. Separat information om utvecklingen av antalet digitala besök visar också en markant ökning från och med mars 2020. Det är dock oklart hur dessa kontakter både rapporteras in och slutligt registreras i väntetidsdatabasen.

Därtill kan vi se stora skillnader i andelen primärvårdskontakter via brev och telefon i regionerna. Vissa rapporterar att dessa kontakter utgjorde över 30 procent av primärvårdskontakterna, medan andra inte registrerade några sådana kontakter alls under 2020.

6.1.2 Stora variationer i registrerad data för specialiserad vård i väntetidsdatabasen tyder på bristande kvalitetskontroll

Även inom den specialiserade vården finns stora variationer mellan regioner i antalet registrerade kontakter i väntetidsdatabasen. Dessa variationer har inte heller en entydig förklaring utan de tyder snarare på bristande kvalitetskontroll. De huvudsakliga bristerna är stora skillnader i täckningsgrad mellan regioner och många misstänkta felregistreringar. Vi vet dock inte om samtliga misstänkta felregistreringar också är faktiska felregistreringar. Vissa verksamheter är små, vilket innebär att små förändringar i absoluta tal kan medföra stora relativa förändringar för verksamheten.

Täckningsgraden verkar också vara låg när vi jämför antalet första besök, operationer och återbesök per invånare mellan regionerna. Exempelvis rapporterar Stockholm inga första besök inom cancersjukvården under hela året.

Dessutom saknas publika analyser av täckningsgrad och eventuellt bortfall, vilket också gör det svårt att tolka information i databasen.

6.1.3 I studien avgränsas materialet för att minimera brister i informationen i väntetidsdatabasen

För primärvården väljer vi att endast redovisa primärvårdskontakter hos läkare på grund av brister datakvaliteten och stora variationer i täckningsgrad mellan olika yrkeskategorier. Vi väljer också att exkludera brev- och telefonkontakter. Vi väljer även att endast studera vårdkonsumtionsförändringar i primärvården för regioner med en uppskattad täckningsgrad på 80 procent

eller högre för besök till läkare (för att öka jämförbarheten mellan källorna exkluderar vi distanskontakter vid beräkning av täckningsgrad).

För den specialiserade vården har vissa regioner så stora variationer att vi bedömer att statistiken för dessa inte är tillförlitlig. Vi väljer därför att exkludera dessa från sammanställningen.

Vi väljer också att se till helårsuppgifter när vi studerar vårdkonsumtionen på regionnivå och för olika medicinska specialiteter, eftersom de bedöms vara mer robusta mot kvalitetsbrister än uppgifter per månad. Dessutom kompletterar vi med information om förändringar i vårdkonsumtionen utifrån vår enkät.

6.2 EFTERFRÅGAN PÅ ANNAT ÄN COVID-19-VÅRD HAR MINSKAT KRAFTIGT – BÅDE SJÄLVUPPLEVD OCH MEDICINSKT BEDÖMD

Sammantaget ser vi stora förändringar i hur befolkningen sökt vård under pandemin. Nära 40 procent av de som svarade på enkäten har under pandemin avbokat ett vårdbesök, avstått från att söka vård, väntat längre med att söka vård eller utövat egenvård i stället för att söka vård. Nästan var femte person har vid minst ett tillfälle avstått från att söka vård under pandemin. Det främsta skälet är för att man inte vill belasta vården. Den minskade efterfrågan på vård kan också observeras utifrån vår bearbetning av nationell vårdkonsumtionsstatistik.

6.2.1 Nära 40 procent av befolkningen har avbokat, avstått från eller avvaktat med att söka vård eller utövat egenvård

Vår enkät visar att befolkningen inte söker vård på samma sätt som tidigare. Totalt 39 procent har någon gång under pandemin avbokat ett vårdbesök, avstått från att söka vård, väntat längre med att söka vård eller utövat egenvård i stället för att söka vård.

En stor del av befolkningens upplevda vårdbehov har inte lett till efterfrågan på vård. Totalt 19 procent har någon gång under pandemin avstått från att söka vård trots att de upplevt behov av vård, och 18 procent har själva valt att avboka ett inplanerat vårdbesök.

Resultatet visar också att många som söker vård väntade längre med det än vad de skulle ha gjort i vanliga fall. 20 procent anger att de sökt vård under pandemin, men väntat längre än de normalt skulle göra. Nästan en femtedel anger att de har utövat egenvård i stället för att söka hälso- och sjukvård.



6.2.2 Ovilja att belasta vården i onödan uppges som främsta skäl till att inte söka vård

Av dem som avbokat, avstått från eller väntat med att söka vård under pandemin, anger 77 procent att ett skäl som påverkat är att de inte vill belasta vården. Nära 60 procent anger att rädsla att smittas av covid-19 under vårdbesöket har bidragit till att de inte sökt vård. En annan vanlig anledning är rädsla för att smitta andra vid symtom på covid-19. 54 procent anger att detta har påverkat deras vårdsökarbete under pandemin. Något färre, 38 procent, ger rädsla för att smittas på resan till och från vårdbesöket som skäl.

6.2.3 Läkarbesöken i primärvården minskade markant våren 2020, minskningen var större för vårdgarantibesök än för övriga besök

Antalet läkarbesök i primärvården minskade med över en fjärdedel i april 2020 jämfört med månaderna innan pandemin bröt ut i Sverige. Under hösten 2020 ökade det, för att åter minska kraftigt i december. Totalt genomfördes cirka 2,7 miljoner färre fysiska läkarbesök i primärvården under 2020 jämfört med 2019. Det innebär en minskning med 20 procent.

Förändringarna ser dock olika ut beroende på om vi studerar vårdgarantibesök eller övriga besök. Antalet genomförda vårdgarantibesök till primärvårdsläkare, det vill säga besök för nya eller kraftigt försämrade hälsotillstånd, har minskat i större utsträckning än övriga besök. Under hösten fortsatte dessutom antalet vårdgarantibesök till primärvårdsläkare att vara lägre än i början av året. Övriga läkarbesök ökade jämfört med medelvärdet för januari och februari 2020.

Utifrån tillgänglig data kan vi dock inte avgöra i vilken utsträckning minskningen beror på förändrad efterfrågan eller förändrat vårdutbud, och om dessa faktorer skiljer sig mellan så kallade vårdgarantibesök och övriga besök. Det är endast för vårdgarantibesöken som patienter har rätt att få besök inom tidsgränserna enligt vårdgarantin. Vi uppskattar att de står för cirka 12 procent av alla kontakter i primärvården (för samtliga yrkesgrupper och samtliga besöksformer).

6.2.4 Inflödet av patienter som väntar på specialiserad vård har minskat kraftigt, vilket delvis kan bero på mindre efterfrågan

Utifrån väntetidsdatabasen är det möjligt att följa antalet personer som väntar på första besök, operation eller återbesök inom den specialiserade vården. Men förändringar i antalet väntande behöver inte innebära att

efterfrågan förändrats, för det kan också bero på förändringar i utbudet. För att få indikation om efterfrågeförändringar är det bättre att studera antalet nytillkomna personer som väntar på vård, det vill säga nya patienter i kön.

Antalet nytillkomna väntande har minskat kraftigt under pandemin. Totalt minskade inflödet av väntande på operation med 18 procent 2020 jämfört med medelvärdet för 2017–2019. Inflödet av personer som väntar på ett första besök minskade med 7 procent jämfört med snittet för 2017–2019. Motsvarande förändring för återbesök var en minskning med 8 procent.

Men det är svårt att tolka förändringar i inflödet av personer som väntar på specialiserad vård. Minskad efterfrågan på specialiserad vård bidrar troligen, men det kan även bero på förändrad tillgänglighet tidigare i vårdkedjan. Troligtvis beror minskningen i inflödet på en kombination av beteendeförändringar hos patienter och förändringar av när och hur patienter sätts upp i väntelistor samt färre remisser från övriga delar av hälso- och sjukvården.

6.2.5 Otydlig kommunikation om när man ska söka vård kan ha bidragit till ett förändrat vårdsockarbeteende

I början av pandemin uppmanades befolkningen att inte besöka fysiska vårdgivare vid symtom som kan vara tecken på covid-19. Befolkningen uppmanades även att ringa det nationella informationsnumret för frågor och oro som rör covid-19 i stället för 1177 Vårdguiden på telefon, som blev hårt belastat.

Hälso- och sjukvården observerade under våren ett minskat inflöde av patienter med andra symtom än covid-19, exempelvis symtom på hjärtinfarkt. Flera regioner och även Socialstyrelsen har genom pressmeddelanden uppmanat befolkningen att söka vård vid behov, men det finns tecken på att dessa uppmaningar inte nått fram fullt ut. Bland annat ser vi att ovilja att belasta vården var den enskilt största orsaken till att inte söka vård enligt vår enkät. Vi ser alltså risker med att många under längre tid har undvikit att uppsöka vård.

6.3 MEDVETNA RANSONERINGAR, SMITTSKYDDSÅTGÄRDER SAMT PERSONAL- OCH MATERIALBRIST HAR MINSKAT UTBUDET AV ÖVRIG VÅRD UNDER PANDEMIN

Hälso- och sjukvården har snabbt fått ställa om sin kapacitet för att både möta behovet av sjukhusvård för covid-19 och bygga upp framtida beredskap. Omställningen har minskat möjligheterna att ta hand om patienter som inte



har akuta behov. Här ser vi att regionerna genomfört medvetna ransoneringar genom att ställa in planerade operationer, på grund av bland annat brist på personal, förbrukningsmaterial och läkemedel. Därtill har patienter i riskgrupper periodvis avrättats från vissa kontakter, utredningar och ingrepp på grund av risken för smittspridning inom vården.

Drygt 15 procent av befolkningen anger att de har påverkats av vårdens ransoneringar av övrig vård, genom att de nekats ett inplanerat vårdbesök eller att vårdbesöket avbokats eller senarelagts av hälso- och sjukvården på grund av pandemin.

Med ett minskat vårdutbud kan det även bli svårare att komma i kontakt med vården, vilket många också anger i sina enkätsvar. 16 procent av de svarande anger att väntetiderna till primärvården blivit längre under pandemin. Ungefär lika många anser att det blivit svårare att få ett vårdbesök eller komma i kontakt med vården.

Utbudsförändringarna kan delvis följas genom att studera antalet genomförda besök och operationer i vården. För den specialiserade vården ser vi 7 procent färre första besök under 2020 jämfört med medelvärdet för 2017–2019. Antalet genomförda operationer minskade med 19 procent.

6.3.1 Pandemin har aktualiserat och prövat hälso- och sjukvårdens prioriteringsarbete

Covid-19 har lett till en dramatisk ökning av vårdbehovet, och hälso- och sjukvården har tvingats förändra sin kapacitet. Många har blivit allvarligt sjuka och behovet av sjukhus- och intensivvård har varit långt över det normala. Det finns även många som fått långvariga vårdbehov efter covid-19, utan att behöva sjukhusvård.

Det kraftigt ökade behovet av bland annat intensivvård har medfört att personal styrts om till sådana verksamheter. Därmed har andra verksamheter behövt prioritera om och ransonera vårdutbudet, framför allt planerad och förebyggande vård. Det har också funnits behov av att ransonera vård för att säkerställa tillgången till skyddsutrustning och annat förbrukningsmaterial.

Vården av personer med covid-19 har inneburit stora uppoffringar för många i vårdpersonalen, med utökade arbetstider, indragna semestrar och beordrad övertid. Flera regioner blev därmed tvungna att aktivera krislägesavtal under året.

6.3.2 Drygt 15 procent av befolkningen anger att vården ställt in eller senarelagt deras vård på grund av pandemin

I vår enkät anger drygt 15 procent att de påverkats av ransoneringar genom att hälso- och sjukvården antingen avbokats, senarelagt eller nekat dem ett vårdbesök, på grund av pandemin. Andelen är 22 procent om vi även inkluderar de svarande som inte kan avgöra om det berodde på pandemin eller inte.

