

Pandemin och hälso- och sjukvården

LÄGET OCH UTVECKLINGEN I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN
MED ANLEDNING AV COVID-19



Sveriges
Kommuner
och Regioner

Förord

Pandemin har stor påverkan på samhället och människor såväl globalt som nationellt och lokalt. Något som är centralt i hanteringen av pandemin, och hur väl vi lyckas, är hälso- och sjukvårdens insatser. Hälso- och sjukvården befinner sig i en historisk situation som kräver stora ansträngningar för att hantera både den direkta covid-19-relaterade vården och de indirekta effekterna. En kraftig omställning har krävts för att upprätthålla sjukvården i sin helhet.

En avgörande fråga för att kunna hantera den pågående covid-19-pandemin handlar om att minska smittspridningen, för att hålla nere antalet patienter som behöver sjukhusvård. Hälso- och sjukvårdens kapacitet har satts i fokus i relation till det ökade och förändrade vårdbehovet. Under våren 2020 anpassade sig hälso- och sjukvården till de förändrade förutsättningarna på kort tid. Omställningen har krävt prioriteringar, där planerade besök och operationer har fått skjutas upp och många patienter har själva valt att inte besöka vården. När vi nu blickar tillbaka på utvecklingen och läget i sjukvården från mars till tidig höst kan vi konstatera att en stor del av vården, trots pandemins effekter, har kunnat upprätthållas och återhämtning skedde snabbt under en period med lägre smittspridning och belastning från pandemin.

Efter sommaren har mycket fokus legat på att analysera läget och konsekvenser i hälso- och sjukvårdssystemet på kort och lång sikt. Det görs med fördel lokalt, nära verksamheten, för att vara ett underlag för planering och prioriteringar utifrån befintliga vårdbehov i befolkningen. Men det finnas även ett värde i att skapa en nationell överblick av hur hälso- och sjukvårdssystemet har påverkats hittills och vad det innebär framåt.

Pandemin och hälso- och sjukvården är en fristående rapport som syftar till att skapa en bredare nationell överblick av utvecklingen och läget i hälso- och sjukvårdssystemet med anledning av covid-19, baserat på tillgängliga data från år 2020 och i jämförelser med tidigare år. Slutsatser och resonemang fördjupas med stöd i regionernas egna analyser och planer. Målet är att det ska fungera som ett kunskapsunderlag för fortsatt dialog om den hantering som krävs framåt, med lärdomar från effekterna och hanteringen fram till tidig höst.

Osäkerheten i utvecklingen av pandemin ställer regionerna inför stora utmaningar. Den fortsatta smittspridningen är förstås avgörande för hur påverkan på hela hälso- och sjukvårdssystemet kommer utvecklas. Behovet finns av att kontinuerligt följa utvecklingen och återhämtningen i systemet och att utarbeta strategier för hantering av såväl den fortsatta direkta, som den indirekta, påverkan av pandemin och upprätthållandet av den löpande hälso- och sjukvården.

Stockholm, november 2020

Fredrik Lennartsson
Avdelningschef
Avdelningen för vård och omsorg

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
Resultat i korthet	6
Pandemin och hälso- och sjukvården.....	9
Påverkan på hälso- och sjukvårdssystemet.....	10
Vårdutnyttjande och befolkningens sökmönster	13
Sjukvårdens förmåga att tillhandahålla vård under pågående pandemi.....	14
Regionernas analyser och planer	17
Lärdomar och positiva erfarenheter	18
Slutsatser från det långsiktiga tillgänglighetsarbetet.....	18
Pandemins belastning på regionernas sjukvård	21
Inskrivningar på sjukhus – variation mellan regionerna	21
Andel IVA-vårdade patienter	23
Sjukhusvårdade med covid-19 per 100 000 invånare.....	25
Vårdutnyttjande och vårdkapacitet	27
Vårdkontakter i primärvård.....	27
Läkarbesök i specialiserad vård – planerad vård.....	32
Besök på akutmottagningar	33
Planerade (icke akuta) operationer och behandlingar	37
Slutenvårdens utveckling under första halvåret 2020	40
Tillgänglighet och väntetider	45
Vårdgarantin och dess uppföljning	45
Telefontillgänglighet och bedömning i primärvård	46
Besök och operation i specialiserad vård.....	47
Antal väntande, patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan	48
Säker vård och samverkan.....	51
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	51
Överbeläggningar på sjukhus	52
Utskrivningsklara patienter på sjukhus.....	54
Återinskrivningar, läkemedel för äldre.....	55
Cancervården	57
Diagnostiserade fall av cancer under 2020.....	57
Antal canceroperationer och påbörjade strålbehandlingar	59
Cancerscreening under 2020.....	60

Utvecklingen för de standardiserade vårdförloppen	61
Primärvården	65
Samsjuklighet	65
Kontinuitet	66
Tillgänglighet och prioritering	66
Depression och ångest.....	67
Läkemedel och äldre	69
Kronisk sjukdom i primärvården	70
Kvalitet i vård vid stroke, hjärtinfarkt och diabetes.....	73
Antal fall av stroke och TIA	73
Kvalitet i vården vid TIA och stroke.....	74
Antal fall av hjärtinfarkt.....	75
Hjärtinfarktvårdens kvalitet.....	76
Diabetes	78
Diabetesvårdens kvalitet	79
Bilaga. Tillgång till data och använda datakällor.....	82
Använda datakällor.....	82

Sammanfattning

Pandemin pågår och dess utveckling kan snabbt göra dagens nulägesbilder inaktuella. Samtidigt finns det ett behov av att beskriva vilka effekter pandemin hittills har haft på hälso- och sjukvården och hur hälso- och sjukvården mött och hanterat pandemins konsekvenser. För att ge en bred och nationell överblick över utvecklingen och läget i hälso- och sjukvården är det främst vårens och den tidiga höstens erfarenheter vi har att luta oss mot.

Under perioden mars till och med maj år 2020 ledde pandemin till att olika vårdaktiviteter och kontakter minskade betydligt, inte bara de som avsåg planerade besök och behandlingar, utan även delar av den oplanerade vården. Därefter skedde en återhämtning fram till i början av hösten, under en period av lägre smittspridning.

Smittspridningen ökar nu och det är viktigt att markera att vården står inför stora utmaningar med tilltagande vårdbehov pga covid-19, rehabiliteringsbehov för de som varit covid-19 sjuka hittills, upprätthållandet av den ordinarie vården och hantering av den vård som behövts skjutits upp. Utmaningar som vården stått inför sedan tidigare har förstärks under pandemin, och en hel del patienter får inte vård i den tid man förväntar sig och under vanliga omständigheter skulle ha fått.

En kraftig omställning har krävts i samtliga regioner, men belastning på sjukvården har hittills slagit olika. Det ger olika förutsättningar och utgångspunkter för den fortsatta hanteringen under pandemin och effekterna av den – så som vård som har behövt skjutas fram och uppdämda och nya vårdbehov som har skapats i befolkningen.

Denna rapport syftar till att visa hur hälso- och sjukvårdssystemet i stort har påverkats under våren och fram till tidig höst, och hur den trots allt har kunnat möta och hantera effekterna av pandemin. En överblick av konsekvenser och lärdomar hittills är ett viktigt underlag för dialog om hanteringen framåt.

Resultat i korthet

Baserat på sammanställningar från olika nationella datakällor kan man konstatera följande avseende utvecklingen i hälso- och sjukvården under första halvåret 2020 och fram till början av tidig höst;

- **Hög omställningsförmåga.** En dubblerad intensivvårdskapacitet för att möta det ökade vårdbehovet. Från drygt 500 till 1100 platser med respirator. Närmare 300 platser hade saknats utan denna insats. En annan del är nya prioriteringar och förändrat vårdutbud – framförallt minskning av den planerade sjukvårdsverksamheten för att frigöra resurser. Där bland annat personal temporärt fick nya uppgifter.

- **Upprätthållande av vård.** Trots behov av kraftig omställning med fokus på akut omhändertagande och patienter med covid-19 så har stor del av vården kunnat upprätthållas. De planerade operationerna och behandlingarna minskade snabbt under våren, innan en återhämtning skedde. Till och med augusti var minskningen cirka 20 procent, jämfört med 2019. Det innebär att regionerna trots den pågående pandemin lyckats upprätthålla en närmare 80 procentig produktion av planerade operationer och behandlingar, jämfört med 2019 under motsvarande period. I början av oktober utfördes cirka 90 procent av den operationsvolym som gällde i början av året.
- **Snabb återhämtning.** Vården har snabbt kunnat återhämta sin verksamhet till ett läge nära det normala, under den period som smittspridningen var lägre. Antalet läkarbesök inom specialiserad vård minskade med 36 procent i april 2020, jämfört med 2019. I augusti var skillnaden endast 9 procent, jämfört med motsvarande månad föregående år. För återbesök i primärvård återfinns samma mönster. Skillnaden var som störst 38 procent mot föregående år, i augusti var motsvarande siffra 14 procent.
- **Ändrade sökmönster och minskad vårdkonsumtion.** Fysiska vårdkontakter minskade, både på sjukhusens akutmottagningar, i primärvård och i specialiserad vård, medan hembesök och distanskontakter ökade, både för regioners digitala tjänster och de från renodlat digitala vårdgivare. Akutmottagningsbesöken minskade som mest i april månad, då de var 30 procent lägre än motsvarande månad tidigare år. Skillnaderna minskade därefter, men ännu i juli var akutmottagningsbesöken cirka 15 procent lägre. De fysiska mottagningsbesöken i primärvården minskade med hela 36 procent under de fem första månaderna av året, men för det totala antalet vårdkontakter i primärvården var minskningen 20 procent. Antalet slutenvårdstillfällen, både planerade och oplanerade, minskade med 11 procent av olika orsaker och med variation mellan olika diagnosgrupper.
- **Snabbt och bra omhändertagande av prioriterade grupper.** Patienter med prioriterat vårdbehov har fått ett snabbt omhändertagande och vården håller fortsatt hög kvalitet, sett till några etablerade kvalitetsmått för större diagnosgrupper. Det akuta omhändertagandet för stora diagnosgrupper så som stroke och hjärtinfarkt håller fortsatt god kvalitet. Andelen patienter som når ledtidsmålet för SVF har ökat. För primärvården visar olika uppgifter att patienter med kronisk sjukdom i hög grad fick återbesök och att patienter med nydiagnostiserad ångest eller depression fick återbesök eller kontakt i samma utsträckning som tidigare. Antalet utskrivningsklara patienter på sjukhus har minskat påtagligt och vårdplatser kunnat frigöras. Detta gäller patienter med stort förväntat omsorgsbehov, som är en högt prioriterad grupp.

- **Viktigt att identifiera vårdbehov som inte har kunnat tillgodoses.** Vissa vårdbehov inom befolkningen har fått stå tillbaka eller inte upptäckts. Inom cancervården har färre individer utretts inom SVF och färre har påbörjat behandling. Färre kvinnor har deltagit i screening för livmoderhalscancer. Färre har remitterats från primärvård till specialiserad vård. Färre patienter har kunnat opereras eller har fått vänta längre på behandling. Det krävs lokala lösningar, patientkännedom och förmåga att arbeta med hela vårdkedjan för att hantera nya och uppdämda vårdbehov samt den uppskjutna vården.

Rapporten inleds med ett sammanfattande diskussionskapitel gällande *Pandemin och hälso- och sjukvården*. Avsnittet syftar till att lyfta fram slutsatser och fördjupa resonemangen i relation till de efterföljande tematiska kapitlen av mer beskrivande karaktär utifrån data under 2020.

Använda datakällor, och motiv för deras användning, beskrivs i *bilaga 1*.

Pandemin och hälso- och sjukvården

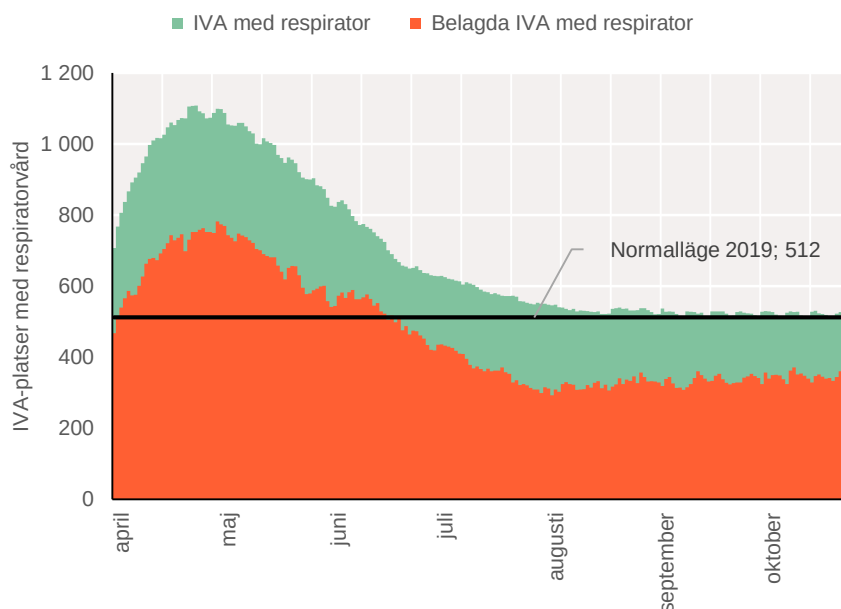
I en kris som är så långvarig som covid-19-pandemin måste hanteringen och lärandet pågå parallellt. Vi befinner oss i en situation där vi behöver beskriva vilka effekter pandemin har på hälso- och sjukvården och hur hälso- och sjukvården möter och hanterar pandemins konsekvenser samtidigt som den fortfarande pågår. Den här rapporten är alltså inte att se som en slutsummering utan en beskrivning av utvecklingen hittills.

Den ökade smittspridning vi nu ser gör att tolkningen av läget snabbt ändras, samtidigt som beskrivningen av utvecklingen fram till i början av hösten blir viktig för att förstå hur pandemin påverkat vården och hur vården mött pandemin. Vi ser nu åter ett ökat vårdbehov på grund av covid-19, både intensivvård och annan inneliggande vård på sjukhus. Samtidigt vidtas omfattande smittskyddsåtgärder runt om i landet för att bryta den ökade smittspridningen, lokala allmänna råd anpassade efter regionala behov och en mycket kraftigt utbyggd testkapacitet står nu till förfogande. Hälso- och sjukvården har nu också tillgång till hela det lärande som snabbt byggts upp globalt om hur denna nya sjukdom ska behandlas på bästa möjliga sätt och vilken rehabilitering patienter som vårdats länge för covid-19 kan behöva.

Vi behöver synliggöra pandemins konsekvenser för hela hälso- och sjukvården för att bygga förståelsen för vart svensk hälso- och sjukvård befinner sig just nu och hur pandemins konsekvenser ska hanteras.

För att kunna förstå pandemins påverkan på hälso- och sjukvården behöver vi utgå ifrån den enorma omställning hälso- och sjukvården varit tvungen att göra för att möta det mycket kraftigt ökade vårdbehovet som covid-19 orsakat. Det mest illustrativa sättet att beskriva denna omställning är tillgången till intensivvård i Sverige. Under 2019 var normaltillgången (medelvärde under tertial 1 och 3) på intensivvårdsplatser med respirator sammanlagt 512 stycken i Sverige. Under våren 2020 vårdades som mest cirka 560 patienter samtidigt inom svensk intensivvård för covid-19, totalt fick närmare 800 patienter intensivvård samtidigt när belastningen var som störst. Kapaciteten var som mest strax över 1100 omedelbart beläggningsbara intensivvårdsplatser med respirator. Det vill säga mer än dubbelt så många intensivvårdsplatser som Sverige normalt har tillgång till och det fanns då en kapacitet att eskalera antalet ytterligare. Utan den omställning som gjordes under våren hade närmare var tredje patient som intensivvårdades med tillgång till respirator under den mest intensiva delen av vårens covid-19 utbrott inte kunnat få tillgång till denna livsavgörande vård. Det är med avstamp i denna vetenskap vi beskriver hur pandemin hittills påverkat hälso- och sjukvårdssystemet i stort.

Diagram 1 Totalt antal tillgängliga och belagda respiratorsplatser i Riket samt normalläge 2019



Källa: Svenska intensivvårdsregistret (SIR)

Påverkan på hälso- och sjukvårdssystemet

Spridningen av covid-19 och det direkta vårdbehovet sjukdomen under vårens utbrott givit upphov till har slagit mycket olika över landet. Alla regioner behövde inledningsvis skapa beredskap genom att ställa om för att möta ett potentiellt mycket kraftigt ökat vårdbehov – denna beredskapskostnad fick alla regioner oaktat faktisk smittspridning. Ingen kunde fullt ut förutse hur vårens covid-19-utbrott skulle komma att påverka den egna regionen, lika lite som regionerna exakt kan förutspå hur den ökande smittspridningen vi nu ser kommer att utvecklas. Den beredskap som fått byggas i alla regioner och som inte alltid behövt realiseras påverkar självklart vårdens totala kapacitet och måste beaktas när pandemins konsekvenser beskrivs. Både det faktiska och det befarade vårdbehovet måste beaktas.