6.3.3 Var sjätte person anser att det blivit svårare att komma i kontakt med vården liksom möjligheten att få ett vårdbesök

Majoriteten av de svarade vet inte om väntetiderna på akutmottagningen eller till besök och behandling på sjukhus har förändrats under pandemin. Däremot anser 16 procent att väntetiderna till besök och behandling på vårdcentral blivit sämre. Ungefär lika många anser att det har blivit svårare att komma i kontakt med vården och få ett vårdbesök.

Personer med långvariga hälsobesvär anser i större utsträckning att det blivit svårare att få kontakt med vården och att väntetiderna blivit längre, liksom personer som under pandemin fått nya hälsobesvär.

6.3.4 Det finns regionala skillnader i andelen personer som nekats vård på grund av pandemin

Vi ser inte stora skillnader i hur stor andel av befolkningen som fått vård senarelagd eller avbokad mellan regionerna. Men i Stockholm upplever 4 procent att de blivit nekade ett vårdbesök på grund av pandemin. Motsvarande andel i Jönköping är 1 procent.

6.3.5 Antalet operationer och första besök inom specialiserad vård minskade under 2020

Antalet genomförda första besök inom specialiserad vård minskade med 7 procent under 2020 jämfört med medelvärdet för 2017–2019. Det motsvarar cirka 134 000 färre besök. Antalet operationer minskade med 19 procent, vilket innebär att cirka 114 000 färre patienter fick en operation. Informationen i väntetidsdatabasen omfattar dock endast ett urval av operationer och åtgärder, så det gäller troligen fler inställda operationer än vad som går att utläsa av statistiken.



6.4 ÅTGÄRDER FÖR ATT MINSKA SMITTSPRIDNING HAR LETT TILL ÖKAD ANVÄNDNING AV DIGITALA VÅRDKONTAKTER

Behovet av att minska smittspridningen har lett till att vården ställt om sitt sätt att möta patienter, vilket förändrat vårdutbudet. Den kanske största omställningen är att allt fler vårdkontakter erbjudits på distans – särskilt digitalt.

Samtidigt efterfrågar befolkningen fler distanskontakter på grund av rädsla för att smittas eller en ovilja att belasta vården. Det är också fler som har använt digitala kontakter, och andelen digitala läkarbesök i primärvården ökade från cirka 10 procent i början av 2020 till 25 procent vid årets slut. I vår enkät svarade också 19 procent att de gjort något digitalt vårdbesök under pandemin.

Enligt väntetidsdatabasen har andelen hembesök med läkare i primärvården varit relativt konstant under pandemin. Även enkätsvaren pekar på att vården gjort relativt få hembesök, med syfte att undvika ett fysiskt mottagningsbesök.

6.4.1 Pandemin har påskyndat omställningen till digitala arbetssätt

Åtgärder för att minska smittspridningen har starkt bidragit till att regionerna har utvecklat nya arbetssätt och digitala lösningar. Under 2020 tog alltså den digitala omställningen ett kraftigt språng. Användningen av distanskontakter har ökat i många delar av hälso- och sjukvården, eftersom det är en smittfri kontaktväg och man samtidigt kan spara in på skyddsutrustning.

Regionerna har arbetat med olika lösningar för att minska smittspridningen, men gemensamt är att man erbjuder fler digitala kontaktvägar. Exempelvis har privata vårdgivare uppmuntrats att erbjuda vård på distans genom att ta bort begränsningar på antal digitala besök per år. 1177 Vårdguiden på webben har också utvecklat sina tjänster så att befolkningen kan få information, boka provtagning för covid-19 och få tillgång till provsvar. Alla regioner i vårt urval har utvecklat befintliga digitala tjänster eller infört nya för att kunna möta patienter på ett säkert sätt.

6.4.2 Fler anger att de ersatt mottagningsbesök på plats med telefonsamtal och digitala vårdbesök

Redan tidigt under pandemin började delar av vården att ställa om för att kunna möta patienter utan att riskera ökad smittspridning. Både vården och patienterna har tagit initiativ till dessa omställningar.

Totalt anger 28 procent av de som svarat på enkäten att de haft en vårdkontakt via telefon i stället för ett mottagningsbesök på grund av pandemin. 19 procent anger att det var på eget initiativ och 12 procent svarar att det var på vårdens initiativ. Därtill anger ungefär 17 procent att de har haft ett digitalt vårdbesök i stället för ett mottagningsbesök. Patienterna tog initiativ till det i något större utsträckning än vården, 11 procent respektive 7 procent.

6.4.3 Antalet primärvårdsbesök har minskat under pandemin, trots förändrade arbetsätt

Under våren minskade antalet fysiska läkarbesök i primärvården väsentligt. Samtidigt har antalet digitala läkarbesök ökat markant under året. Enligt väntetidsdatabasen och data från Region Sörmland, där merparten av de privata aktörernas digitala läkarbesök registreras, fördubblades antalet (107 procent) mellan januari och december 2020. Övriga typer av läkarbesök i primärvården minskade eller var oförändrade (exklusive brev- och telefonkontakter), så andelen digitala läkarbesök av samtliga läkarbesök ökade inom primärvården. I januari och februari 2020 var andelen knappt 10 procent jämfört med 25 procent i december samma år.

På grund av osäkerhet i data ska de här förändringarna tolkas med försiktighet. Vi ser dock att primärvården till viss del lyckats med att möta patienter på nya sätt, även om det inte fullt ut har kompenserat för nedgången i antalet mottagningsbesök.

6.4.4 Pandemin har medfört fler samtal till 1177 Vårdguiden på telefon

Efterfrågan på 1177 Vårdguidens telefonrådgivning ökade markant under pandemin, på grund av samtal om covid-19. Övrig rådgivning verkar ligga på ungefär samma nivå som tidigare år. Det indikerar att patienter från övriga delar av vården inte har vältrats över till 1177 Vårdguiden på telefon.

Vår enkät visar att en majoritet av befolkningen använt 1177 Vårdguidens telefonrådgivning eller webbsida under pandemin. Av dem har 24 procent gjort det för att undvika att besöka en vårdcentral eller akutmottagning. Drygt 46 procent av de som använt 1177 Vårdguiden menar att de använt tjänsten något mer eller betydligt mer under pandemin jämfört med tidigare. Nästan två tredjedelar har fått information eller råd om när eller i vilken situation man ska söka vård eller ta test för covid-19.



6.5 VÅRDENS OMSTÄLLNING OCH BEFOLKNINGENS ÄNDRADE VÅRDSÖKARBETEENDE HAR LETT TILL ETT UPPDÄMT VÅRDBEHOV SOM ÄR STÖRRE ÄN VAD VÄNTETIDSDATABASEN VISAR

Vi finner att pandemin har skapat ett uppdämt behov av övrig vård, genom det kvarvarande vårdbehov som på grund av pandemin

1. inte lett till efterfrågan på vård hos befolkningen, eller
2. inte mötts av vården på grund av vårdens ransoneringar, smittskyddsåtgärder eller förändrade arbetssätt.

Utifrån detta uppskattar vi det uppdämda vårdbehovet av första besök och operationer i den specialiserade vården. Uppskattningen görs i två steg.

Det första steget baseras på information från väntetidsdatabasen. Vi utgår då från uppgifter om antal väntande, inflöde och utförda första besök och operationer. I detta steg antar vi att inflödet av patienter som väntar på vård under pandemin, inte speglar befolkningens faktiska vårdbehov under perioden. Vi använder därför i stället historiska uppgifter om inflödet.

Det andra steget baseras på resultat från vår enkät där 58 procent anger att de har ett kvarvarande vårdbehov, efter att de avstått från eller fått sin vård senarelagd.

Genom att kombinera dessa källor uppskattar vi det uppdämda vårdbehovet till 34 procent fler väntande på ett första besök inom specialiserad vård än vad väntetidsdatabasen visar för slutet av 2020. På riksnivå skulle det motsvara 99 000 fler väntande än i dag. För väntande på operation skulle motsvarande skattningar innebära 48 procent fler väntande. På riksnivå motsvarar det 63 000 fler väntande.

I den här uppskattningen utgår vi från nivåerna i väntetidsdatabasen. Det ger troligen en underskattning av det uppdämda vårdbehovet eftersom vi vet att databasen inte omfattar samtliga vårdområden.

6.5.1 Steg 1: Det uppdämda vårdbehovet inom specialiserad vård uppskattas utifrån väntetidsdatabasen

Ett sätt att bedöma omfattningen av det uppdämda vårdbehovet är att studera antalet som väntar på en vårdinsats. Men antalet väntande har inte förändrats särskilt mycket, trots stora förändringar i både inflödet av nya väntande i kön och i utflödet av patienter från kön – i form av antalet genomförda första

besök och operationer. Stora förändringar i in- och utflöde kan nämligen få liten effekt på antalet väntande om både inflödet och utflödet minskar i samma storleksordning. För att få en bild av det uppdämda vårdbehovet räcker det alltså inte att studera utvecklingen av antalet väntande, utan man måste undersöka hur både inflödet och utflödet förändrats. Det handlar alltså om hur både efterfrågan och de medicinskt bedömda behoven och produktionen av vård utvecklas.

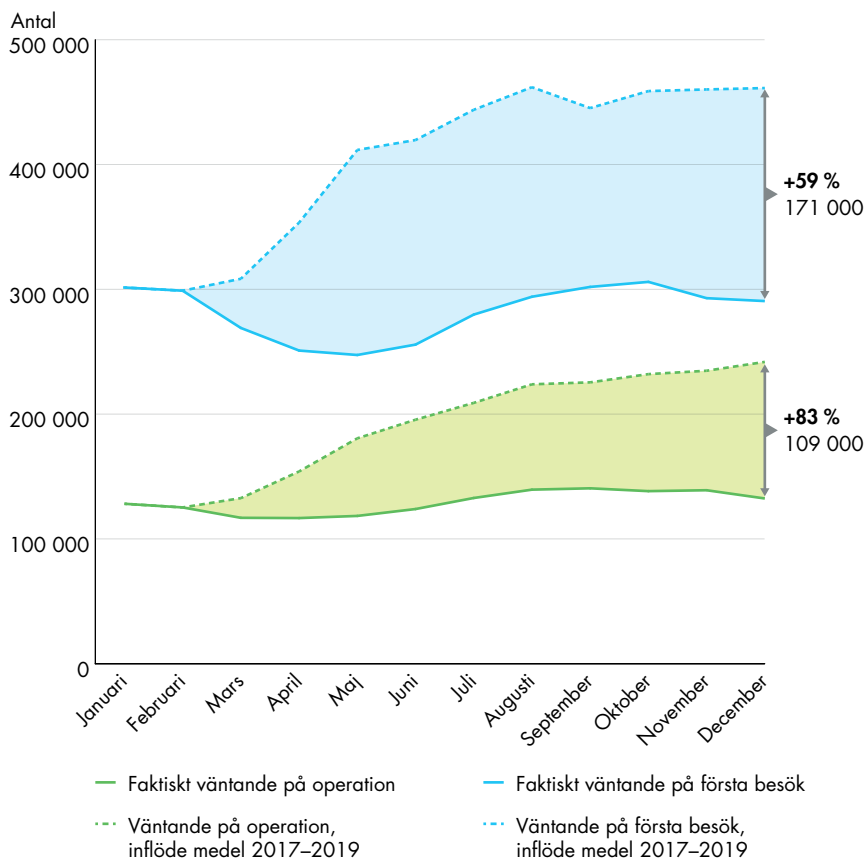
I vår uppskattning av det uppdämda vårdbehovet utgår vi från att befolkningens faktiska vårdbehov är relativt konstant över tid. Vi antar därmed att det inflöde av patienter som ses i väntetidsdatabasen under pandemin inte speglar befolkningens underliggande vårdbehov – på grund av ändrat vårdsockarbeteende och ändrat vårdutbud. Därför uppskattar vi i stället nivån på inflödet utifrån medelvärdet av inflödet för 2017–2019 (som är större än det faktiska inflödet 2020), som vi tror speglar det faktiska vårdbehovet bättre än under pandemin. Eftersom antalet genomförda åtgärder (första besök och operationer) är mindre 2020 jämfört med tidigare år, medför vår skattning att antalet väntande under året ökar i snabbare takt än vad som redovisas i väntetidsdatabasen.