Vårdbehovet varierade under våren från 47 till 313 slutenvårdade patienter per 100 000 invånare i regionerna. Region Stockholm och Region Sörmland är de regioner som vårdat flest patienter för covid-19 i relation till sin befolkning. Skillnaden i vårdbehov innebär att regionernas förutsättningar att upprätthålla den ordinarie hälso- och sjukvården under vårens omfattande covid-19-utbrott också skilt sig åt. Detta innebär i sin tur att regionerna nu har olika förutsättningar när smittspridningen åter tar fart med ökande vårdbehov, samtidigt som tidigare covid-19 patienter med stora rehabiliteringsbehov och patienter med andra vårdbehov som inte kunnat tillgodoses under våren nu också behöver tas om hand.

Den vård som fått skjutas fram kommer behöva omhändertas på olika sätt och i olika takt beroende på hur pandemin och det akuta vårdbehovet fortsatt utvecklar sig. Hur den uppskjutna vården och det uppdämda vårdbehovet kommer att kunna hanteras påverkas även av vilken beredskap som behövs, beslut om olika former av restriktioner och hur benägenheten att söka vård utvecklas. En solidarisk hantering av kommande ökande intensivvårdsbehov med anledning av covid-19 är en gemensam strategi för att möjliggöra upprätthållandet av planerad vård i så stor utsträckning som möjligt i hela landet. Varje flytt av en intensivvårdskrävande patient måste självklart utgå från de individuella förutsättningarna för patienten.

I denna rapport visar vi hur vårdbehovet, befolkningens sökmönster, vårdkonsumtionen och vårdproduktionen påtagligt förändrades under våren 2020. Den största minskningen av vårdaktiviteter skedde under perioden mars-maj. Kopplingen mellan antal vårdkontakter och kvalitet är dock komplex. Redan före pandemin fanns det stora variationer mellan regionernas befolkningar vad gäller hur många läkarbesök och andra vårdkontakter i öppen vård som genomfördes. Det finns inget givet svar på vilken nivå som bäst motsvarar en given befolknings behov varför det är svårt att värdera effekterna av en minskning, speciellt om den kan förmodas vara temporär.

Ett specifikt exempel på förändrade sökmönster är antalet akutmottagningsbesök på sjukhus som i april var 30 procent lägre än föregående år. Mottagningsbesöken i primärvården minskade också under våren och sjönk under perioden januari till maj med 36 procent. En större vårdproduktion upprätthölls dock i primärvården genom ökade digitala kontakter, hembesök, telefon och brevkontakter, vilket innebär att vårdgarantiuppfyllelsen i primärvården trots allt inte påverkats. De fyra största digitala vårdgivarna redovisar att antalet digitala vårdmöten sammantaget, redan från februari till mars 2020, ökade med drygt 60 procent. Samtidigt visar flera regioner att de utökat sina digitala besök både inom primärvården och den specialiserade vården.

Under sommaren har situationen i många delar av landet varit mer normal och till vissa delar bättre än normalt exempelvis avseende tillgången till vårdplatser. Överbeläggningarna minskade kraftigt och tack vare ett utvecklat samarbete mellan regioner och kommuner har färre utskrivningsklara patienter behövt ligga kvar på sjukhus, vilket frigjort vårdplatser till patienter med större behov. Stora delar av vården återgick under sommaren till för perioden normal verksamhet och produktion. Regionerna har parallellt mött utmaningen att säkerställa personalens återhämtning och samtidigt snabbt återgå till normal produktion. Den ökade smittspridningen vi nu ser kommer att påverka hälso- och sjukvårdens återhämtning. Hur omfattande påverkan blir avgörs av omfattningen på smittspridningen och hur stort det ökade vårdbehovet blir, samtidigt är verksamheterna bättre rustade genom ökad samverkan och erfarenhet.

Under våren har pandemin inneburit ett ökat vårdbehov för att hantera de patienter som drabbats av covid-19. Framför allt för de som varit så sjuka att de behövde sjukhusvård och intensivvård. När vi beskriver den direkta påverkan på sjukvården behöver vi, förutom sjukhusvårdade covid-19 patienter, också beakta det ökade behovet av rådgivning via 1177 Vårdguiden och primärvården med fokus på covid-19, insatser i hemmet och i särskilda boenden för patienter som inte behövt sjukhusvård och det ökade behovet av rehabilitering. Regioner har även behövt bygga upp en mycket omfattande testning för covid-19.

I ljuset av hälso- och sjukvårdens samlade slutenvårdskapacitet kan den tillkommande belastningen från patienter med covid-19 se sig liten när man ser till antalet patienter, men påfrestningen och effekten har varit och är fortsatt stor. 2019 sjukhusvårdades enligt Socialstyrelsens patientregister knappt 870 000 personer, som tillsammans svarade för 1,4 miljoner slutenvårdstillfällena och närmare 7,4 miljoner vård dagar vid sjukhus. I slutet av oktober hade cirka 23 000 patienter med covid-19 varit inskrivna på sjukhus, vilket utgör en liten andel av det antal personer som brukar slutenvårdas under en tiomånadersperiod. Men påfrestningen från pandemin är större än jämförelsen ovan antyder, av flera skäl.

Det samlade intensivvårdsbehovet till följd av covid-19 är det mest påtagliga skälet, där andra verksamheter fått prioriteras om för att möjliggöra den omfattande kapacitetsökningen som det ökade vårdbehovet till följd av covid-19 krävt. I början av november hade drygt 2800 patienter behövt intensivvård pga. covid-19. Prioriteringar har krävts för att frigöra personal men också för att frigöra ändamålsenliga lokaler, läkemedel och andra resurser under våren 2020. Det måste också beaktas att de covid-19-patienter som intensivvårdats, jämfört med andra intensivvårdspatienter, haft mycket långa vårdtider. Medianvårdtiden för de covid-19 patienter som någon gång under vårdtiden krävt intensivvård är totalt 26 dygn. Sjukdomen i sig i kombination med de långa vårdtiderna bidrar till stora rehabiliteringsbehov, vilket i sin tur innebär att det totala vårdbehovet per intensivvårdad covid-19-patient är större än för andra intensivvårdade patienter.

Det ökade behovet av intensivvård ska också ses i ljuset av att slutenvården under 2019 uppvisade tecken på vårdplatsknapphet. Under 2019 fanns det i Sverige cirka 17 000 somatiska vårdplatser, varav knappt 500 utgjordes av IVA-platser vid ingången av 2020. Den samlade somatiska slutenvårdplatskapaciteten har de senaste åren varit hårt ansträngd, med ett ökande antal överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter. En trend som inte var bruten i början av 2020. Därför var, allt annat lika, marginalerna små när behovet av sjukhusvård för covid-19 patienter under senvintern ökade.

Att covid-19 är en samhällsfarlig smittsam sjukdom innebar att nya rutiner behövde etableras inom hela hälso- och sjukvården för att möta misstänkt och verifierat covid-19-sjuka patienter, både för att skydda personal och patienter. Periodvis har risken för smittspridningen inom vården inneburit att patienter i riskgrupper avråts från vissa kontakter, utredningar och ingrepp. Avvägningar

som löpande fått göras i alla verksamheter och som fått balanseras mot vårdbehovet och möjligheten till alternativa lösningar för vårdkontakter som bland annat hemmonitorering, mobila team och digitala återbesök inom den specialiserade vården. Tillgången till skyddsutrustning, medicintekniska produkter och läkemedel har också påverkat vårdkapaciteten under den pågående pandemin.

Den pågående covid-19-pandemin påverkar hela samhället och är en händelse som helt saknar motsvarighet i modern tid, något vi måste beakta när vi beskriver och analyserar hur pandemin påverkat och fortsatt påverkar hälso- och sjukvården.

Vårdutnyttjande och befolkningens sökmönster

Restriktioner och rekommendationer för olika riskgrupper och invånares förståelse för hälso- och sjukvårdens belastning och begränsning förändrade både sökmönster och vårdkonsumtion under våren. Ett förändrat sökmönster med färre patienter som söker vård kan vara positivt om det innebär att patienter i större utsträckning vid milda symtom, med stöd av rådgivning, kan tillämpa egenvård och att vi för självläkande tillstånd och övergående symtom ser en minskad vårdkonsumtion. Att stärka egenvården på detta sätt är en målsättning i utvecklingen av den nära vården. Ökningen av digitala vårdbesök som både regioner och privata digitala vårdgivare rapporterat under våren skulle kunna indikera att patienter som annars sökt på akutmottagningar eller på primärvårdsmottagningar nu istället sökt vård digitalt. Varken första gångs besöken i primärvården eller besöken på sjukhusens akutmottagningar återgick till tidigare nivåer under sommaren och början av hösten, det är dock för tidigt att spekulera i om vi ser ett mer permanent skifte i befolkningens sökmönster.

Det kan också finnas andra orsaker än pandemin som påverkar sökmönstren, så som satsningar på närakuter eller förändrat öppethållande i primärvårdens jourverksamhet, ökad tillgång till digitala vård alternativ och ökad kapacitet hos 1177 Vårdguiden kan också ha påverkat.

Det finns en risk att det förändrade sökmönstret är en effekt av att patienter också undviker att söka sig till vården för tillstånd där en snabbt utredning och behandling är nödvändig för att undvika svårare sjuklighet och risk för ökad dödlighet både i akuta och mer långvariga tillstånd. Minskande akuta kontakter för hjärt- kärlsjukdomar och tendenser till minskad cancerdiagnostik uppmärksammades mycket tidigt i regionerna och befolkningen uppmanades att söka vård som vanligt vid akuta tillstånd och alarmsymptom.

I rapporten beskrivs ett minskat antal vårdtillfällen för stroke under det första halvåret. En sådan förändring kan ses som oroande då risken finns att personer med strokesymptom inte vågar söka vård med ökad risk för bestående funktionsbortfall och död som konsekvens. Samtidigt har inte antalet vårdtillfällen för så kallad TIA som ger diffusare och övergående symtom minskat. Ett rimligt antagande är att sökbenägenheten borde minska mer vid mildare övergående symtom.

Antalet slutenvårdstillfällen för hjärtinfarkt minskade också under första halvåret 2020. Socialstyrelsen rapporterar att vårdtillfällena för ST-infarkter, stora hjärtinfarkter, minskat med hela 17 procent under 2020, jämfört med 2017-2019. En fråga är om antalet hjärtinfarkter och stroke kan ha minskat i omfattning när framför allt den äldre befolkningen förändrade sitt vardagsliv under våren 2020. Eller kommer det att visa sig att framför allt personer med mindre omfattande hjärtinfarkter eller stroke har avstått vård och därmed löper risk för bestående funktionsnedsättningar t.ex. i form av hjärtsvikt eller neurologiska bortfall.

Det är inte bara för akuta tillstånd patienters benägenhet att söka vård är avgörande för omhändertagande och prognos. För att en cancer ska kunna upptäckas och behandlas i tid är den första kontakten med vården också avgörande. En minskad benägenhet att söka vård kan vara en förklaring till att vi nu ser färre cancerdiagnoser än förväntat och en minskning i antalet genomförda standardiserade vårdförlopp för utredning av misstänkt cancer.

Sjukvårdens förmåga att tillhandahålla vård under pågående pandemi

I debatten finns en tendens att förenkla bilden av pandemins effekter på hälso- och sjukvården. Inte sällan är slutsatserna baserade på isolerade data eller analyser som handlar om styckevis vårdproduktion som exempelvis operationer för knäledsartros och andra ortopediska ingrepp som regionerna medvetet fått minska volymerna av under våren som ett led i hanteringen av pandemin. Vi ser nu att slutsatser dras på nationell nivå utifrån de regioner som drabbats hårdast av pandemin. Fokus läggs ofta på den vård som av olika skäl inte genomförts utan att relatera denna till den vård som kunnat genomföras både för att hantera pandemin och för att upprätthålla den ordinarie vården. För att förstå och kunna möta den fortsatta hanteringen av pandemin och pandemins konsekvenser krävs det mer nyanserade resonemang och en helhetssyn. En rak beskrivning av en skattad så kallad ”vårdskuld” eller beräkning av uppskjuten vård i kvantitet riskerar att ge svar och lösningar som inte är ändamålsenliga eller önskvärda varken för den pågående hanteringen av pandemin eller i ett mer långsiktigt perspektiv.

Vi har redan synliggjort den stora omställningen regionerna genomgick för att öka intensivvårdskapaciteten till den dubbla men vi vill också synliggöra hur omfattande vård som faktiskt bedrivits under våren och hur snabbt vården kunnat återgå till i princip normal produktion under den period av minskad smittspridning vi sett under sommaren och början av hösten.

Färre registreringar i diabetesregistret

Regionerna identifierade tidigt riskerna med att planerad vård fick skjutas fram för att möjliggöra det akuta omhändertagande av covid-19-pandemin. Åtgärder vidtogs för att trots allt möjliggöra vårdkontakter, inte minst för patienter med kronisk sjukdom. Vi kan dock notera på registreringarna i exempelvis nationella

diabetesregistret (NDR) att färre kontroller av patienter med diabetes genomförts jämfört med föregående år. Det rör sig dock inte om systematiskt uppskjuten vård för hela patientgruppen eftersom patientantalet första halvåret uppgick till ungefär 80 procent av antalet under motsvarande period året innan.

Upprätthållen cancervård

Det finns en stor oro att pandemin fått negativa följdverkningar på cancervården, främst att fall av cancer inte har upptäckts. Data i denna rapport visar att cancervårdens behandlingar har kunnat prioriterats inom sjukvården under pandemin. En större andel standardiserade vårdförlopp (SVF) har genomförts inom uppsatt måltid under våren 2020 jämfört med motsvarande period föregående år, antalet är dock färre. Väntetid till ett urval studerade canceroperationer har enligt SPOR varit kortare under våren och antalet operationer har varit i paritet med antalet operationer 2018, men något färre än 2019. Cancervårdens behandlingar har prioriterats men färre cancerdiagnoser har ställts vid 14 laboratorier som följts upp av RCC i samverkan under våren. Risken för en ökad omfattning oupptäckta cancrar är alltså påtaglig. Fördjupade analyser görs nu samtidigt som patienter uppmanas att inte avstå från att söka vård för att säkerställa att så få cancrar som möjligt går oupptäckta.

80 procent av de planerade ingreppen har genomförts

Regionerna har haft en snabb återgång mot normal produktion så snart smittspridningen och behovet av inneliggande sjukvård för patienter med covid-19 började avta. Redan under maj månad började återgången mot mer normala nivåer av genomförda planerade operationer och behandlingar. I början av oktober utfördes 90 procent av den operationsvolym som gällde i början av året. Antalet planerade ingrepp och behandlingar uppgick till och med augusti 2020 till närmare 80 procent av 2019 års nivå, trots den pågående pandemin och utöver de ingrepp som klassas som akuta. Något som krävt stora insatser av regionerna och en förmåga att optimera produktionsplaneringen utifrån de lokala förutsättningarna. De områden som påverkats mest - ryggkirurgi, ortopedi och plastikkirurgi - har gjort det utifrån de prioriteringar regionerna behövt göra i samband med omställningen under våren. Operationer eller ingrepp som inte kräver narkos som utprovning av hörapparat påverkas inte i lika stor utsträckning. Möjligheten att upprätthålla antalet genomförda operationer och ingrepp under resten av året kommer att bli avhängig pandemins fortsatta utveckling.

Det är också viktigt att poängtera att hälso- och sjukvården under våren verkar ha kunnat upprätthålla en god och jämn kvalitet. Ett exempel är omhändertagandet av patienter med stroke. De flesta kvalitetsindikatorer i Riksstroke har för första halvåret 2020 resultat som är i linje med de senaste årens utveckling. Detsamma gäller kvalitetsindikatorerna i Swedeheart för akut omhändertagande vid hjärtinfarkt.

All uppskjuten vård behöver inte tas igen

För att nyansera bilden kring uppskjuten vård ytterligare behöver vi lyfta fram att de vårdbehov som nu beskrivs som uppskjutna inte nödvändigtvis kan antas vara identiska med de behov som fanns före pandemin. Den vård som fått anstå eller som aldrig sökts är inte per automatik vård som behöver tas igen. Vilken vård som utförs beror främst på vilken vård som söks, vilket i sin tur beror på upplevda besvär och symtom. Enskilda vårdbehov kan både antas ha försvunnit, minskat eller ökat sedan tiden före pandemin, behovet kan också ha mötts på andra sätt. Ett smärttillstånd som innan pandemin hade föranlett ett läkarbesök kanske nu istället har kunnat mötas av en fysioterapeut i öppenvård eller genom egenvårdsråd på 1177.se.