Dessa antaganden innebär att antalet som väntar på ett första specialistbesök skulle vara 59 procent högre vid slutet av 2020, se figur 56. Antalet som väntar på operation skulle på motsvarande sätt vara 83 procent högre.

De här beräkningarna kan dock vara överskattningar eftersom uppskjutna vårdbehov inte nödvändigtvis behöver motsvara behoven som fanns före pandemin. Vissa vårdbehov utgörs sannolikt av sjukdomar och skador som förbättras med tiden utan att några direkta vårdåtgärder behövs. De senarelagda vårdkontaktarna under pandemin behöver alltså inte aggregeras upp till samma resursanspråk vid en senare tidpunkt, och som exempel kan två uppskjutna återbesök i vissa fall ersättas med ett besök. Å andra sidan kan minskad vårdkonsumtion i dag medföra att sjukdomar upptäcks i ett senare skede, då de har blivit allvarigare och leder till högre vårdkonsumtion. Det talar i stället för att nivåerna underskattas. I steg 2 skattar vi dessa effekter utifrån resultat från vår enkät.



Figur 56. Utvecklingen av antal väntande under 2020 om inflödet motsvarar medelvärdet av inflödet för 2017–2019.



6.5.2 Steg 2: Skattningen kompletteras med befolkningens bedömning av kvarvarande vårdbehov under pandemin

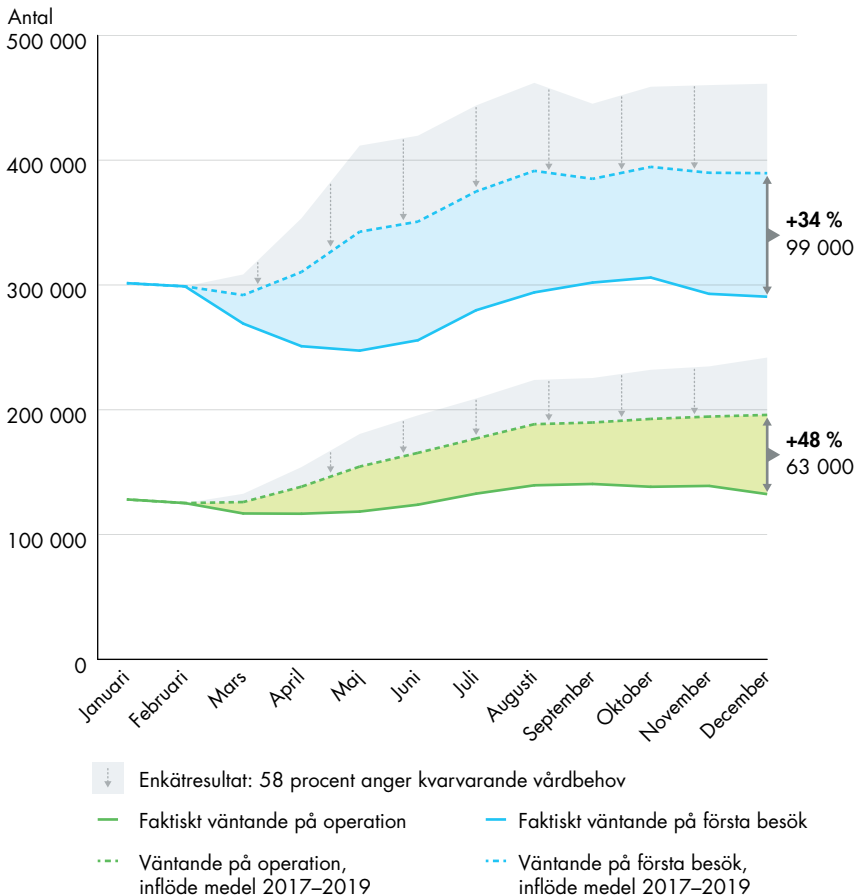
I vår enkätundersökning anger 58 procent av dem som avstått från vård eller fått den senarelagd, att de fortfarande behöver den aktuella vården. Enkätresultatet ger en grov skattning av kvarvarande behov som omfattar olika delar i vården. Sannolikt är det kvarvarande behovet högre i specialiserad vård jämfört med primärvård. Vår bedömning är därför att 58 procent är en låg skattning, men det är den enda uppgift vi har tillgång till.

Om vi applicerar denna andel på våra beräkningar från väntetidsdatabasen, blir antalet väntande lägre än när vi enbart använder de historiska

uppgifterna om inflöde, men fortfarande väsentligt större än vad nationella statistiken visar. Sammantaget skulle antalet som väntade på operation vid slutet av 2020 vara cirka 48 procent högre, eller 63 000 fler patienter, än det som fångas i väntetidsdatabasen, se figur 57. Motsvarande ökning för första besök inom den specialiserade vården skulle vara cirka 34 procent, eller 99 000 fler personer.

Vi har inte kunnat uppskatta täckningsgraden för första besök, men för operationer tyder data från Socialstyrelsens patientregister på att väntetidsdatabasen täcker in cirka 22 procent av samtliga operationer som genomförs i Sverige (framför allt exkluderas mindre kirurgiska ingrepp i väntetidsdatabasen). Därmed är skattningen ovan en underskattning av det uppdämda vårdbehovet. Men informationen är osäker och ska därför tolkas med försiktighet.

Figur 57. Utvecklingen av antal väntande under 2020 om inflödet motsvarar medelvärdet av inflödet för 2017–2019 och om 58 procent av patienterna har ett kvarvarande behov av vård.



6.5.3 Enkätresultatet indikerar att det uppdämda vårdbehovet medfört ett försämrat hälsotillstånd hos sju procent av befolkningen

Omkring 16 procent av dem som själva valt att avvakta med vård anser att deras hälsotillstånd blivit något eller betydligt sämre. Motsvarande andel är 17 procent bland dem som på vårdens initiativ fått vården avbokad, senarelagd eller nekad. Men samtidigt visar vårt resultat att det är svårt att bedöma hur hälsan påverkats av den förändrade vårdkonsumtionen. Omkring 25 procent menar att de inte kan ta ställning till hur deras hälsotillstånd har påverkats. De flesta anger dock att deras hälsa inte har påverkats.

På befolkningsnivå innebär det att cirka 7 procent har fått sämre hälsa efter att deras vård på eget eller på vårdens initiativ blivit senarelagd eller inte blivit av.

6.5.4 Det finns ett uppdämt behov av förebyggande vård såsom screening

Vården arbetar förebyggande genom bland annat screening och hälsokontroller. Flera regioner ställde helt eller delvis in screeningverksamheten under våren 2020 och har sedan kommit efter med att kalla patienter. Verksamheterna ställdes in på grund av att man bedömde att smittrisken eventuellt kunde väga tyngre än hälsovinsterna med undersökningen, och eftersom resurserna kunde behövas inom andra delar av hälso- och sjukvården. Andra regioner har endast delvis ställt in verksamheten genom att ändra rutiner och minska antalet besökare per dag. Ransonering av förebyggande insatser såsom screening kan innebära att det ackumulerade vårdbehovet är större än det som ses i nuläget.

6.5.5 Pandemin har också medfört nya vårdbehov som är svåra att följa med befintliga register

Långvariga symtom efter covid-19 kan tyda på antingen en långvarigt pågående sjukdom eller kvarstående följder under återhämtning efter sjukdom. I dag används benämningen postcovid för det kvarstående och ofta långvariga nedsatta hälsotillståndet efter genomgången infektion. Vanliga symtom är trötthet, andfåddhet, hosta, hjärtklappning, bröstsmärtor, muskel- och ledvärk, viktnedgång samt mag- och tarmbesvär, försämrat luktsinne och försämrad livskvalitet.

Det är svårt att få en tydlig bild av förekomsten av postcovid, bland annat för att många patienter troligen vänder sig till primärvården och därmed inte ingår i Socialstyrelsens patientregister.

6.6 RISKGRUPPER OCH PERSONER MED LÅNGVARIGA HÄLSOBESVÄR HAR MINSKAT SIN VÅRDKONSUMTION MEST

Våra resultat visar att pandemin har påverkat hur befolkningen söker och tar emot vård. Men vårdkonsumtionen har utvecklats på olika sätt inom olika medicinska specialiteter och regioner, så det är viktigt att undersöka om det finns särskilda patientgrupper som har påverkats mer än andra och därför har ett större uppdämt vårdbehov.

Enligt enkätresultaten har personer med långvariga hälsobesvär i större utsträckning själva valt att avvakta med att söka vård än övriga i befolkningen. Personer i riskgrupper och personer med långvariga hälsobesvär verkar även i större utsträckning påverkats av vårdens ransoneringar under pandemin. Vi kan också se att en större andel inom dessa grupper har ett kvarvarande behov jämfört med övriga i befolkningen. De anger alltså i större utsträckning att de behöver den vård som de inte fått under pandemin, antingen självvälgt eller på vårdens initiativ.

6.6.1 Personer med långvariga hälsobesvär har i högre grad förändrat sitt vårdsockarbeteende

Totalt 39 procent har någon gång under pandemin avbokat ett vårdbesök, avstått från att söka vård, väntat längre med att söka vård eller utövat egenvård i stället för att söka vård. För personer med långvariga hälsobesvär är motsvarande andel 54 procent. Delvis kan dessa skillnader bestå i att vissa grupper generellt gör fler vårdbesök.

6.6.2 Grupper med större vårdbehov tycks ha påverkats mer av vårdens ransoneringar

Det finns indikationer på att grupper med större vårdbehov i högre grad har fått sin vård avbokad, senarelagd eller nekad av hälso- och sjukvården på grund av pandemin jämfört med andra. Bland personer med långvariga hälsobesvär är andelen 23 procent, jämfört med 10 procent bland personer



utan långvariga hälsobesvär. Även personer i riskgrupp för covid-19 har påverkats mer av ransoneringarna än andra. Det finns inga större skillnader mellan olika ålderskategorier, men andelen som fått sin vård avbokad, senarelagd eller nekad är högre bland kvinnor än bland män.

6.6.3 Personer med långvariga sjukdomar, riskgrupper för covid-19 och kvinnor har ett större kvarvarande behov av vård

Personer i riskgrupper har ett större behov än andra av den vård som har avbokats, undvikits eller avvaktats under pandemin. Det gäller också kvinnor och personer med långvariga hälsobesvär. Därtill anser fler personer inom dessa grupper att deras hälsotillstånd försämrats på grund av att vården inte blivit av. Det finns alltså en risk för att pandemin har gjort vården mindre jämlik.

6.6.4 Personer med långvariga sjukdomar, riskgrupper för covid-19 och äldre är mer oroliga än andra

Personer som själva ser sig som riskgrupp för covid-19 är i högre utsträckning oroliga för att bli allvarligt sjuka, att inte få den vård som behövs vid covid-19 eller annan sjukdom, och att inte få förebyggande vård och screening. Detsamma gäller personer 70 år och äldre och personer med långvariga hälsobesvär som också i stor utsträckning tillhör riskgruppen för covid-19.

6.6.5 Inflödet av väntande patienter varierar mycket mellan vårdområden inom specialiserad vård

De flesta vårdområden inom specialiserad vård hade en stor minskning i inflödet av patienter 2020 jämfört med 2017–2019, för både första besök, operationer och återbesök. När det gäller första besök och återbesök har inflödet minskat med omkring en tredjedel inom några vårdområden. Samtidigt har inflödet ökat något inom andra vårdområden.

För alla vårdområden inom operation ses ett minskat inflöde av patienter, och minskningen är störst inom ryggkirurgi där inflödet nästan halverades. Därefter kommer plastikkirurgi, öron, näsa och hals samt hjärtsjukvård där inflödet har minskat med en fjärdedel eller något mer.

6.6.6 Det finns betydande regionala skillnader i antalet utförda första besök, operationer och återbesök inom specialiserad vård

I samtliga regioner utom två, Stockholm och Uppsala, minskade både inflödet och antalet genomförda första besök under 2020 jämfört med 2017–2019. För operationer minskade inflödet i samtliga regioner och antalet genomförda operationer i alla regioner utom en. Störst minskning ses i Stockholm där inflödet av väntande och genomförda operationer minskade med nästan en tredjedel. För återbesöken varierar resultaten mer, även om majoriteten av regionerna uppvisar en minskning i patientinflödet och antalet genomförda återbesök.

Statistiken över regionala skillnader ska dock tolkas med försiktighet på grund av oklarheter och misstänkta felregistreringar i inrapporteringen. Bland annat finns inga uppgifter för Stockholm när det gäller återbesök inom den specialiserade vården.

6.7 REKOMMENDATIONER

Utifrån våra slutsatser ger vi fyra rekommendationer.

- ▶ *Regionerna bör förstärka tillgängligheten i första linjens vård, öka inslaget av gemensam produktions- och kapacitetsplanering för att hantera det uppdämda behovet av operationer samt fortsätta uppmana befolkningen att söka vård vid behov*

Det är svårt att summera den exakta omfattningen av det uppdämda vårdbehovet inom första linjens vård, och att avgöra om det är särskilt omfattande för vissa patientgrupper eller insatsområden. Våra resultat visar dock att det finns ett stort kvarvarande vårdbehov, som inte har omsatts i efterfrågan på vård bland befolkningen. Det kan handla om såväl förebyggande som diagnostiserande eller behandlande insatser. Mest centralt är dock att en stor del av detta kvarvarande behov inte genomgått en medicinsk bedömning och hälso- och sjukvården har därmed inte kännedom om hur allvarliga tillstånden är. Bland annat ser vi att vårdgarantibesök hos läkare, det vill säga besök för nya eller kraftigt försämrade hälsotillstånd, minskat mer än övriga läkarbesök i primärvården. Den minskade efterfrågan på medicinska bedömningar via första besök kan medföra att sjukdomar upptäcks i ett senare skede, då hälsotillstånden försämrats. Det gäller särskilt behov som inte kunnat fångas upp inom primärvården, men även vid första besök i specialiserad vård.



Regioner och myndigheter har uppmanat befolkningen att söka vård vid behov, men det finns tecken på att budskapet inte nått fram fullt ut. Vår enkätundersökning visar att många inte vill belasta vården. Rädsla för att smittas av covid-19 under vårdbesöket är också ett skäl till att avvakta med att söka vård.

Vi rekommenderar därför regionerna att förstärka tillgängligheten i första linjens vård, inklusive första besök inom specialiserad vård. De bör också fortsätta att uppmana och understryka vikten av att befolkningen söker vård vid behov, och samtidigt informera om arbetet med rutiner mot smittspridning i samband med vårdbesök.

För operationer och behandlingar inom den specialiserade vården rekommenderar vi regionerna att utöka inslaget av gemensam produktions- och kapacitetsplanering – både mellan och inom regioner – för att hantera det uppdämda vårdbehovet. Då både vårdefterfrågan och vårdutbud varierar mellan olika sjukdomsgrupper och regioner, är det i en situation med ett stort uppdämt vårdbehov hos befolkningen särskilt angeläget att nyttja systemets samlade kapacitet på ett så effektivt sätt som möjligt. Ett sätt kan vara att gemensamt samordna väntelistor på nationell nivå för särskilt kritiska tillstånd, då väntetiderna bör kunna kortas genom att regionala skillnader i behov och kapacitet matchas på ett effektivare sätt. Vi ser också att regionerna behöver se över hur kapaciteten inom regionerna används på bästa sätt, inklusive privata aktörer.

En viktig delmängd i en utökad gemensam kapacitets- och produktionsplanering är även att stärka informationen till patienterna om deras möjlighet att inom landet fritt välja vårdgivare – såväl offentliga som privata – av både primär- och specialiserad öppenvård. Regionerna är också skyldiga att erbjuda vård hos en annan vårdgivare (exempelvis i en annan region) om vårdgarantin inte kan infrias, och detta utan merkostnad för patienten (9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL).

- ▶ *Regering, berörda myndigheter och regioner bör särskilt följa upp hur pandemin påverkat vårdbehovet för personer med långvariga hälsobesvär och riskgrupper för covid-19 i syfte att motverka risker för undanträngning*

En grundläggande princip inom hälso- och sjukvården, som också är lagreglerad, är att de individer som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ha företräde till vården. Med andra ord: principen om vård efter behov.

Riskgrupper och personer med långvariga hälsobesvär har påverkats mer än andra av vårdens ransonering. Vi ser exempelvis att en större andel upplever ett kvarvarande vårdbehov, jämfört med dem som inte tillhör en riskgrupp för covid-19.

Det uppdämda vårdbehovet kan vara särskilt omfattande bland riskgrupper för covid-19 och personer med långvariga hälsobesvär. Vi rekommenderar därför regeringen, berörda myndigheter och regioner att särskilt följa utvecklingen av vårdinsatserna för dessa grupper så att deras vårdbehov inte trängs undan.

► *Regeringen bör ge myndigheter i uppdrag att analysera vårdkonsumtionens utveckling genom befolkningsundersökningar för att få aktuella och kompletterande uppgifter*

Pandemin har medfört snabba förändringar i vårdkonsumtionen. Men det är svårt att ge en aktuell sammanställning av vårdkonsumtionen med hjälp av de nationella datakällorna, särskilt i primärvården, men även delvis i den specialiserade vården. Patientregistret, där alla läkarbesök och slutenvårdstillfällen i specialiserad vård ska rapporteras in från regionerna, bedöms ha hög täckningsgrad, men det tar lång tid från det att data inrapporteras tills att informationen redovisas i registret. Därför är det viktigt att komplettera bilden av vårdkonsumtionen med andra metoder, såsom befolkningsundersökningar. Det kan också ge kunskap om patienternas och befolkningens vårdsökarbeteende, vilket inte direkt går att fånga via registerdata. Undersökningar till befolkningen gör det också möjligt att undersöka om ändrad vårdkonsumtion beror på förändringar i efterfrågan på vård eller i utbudet av vård, vilket inte går att avgöra utifrån statistik över slutlig vårdkonsumtion.

Vi rekommenderar därför regeringen att ge myndigheter i uppdrag att inhämta sådan kunskap via olika former av befolkningsundersökningar.

► *Regeringen bör verka för god datakvalitet i väntetidsdatabasen och parallellt införliva motsvarande information i ett utvidgat nationellt patientregister enligt officiell statistik*

För att göra oberoende systematiska uppföljningar och analyser av vården måste det finnas register och sammanhållna databaser av god kvalitet. Grundläggande krav är att externa användare kan ta del av registrets eller databasens syfte, innehåll och omfång på ett tydligt och transparent



sätt, och att eventuella brister i inrapporteringen framgår. Det ska alltså framgå vilka som är ansvariga för att rapportera in uppgifter till registret eller databasen, hur uppgifterna definieras och avgränsas i form av variabelistor och om registret eller databasen innehåller känt bortfall av något slag. Om någon del av denna grundläggande information saknas finns risk för inkorrekta analyser och uppföljningar, och i förlängningen risk för att resultaten används i styrning som leder fel.

Pandemin har understrukt behovet av att snabbt kunna följa hur befolkningens vårdbehov ser ut, och om hälso- och sjukvården kan möta detta behov. En central del är här att följa den övergripande utvecklingen av befolkningens kontakter, besök och behandlingar inom olika delar av vården. Vi ser dock att det idag inte går att få en heltäckande bild av kontakterna, besöken och väntetiderna inom primärvården – inklusive digital vård – utifrån väntetidsdatabasen som administreras av SKR. Detta är extra bekymmersamt eftersom databasen är den enda nationellt tillgängliga källan på området.

På kort sikt bör därför regeringen i eventuella nya överenskommelser med SKR, eller på annat lämpligt sätt, ställa utökade krav på att väntetidsdatabasen måste uppfylla vissa grundläggande krav för att tjäna som grund för nationell uppföljning av kontakt-, besöks- och väntetidsutvecklingen inom primärvården.

På längre sikt ser vi störst potential i Socialstyrelsens förslag om att uppgifter från primärvården ska ingå i ett utvidgat nationellt patientregister. Förslaget innebär att en statistikansvarig myndighet samlar in uppgifterna, och därav omfattas statistiken av kvalitetskriterierna i lagen (2001:99) om den officiella statistiken. Då skulle statistiken också omfattas av uppgiftsskyldigheten, som innebär att bland annat privata näringsidkare och regioner måste lämna uppgifter till den statistikansvariga myndigheten (7 § lagen om den officiella statistiken). Idag kan det exempelvis krävas att regionerna avtalat med sina privata vårdgivare om att de ska förse väntetidsdatabasen med uppgifter. Vi anser därför att ett utvidgat nationellt patientregister, i jämförelse med exempelvis väntetidsdatabasen, skapar ökade möjligheter att förbättra täckningsgraden.

Om Socialstyrelsens patientregister utvidgas till att inkludera information från primärvården skulle det också gå att koppla samman informationen med andra hälsodataregister och på så vis kunna följa patientens väg genom vårdkedjan, även mellan olika huvudmän. Möjligheten att samköra primärvårdsdata med andra register skulle även

ge helt nya förutsättningar för att följa upp och analysera vården utifrån ett jämlikhetsperspektiv.

Vi rekommenderar därför regeringen att fortsätta arbetet med att säkerställa en god datakvalitet i väntetidsdatabasen som administreras av SKR och samtidigt utvidga patientregistret med information från primärvården. I Socialstyrelsens förslag ingår dock inte uppgifter om väntetider från det att en individ kontaktar primärvården till dess att ett primärvårdsbesök genomförs. Vi menar att väntetider är ett centralt mått för att kunna följa tillgängligheten i vården och att regeringen därför behöver se över möjligheten att inkludera även väntetider i patientregistret.





Referenser

- Arbetsmiljöverket (2020). *Ansökan om tillfälligt tillstånd för tillverkare, importörer och distributörer av personlig skyddsutrustning*. <https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/sjukdomar-smitta-och-mikrobiologiska-risker/smittrisker-i-arbetsmiljon/coronaviruset/personlig-skyddsutrustning-som-skydd-mot-covid-19/ansokan-om-tillfalligt-tillstand/> [hämtat: 2021-03-04].
- Cancercentrum (2020). *Screening för cancer under coronapandemin*. <https://cancercentrum.se/samverkan/covid-19/screening/> [hämtat: 2021-03-10].
- Car, J., Choon-Huat Koh, G., Foong, P. S., Wang, C. J. (2020). Video consultations in primary and specialist care during the covid-19 pandemic and beyond. *BMJ*, vol. 371.
- CES – Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. Stockholms Läns Landsting (2018a). ”Statistiken om väntetider i specialistvården är opålitlig”. *DN Debatt.*, 2018-09-01.
- CES – Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. Stockholms Läns Landsting (2018b). *Utvärdering av vårdgarantin – Delrapport 1*.
- Dreber, H., Juth, N., Mathiesen, T. (2017). »Sjukvård efter behov« är inte en självklarhet. *Läkartidningen*, vol. 114.
- E-hälsomyndigheten (2020). *Årsrapport 2020 – Pandemi och e-hälsa. Åtterrapporering enligt E-hälsomyndighetens regleringsbrev 2020 (S2020/05629/FS)*.
- Folkhälsomyndigheten (2019). *Pandemiberedskap. Hur vi förbereder oss – ett kunskapsunderlag*.
- Folkhälsomyndigheten (2020a). *Covid-19-pandemins tänkbara konsekvenser på folkhälsan*.
- Folkhälsomyndigheten (2020b). *Nationell strategi för utökad provtagning och laboratorieanalys av covid-19. Version 4*.