En annan del är att det i första hand är hälsoeffekterna för patienter och befolkning som bör beaktas när vård ska ”tas igen”, och att den med störst behov ska få vård först. I debatten saknas ofta insikten om att viss del av den vård som inte genomfört under våren 2020 inte har några direkta hälsoeffekt på befolkningen, eftersom en del av de besvär som leder till kontakter med vården och utredning inte visar sig vara behandlingskrävande utan självläkande tillstånd eller övergående symtom. För analysen av vilken vård som ska tas igen krävs förståelse för samband och beroenden mellan akut och planerad vård, öppen och sluten vård liksom exempelvis indirekta effekter på längre sikt för individer med kroniska tillstånd. Ett uppskjutet årsbesök för en patient med en välbehandlad kronisk sjukdom resulterar exempelvis inte i två årsbesök nästkommande år, men kan resultera i flera oplanerade kontakter kring till exempel receptförnyelse.

Det finns flera perspektiv att ta hänsyn till när man talar om uppskjuten vård och uppdämt vårdbehov. Det handlar någonstans om ”något som skulle ha gjorts men inte har gjorts”. Det handlar även om att identifiera de som inte sökt, men som borde ha sökt – samt de som inte sökt, och där det inte är någon fara att så inte har skett.

De indirekta folkhälsokonsekvenserna av pandemin, och de vårdbehov som blir en följd av dessa, är ännu inte fullständigt kända. Det kan komma att ta många år innan konsekvenserna av pandemin blir fullständigt tydliga, men skattningar av möjliga framtida vårdbehov bör dock ta sitt avstamp i den kunskap vi fått så här långt.

För att förstå den nuvarande situationen krävs det även en medvetenhet om utgångsläget innan pandemin. I samtliga regioner fanns det redan innan pandemin vårdköer och utmaningar kring tillgänglighet, vilket i sig är en form av uppskjuten vård eller ett uppdämt vårdbehov. Situationen var inte optimal innan pandemin bröt ut men det fanns positiva tendenser avseende tillgängligheten. Detta medför dock att det inte räcker att ta sikte på situationen strax innan pandemin började för att nå en god tillgänglighet. Under våren har färre patienter tillförts väntelistorna, sannolikt på grund av att färre sökt sig till vården och därmed inte remitterats för ingrepp och åtgärder. Bland de som väntar på vård har nu fler stått längre tid i kö, något som gör att nya medicinska

bedömningar behöver göras för att säkerställa att ingreppet eller åtgärden fortsatt är rimlig att utföra – att hantera kön skapar således i sig vårdbehov. Det bör också beaktas att vi i en situation där fler väntar på vård kommer att få diskussioner kring medicinska prioriteringar och etiska överväganden.

Regionernas analyser och planer

Regionerna genomför ett intensivt arbete med att analysera hur covid-19-pandemin hittills påverkat och fortsatt påverkar hälso- och sjukvården på kort och lång sikt. Det handlar bland annat om att skapa en fördjupad bild av det uppdämda vårdbehovet och omfattningen av den uppskjutna vård som behöver tas igen. Särskilda sjukvårdsledningsfunktioner tillsätts i vissa regioner för att planera kapacitet och produktion för att kunna hantera den löpande vården, den särskilda covid-19-relaterade vården, säkra beredskap för ökad smittspridning och samtidigt hantera den uppskjutna vården och vårdbehovet. Åtgärder och strategier arbetas fram, som behöver förhålla sig till de ekonomiska förutsättningarna över tid och den föränderliga pandemisituationen.

Regionerna har under hela pandemin arbetat för att minimera effekterna på hälso- och sjukvården, och när smittspridningen erbjuder utrymme öka fokus på den vård som fått anstå. För det krävs goda planeringsunderlag för att se vad som behöver tas igen, och i vilken takt det kan ske. Det föreligger skillnader mellan regionerna då pandemin slagit olika i olika delar av landet och hanteringen krävt anpassade lösningar. Det krävs bland annat ett aktivt, praktiskt och verksamhetsnära arbete med att gå igenom väntelistor och återbesökslistor för att dessa verkligen ska vara aktuella. Det är i den lokala kontexten som analyserna behöver göras för att hamna rätt, och som förslagen till ändamålsenliga åtgärder och strategi kan arbetas fram. I vissa delar kan regionöverskridande samarbete behöva ske, i första hand inom respektive sjukvårdsregion.

För att på ett nyanserat och så heltäckande sätt som möjligt belysa hur hälso- och sjukvården har påverkats av covid-19-pandemin använder regionerna olika former av – men relativt lika - ramverk för sina analyser. Analysarbetet mynnar ut i handlingsplaner för att hantera både den direkta och den indirekta påverkan av pandemin.

Av de slutsatser som regionerna har börjat kunna dra utifrån sina analyser känns vissa delar igen över landet, medan andra skiljer sig åt beroende på hur pandemin har slagit, vilken omställning som krävts och lokala förutsättningar. Vissa regioner har en tydlig uppskjuten vård att hantera, medan andra regioner genom sina analyser landat i att det uppdämda/uppskjutna vårdbehovet är mer dolt i uppskjutna tagna vårdkontakter, oskrivna remisser och att färre patienter satts upp på väntelista. Företeelser som framför allt grundats i förändrade sökmönster som uppträtt under våren och där konsekvenserna är svårare att skatta.

Analysen av pandemins konsekvenser på befintligt och kommande vårdbehov, och den planering som följer av denna, kommer att behöva utvecklas i flera

steg. Regionernas arbete kompliceras nu ytterligare genom att smittspridningen åter ökar. Det innebär att återgången till ett mer normalt produktionsläge och en stabilisering av befolkningens sökmönster skjuts framåt i tiden. Den uppskjutna vården och det uppdämda vårdbehovet kommer behöva omhändertas på olika sätt beroende på hur pandemin utvecklar sig, vilken beredskap som krävs, i vilken omfattning den ökade smittspridningen faktiskt kommer att påverka hälso- och sjukvården och hur benägenheten att söka vård i både primärvård och i specialiserad vård utvecklar sig.

Lärdomar och positiva erfarenheter

På alla nivåer i systemet kan lärdomar dras och positiva erfarenheter beskrivas utifrån hanteringen av pandemin på olika sätt. Det kan handla om beredskapsplaner, stabsorganisationer, materialförsörjning, kriskommunikation, viktiga kompetenser och kunskaper, samverkan med olika aktörer etc. Regionerna har i sina analyser och planer på olika sätt fångat viktiga lärdomar, och pekar ofta ut positiva erfarenheter och arbetssätt man vill befästa.

Just erfarenheter kring verksamhetsutveckling med stöd av digitalisering lyfts av många regioner. Det handlar bland annat om positiva erfarenheter av värdeskapande användning av digitala lösningar som bygger på förändrade arbetssätt och som gynnar patienten och frigör resurser. Ökad förståelse, vana och breddinförande har gett förutsättningar för fortsatt utveckling framåt.

Frågor kring informationsdelning, hälsodatalagring och möjlighet att använda nya tekniska verktyg ses som angelägna att driva, och med fördel på ett nationellt plan. Ändamålsenlig utveckling av lagar/författningar identifieras som en förutsättning för att verksamhetsutveckling för bättre hälsa inte ska hämmas.

Det finns anledning att nu beskriva, sprida och befästa verkansfulla effektiviseringsåtgärder som drivits fram i den svenska vården under pandemin. Inte minst när det gäller samarbetet mellan region och kommun för att säkerställa de framgångar som nåtts inte blir temporära.

Lärdomar och erfarenheter från den pågående pandemin är en viktig grund för dialog om vilket läge hälso- och sjukvården ska återgå till, vad som är normalläge och vad som är ett börläge samt vilka möjligheter det finns att utveckla och effektivisera hälso- och sjukvårdssystemet samt uppnå hållbara förändringar på sikt.

Slutsatser från det långsiktiga tillgänglighetsarbetet

Sjukvården måste nu arbeta parallellt med fler stora utmaningar. Omhändertagandet av nya covid-19 utbrott med olika omfattning måste hanteras samtidigt som ett ökat behov av rehabilitering av tidigare covid-19 patienter, den uppskjutna vården eller det uppdämda vårdbehovet och det ordinarie vårdbehovet föreligger. Att arbeta med tillgänglighet under pandemin är å ena sida annorlunda jämfört med normalsituationen genom ändrade

sökmönster och helt nya vårdbehov å andra sidan är det utmaningarna bekanta med vårdköer inom samma områden som innan pandemin. Regionernas aktiva tillgänglighetsarbete har pågått i 25 år och lärdomar kan dras från detta arbete på ett antal områden. Därför gäller det att inte glömma att arbetet med förbättrad tillgänglighet är ett maratonlopp, problemen med köer fanns innan corona-pandemin och regionerna har god kunskap om vilka aktiviteter som krävs för att ett långsiktigt arbete ska ske.

Regionalt ansvar - nationell samverkan

Om det är något vi befäst under den pågående pandemin så är det att ansvarsprincipen är viktig. Den som har ansvaret i normalsituationen måste också ha ansvaret i en krissituation. När det gäller vårdens tillgänglighet är det nära patienten beslut om medicinsk prioritering kan tas utifrån ett helhetsperspektiv. Det är många faktorer som ska vävas in i bedömningen, inte bara att man väntar på samma typ av operation eller åtgärd. Flera av de patienter som har lång tid på väntelista är sköra patienter med många hälsoproblem, och som inte vill eller kan vårdas i annan del av Sverige. Det är en av anledningarna till att många patienter själva väljer att vänta kvar i sin region trots att man då kan få vänta längre. Närhet till vård spelar roll i många fall då trygghet skapas lokalt och regionalt. Det är också nära verksamheten en kö kan hållas efter. Där man känner sina patienter och kan säkerställa att det är rätt personer i rätt kö, och av rätt skäl. Det finns i den förenklade debatten en önskan att i en svår situation flytta ansvaret för tillgängligheten till andra aktörer än regionerna och därigenom lösa en mycket långvarig problematik. Idén om en nationell kö är ett förenklat resonemanget som missar att den ansvariga vårdgivaren måste göra den medicinska prioriteringen efter behov vilket blir omöjligt om kön inte hanteras av en vårdgivare. Regionerna samverkar inom sjukvårdsregionerna för att vården ska utföras nära patienten med bibehållet regionalt ansvar. Men det finns också en nationell samverkan för regionernas vårdlotsar för utbyte av erfarenheter, metoder och arbetssätt som ger möjlighet att samverka kring tillgänglig kapacitet för att säkerställa att vårdgarantin kan tillfredsställas.

Aktiv väntan inte passiva köer

Den som står i kö ska inte passivt vänta på sin tid utan ska veta vad som planeras och när. Det är därför viktigt med information till patienten om vad man själv kan göra under tiden man väntar. Det gör att tillståndet inte riskerar att försämrats i väntan på vård och patientens egna förmåga tas tillvara. Att vara informerad skapar trygghet och ger bättre förutsättningar inför den vård man väntar på. Under en period när vård måste skjutas upp är denna åtgärd extra viktig. Patienter som väntar på ingrepp måste få stöd i att hålla sig så friska som möjligt så att ingreppet kan genomföras med bibehållet god utgång när det är möjligt att genomföra. Passiv väntan i kö skapar inte de förutsättningar som krävs för ett bra resultat då patienten riskerar ett försämrat hälsotillstånd.

Arbeta med hela vårdkedjan

Den uppskjutna vården kan inte hanteras styckevis och i delar, det handlar inte om enstaka ingrepp eller utredningar utan om hela vårdkedjor där primärvård och kommunal hälso- och sjukvård också måste ingå precis som rehabilitering efter ett ingrepp. För en effektiv och personcentrerad produktionsplanering måste den enskilda patienten vara i fokus för en sammanhängande planering, utifrån de insatser och vård som krävs. Om en del av vårdkedjan fallerar riskerar patienten få vänta längre än nödvändigt eller inte få den vård som planerats och man behöver.

Förändrade arbetssätt måste tas till vara och stöttas

Pandemin har som regionerna beskriver i sina lärdomar gjort att digitaliseringen tagit fart på riktigt, inte minst för att kunna möta patienternas behov mer effektivt men också för att minska risken för smittspridning. Det finns nu många erfarenheter att bygga vidare på, så som distansbesök och hemmonitorering. Det operativa arbetet sker lokalt, men staten behöver lösa lagstiftningen för att möjliggöra informationsdelning mellan kommun och region. Legala skäl får inte fortsatt tillåtas hindra en ändamålsenlig utveckling.

Förbättrad tillgänglighet är ett maratonlopp - problemen fanns innan och vi vet vad som krävs

Pandemins belastning på regionernas sjukvård

Antalet bekräftade covid-19 fall i Sverige var en vecka in i november närmare 150 000, då med stora dagliga ökningar av antalet. Mångdubbelt fler personer har varit smittade, utan att ha haft en diagnos- eller laboratoriebekräftad infektion. Totalt hade i oktober enligt Socialstyrelsens statistik cirka 23 000 personer slutenvårdats på sjukhus. Enligt intensivvårdsregistret SIR hade i början av november över 2 800 personer vårdats på intensivvårdsavdelning (IVA).

Pandemins påverkan under våren 2020 var i en mening lika stor i olika delar av Sverige. Alla regioners hälso- och sjukvård förberedde sig på en stor inströmning av patienter med covid-19. Man minskade sin planerade verksamhet, ökade IVA-kapaciteten och frigjorde slutenvårdsplatser för att kunna möta det förväntade ökade akuta slutenvårdsbehovet. Olika rutiner för att minska risken för smittspridning vidtogs.

Denna förberedande omställning kan ses som en beredskapskostnad, som var i princip lika stor för alla regioner: Ingen kunde förutse hur pandemin skulle påverka den egna regionen.

Med facit för vårens smittspridning och behovet av sjukhusvård i hand, är det tydligt att pandemin under första halvåret 2020 ledde till en mycket ojämn belastning på sjukvården i de olika regionerna. I det här kapitlet beskrivs denna belastning, dock enbart med uppgifter om slutenvård vid sjukhus. Det finns i nuläget ingen publicerad nationell (eller såvitt känt regional) statistik om vårdkontakter i öppen vård för patienter med diagnos covid-19, vare sig i specialiserad vård eller i primärvård. Detta är en begränsning eftersom det både i Sverige och internationellt finns tecken på att en ansenlig andel av patienterna som haft covid-19 kan ha kvarvarande symtom och sjukvårdsbehov.

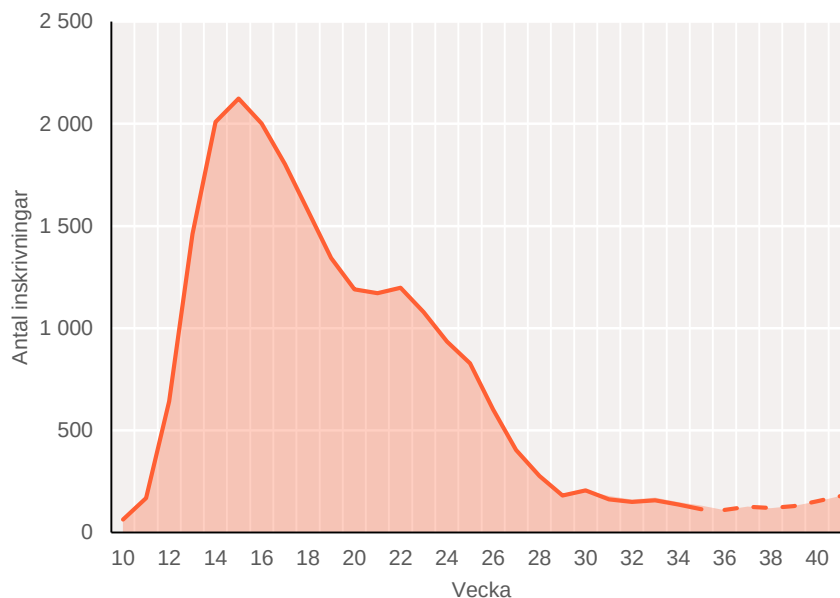
Inskrivningar på sjukhus – variation mellan regionerna

Uppgifterna om slutenvård nedan är främst hämtade från Socialstyrelsens hemsida. Diagram 2 visar för riket som helhet pandemins utveckling över tid, uttryckt som antalet nyinskrivna covid-19 patienter på sjukhus, vecka för vecka. Antalet nyinskrivna patienter var som högst under vecka 15, drygt 2 000, men har därefter successivt minskat, fram till slutet av september. Under loppet av oktober och november har antalet nyinskrivna åter ökat, vilket bara delvis syns i Socialstyrelsens statistik i nuläget. Enligt Aftonbladets¹ kontinuerliga sammanställning av uppgifter från regionerna vårdades i början på november drygt 800 covid-19-patienter på sjukhus, varav cirka 90 på IVA.

¹ Aftonbladet, uppgift från 6 november:

<https://www.aftonbladet.se/nyheter/a/y3rdeA/coronaviruset-har-ar-de-senaste-siffrorna>

Diagram 2 Antal nya inskrivningar på sjukhus av patienter med covid-19, v 10 - v 41, 2020

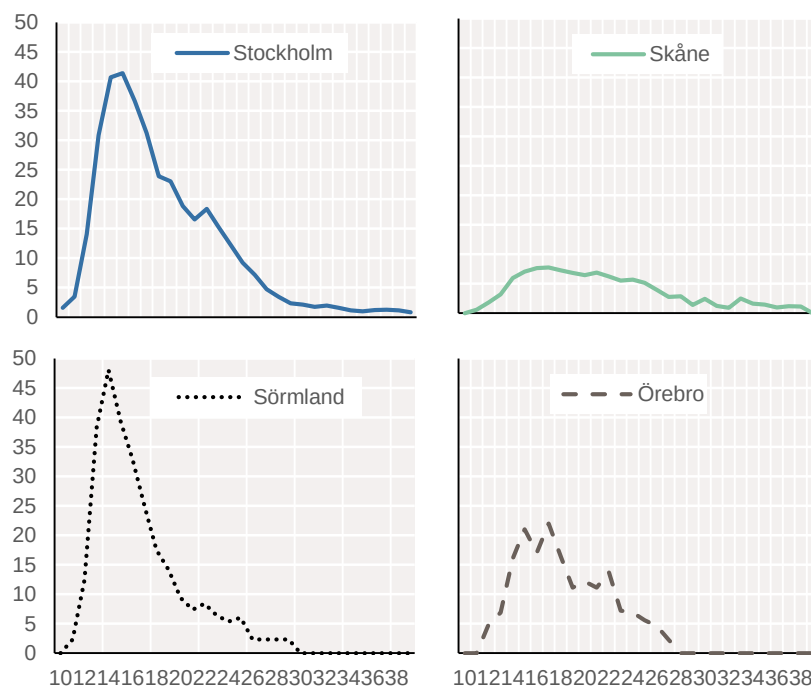


Källa: Socialstyrelsen.

Not: Uppgifter från Socialstyrelsen avser både patienter med diagnos covid-19 och patienter med laboratoriebekräftad smitta. Från och med vecka 36 är rapporteringen frivillig för regionerna.

I diagram 3 nedan visas samma uppgift som ovan fast för fyra regioner med helt olika belastning och förlopp: Stockholm, Skåne, Sörmland och Örebro. Sörmland och Stockholm drabbades tidigt av stor smittspridning, vilket tydligt framgår. Detta medan framför allt slutenvårdsbehovet i Region Skåne tydligt skiljer sig från övriga under den aktuella perioden. Region Stockholm har cirka 23 procent av Sveriges invånarantal, men regionen hade i början på hösten svarat för 42 procent av alla slutenvårdstillfällen för covid-19.

Diagram 3 Nya inskrivningar på sjukhus för covid-19, v 10-v 39. Antal per 100 000 inv.



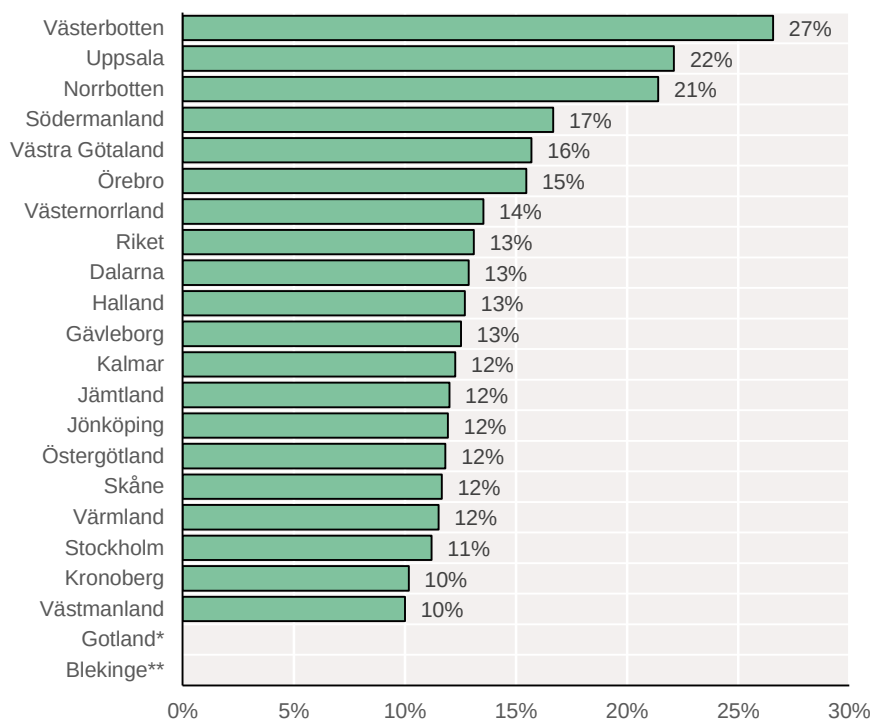
Källa: Socialstyrelsen, patientregistret samt frivillig särskild inrapportering om slutenvård från regionerna till Socialstyrelsen.

Andel IVA-vårdade patienter

Andelen IVA-vårdade är av betydelse för belastningen på vården. Andelen patienter som vårdats på IVA, av totalt antal slutenvårdade covid-patienter, har under perioden som helhet uppgått till 13,1 procent i riket. Variationen mellan regionerna är dock stor, vilket framgår av diagram 4. Några regioner har en andel IVA-vårdade på 10-11 procent, medan den i andra uppgår till över 20 procent.

Variationen kan avspegla både skillnader i patienters behov och hur man organiserade vården för patienter med covid-19, och därmed olika praxis för när man skriver in en patient för IVA-vård. Covid-19 är en ny sjukdom och kunskapen om hur vården skall bedrivas har stegvis byggts upp; det är därför inte oväntat att det finns variation.

Diagram 4 Andelen slutenvårdade patienter med covid-19 som vårdats på IVA.



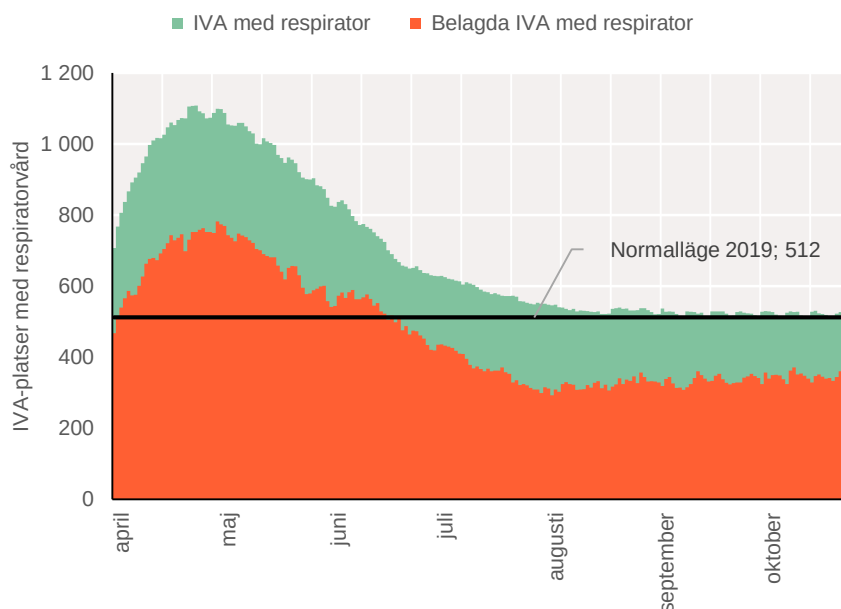
Källa: Socialstyrelsen. Uppgifter om inskrivna till patientregistret, version av PAR skapad 2020-10-06. Underliggande källor är SmiNet, Folkhälsomyndigheten, frivillig särskild inrapportering om slutenvård från regionerna till Socialstyrelsen samt svenska intensivvårdsregistret.

Not: Baseras på inrapportering till Socialstyrelsen till början av september 2020.

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

Samtliga regioner ställde snabbt om hälso- och sjukvården för att kunna ta emot ett stort antal svårt sjuka patienter. Planerad vård ställdes in, personal frigjordes från t ex operationsavdelningar för att bemanna ett ökat antal IVA-platser. Diagram 5 illustrerar den omställning som gjordes för att frigöra ytterligare IVA-platser.

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

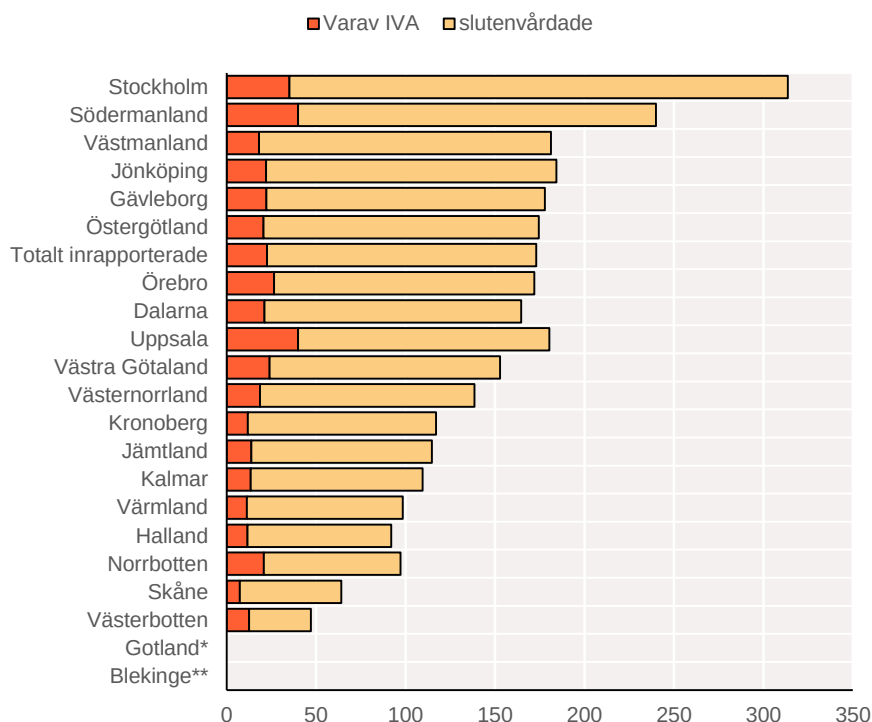


Källa: Svenska intensivvårdsregistret (SIR)

Sjukhusvårdade med covid-19 per 100 000 invånare

Diagram 6 nedan visar antalet sjukhusvårdade patienter med covid-19 per 100 000 invånare till början av september och beskriver därmed behovets omfattning i de olika regionerna. Det är stor variation. Region Stockholm har vårdat flest patienter i förhållande till sin befolkning, följt av Sörmland, medan flera regioner bara har haft en tredjedel så många sjukhusvårdade som Region Stockholm, i förhållande till sin befolknings storlek. Region Stockholm har en jämförelsevis ung befolkning; om hänsyn tagit till detta hade bilden ytterligare förstärkts.

Diagram 6 Antal sjukhusvårdade patienter med covid-19 per 100 000 invånare, till och med september 2020.



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

Not: Baseras på inrapportering till Socialstyrelsen till början av september 2020.

*Gotland: För få fall för att redovisas.

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

Det är stor skillnad på total slutenvårdstid för icke IVA-vårdade och IVA-vårdade patienter. Bland patienter som vårdats på vanlig vårdavdelning för covid-19 har 25 procent vårdats längre än 11 dygn och mediantiden på sjukhus är 6 dygn. Genomsnittsvårdtiden för all sjukhusvård i Sverige är ca 4-5 dagar. Bland de patienter som vårdats på IVA har 25 procent vårdats längre än 45 dygn och medianvårdtiden för hela sjukhusvistelsen (inte bara IVA) är 26 dygn. Medianvårdtiden på IVA var i våras 13-14 dagar. Den mycket långa vårdtiden hos de IVA-vårdade patienterna är ett viktigt och resurskrävande inslag i vården av patienter med covid-19. Som referens kan nämnas att den normala vårdtiden på IVA är 2,7 dygn, enligt kvalitetsregistret SIR.

Vårdutnyttjande och vårdkapacitet

Diskussionen om den uppskjutna vården och det uppdämda vårdbehovet som följd av pandemin har många nyanser, men handlar dels om den planerade vården som omfattas av vårdgarantier, dels om diagnostik.

Under våren skedde även minskningar av befolkningens utnyttjande av den oplanerade vården. Det gäller besök i primärvården, till akutmottagning vid sjukhus och oplanerad inskrivning i sluten sjukhusvård.

I det här kapitlet beskrivs den planerade vårdens utveckling under 2020. Med hjälp av nationellt tillgängliga datakällor beskrivs utvecklingen av antalet vårdkontakter och vårdutnyttjande under 2020 för:

- Vårdkontakter i primärvård
- Vårdkontakter i specialiserad vård – läkarbesök
- Besök på akutmottagningar
- Planerade operationer och behandlingar
- Inskrivning i slutenvård vid sjukhus, totalt och för olika diagnosgrupper

De använda datakällorna, och motiv för deras användning, beskrivs i *bilaga 1*.

Vårdkontakter i primärvård

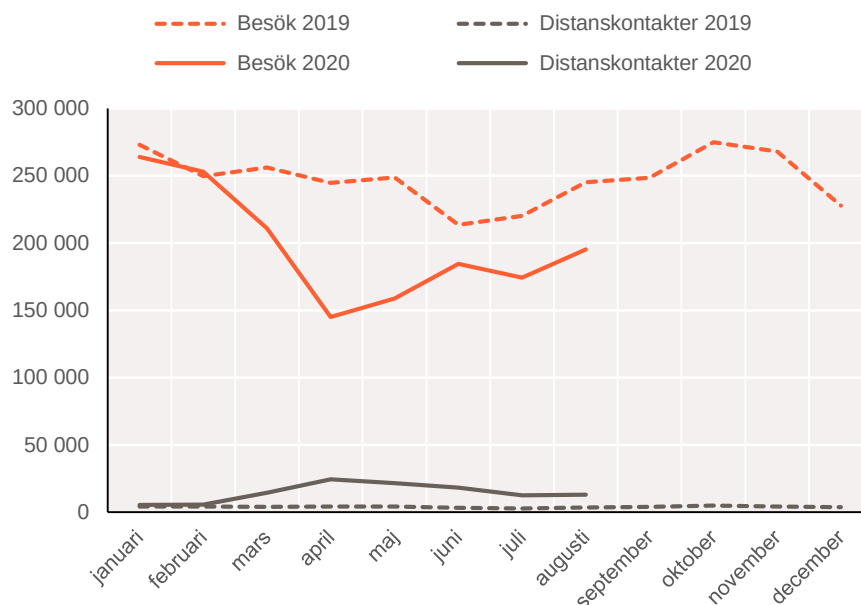
Primärvården i regionerna svarar för ett mycket stort antal vårdkontakter med befolkningen. I SKRs årliga verksamhetsstatistik redovisades för primärvården över 42 miljoner besök 2019, varav drygt 13 miljoner avsåg allmänläkarbesök. Därtill kommer brev, telefonkontakter och andra icke fysiska vårdkontakter.

Den enda nationellt tillgängliga datakällan med månadsdata för 2020 för vårdkontakter i primärvård är väntetidsdatabasen vid SKR, som är en förhållandevis ny insamling. Vi använder den här för att beskriva utvecklingen under 2020.

Diagram 7 och diagram 8 visar utvecklingen av vårdkontakter vid förstabesök, respektive vid återbesök under 2020 jämfört med 2019, månadsvis. Med förstabesök menas en vårdkontakt för ett nytt hälsoproblem, medan återbesök är en vårdkontakt för en person med ett känt hälsoproblem.

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

Diagram 7 Antalet vårdkontakter vid förstabesök i primärvård, januari 2019 – augusti 2020. Alla yrkesgrupper.



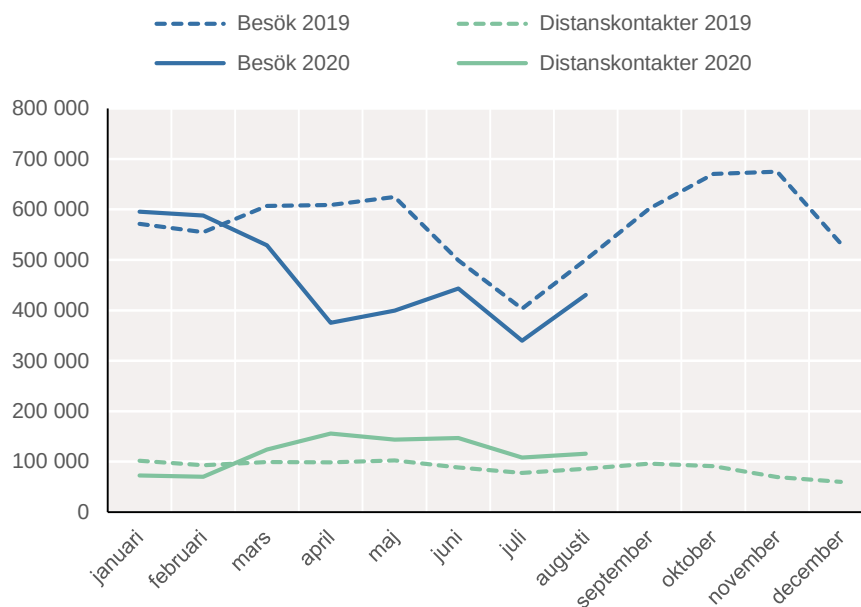
Källa: Vänstetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Not: Enbart regioner som rapporterat data under hela mätperioden ingår. Jämtland-Härjedalen, Skåne, Västerbotten, Stockholm, Västra Götaland, Blekinge och Gävleborg ingår ej. För Region Kalmar ingår enbart allmänläkarvård. Besök avser mottagningsbesök och hembesök. Distanskontakter avser samtliga kontakttyper där patient och hälso- och sjukvårdspersonal är rumsligt åtskilda.