- Folkhälsomyndigheten (2020c). *Oro för att inte få vård under covid-19-pandemin – särskilt bland äldre.*
- Folkhälsomyndigheten (2021). *Folkhälsans utveckling - Årsrapport 2021.*
- Hallgårde, Å. (2013). Prioriteringar - en allt större del av dagens och framtidens sjukvård? *Prioriteringar i hälso- och sjukvård.* Region Skånes etiska råd.
- Inera (2020). *Tjänster stabila trots ökad användning.* <https://www.inera.se/nyheter/nyheter/ineras-och-1177s-tjanster-stabila-trots-okad-anvandning/> [publicerat: 2020-11-18].
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2020a). *Beslut Region Stockholm.* Dnr 3.5.1-21972/2020-17.
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2020b). *Statistik - Jurnalgranskning IVO.*
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2021). *Tillsyn av medicinsk vård och behandling.* <https://www.ivo.se/tillsyn/tillsyn-aldreomsorgen-covid-pandemin/tillsyn-av-medicinsk-var-d-och-behandling/> [hämtat: 2021-05-21].
- Jakab, M., Nathan, N. L., Pastorino, G., m.fl. (2020). Managing health systems on a seesaw: Balancing the delivery of essential health services whilst responding to covid-19. *Eurohealth*, vol. 26 nr 2.
- Janlert, U. (2016). *Arbete, arbetslöshet och jämlik hälsa – en kunskapsöversikt. Underlagsrapport nr 2 till Kommissionen för jämlik hälsa S 2015:02.* Stockholm: Socialdepartementet.
- Kantar SIFO, Medicakademien (2021). *Förtroendebarmetern 2021. Allmänhetens förtroende för institutioner, politiska partier, massmedier & företag.*
- KPMG (2021). *Region Stockholms hantering av covid-19. Oberoende utvärdering av Region Stockholms hantering av det nya coronavirusets effekter (dnr 2020-0384).*
- Liss, P.-E. (2001). Hur bedömer vi vårdbehov? Bilaga 5. *SOU 2001:8. Prioriteringar i vården.* Stockholm: Socialdepartementet.
- Läkemedelsverket (2021). *Statistik om restsituationer.* <https://www.lakemedelsverket.se/sv/behandling-och-forskrivning/forskrivning/restsituationer/statistik-om-restsituationer> [hämtat: 2021-03-24].
- MSB – Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2018). *Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar. Utgåva 4.* Karlstad: Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.
- Patientnämnderna i Sverige (2021). *Pandemin och patienterna. Klagomål till patientnämnderna i Sverige 2020.*

- Regeringskansliet (2020). *Viktigare lagar och förordningar inför halvårsskiftet 2020*. Stockholm: Regeringskansliet.
- Region Blekinge (2020a). *Ansträngt läge för hälso- och sjukvården i Blekinge*. <https://regionblekinge.se/om-webbplatsen/nyheter/nyheter-och-pessmeddelande/2020-12-28-anstrangt-lage-for-halso--och-sjukvarden-i-blekinge.html> [publicerat: 2020-12-28].
- Region Blekinge (2020b). *Försvarets skyddsmasker har snabbinförts i sjukvården*. <https://regionblekinge.se/om-webbplatsen/nyheter/nyheter-och-pessmeddelande/2020-04-14-forsvarets-skyddsmasker-har-snabbinfors-i-sjukvarden.html> [publicerat: 2020-04-14].
- Region Blekinge (2020c). *Mycket ansträngd situation på Blekingesjukhuset*. <https://regionblekinge.se/om-webbplatsen/nyheter/nyheter-och-pessmeddelande/2020-12-18-mycket-anstrangd-situation-pa-blekingesjukhuset.html> [publicerat: 2020-12-18].
- Region Blekinge (2020d). *Nu kan du träffa vårdpersonal utan att åka hemifrån*. <https://regionblekinge.se/om-webbplatsen/nyheter/nyheter-och-pessmeddelande/2020-06-26-nu-kan-du-traffa-varpersonal-utan-att-aka-hemifran.html> [publicerat: 2020-06-26].
- Region Blekinge (2020e). *Nya intensivvårdsteam från Blekinge tjänstgör i Sörmland*. <https://regionblekinge.se/om-webbplatsen/nyheter/nyheter-och-pessmeddelande/2020-05-04-nya-intensivvardsteam-fran-blekinge-tjanstgor-i-sormland.html> [publicerat: 2020-05-04].
- Region Blekinge (2020f). *Tillfälliga regler ska snabba på upphandling av skyddsutrustning*. <https://regionblekinge.se/om-webbplatsen/nyheter/nyheter-och-pessmeddelande/2020-12-03-tillfalliga-regler-ska-snabba-pa-upphandling-av-skyddsutrustning.html> [publicerat: 2020-12-03].
- Region Jönköpings län (2020a). *Bedömning av misstänkt covid-19 sker återigen på vårdcentralerna*. <https://rjl.se/nyheter/nyheter-och-pessmeddelanden/bedomning-av-misstankt-covid-19-sker-aterigen-pa-vardcentralerna-58603> [publicerat: 2020-09-16].
- Region Jönköpings län (2020b). *Coronaviruset har gett stort genomslag för digitala vårdmöten*. <https://rjl.se/nyheter/nyheter-och-pessmeddelanden/coronaviruset-har-gett-stort-genomslag-for-digitala-vardmoten-48899> [publicerat: 2020-04-28].
- Region Jönköpings län (2020c). *Covid-19: Samlad lägesrapport vecka 53* <https://rjl.se/nyheter/nyheter-och-pessmeddelanden/covid-19-samlad-lagesrapport-vecka-53-70004> [publicerat: 2020-12-30].

- Region Jönköpings län (2020d). *Särskild infektionsmottagning primärvård öppnar idag vid länets tre sjukhus*. <https://rjl.se/nyheter/nyheter-och-pessmeddelanden/sarskild-infektionsmottagning-primarvard-oppnar-idag-vid-lanets-tre-sjukhus-47966> [publicerat: 2020-04-09].
- Region Jönköpings län (2020e). *Åter besöksrestriktioner på sjukhusen i Jönköpings län*. <https://rjl.se/nyheter/nyheter-och-pessmeddelanden/ater-besoksrestriktioner-pa-sjukhusen-i-jonkopings-lan-64516> [publicerat: 2020-11-06].
- Region Skåne (2011). *Kompendium om vårdbehov till Hälso- och sjukvårdsnämndens utbildningsdag 2011-02-14*.
- Region Stockholm (2020a). *19 mars: Lägesrapport om arbetet med det nya coronaviruset*. <https://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-varld/nyheter-halsa-och-varld/2020/03/19-mars-lagesrapport-om-arbetet-med-det-nya-coronaviruset/> [publicerat: 2020-03-19].
- Region Stockholm (2020b). *22 mars: Lägesrapport om arbetet med det nya coronaviruset*. <https://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-varld/nyheter-halsa-och-varld/2020/03/22-mars-lagesrapport-om-arbetet-med-det-nya-coronaviruset/> [publicerat: 2020-03-22].
- Region Stockholm (2020c). *Beslut i HSN: Så ska mer planerad vård kunna ställas in*. <https://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-varld/nyheter-halsa-och-varld/2020/12/forslag-till-hsn-sa-ska-mer-planerad-varld-kunna-stallas-in/> [publicerat: 2020-12-15].
- Region Stockholm (2020d). *Elfte rapporten om sommarens vård*. <https://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-varld/nyheter-halsa-och-varld/2020/08/28-augusti-elfte-rapporten-om-sommarens-varld/> [publicerat: 2020-08-28].
- Region Stockholm (2020e). *Krislägesavtalet aktiveras i Region Stockholm*. <https://www.sll.se/nyheter-stockholms-lans-landsting/2020/04/krislagesavtalet-aktiveras-i-region-stockholm/> [publicerat: 2020-04-03].
- Region Stockholm (2020f). *Nya sätt att arbeta när vården ska komma ikapp*. <https://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-varld/nyheter-halsa-och-varld/2020/09/nya-satt-att-arbeta-nar-varden-ska-komma-ikapp/> [publicerat: 2020-09-22].
- Region Stockholm (2020g). *Prioritering av skyddsutrustning*. <https://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-varld/nyheter-halsa-och-varld/2020/03/prioritering-av-skyddsutrustning/> [publicerat: 2020-03-12].
- Region Stockholm (2020h). *Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan*. Stockholm: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.
- Region Stockholm (2020i). *Styrande regelverk för patientflöden mellan vårdgivare i region Stockholm och kommunal vårdverksamhet under pågående smittspridning av covid-19*.

- Region Stockholm (2020j). *Styrande regelverk för patientflöden mellan vårdgivare i region Stockholm under pågående smittspridning av covid-19. Reviderad 2020-05-20*. Stockholm: sjukvårdsförvaltningen, H.-o.
- Region Stockholm (2020k). *Tillfälligt beslut gällande vårdkontakter på distans m.m. inom närsjukvården med anledning av covid-19*. HSN 2020-1616. Stockholm: Hälso- och sjukvårdsnämnden,.
- Region Stockholm (2020l). *Viss planerad vård återupptas*. <https://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-varld/nyheter-halsa-och-varld/2020/05/viss-planerad-varld-aterupptas/> [publicerat: 2020-05-26].
- Region Stockholm (2020m). *Vårdgivarguiden. Krislägesavtalet aktiverades den 23 december*. <https://vardgivarguiden.se/nyheter/2020/december/krislagesavtalet-aktiverades-den-23-december/> [publicerat: 2020-12-23].
- Region Stockholm (2020n). *Ytterligare screening för cancersjukdom startar igen*. <https://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-varld/nyheter-halsa-och-varld/2020/08/ytterligare-screening-startar-igen/>. [publicerat: 2020-08-26].
- Region Stockholm (2021). *Beslut om uppskjutande av elektiv vård i Region Stockholm till följd av Covid-19 pandemin*. HSN 2020-1831. Stockholm: Hälso- och sjukvårdsnämnden.
- Region Värmland (2020a). *Begränsat tillträde till sjukhusen och vårdcentralerna* <https://www.regionvarmland.se/om-regionen/pressrum/Pressmeddelanden/2020/03/begransat-tilltrade-till-sjukhusen-och-varldcentralerna/> [publicerat: 2020-03-15].
- Region Värmland (2020b). *Förändringar för personer som söker vård*. <https://www.regionvarmland.se/om-regionen/pressrum/Pressmeddelanden/2020/03/patienter-som-soker-akutmottagningar-under-helgen-14-15-mars/> [publicerat: 2020-03-14].
- Region Östergötland (2020a). *En av de första mottagningarna för covid-19 finns på Vrinnevisjukhuset*. <https://www.regionostergotland.se/Om-regionen/Pressrum/Nyheter/en-av-de-forsta-mottagningarna-for-covid-19-finns-pa-vrinnevisjukhuset/> [publicerat: 2020-12-17].
- Region Östergötland (2020b). *Fortsatt stärkt beredskap kring coronaviruset*. <https://www.regionostergotland.se/Om-regionen/Pressrum/Nyheter/fortsatt-starkt-beredskap-kring-coronaviruset/> [publicerat: 2020-03-16].
- Region Östergötland (2020c). *Stor intresse från läkarstudenter att stötta 1177*. <https://www.regionostergotland.se/Om-regionen/Pressrum/Nyheter/stor-intresse-fran-lakarstudenter-att-stotta-1177/> [publicerat: 2020-03-19].
- Region Östergötland (2020d). *Tveka inte att söka akut*. <https://www.regionostergotland.se/Om-regionen/Pressrum/Nyheter/tveka-inte-att-soka-akut/> [publicerat: 2020-04-14].

- SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2019). *Clinical frailty scale för bedömning av vårdnivå och vårdtyngd hos äldre personer*. SBU 2019/269 . Svar från SBU:s upplysningstjänst.
- SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2020). *Långvariga symtom vid covid-19*. Stockholm: SBU.
- Siegel, L. M., Clifford Attkisson, C., Carson, L. G. (1978). Need identification and program planning in the community context. I Attkisson, C., Hargreaves, W. A., Horowitz, M. J., Sorensen, J. E. (red.) *Evaluation of Human Service Programs*. New York: Academic Press.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2014). *Förteckning för den planerade specialiserade vårdens rapportering till den nationella väntetidsdatabasen. Version 2016:2*.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018). *Verksamhetsindelning VI 2000. Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner, januari 2018*. Stockholm: Sveriges kommuner och Landsting.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020a). *Nationell patientenkät. Primärvård 2020*. <https://patientenkät.se/sv/resultat/Prim%C3%A4rv%C3%A5rd/2020> [hämtat: 2021-04-19].
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020b). *Pandemin och hälso- och sjukvården. Läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården med anledning av covid-19*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020c). *Redogörelsetext för Krislägesavtalet*.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020d). *Regionerna etablerar nytt system för personallån i kris*. <https://skr.se/tjanster/press/nyheter/nyhetsarkiv/regionernaetablerarnyttssystemforpersonallanikris.34520.html> [publicerat: 2020-10-15].
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020e). *Samverkan och förnyelse - En spaning över omställningen i hälso- och sjukvården under fem månader med corona*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021a). *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2020. Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021b). *Skyddsutrustning med anledning av covid-19*. <https://skr.se/covid19ochdetnyacoronaviruset/halsoochsjukvard/skyddsutrustning.32595.html#5.5cbea2ce17188358d6f59abc> [hämtat: 2021-03-15].

- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (utan årtal). *Vad mäts och visas på webbplatsen - specialiserad vård*. <https://www.vantetider.se/veta-mer/Vad-mats-och-visas/specialiserad-varld/> [hämtat: 2020-11-24].
- Socialdepartementet (2019). *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*. S2019/05300/FS. Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet (2020a). *Ersättning för digital vård inom nationella taxan förlängs*. <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2020/12/ersattning-for-digital-varld-inom-nationella-taxan-forlangts> [publicerat: 20201210].
- Socialdepartementet (2020b). *Socialstyrelsen blir nationell inköpscentral för sjukvårdsmateriel, skyddsutrustning och viss medicinteknisk utrustning*. <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2020/03/socialstyrelsen-blir-nationell-inkopscentral-for-sjukvardsmateriel-skyddsutrustning-och-viss-medicinteknisk-utrustning/> [publicerat: 20200314].
- Socialdepartementet (2020c). *Uppdrag att inrätta en samordningsfunktion för intensivvårdplatser*. S2020/01849/FS (delvis). Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet (2020d). *Uppdrag att på nationell nivå säkra tillgången till medicinteknisk utrustning m.m. som behövs i vården till följd av spridningen av covid-19* S2020/02443/FS (delvis). Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet (2020e). *Uppdrag att ta fram en processmodell för rehabiliteringsinsatser för patienter med långvariga komplikationer efter covid-19*. S2020/06720/FS (delvis). Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet (2020f). *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*. S2020/09780. Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialstyrelsen (2014). *Screening för bröstcancer - Rekommendation och bedömningsunderlag*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2018). *Kapaciteten i sjukvården – att hantera kritiska lägen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2019). *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020a). *Analys av första covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020b). *Analys av hur patienter besöker somatiska akutmottagningar under och efter första covid-19-vågen*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2020c). *Covid-19 har påverkat vårdkontakter, operationer och väntetider* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020d). *Covid-19 pandemins påverkan på screeningverksamheter inom cancerområdet*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020e). *Effekter av covid-19 på läkemedelsanvändningen* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020f). *Färre söker vård på psykiatrisk akutmottagning under coronapandemin*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020g). *Inriktning och samordning inom hälso- och sjukvården vid särskild händelse*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020h). *Lägesrapporter, samordning och övriga uppdrag med anledning av covid-19*. <https://www.socialstyrelsen.se/coronavirus-covid-19/socialstyrelsens-roll-och-uppdrag/> [hämtat: 2021-03-15].
- Socialstyrelsen (2020i). *Nationella principer för prioritering av rutinsjukvård under covid-19-pandemin. Kunskapsstöd för att utveckla regionala och lokala riktlinjer*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020j). *Nationella principer för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020k). *Psykiatriska akutmottagningar har fortfarande färre besök men samtidigt fler inläggningar under coronapandemin*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020l). *Psykiatriska tillstånd och psykofarmaka under coronapandemin*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020m). *Rehabilitering i samband med covid-19 i primärvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020n). *Socialstyrelsens plan inför eventuella nya utbrott av covid-19*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020o). *Uppdatering av tidigare rapport gällande identifiering av riskgrupper som löper störst risk att drabbas av ett särskilt allvarligt sjukdomsförlopp vid insjuknande i covid-19*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020p). *Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020. Regionernas inrapportering av primärvårdsdata till den nationella väntetidsdatabasen. Delrapport december 2020*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2021a). *Analys av första och andra covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2021b). *Postcovid – stöd till personal och beslutsfattare i hälso- och sjukvården (del 1)*.
- Socialstyrelsen (2021c). *Uppdrag att löpande se över och vid behov uppdatera sammanställningen över de identifierade grupperna som löper störst risk att drabbas av särskilt allvarlig sjukdomsutveckling vid insjuknande i covid-19 (S2021/00825 delvis)*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2021d). *Årsredovisning 2020*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sophiahemmet (2020). *Sjukvårdsutbildning för permitterad personal*. <https://sjukhus.sophiahemmet.se/press/sjukvardsutbildning-for-permitterad-personal/> [publicerat: 2020-03-18].
- SOS Alarm (2020). *Hög belastning på informationsnumret 113 13*. <https://www.sosalarm.se/pressrum/pressmeddelanden/2020/hog-belastning-pa-informationsnumret-113-13/> [publicerat: 2020-03-12].
- SOU (2020:23). *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SPOR (2020). *Årsrapport SPOR 2019*.
- Statskontoret (2020). *Förvaltningsmodellen under coronapandemin*. Stockholm: Statskontoret.
- Sveriges Radio (2020). *Viruset kan leda till materialbrist i vården*. <https://sverigesradio.se/artikel/7408590> [publicerat: 2020-02-15].
- Tinghög, G., Sandman, L. (2013). Centrala begrepp vid prioriteringar. I Carlsson, P., Waldau, S. (red.) *Att välja rättvist. Om prioriteringar i hälso- och sjukvården*. Lund: Studentlitteratur.
- Transportstyrelsen (2021). *Få omkomna i vägtrafiken 2020*. <https://transportstyrelsen.se/sv/Nyhetsarkiv/2021/fa-omkomna-i-vagtrafiken-2020/> [hämtat: 2021-02-01].
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015). *Varierande väntan på vård. Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017). *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019). *Med örat mot marken. Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Del 1: Angreppssätt och utgångspunkter*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020a). *Styra mot horisonten*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020b).
Tre perspektiv på digitala vårdbesök. Befolkningens, patienternas och vårdpersonalens uppfattningar. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdföretagarna (2021). *Vårdskulden - operationer/åtgärder inom specialiserad vård. Summering av riket och regioner för perioden mars till och med december 2020.*
- Zaremba, M. (2020). Varför fick de äldre dö utan läkarvård? *Dagens Nyheter*, 2020-10-13.



BILAGA 1 – URVAL AV REGIONER

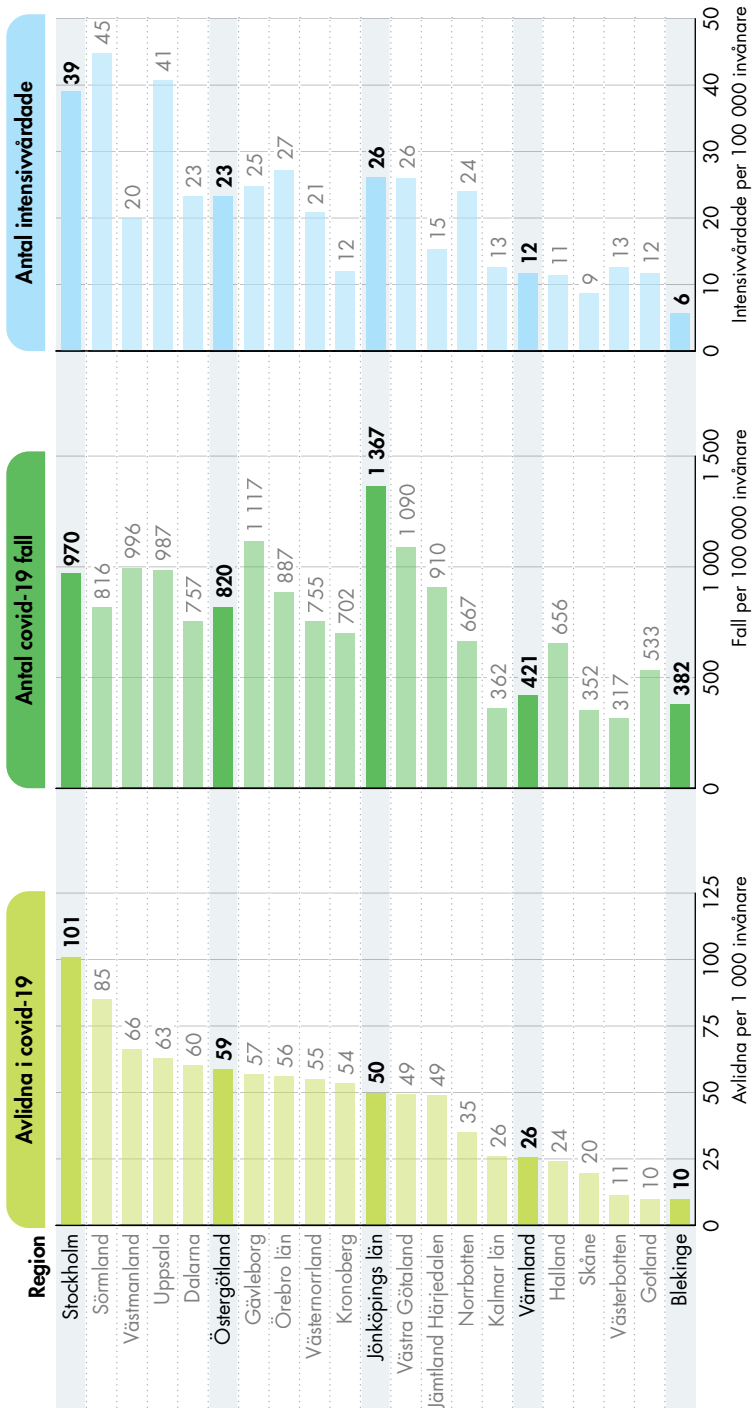
Syftet med den här rapporten är att teckna en övergripande bild av de vårdkonsumtionsförändringar som ägt rum till följd av pandemin under 2020. För att uppfylla syftet har vi bland annat utgått från hur regionerna har agerat under pandemin. För att avgränsa arbetet har vi valt ut fem regioner som vi fokuserar på. Valet av regioner skedde med bakgrund i hur hårt de drabbats av pandemin sett till det kumulativa antalet avlidna med covid-19 fram till september 2020. Detta för att fånga eventuella skillnader i både vårdutbuds- och vårdefterfrågeförändringar beroende på hur pandemin utvecklats. De regioner som valdes ut var Blekinge, Jönköping, Stockholm, Värmland och Östergötland.

Figur 58 redovisar antal avlidna, antal fall och antal intensivvårdare på grund av covid-19 i regionerna. Stockholm hade flest kumulativt antal avlidna i covid-19, totalt 101 personer per 100 000 invånare. Lågst antal avlidna hade Blekinge med 10 personer per 100 000 invånare.

Vi är medvetna om att smittläget har förändrats sedan september 2020, men vår uppfattning är att de valda regionerna kan representera olika stadier i det smittläge som rådde under hösten 2020.



Figur 58. Avlidna, antal fall och antal intensivvårdade på grund av covid-19 i regionerna fram till september 2020



Not. Sammanställningen avser fram till september 2020.