Det framgår att den stora minskningen av besök skedde i mars och april och att en viss återhämning har skett därefter, fram till och med augusti. Förstabesöken minskade för detta urval av regioner med nästan 43 procent mellan februari och april, medan antalet var i princip oförändrat under 2019 under motsvarande period. I augusti 2020 är antalet besök 20 procent lägre än motsvarande månad 2019. Antalet rapporterade distanskontakter ökade fram till och med april 2020, när de fysiska besöken minskade. Det är dock större osäkerhet i rapporteringen av distanskontakter.

I diagram 8 visas motsvarande uppgifter, men för vårdkontakter som innebär återbesök. Det framgår av diagrammets antalsuppgifter att vårdkontakter som innebär återbesök är mer än dubbelt så många som förstabesöken. Detta är ett uttryck för att många av primärvårdens patienter är personer med återkommande vårdkontakter och med kroniska sjukdomstillstånd. För återbesöken var minskningen mellan februari och april 36 procent. I augusti var skillnaden mellan åren däremot mindre än för förstabesöken, 14 procent.

Diagram 8 Antalet vårdkontakter vid återbesök i primärvård, januari 2019 – augusti 2020. Alla yrkesgrupper



Källa: Väntetidsdatabasen, SKR.

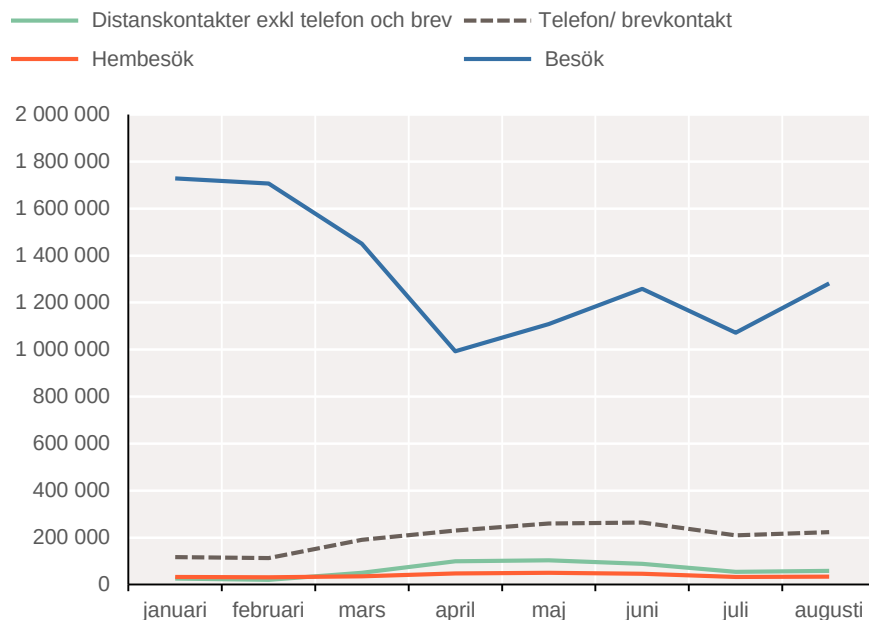
Not: *Enbart regioner som rapporterat data under hela mätperioden ingår. Jämtland-Härjedalen, Skåne, Västerbotten, Stockholm, Västra Götaland, Blekinge och Gävleborg ingår ej.

**För Region Kalmar ingår enbart allmänläkarvård.

Diagram 9 nedan visar antalet vårdkontakter i primärvården för samtliga vårdkontakter (både förstagångs- och återbesök, alla yrkesgrupper), sedan januari 2020, utan jämförelser med 2019. Alla regioner ingår då i underlaget.

Det framgår av de totala vårdkontakternas utveckling att minskningen av besök på mottagning framförallt kompenseras genom en ökning av antalet telefon/brevkontakter, men även av en ökning av hembesök och distanskontakter. Minskningen av totala antalet vårdkontakter i väntetidsdatabasen mellan januari och maj uppgår till 20 procent, medan minskningen av besök vid mottagning i riket som helhet var större, 36 procent.

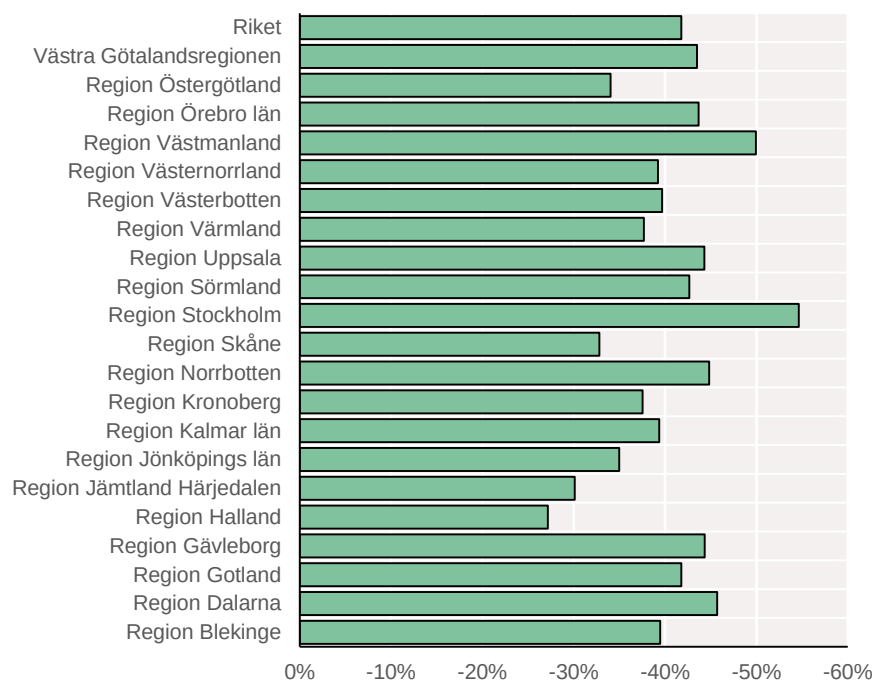
Diagram 9 Totalt antal vårdkontakter i primärvård fördelat på olika kontakttyper, januari-augusti 2020. Samtliga yrkesgrupper.



Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Diagram 10 visar minskningen i procent för besök vid mottagning mellan februari och april 2020, och hur den varierar mellan regionerna. I riket var minskningen 40 procent, i två regioner skedde en halvering eller mer, medan i en grupp av regioner var minskningen runt 30 procent. Även i regioner som under våren hade mycket begränsad smittspridning, som Blekinge och Västerbotten, har tydliga minskningar av mottagningsbesöken i primärvården skett.

Diagram 10 Antalet mottagningsbesök i primärvården - minskning i procent mellan februari och april 2020. Alla yrkesgrupper.



Källa: Vänstetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Vårdkontakters omfattning i primärvård

Det är svårt att samlat beskriva primärvårdens vårdkontakter.

I vänstetidsdatabasen vid SKR ingår, för flera regioner, inte de distanskontakter som skett som utomlänbesök. Något som ökade under våren. Ett av bolagen som tillhandahåller denna typ av tjänst hade, enligt uppgifter man givit till Socialstyrelsen, cirka 110 000 distansbesök under april. En ökning från drygt 60 000 i januari.

Inte heller den telefonrådgivning som skedde via 1177 ingår i redovisningen i diagram 9. Även dessa samtal hade en kraftig ökning under våren. I mars månad besvarades närmare en halv miljon samtal, exklusive Region Stockholm som inte ingår i Ineras 1177-statistik men som enligt annan uppgift hade närmare 250 000 samtal under samma månad, en fördubbling jämfört med samma period året innan.

Ökningen av distanskontakter under våren 2020 illustrerar att primärvården lade om sitt arbetssätt i samband med pandemin, men det är svårt att bedöma i vilken utsträckning och hur väl man med detta lyckades kompensera för de fysiska vårdbesökens minskning. Att döma av andelen patienter som fick medicinsk bedömning inom tre dagar, vilket är en del av vårdgarantin, bibehölls tillgängligheten för de som sökte vård för ett nytt hälsosärande (förstabetesök). Se vidare senare avsnitt om vårdgaranti och tillgänglighet.

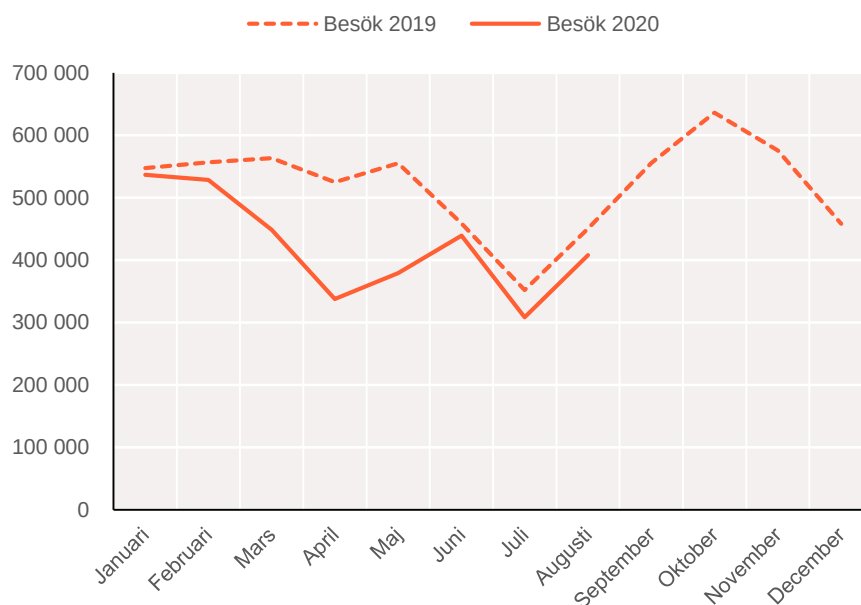
Läkarbesök i specialiserad vård – planerad vård

År 2019 genomfördes enligt SKRs verksamhetsstatistik cirka 13,5 miljoner läkarbesök i specialiserad vård, varav 12,4 miljoner avser somatisk vård och 1,1 miljoner psykiatrisk vård. Termen specialiserad vård avser i statistiksammanhang den sjukvård som inte är primärvård. Den kan bedrivas både vid sjukhus och i vårdverksamheter/kliniker utanför akutsjukhus.

Den nationellt tillgängliga källan för månadsdata om antalet genomförda läkarbesök i specialiserad vård är i nuläget väntetidsdatabasen vid SKR, som används här.

I diagram 11 visas antalet besök från början av 2019. Den stora minskningen av besök under 2020 skedde i mars-maj. I juni hade en återhämtning skett. Under augusti var de genomförda besöken fortfarande färre än under 2019, men skillnaden var måttlig.

Diagram 11 Antalet genomförda besök hos läkare i specialiserad vård, januari 2019 - augusti 2020.



Källa: Väntetidsdatabasen Sveriges Kommuner och Regioner

Not: Uppgift om återbesök hos läkare från Region Stockholm saknas.

Det är naturligt att icke akuta, planerade besök i öppen vård minskar när befolkningen uppmanas minska eller avstå från sociala kontakter. Att även besöken vid akutmottagningar påverkats under pandemin beskrivs nedan.

Besök på akutmottagningar

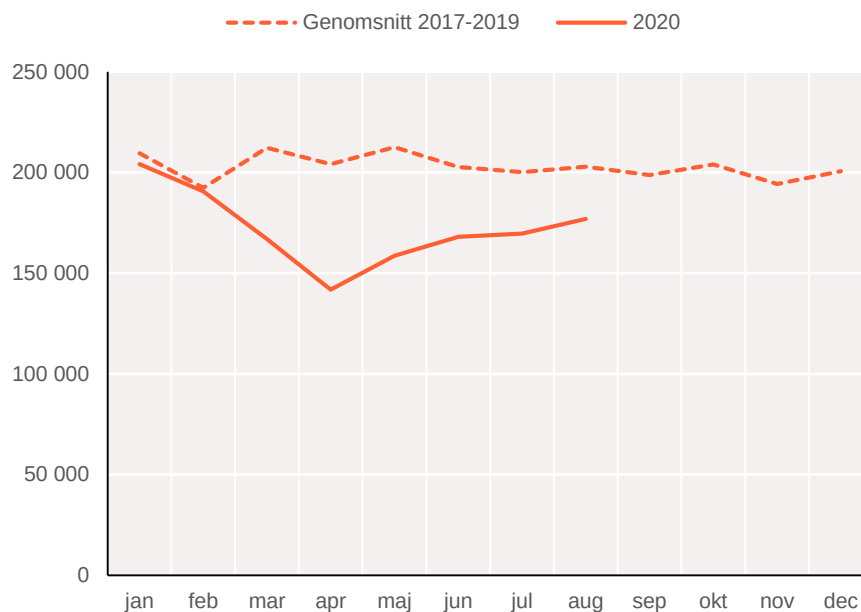
2019 gjordes cirka 2,5 miljoner besök på sjukhusbundna akutmottagningar, av patienter i alla åldrar och vid både somatiska och psykiatriska mottagningar.

Diagram 12 visar utvecklingen under 2020 för somatisk vård jämfört med genomsnittet för tidigare år. Diagram 13 visar motsvarande uppgift för den psykiatriska vårdens akutmottagningsbesök.

Som förväntat finns det ingen egentlig säsongsvariation. Detta gör att avvikelserna under 2020 blir tydliga. Akutbesöken i somatisk vård minskar tydligt från mars, ökar därefter men ligger ännu under sommaren klart under genomsnittet för tidigare år. I april var skillnaderna som störst, med 30 procent lägre antal akutbesök än under tidigare år. Även i juli, när smittspridningen var betydligt mindre, var skillnaden cirka 15 procent.

För akutmottagningsbesök inom psykiatrisk vård var minskningen under mars-maj betydligt mindre och har sedan juni legat på samma nivå som senare år.

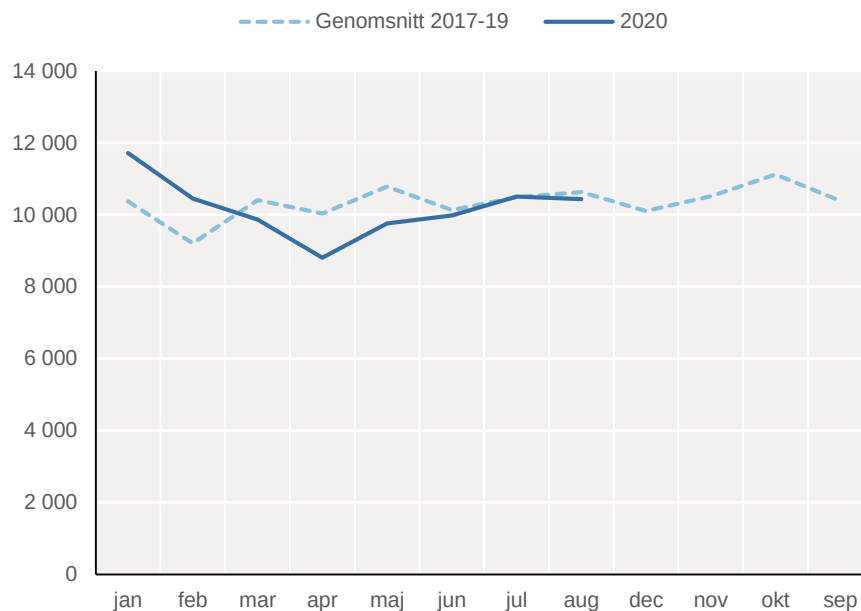
Diagram 12 Besök vid sjukhusbundna akutmottagningar 2017-2019 samt 2020, januari-augusti. Somatisk vård.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

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

Diagram 13 Besök vid sjukhusbundna akutmottagningar 2017-2019 samt 2020, januari-augusti. Psykiatrisk vård.

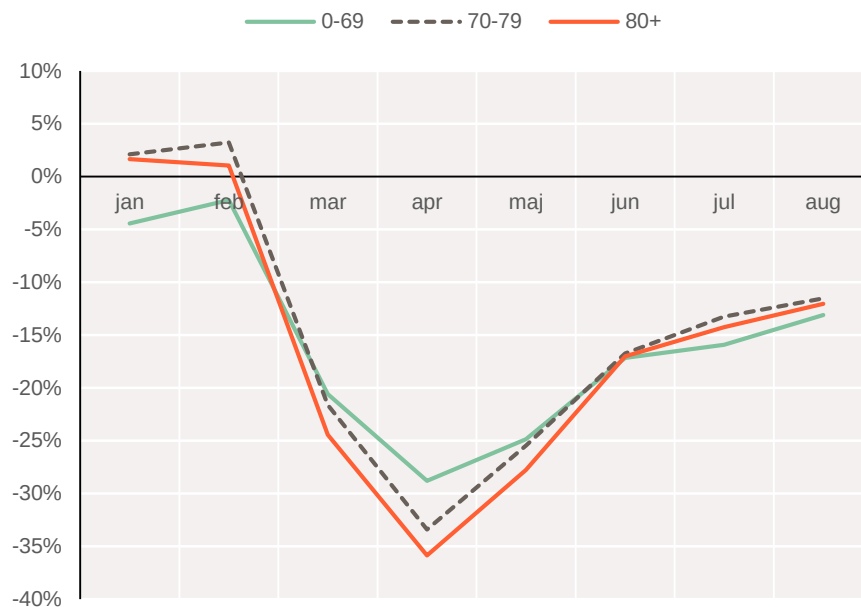


Källa: Patientregistret vid Socialstyrelsen

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

Det finns skillnader mellan åldersgrupper. I diagram 14 visas besökstalen för tre olika åldersgrupper. I den äldsta åldersgruppen, med patienter som är 80 år eller äldre, är under mars-maj minskningen störst. Därefter har ålderskillnaden försvunnit och den var förmodligen därför ett övergående fenomen.

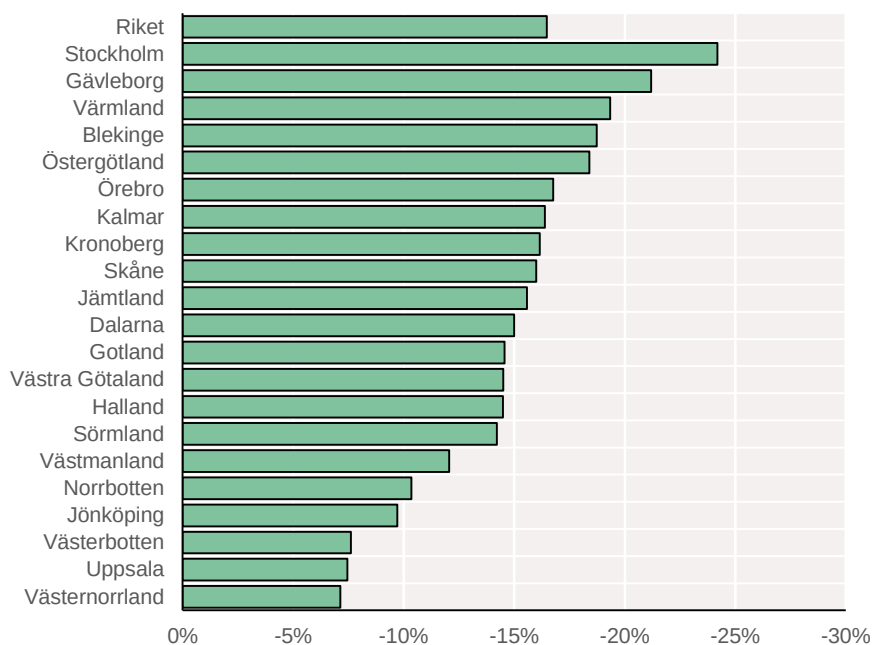
Diagram 14 Förändring i antalet besök på sjukhusbundna akutmottagningar i olika åldersgrupper, 2017-2019 och januari-juli 2020, somatisk vård.



Källa: Patientregistret vid Socialstyrelsen

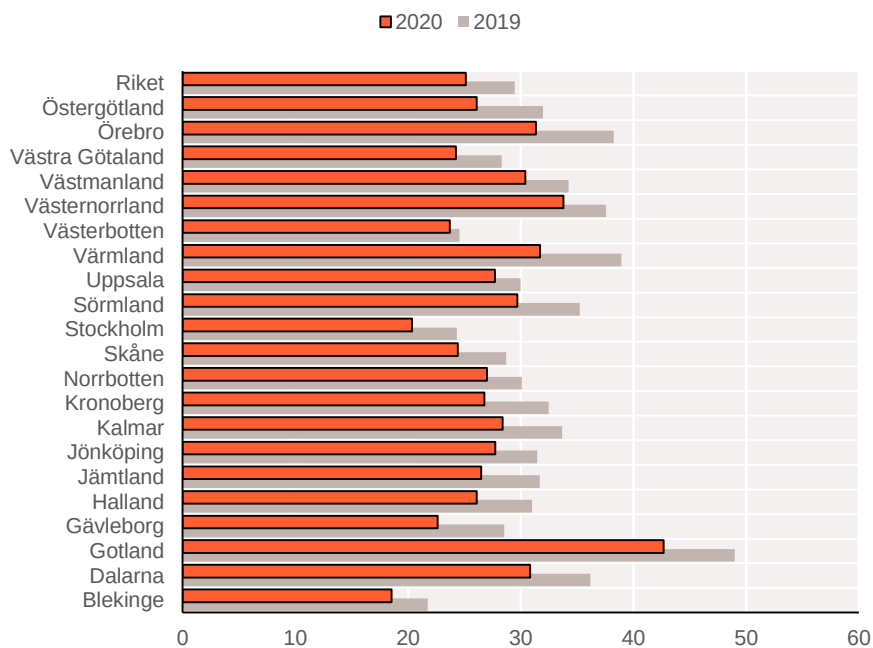
I två olika diagram visas minskningen av akutmottagningsbesök för respektive region. I diagram 15 visas minskningen av antalet besök under 2020 jämfört med tidigare år, i procent. En grupp har måttliga minskningar, runt 7 procent, medan andra har minskningar runt 20 procent. I Diagram 16 visas minskningen som antalet besök per 1000 invånare under perioden januari-juli 2019 respektive 2020.

Diagram 15 Förändring av antal besök på sjukhusbundna akutmottagningar mellan 2017-2019 och 2020, januari-juni. Somatisk vård. Procent.



Källa: Patientregistret vid Socialstyrelsen

Diagram 16 Antal besök på sjukhusbundna akutmottagningar per 1000 invånare 2019 respektive 2020, januari-juni. Somatisk vård.



Källa: Patientregistret vid Socialstyrelsen, samt SCB

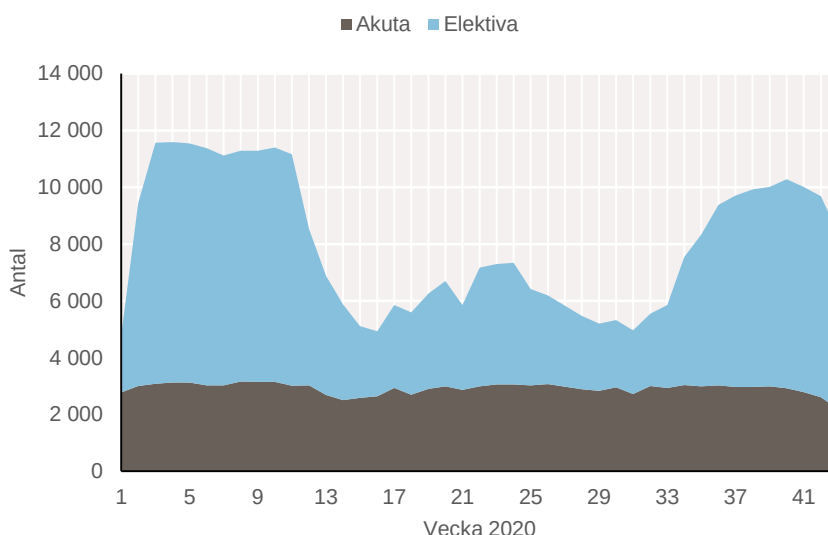
Planerade (icke akuta) operationer och behandlingar

Påverkan från pandemin berör i första hand de planerade (så kallade elektiva) operationernas omfattning under 2020, inte de akuta. 70 procent av alla operationer är elektiva.

Kvalitetsregistret SPOR kan användas för att beskriva utvecklingen under 2020, liksom väntetidsdatabasen vid SKR.

I diagram 17 visas uppgifter från SPOR. I skiftet april-maj påbörjades en återhämtning av antalet planerade operationer som efter sommaren fortsatte. I mitten av oktober utfördes i regionerna över 90 procent av det antal elektiva operationer som utfördes i början av året, innan pandemin. Att få privata vårdgivare ingår i SPOR kan påverka bilden i delar av Sverige där regionerna valt att nyttja privata aktörer för att öka kapaciteten.

Diagram 17 Antal genomförda planerade operationer per vecka 2020.



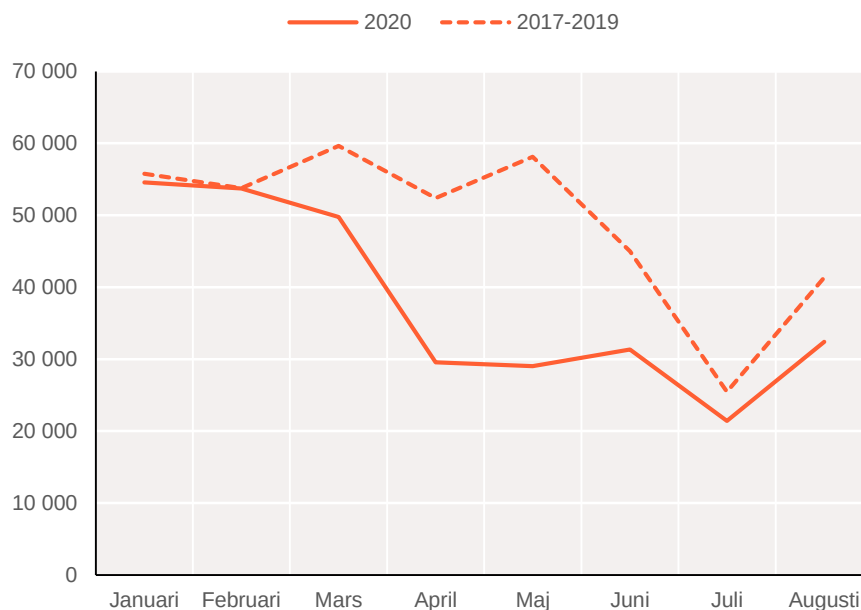
Källa: Svenskt Perioperativt register, SPOR.

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

Diagram 18 visar antalet operationer under 2020 jämfört med tidigare år. I april och maj är skillnaderna som störst. I augusti har en återhämtning skett, men antalet operationer är färre än normalårets. Jämfört med 2019 har det till och med augusti genomförts ungefär 91 000 färre behandlingar/operationer under 2020. Detta innebär att regionerna trots den pågående pandemin lyckats

upprätthålla en närmare 80 procentig produktion av planerade operationer och behandlingar.

Diagram 18 Antal genomförda planerade operationer och behandlingar 2017-2019 och 2020, januari-augusti

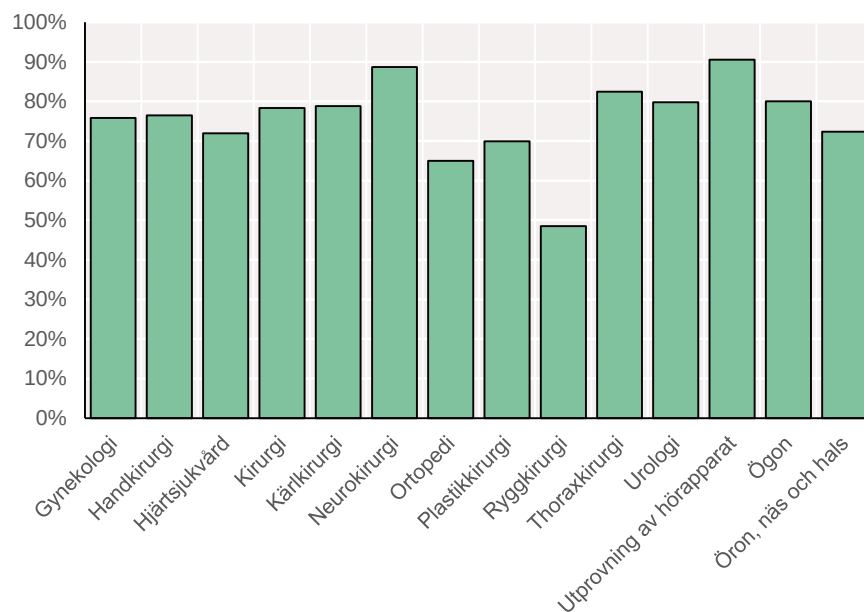


Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Antalet genomförda elektiva operationer under 2020 för olika verksamhetsområden uttrycks i diagram 19 nedan som procent av operationsvolymen under perioden 2017-2019.

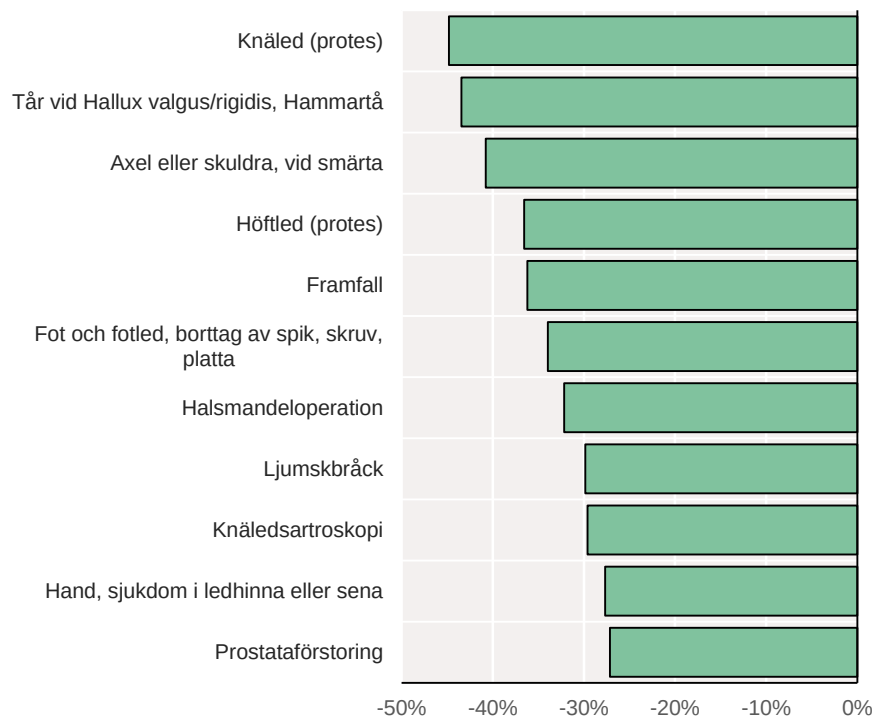
Minskningen är olika stor för olika verksamheter, vilket kan avspegla prioriteterna för de olika ingrepp som utförs inom respektive specialitet, men kan även avspegla hur åtgärden utförs. Utprovning av hörapparater har påverkats i liten grad; denna verksamhet bedrivs vid hörselmottagningar, kräver inte slutenvård/många personkontakter och är ingen operation i vanlig mening. Det går inte att i väntetidsdatabasen urskilja cancerkirurgi, som generellt sett har hög prioritet, utan dessa operationer ingår i respektive specialitet.

Diagram 19 Antal genomförda operationer och behandlingar januari-augusti 2020 som procent av genomsnitt för samma period 2017-2019.



Källa: Vätetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Diagram 20 Operationer, januari-augusti 2020 som procent av genomsnitt för samma period 2017-2019. Urval av operationer som minskat mest.



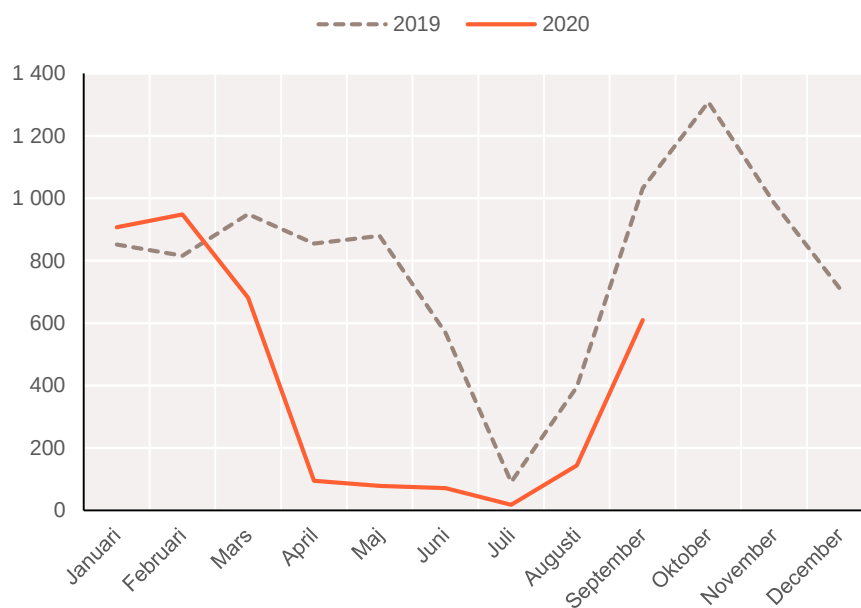
Källa: Vätetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Verksamhetsområdet Ortopedi är en av specialiteterna som haft en stor minskning. I diagram 20 visas några av de operationstyper som minskat mest jämfört med tidigare år. Flera av operationerna som redovisas tillhör verksamhetsområdet Ortopedi.