BILAGA 2 – URVAL AV SPECIALITETER OCH OPERATIONER I VÄNTETIDSDATABASEN

Specialiteter som ingår i uppföljningen av besöksgaranti inom den specialiserade vården

Allergisjukvård	Kärlkirurgi
Allmän internmedicin	Lungsjukvård
Allmän kirurgi	Mag- och tarmsjukvård
Allmän psykiatri	Neurokirurgi
Barn- och ungdomsmedicin	Neurologi
Barn- och ungdomspsykiatri	Njurmedicin
Cancersjukvård	Ortopedi
Endokrinologi	Plastikkirurgi
Handkirurgi	Reumatisk sjukvård
Hematologi	Specialiserad smärtmottagning
Hjärtsjukvård	Urologi
Hudsjukvård	Ögonsjukvård
Kvinnosjukvård	Öron-näsa-halssjukvård

Operationer och åtgärder som ingår i uppföljningen av behandlingsgarantin

Ablationer	Knäled (protes)
Armbåge och underarm, borttag av spik, skruv, platta	Knäledsartroskopi
Axelled, borttag av spik, skruv, platta	Knäled och underben, borttag av spik, skruv, platta
Axelled (protes)	Knäled, protesbyte
Axelinstabilitet	Korsband i knä
Axel eller skuldra, vid smärta	Kotförskjutning (segmentell smärta)
Brösthöjningsminskning, inte kosmetisk	Kotpelare och nacke, borttag av spik, skruv, platta
Bröstateruppbyggnad efter tumör	Kranskäril
Bäcken, borttag av spik, skruv, platta	Kärlkirurgi övriga
Diskbräck i halsryggrad	Livmoder, borttagande
Diskbräck i ländryggrad	Ljumsbräck
Elkonvertering	Magsäck eller tarm vid övervikt

(forts.)

Operationer och åtgärder som ingår i uppföljningen av behandlingsgarantin

Finger, krokande (Dupuytren's)	Mellanöredränage
Fotled och fot, borttag av spik, skruv, platta	Navelbräck
Framfall	Njur- och uretärsten, stötvågsbehandling
Förhudsförträngning	Näsa, polyper
Gallsten	Nässkiljevägg, plastik
Grå starr	Prostataförstoring
Halsmandeloperation	Pungbräck, vattenbräck (hydrocele testis)
Hand, nervinklämning (karpaltunnel)	Rotkanalförträngning i ländryggrad
Hand, sjukdom i ledhinna eller sena	Skelning
Hand- eller handledsreumatism	Sköldkörteloperation
Handled och hand, borttag av spik, skruv, platta	Testikel, inte nedstigen
Hjärtklaff eller kroppspulsåder	Tumbasförslitning (artros)
Hudtumörer, godartade inkl bascellscancer	Tår, Hallus valgus/rigidis, hammartå
Hängbuk, plastik	Urinläckage hos kvinnor
Höftled (protes)	Åderbräck, ej kosmetiska
Höftled, protesbyte	Ändtarmssjukdom
Höftled och lår, borttag av spik, skruv, platta	Ärrbräck
Hörselbättrande operation	

BILAGA 3 – ENKÄT

BAKGRUNDSFRÅGOR

1. Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?

- Mycket bra
- Bra
- Någorlunda
- Dåligt
- Mycket dåligt

VÅRD FÖR COVID-19 UNDER PANDEMIN

2. Tillhör du en riskgrupp för covid-19?

- Ja, jag vet att jag tillhör en riskgrupp
- Ja, jag tror att jag tillhör en riskgrupp
- Nej, jag tillhör inte en riskgrupp
- Vet inte

3. Har du testat dig för pågående covid-19 (test för att se om dina symptom var covid-19)?

- Ja, flera gånger
- Ja, en gång
- Nej

4. Har du testat dig för antikroppar mot covid-19 (test för att se om du tidigare haft covid-19)?

- Ja, flera gånger
 - Ja, en gång
 - Nej
-

5. Har du haft covid-19?

- Ja, fastställt genom testning
- Ja, bedömt av hälso- och sjukvårdspersonal, men inte fastställt genom testning
- Ja, jag misstänker det, men inte bedömt av hälso- och sjukvårdspersonal eller fastställt genom testning
- Nej, troligen inte
- Vet inte

Om ja vidare till fråga 6
Annars vidare till fråga 10

6. Hur upplevde du dina sjukdomsbesvär kopplat till covid-19?

- Inga besvär
- Lindriga besvär
- Måttliga besvär
- Svåra besvär

7. Har du haft behov av vård för covid-19

- Ja
- Nej

Om ja vidare till fråga 8
Annars vidare till fråga 10

8. Har du fått vård för covid-19 eller misstänkt covid-19?

Du kan ange flera svar!

- Ja, inlagd på sjukhus
- Ja, vårdbesök på vårdcentral eller sjukhus
- Ja, digitalt vårdbesök (videosamtal på en dator, surfplatta eller smartphone)
- Nej

9. Som helhet, bedömer du att du har fått den vård du behövt för covid-19 under pandemin?

- Helt och hållet
- Till stor del
- Till viss del
- Inte alls

10. Har du några långvariga hälsobesvär, sjukdomar eller funktionsnedsättningar?

Du kan ange flera svar!

- Astma eller kroniskt lungproblem (t.ex. kronisk bronkit, emfysem eller KOL)
- Cancer
- Diabetes
- Andra endokrina sjukdomar (t.ex. sköldkörtelinflammation)
- Funktionsnedsättning
- Hjärtsjukdom
- Högt blodtryck
- Ledsjukdom (t.ex. artrit, ledinflammation, ledgångsreumatism eller artros)
- Neurologisk sjukdom (t.ex. multipel skleros, parkinson eller epilepsi)
- Psykisk sjukdom (t.ex. depression, ångest, ätstörning eller bipolär sjukdom)
- Utmattningssyndrom
- Annan långvarig sjukdom, Vilken? _____
- Nej, inget långvarigt hälsobesvär, ingen sjukdom eller funktionsnedsättning

Om något långvarigt hälsobesvär, sjukdom eller funktionsnedsättning vidare till fråga 11

Annars vidare till fråga 15

LÅNGVARIGA HÄLSOBESVÄR, SJUKDOMAR ELLER FUNKTIONSNEDSÄTTNINGAR

11. Hur upplever du dina besvär kopplat till dessa långvariga hälsobesvär, sjukdomar eller funktionsnedsättningar?

- Inga besvär
 - Lindriga besvär
 - Måttliga besvär
 - Svåra besvär
-

12. Har du under pandemin haft behov av vård för dessa långvariga hälsobesvär, sjukdomar eller funktionsnedsättningar?

- Inget vårdbehov
- Vårdbehov vid enstaka tillfälle
- Vårdbehov minst en gång i månaden
- Vårdbehov minst en gång i veckan

Om vårdbehov vidare till fråga 13
Annars vidare till fråga 15

13. Som helhet, bedömer du att du har fått den vård du behövt för dina långvariga hälsobesvär, sjukdomar eller funktionsnedsättningar under pandemin?

- Helt och hållet
 - Till stor del
 - Till viss del
 - Inte alls
-

14. Upplever du att värden för dina långvariga hälsobesvär, sjukdomar eller funktionsnedsättningar har blivit bättre eller sämre jämfört med hur det var före pandemin?

- Betydligt bättre
- Något bättre
- Ingen skillnad
- Något sämre
- Betydligt sämre
- Kan inte bedöma

15. Har du under pandemin haft nya symtom eller akuta hälsobesvär (inte covid-19)?

Du kan ange flera svar!

- Allergi och utslag
- Andningsbesvär
- Besvär med hjärtat (t.ex. dubbelslag, ojämn hjärtrytm)
- Bröstsmärta
- Fraktur eller stukning
- Förkylningssymtom eller hosta
- Huvudvärk eller migrän
- Infektion eller inflammation (t.ex. öroninflammation, borrelia, bältros)
- Knöl eller förändring av födelsemärke
- Magproblem (t.ex. illamående, diarré, smärta)
- Psykiska besvär (t.ex. oro, nedstämdhet, sömnbesvär)
- Sår eller skada
- Tillstånd kopplat till graviditet
- Urinvägs- och tarmproblem
- Yrsel eller svimning
- Ögonbesvär eller ögonskada
- Annat, Vad? _____
- Nej, inga akuta hälsobesvär eller nya symtom

Om något nytt symptom eller akut hälsobesvär vidare till fråga 16
Annars vidare till fråga 19

NYA SYMPTOM OCH AKUTA HÄLSOBESVÄR UNDER PANDEMIN (INTE COVID-19)

16. Hur upplever du dina besvär kopplat till dessa nya symptom eller akuta hälsobesvär (inte covid-19)?

- Inga besvär
- Lindriga besvär
- Måttliga besvär
- Svåra besvär

17. Har du sökt vård eller känt att du borde söka vård för dessa nya symptom eller akuta hälsobesvär?

- Ja, flera gånger
- Ja, en gång
- Nej

Om ja vidare till fråga 18
Annars vidare till fråga 19

18. Som helhet, bedömer du att du har fått den vård som du behövt för dessa nya symptom eller akuta hälsobesvär?

- Helt och hållet
- Till stor del
- Till viss del
- Inte alls

FRÅGOR OM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD UNDER PANDEMIN

19. Har pandemin gjort att du själv valt att göra något av följande?

Vi ber dig svara på alla delfrågorna!

	Nej	Ja, en gång	Ja, flera gånger
Själv avbokat ett inplanerat vårdbesök	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Väntat längre än du normalt skulle göra innan du sökte vård	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Väntat längre än du normalt skulle göra innan du sökte vård	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Själv utövat egenvård i stället för vårdbesök	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Om något ja vidare till fråga 20

Annars vidare till fråga 24

20. Har du fortfarande behov av vård som du under pandemin själv avbokat, avstått från eller väntat med att söka?

Du kan ange flera svar!

- Ja, förebyggande vård och screening (t.ex. mammografi)
- Ja, nybesök
- Ja, undersökningar och provtagning
- Ja, operation eller åtgärd
- Ja, rehabilitering eller habilitering
- Ja, återbesök (kontroll eller uppföljning)
- Ja, annat, Vad? _____
- Nej

21. Bedömer du att ditt hälsotillstånd har påverkats på grund av detta?

- Mitt hälsotillstånd har blivit betydligt bättre
- Mitt hälsotillstånd har blivit något bättre
- Mitt hälsotillstånd har inte påverkats
- Mitt hälsotillstånd har blivit något sämre
- Mitt hälsotillstånd har blivit betydligt sämre
- Kan inte bedöma

Om sämre vidare till fråga 22

Annars vidare till fråga 23

22 Följdfråga om ”Min hälsa har blivit sämre” ”Min hälsa har blivit betydligt sämre”:

Beskriv gärna hur ditt hälsotillstånd har påverkats:

23. Har följande påverkat ditt val att avboka, avstå från eller vänta med att söka vård under pandemin?

Vi ber dig besvara alla delfrågorna!

	Inte påverkat	Påverkat litet	Påverkat mycket
Rädsla att smittas av covid-19 under vårdbesöket	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rädsla att smittas av covid-19 på resan till och från vårdbesöket	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rädsla att smitta andra om du hade symptom på covid-19 (t.ex. feber, hosta, snuva eller ont i halsen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ovilja att belasta vården under pandemin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Har du varit med om något av följande?*Vi ber dig besvara alla delfrågorna!*

	Nej	Ja, pga. pandemin	Ja, men inte pga. pandemin	Ja, men kan inte avgöra om det hände pga. pandemin
Har hälso- och sjukvården avbokat ett inplanerat vårdbesök eller åtgärd?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har hälso- och sjukvården senarelagt ett inplanerat vårdbesök eller åtgärd?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har hälso- och sjukvården nekat dig att få ett vårdbesök när du sökt vård?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Om något ja vidare till fråga 25

Annars vidare till fråga 28

25. Har du fortfarande behov av vård som hälso- och sjukvården under pandemin avbokat, senarelagt eller nekat dig?*Du kan ange flera svar!*

- Ja, förebyggande vård och screening (t.ex. mammografi)
- Ja, nybesök
- Ja, undersökningar och provtagning
- Ja, operation eller åtgärd
- Ja, rehabilitering eller habilitering
- Ja, återbesök (kontroll eller uppföljning)
- Ja, annat, Vad? _____
- Nej

26. Bedömer du att ditt hälsotillstånd har påverkats på grund av detta?

- Mitt hälsotillstånd har blivit betydligt bättre
- Mitt hälsotillstånd har blivit något bättre
- Mitt hälsotillstånd har inte påverkats
- Mitt hälsotillstånd har blivit något sämre
- Mitt hälsotillstånd har blivit betydligt sämre
- Kan inte bedöma

Om sämre vidare till fråga 27
Annars gå vidare till fråga 28

27. Följdfråga om ”Något sämre” eller ”Betydligt sämre”:

Beskriv gärna hur ditt hälsotillstånd har påverkats:

28. Har du känt oro för något av följande under pandemin?

Vi ber dig svara på alla delfrågorna!

	Ingen oro	Viss oro	Stor oro
Att bli allvarligt sjuk i covid-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att inte få den vård du behöver om du får covid-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att inte få den vård du behöver för annat än covid-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att inte få tillgång till förebyggande vård och screening (t.ex. mammografi) under pandemin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. Hur har du upplevt att följande har förändrats under pandemin jämfört med tidigare?

Vi ber dig svara på alla delfrågorna!

	Sämre	Ingen skillnad	Bättre	Kan inte bedöma
Möjligheten att komma i kontakt med vården	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Möjligheten att få ett vårdbesök	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Väntetiderna till besök och behandling på vårdcentral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Väntetiderna till besök på akutmottagning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Väntetiderna till besök och behandling på sjukhus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ALTERNATIV TILL MOTTAGNINGSBESÖK PÅ PLATS

30. Har du haft en vårdkontakt via telefon (telefonsamtal) för att undvika att besöka mottagningen på grund av pandemin?

Du kan ange flera svar!

- Nej
- Ja, på mitt initiativ
- Ja, på vårdens initiativ

31. Har du haft ett digitalt vårdbesök (videosamtal på en dator, surfplatta eller smartphone) för att undvika att besöka mottagningen på grund av pandemin?

Du kan ange flera svar!

- Nej
- Ja, på mitt initiativ
- Ja, på vårdens initiativ

32. Har du haft ett vårdbesök i ditt hem för att undvika att besöka mottagningen på grund av pandemin?

Du kan ange flera svar!

- Nej
- Ja, på mitt initiativ
- Ja, på vårdens initiativ

33. Har du varit i kontakt med 1177 Vårdguiden under pandemin?

Vi ber dig svara på alla delfrågorna!

	Nej	Ja, en gång	Ja, flera gånger
Ringt 1177 Vårdguidens telefonrådgivning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Läst på 1177 Vårdguidens webbsida (www.1177.se)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Om något ja vidare till fråga 34
Annars vidare till fråga 38

34. Vilken typ av råd eller information fick du från 1177 Vårdguiden?

Vi ber dig svara på alla delfrågorna!

	Ja	Nej
Råd eller information om hur du kan hantera dina hälsobesvär själv (egenvård)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Råd eller information om när eller vilken situation du behöver söka vård	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Råd eller information om vart du ska vända dig för att få vård	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Råd eller information för test av covid-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. Har du vid något tillfälle kontaktat 1177 Vårdguiden för att undvika att besöka vårdcentralen eller akutmottagningen på grund av pandemin?

- Nej
- Ja, enstaka gånger
- Ja, flera gånger

36. Har du använt 1177 Vårdguidens information eller rådgivning mer eller mindre under pandemin?

- Betydligt mer
- Något mer
- Ingen skillnad
- Något mindre
- Betydligt mindre

37. Har du haft någon typ av digitalt vårdbesök (videosamtal på en dator, surfplatta eller smartphone) under pandemin?

Du kan ange flera svar!

- Ja, med vårdcentral
- Ja, med specialistsjukvård
- Ja, med vårdtjänster på internet (till exempel Doktor.se, doktor24, Kry, Min Doktor)
- Ja, annat, Vad? _____
- Nej

Om något digitalt vårdbesök vidare till fråga 38

Annars vidare till fråga 40

38. Hade du det digitala besöket med vårdpersonal som du varit i kontakt med förut?

Om du har haft flera kontakter eller besök, tänk på det senaste.

- Nej
- Ja
- Vet inte

39. Hur upplevde du det digitala vårdbesöket?

Om du har haft flera kontakter eller besök, tänk på det senaste.

	Nej, inte alls		Ja, helt och hållet			Kan inte bedöma
	1	2	3	4	5	
Fick du det digitala besöket inom rimlig tid?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Var vårdpersonalen i det digitala besöket väl insatt i din sjukdomshistorik?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tog vårdpersonalen i det digitala besöket hänsyn till dina egna erfarenheter av din sjukdom, funktionsnedsättning eller hälsotillstånd?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bemötte vårdpersonalen i det digitala besöket dig med medkänsla och omsorg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Om du ställde frågor till personalen i det digitala besöket, fick du svar som du förstod?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gjorde vårdpersonalen i det digitala besöket dig delaktig i besluten om din vård eller behandling?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fick du i det digitala besöket tillräcklig information om din vård eller behandling?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anser du att personalen i det digitala besöket samordnade dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

40. Har du haft digitala vårdbesök före pandemin?

- Ja, flera gånger
- Ja, en gång
- Nej

41. Kan du tänka dig att ersätta vissa vårdbesök på plats med digitala besök i framtiden?

- Nej
- Ja, kanske
- Ja, absolut
- Vet inte

42. Hur har ditt förtroende för vården förändrats under pandemin?

Vi ber dig svara på alla delfrågorna

	Sämre	Ingen skillnad	Bättre	Kan inte bedöma
Förtroendet för hälso- och sjukvården som helhet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Förtroendet för 1177 Vårdguiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Förtroendet för vårdtjänster på internet (t.ex. Doktor.se, doktor24, Kry, Min Doktor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

BAKGRUNDSFRÅGOR**43. Vilken är din högsta avslutade utbildning?**

- Mindre än grundskolenivå
- Grundskola, folkskola eller motsvarande
- Gymnasium, realskola eller motsvarande
- Universitet, högskola eller kvalificerad yrkesutbildning

44. Vilken är din huvudsakliga sysselsättning?

- Arbetar
 - Arbetslös
 - Studerar
 - Pensionär
 - Sjukskriven
 - Annat
-

45. Hur många vuxna (18 år eller äldre) ingår i ditt hushåll?

- 1
 - 2
 - 3 personer eller fler
-

46. Vad är hushållets sammanlagda inkomst före skatt per månad?

Räkna med löner, pensioner, arbetslöshetsersättningar, ersättningar från Försäkringskassan, rörelseinkomster samt olika bidrag som barn-, studie- och underhållsbidrag.

- Mindre än 10 000 kr per månad
 - 10 000 kr – 19 999 kr per månad
 - 20 000 kr – 29 999 kr per månad
 - 30 000 kr – 39 999 kr per månad
 - 40 000 kr – 49 999 kr per månad
 - 50 000 kr – 59 999 kr per månad
 - 60 000 kr – 69 999 kr per månad
 - 70 000 kr – 79 999 kr per månad
 - 80 000 kr – 89 999 kr per månad
 - 90 000 kr eller mer per månad
-

47. Behöver du hjälp med hushållsarbete eller omvårdnad av t.ex. hemtjänst?

- Nej
 - Ja
-

48. Är det något som rör din vård under pandemin som du inte tycker har kommit fram i enkäten?

.....

BILAGA 4 – METODBESKRIVNING FÖR ENKÄTUNDERSÖKNINGEN

I den här bilagan redovisas en metodbeskrivning för enkätundersökningen som redovisas i kapitel 5.

Vi har använt en slumpmässigt rekryterad befolkningspanel bestående av personer i åldrarna 18 till 84 år bosatta i fem olika regioner

Personer i åldern 18 till 84 år bosatta i Stockholms, Östergötlands, Jönköpings, Blekinge och Värmlands län. Undersökningen genomfördes som en tele-SKOP undersökning där huvudurvalet består av ett urval ur SKOP:s befolkningspanel bland personer i de aktuella åldersgrupperna bosatta i Sverige. Befolkningspanelen har rekryterats slumpmässigt ur statens personadressuppgifter (SPAR). Deltagarna är alltså inte självrekryterade. I samband med undersökningen gjordes en omfattande nyrekrytering till panelen.

Urvalet stratifierades efter län, kön, utbildningsnivå och två ålderskategorier (18-34 år och 35-84 år) med överrepresentation för den yngre ålderskategorin. En förutsättning vid stratifieringen var att varje län skulle innehålla minst 300 svarande. Inom varje stratum gjordes ett obundet slumpmässigt urval.

Datainsamlingen pågick under perioden december månad 2020 till och med den 7 januari 2021.

Totalt 2 122 personer ingår i underlaget till rapporten och resultatet har viktats för att bättre representera befolkningen som helhet

Totalt svarade 2 313 personer på frågorna i undersökningen. De fick ta ställning till ett informationsbrev om förutsättningarna för undersökningen varefter de besvarade en fråga huruvida de ville delta på de i brevet angivna förutsättningarna. 191 personer lämnade inte samtycke till behandlingen av personuppgifterna och ingår därför inte undersökningen. Det gör att underlaget i rapporten består av 2 122 personer, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 23,3 procent av de som tillfrågades om att medverka i undersökningen. Tabell 2 redovisar och jämför de svarande i enkätundersökningen med befolkningen som helhet.

Svaren har poststratifierats (viktats) med avseende på län, kön, åldersgrupper (18-34 år, 35-44 år, 45-54 år, 55-64 år, 65-74 år 75-84 år) och utbildning (grundskola eller kortare, gymnasial utbildning, eftergymnasial utbildning). Totalt användes 24 viktningssgrupper. Vikterna hämtades ur SCB:s statistikdatabas över folkmängden. I SKOP:s modell för

poststratifiering ingår att tomma grupper slås samman med en närmaste åldersgrupp med konstanthållande av kön och utbildning enligt statistisk praxis.

När vi granskade vikterna för varje enskild individ beslutades att alla vikter över 9 skulle exkluderas på grund av att det annars skulle ge enskilda individer ett för stort inflytande över resultatet. Det resulterade i att totalt fyra svarande exkluderades ur dataunderlaget.

Tabell 2. Beskrivning av de svarande jämfört med befolkningen som helhet.

		Svarande	Befolkningen	Skillnad	
Kön	Kvinnor	55	50	5	
	Män	45	50	-5	
Ålder	18–34 år	17	29	-12	
	35–54 år	24	33	-9	
	55–74 år	43	29	14	
	75–84 år	15	8	7	
Kön & ålder	Kvinnor	18–34 år	11	14	-3
		35–54 år	13	17	-4
		55–74 år	24	14	10
		75–84 år	7	4	3
	Män	18–34 år	7	15	-8
		35–54 år	10	16	-6
		55–74 år	20	15	5
		75–84 år	8	4	4
Utbildning	Högst grundskola	15	15	0	
	Gymnasium	34	41	-7	
	Eftergymnasial	51	43	8	
Kön & utbildning	Kvinna	Högst grundskola	7	7	0
		Gymnasium	18	20	-2
		Eftergymnasial	30	24	6
	Män	Högst grundskola	7	8	-1
		Gymnasium	16	22	-6
		Eftergymnasial	21	20	1

Not. Uppgifterna för befolkningen är hämtade från SCB

I skuggan av covid-19

Förändringar i befolkningens vårdkonsumtion till följd av pandemin under 2020

Pandemin har medfört en svår balansgång mellan att omhänderta patienter med covid-19 och samtidigt möta befolkningens övriga vårdbehov. Hälso- och sjukvården har behövt ställa om för att ta omhänderta ett snabbt ökat antal allvarligt sjuka i covid-19. Samtidigt har många i befolkningen valt att inte söka vård för annat, trots att de skulle behöva det. Vård- och omsorgsanalys ger därför en övergripande beskrivning de vårdkonsumtionsförändringar som ägt rum till följd av pandemin under 2020. Vi fokuserar på de förändringar i vårdefterfrågan och vårdutbud som pandemin haft på annan vård än omhändertagande av sjuka i covid-19.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vi har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i våra analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

 **vård- och omsorgsanalys**