En av de större operationstyperna är knäprotesoperationer, som vanligen utförs vid artros i knäleden. I väntetidsdatabasen fanns 2019 knappt 11 000 knäprotesoperationer rapporterade. Detta är 3-4000 färre operationer än vad som finns i Svenska Knäprotesregistret, ett nationellt kvalitetsregister med mycket god täckningsgrad. Den mer kompletta bilden av operationsvolymen under 2020 kommer därför att bli känd först när kvalitetsregistret eller patientregistret vid Socialstyrelsen sammanställer sina data. Men för syftet att grovt beskriva pandemins effekt bör väntetidsdatabasen fungera.

Som framgår av diagram 21 sker en mycket påtaglig minskning från mars och framåt. Normalmånadens dryga tusen knäprotesoperationer är under perioden april-juni färre än hundra per månad.

Diagram 21 Antal genomförda knäprotesoperationer 2019 och 2020, januari-augusti.



Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Slutenvårdens utveckling under första halvåret 2020

Årligen (2019) slutenvårdas knappt 870 000 personer vid sjukhus, vid drygt 1,4 miljoner slutenvårdstillfällen och med en total vårdtid i dagar på 7,4 miljoner. Ungefär 80 procent av slutenvården avser oplanerad slutenvård, medan resten är planerad vård och behandling.

Våren 2020 rapporterades i media om farhågor om att patienter med behov inte sökte vård på sjukhusens akutmottagningar. Nu är det möjligt att med hjälp av

reguljära vårddatainsamlingar beskriva hur slutenvården utvecklades under första halvåret 2020. Nedan visas utvecklingen sammantaget, samt för ett urval sjukdomstillstånd.

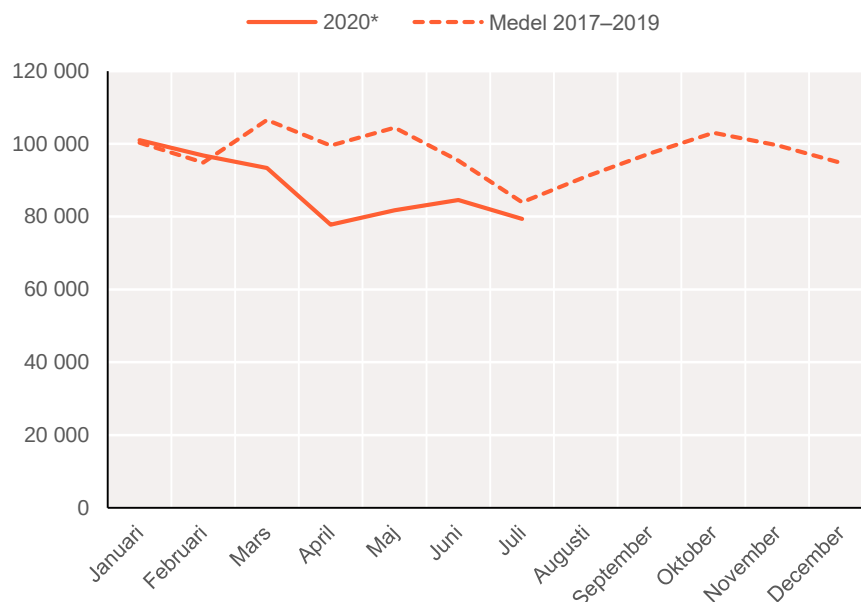
Sverige har ett öppenvårdsinriktat hälso- och sjukvårdssystem i en internationell jämförelse. Sjukhusvårdplatserna är i förhållande till befolkningen få och slutenvårdsanvändningen därför låg. Vårdplatser vid sjukhus har minskat främst som följd av kunskapsutvecklingen och nya sätt att ge vård. Överbeläggningar har de senaste åren varit ett problem. Dessa aspekter gör det särskilt intressant att studera pandemins effekter på den slutna vården.

Överblick - somatisk slutenvård totalt

Socialstyrelsen publicerar nu kontinuerligt uppgifter på sin hemsida om avslutade vårdperioder (hädanefter: vårdtillfällen) i slutenvård, per region, per månad och för olika åldersgrupper². Diagram 22 bygger på dessa uppgifter och visar en jämförelse mellan 2020 och genomsnittet för perioden 2017-2019.

I mars inleds en minskning som förstärks under april och ännu i juni-juli är antalet vårdtillfällen färre än tidigare. Under första halvåret 2020 skedde drygt 65 000 färre vårdtillfällen jämfört med tidigare år, en minskning med 11 procent.

Diagram 22 Avslutade vårdperioder i somatisk vård 2020 respektive 2017-2019.



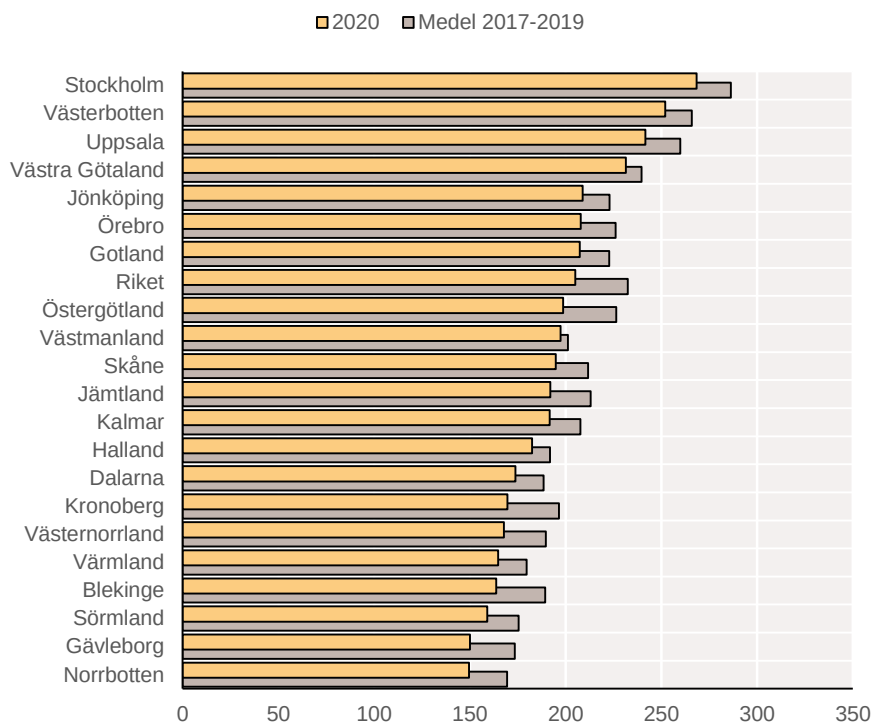
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

² <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistik-om-covid-19/statistik-relaterad-till-covid-19/>

Minskningen skedde trots att i storleksordningen 20 000 personer med diagnos covid-19 vårdades på sjukhus under denna period 2020. Bland personerna som vårdats för covid-19 finns det å andra sidan en mindre eller större grupp som sannolikt slutenvårdats med annan diagnos, om vi inte haft pandemin.

Diagram 23 visar per region antal slutenvårdstillfällen i somatisk vård per 1 000 invånare 70 år och äldre under första halvåret 2020 samt 2019. Regionerna är sorterade efter antalet slutenvårdade per 1000 invånare 2020, inte efter hur mycket antalet slutenvårdstillfällen minskade mellan åren. Diagrammet visar således även den aspekten att slutenvårdstillfällena per invånare skiljer sig åt.

Diagram 23 Antal slutenvårdsperioder per 1000 invånare 70 år och äldre, januari-juni 2019 respektive 2020.



Källa: Patientregistret vid Socialstyrelsen samt SCB.

Utveckling av slutenvård för olika diagnosgrupper

Uppgifterna här är hämtade från Vårdtillfällesdatabasen vid SKR. Senaste månad som redovisas är maj, då det kan finnas eftersläpning i diagnosrapporteringen. Jämförelserna bör betraktas som preliminära.

Diagram 24 och diagram 25 nedan visar två varandra kompletterande uppgifter. Det första visar antalet slutenvårdstillfällen för ett urval sjukdomstillstånd (huvuddiagnoser) under de båda mätperioderna. Det andra visar minskningen i procent 2020 för samma sjukdomsgrupper. Urvalet uppgår totalt till cirka 30 procent av alla vårdtillfällen i databasen.

Covid-19 fallen uppgår här till drygt 15 000 och är den enskilt största diagnosen (i detta urval) i slutenvården under perioden. Den största minskningen, både i procent och i faktiskt antal, skedde för gruppen lunginflammation och influensa. Denna stora minskning kan förmodligen ses som en effekt av uppmaningarna till fysisk distansering, bättre handhygien och uppmaningen till äldre och personer i riskgrupper att undvika sociala kontakter. Således en positiv bieffekt, som bidrog till att minska belastningen på slutenvården. Det är även sannolikt att personer som annars skulle ha slutenvårdats för någon av dessa diagnoser, istället nu slutenvårdades med covid-19.

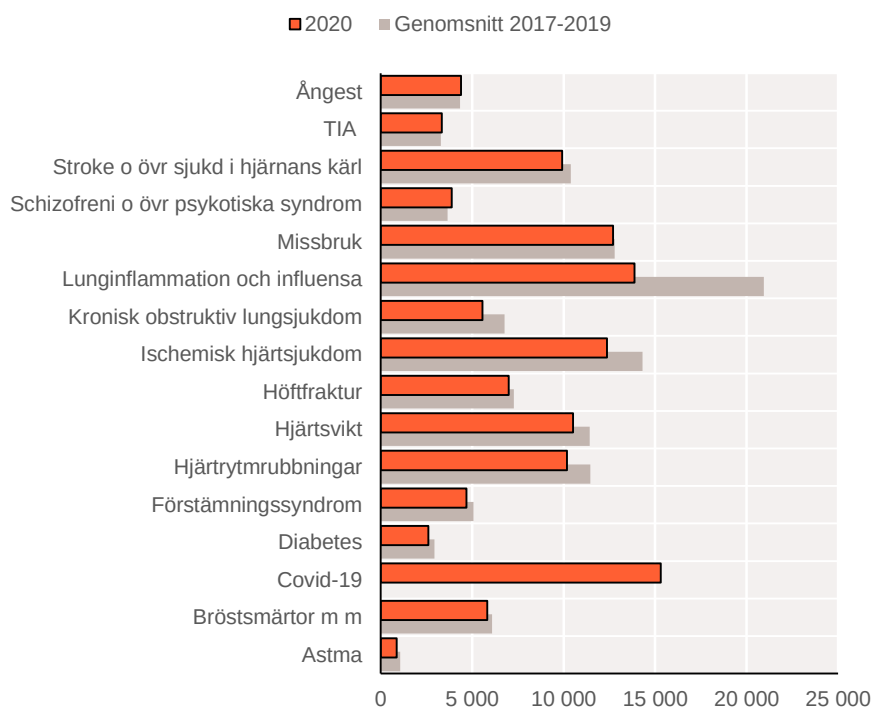
Sluten vård inom psykiatrins olika diagnosgrupper påverkades i liten grad, med förstämningssyndrom som möjligt undantag.

Astma minskar stort i procent, men svarar för få fall. Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och hjärtsvikt ingår båda i kvalitetsindikatorer som syftar till att fånga omfattningen av påverkbar slutenvård, dvs sjukdomar där slutenvårdsbehovet anses kunna påverkas av kvaliteten i den öppna vården. Antalet vårdtillfällen minskar för båda, mest i procent för KOL, men hjärtsvikt är en större sjukdomsgrupp i den slutna vården. Minskningen av KOL-fallen kan till viss del bero på de färre infektionerna i samhället; en infektion kan utlösa en försämring hos en KOL-patient som leder till slutenvård.

Även hjärtrytmrubbningar är en stor grupp och minskar med över 10 procent under perioden. Bröstmärtor minskar mycket lite.

TIA, stroke och hjärtinfarkt är akuta tillstånd där en stor minskning skulle motivera uppmärksamhet, eftersom det skulle kunna innebära att personer med dessa diagnoser inte får den sjukhusvård som de behöver. Antalet fall av TIA ökar något, medan fallen av stroke i denna jämförelse minskar med fem procent. Akut hjärtinfarkt ingår i ischemiska hjärtsjukdomar, men särredovisas senare. Se vidare kapitel 8 om stroke och hjärtinfarkt.

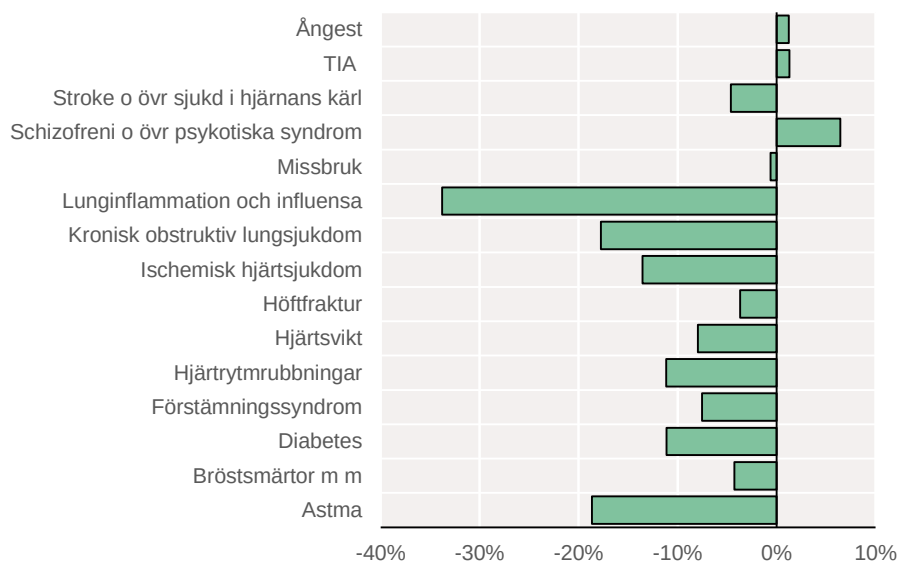
Diagram 24 Antal vårdtillfällen för urval diagnosgrupper 2017-2019 samt 2020, januari-maj.



Källa: Vårdtillfällesdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Not: Västra Götaland, Kronoberg, Blekinge och Jämtland-Härjedalen ingår ej i underlaget

Diagram 25 Minskning av antalet slutenvårdstillfällen för ett urval diagnosgrupper 2020 jämfört med 2017-2019, januari-maj. Procent.



Källa: Vårdtillfällesdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Not: Västra Götaland, Kronoberg, Blekinge och Jämtland-Härjedalen

Tillgänglighet och väntetider

För att klara pandemin ställde hälso- och sjukvården om verksamheten och fokuserade på att ta emot patienter med covid-19 inom den slutna vården och framförallt inom intensivvården. Planerad vård minskades medvetet för att kunna hantera covid- och annan akutsjukvård.

Pandemin påverkade även genom att det spontana vårdsökandet till primärvård och specialiserad vård minskade. Även remisser från primärvård till specialiserad vård har som en följd av detta minskat, och därmed även tillflödet av patienter som kunde bli aktuella för operation eller annan behandling. Flera olika mekanismer kan således påverkat den tillgänglighet som vårdgarantin syftar till att värna.

Vårdgarantin och dess måluppfyllelse är konstruerade för att vara giltiga och styrande i ett normalläge för hälso- och sjukvården. Pandemin har förändrat de förutsättningar som normalt råder och nya prioriteringar har behövt göras. Därför är det befogat att ställa frågan hur måluppfyllelsen av vårdgarantin har påverkats.

I detta kapitel redovisas hur utvecklingen hittills har sett ut under 2020 för de tillgänglighets- och vårdgarantimått som används i den nationella uppföljningen för vårdgarantin. Hur utvecklingen kommer att se ut under resten av året är avhängigt pandemins utveckling.

Vårdgarantin och dess uppföljning

Vårdgarantin är en lagstadgad rättighet som innebär att man ska få vård inom en viss tid. Den anger inom vilka tidsgränser olika vårdinsatser ska erbjudas efter att beslut om vård har fattats. De olika tidsgränserna är 0 dagar för telefon-tillgänglighet i primärvården, 3 dagar till medicinsk bedömning i primärvården, 90 dagar till första besök till specialist och 90 dagar till operation/åtgärd.

Den senaste förändringen av vårdgarantin skedde den 1 januari 2019 då en förstärkt vårdgaranti inom primärvården trädde i kraft. Förstärkningen innebär att patienter som kontaktar primärvården för ett nytt eller försämrat hälsoproblem har rätt till en medicinsk bedömning inom tre dagar, istället för 7 dagar till läkarbesök som tidigare gällde.

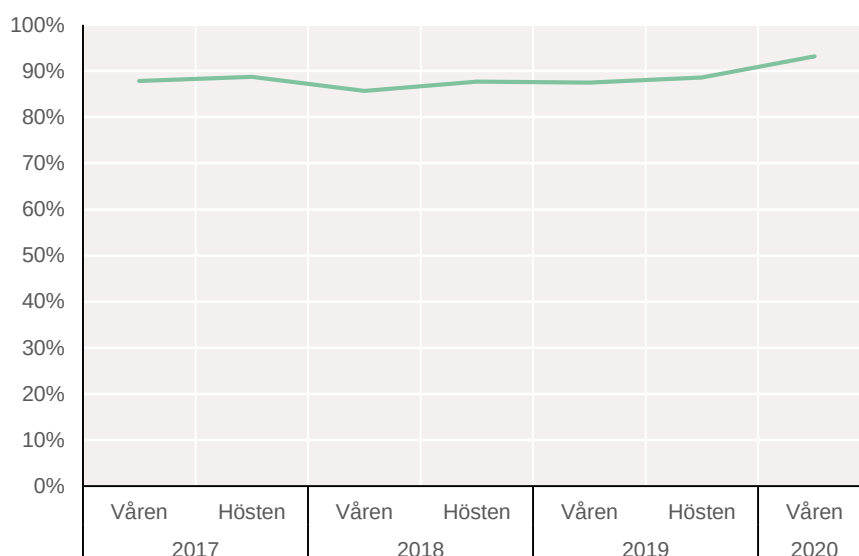
För att följa upp vårdgarantin finns en väntetidsdatabas som förvaltas av SKR och till vilken regionerna rapporterar in data. Databasen gör det möjligt att följa upp vårdgarantins mål specifikt, men även andra mätpunkter med relevans för tillgänglighet och väntetider. Månatliga data presenteras sedan 2009 publikt på Väntetider.se och på Vården i siffror. De månatliga mätningarna och uppföljningen av vårdgarantin har fortsatt som vanligt under pandemin, vilket gör att de vanliga måtten på tillgänglighet kan användas för att ge en bild av hur tillgängligheten förändrats under pandemin.

Telefontillgänglighet och bedömning i primärvård

Två av vårdgarantins mått avser primärvård, där det första avser telefonkontakt, det vill säga målet om att alla som ringer ska få kontakt med vårdcentralen för rådgivning och/eller tidsbokning samma dag. Vårens mätning av telefontillgängligheten utfördes under maj månad i år, det vill säga mitt under pandemin.

Diagram 26 visar resultatet för detta mått sedan några år tillbaka. Det framgår att utvecklingen varit positiv även under våren 2020, en högre andel patienter fick alltså kontakt med sin vårdcentral samma dag under den här perioden. Det är viktigt att komma ihåg att de samtal som skett till 1177 inte ingår i den här mätningen, där man också såg en stor volymökning av samtal under samma period. Inte heller de digitala kontakter patienter tagit med privata nätläkartjänster finns med i denna mätning.

Diagram 26 Andel patienter som fick kontakt med primärvården samma dag.

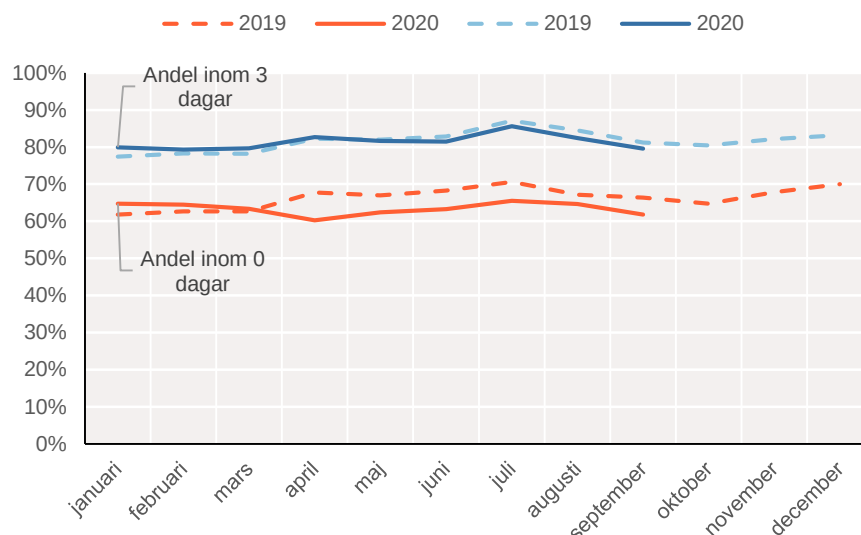


Källa: Vätetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Mätningen för medicinsk bedömning inom 3 dagar i primärvård uppvisade en positiv eller i alla fall stabil utveckling, med en viss ökning under våren av andelen patienter som blev bedömda inom vårdgarantitiden. Se diagram 27, som även visar andelen patienter som blev bedömda samma dag.

Resultatet för augusti och september visar att inget trendbrott skett, utan att andelen den senaste tolv månadersperioden legat runt eller något över 80 procent, bortsett från semestermånaden juli, då andelen var högre. Vätetiden mäts till alla legitimerade yrkesgrupper, där kontakt med läkare har en måluppfyllelse på 83 procent, medan kontakt med dietist och logoped har betydligt lägre måluppfyllelse, vilket påverkar den totala måluppfyllelsen, som därför blir lägre.

Diagram 27 Andel patienter som fått medicinsk bedömning inom tre dagar respektive samma dag. Alla yrkesgrupper, jan 2019-sept 2020



Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Antalet vårdkontakter minskade mycket kraftigt under april-maj, för att under sommaren återgå till mer normala volymer. Detta talar för att färre i befolkningen valde att söka vård under första delen av pandemin. Måluppfyllelsen för vårdgarantin var stabil under perioden.

Primärvården har under våren ställt om och utformat nya arbetssätt för att möta invånarnas behov. Det skedde ett skifte från mottagningsbesök till andra vårdkontaktformer som distanskontakter, telefonbrevkontakter men också hembesök.

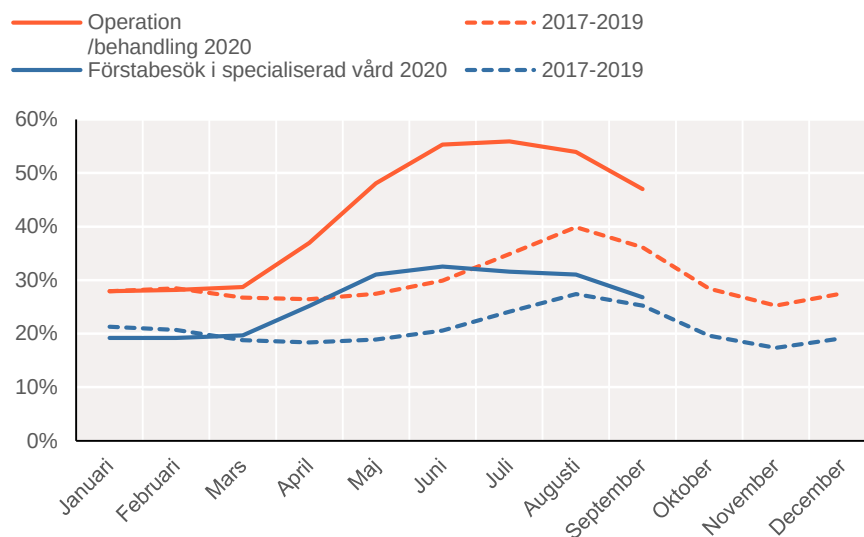
Besök och operation i specialiserad vård

Andelen av de som väntade på förstabesök eller på operation som väntat längre än 90 dagar ökade påtagligt under våren.

I januari hade 19 procent väntat på ett första besök till läkare mer än vårdgarantins 90 dagars gräns, i september hade denna andel ökat till 27 procent. För operation/åtgärd hade 28 procent väntat längre än vårdgarantins 90 dagar i januari. I september hade denna andel ökat till närmare 46 procent. Det innebär alltså att närmare hälften av de som väntar får vänta längre än vårdgarantins 90 dagar.

Uppgifter från operationsregistret SPOR om antalet utförda operationer tyder på att en påtaglig återhämtning skett under början av hösten (se kapitel 3). Behovsprioritering sker på andra grunder än patienternas väntetid, men en bestående ökning av antalet operationer kommer att leda till att andelen patienter som väntat länge minskar.

Diagram 28 Andel som väntat längre än 90 dagar på förstabetesök till läkare i specialiserad vård respektive till operation/behandling, januari 2019-september 2020

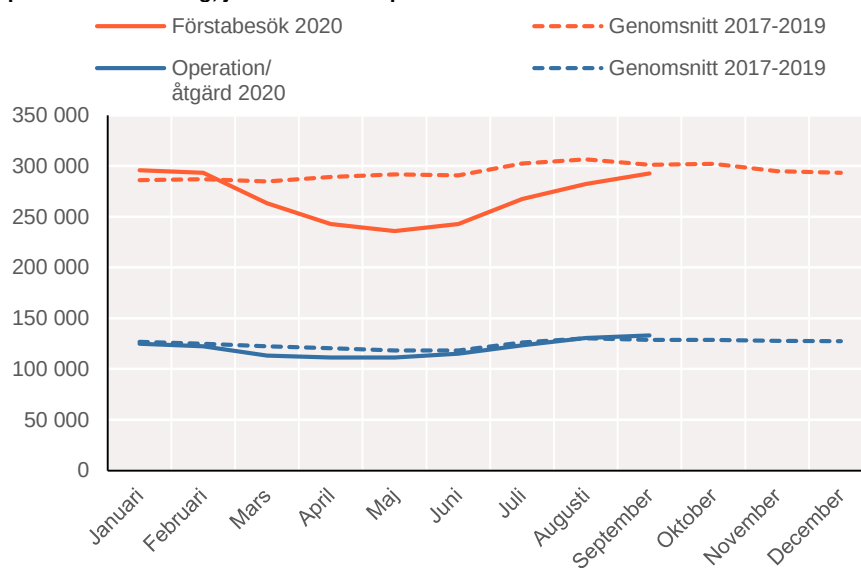


Källa: Vänstetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Antal väntande, patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan

Efter mars månad skedde en tydlig nedgång av antalet genomförda planerade operationer. Detsamma gällde antalet förstabetesök till läkare i specialiserad vård. Antalet väntande till första besök och operation/åtgärd ökade inte i början av pandemin, utan tvärtom minskade, vilket visas i diagram 29 nedan.

Diagram 29 Antal väntande på förstabetesök till läkare i specialiserad vård samt till operation/behandling, januari 2019 - september 2020.



Källa: Vänstetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

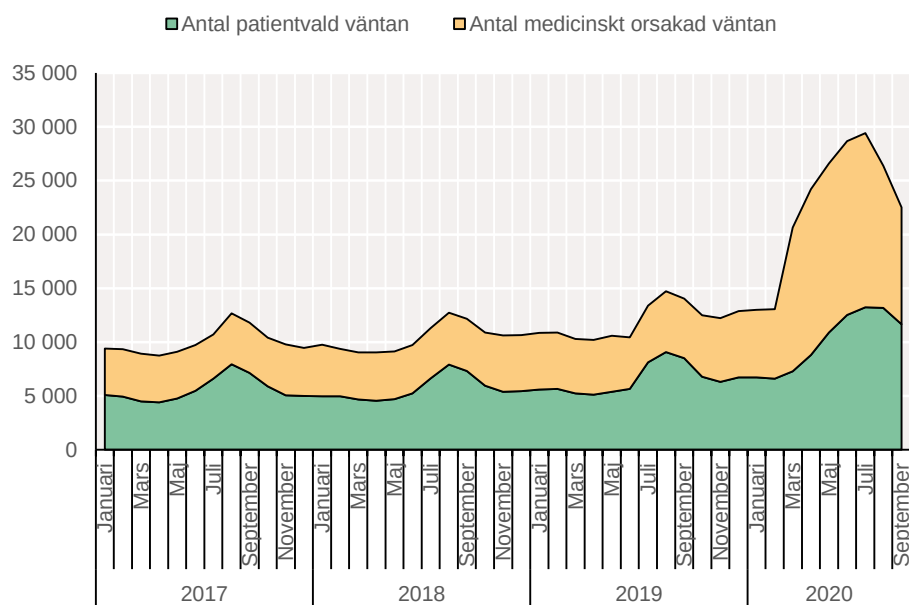
Detta kan ha att göra med ett minskat inflöde av vårdsökande då färre sökte vård samt att patienterna som redan fanns på väntelista själva valde att vänta, så kallad patientvald väntan (PVV). Flera regioner uppger att antalet remisser från primärvård till specialiserad vård har minskat under perioden, därför kan antalet patienter som väntar på besök eller operation i nuläget vara ett svårtolkat mått.

Det framgår att antalet väntande har ökat efter sommaren, vilket kan tyda på att fler nu söker vård. Men det finns skäl att tro att antalet personer med behov av specialistbedömning och eventuell fortsatt behandling är större än det antal patienter som är uppsatta på väntelista. Därför finns det en risk att väntelistan inte speglar det aktuella behovet som finns i befolkningen, efter pandemins intåg. Detta som en följd av det lägre vårdsökandet under våren.

Detta illustreras också av att antalet patienter som anges ha patientvald väntan eller medicinskt orsakad väntan har ökat under pandemin, både till första besök och till operation/behandling.

Medicinskt orsakad väntan (MOV) är när patienten av medicinska skäl inte bör få ett första läkarbesök eller en operation. I gruppen MOV ingår bl. a de riskgrupper som identifierades i samband med pandemin. Väntande med avvikelser MOV ingår inte bland de väntande som omfattas av vårdgarantin. Av diagram 30 framgår att antalet personer som har medicinsk orsakad väntan till operation ökade påtagligt under våren. De utgör även en märkbar andel av alla väntande och är därför en viktig aspekt att följa i väntetidsmätningarna. Ökningen av medicinskt orsakad väntan på operation är större än den patientvalda och ökningen för båda kan rimligen bara förklaras av pandemin.

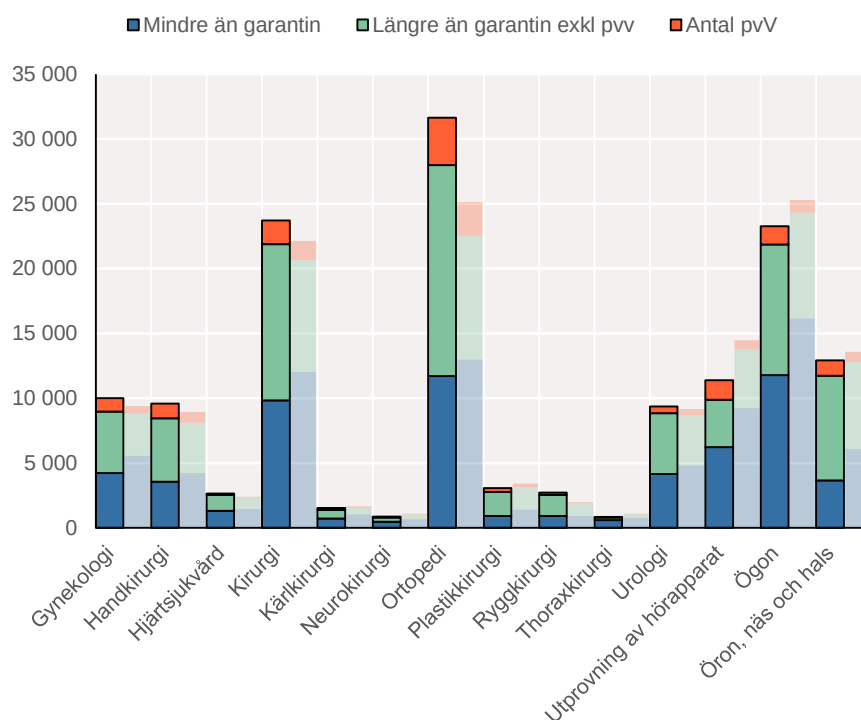
Diagram 30 Antal patientvald eller medicinskt orsakad väntan på operation/åtgärd – specialiserad vård.



Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Antalet väntande har påverkats för alla vårdutbud men det finns några områden som ökat mer än andra - som ortopedi, kirurgi, öron näsa hals, ögon och handkirurgi. Några av dessa var också områden med många väntande innan pandemin. Flera av dessa operationer kräver mer resurser som vårdplatser och rehabilitering och kunde enligt medicinsk prioritering avvakta. Diagram 31 visar antalet väntande på operation/behandling, fördelat på olika verksamhetsområden, i en jämförelse mellan augusti 2019 och 2020.

Diagram 31 Antal som väntar på operation/behandling inom olika verksamhetsgrenar, augusti 2020, jämfört med augusti 2019 (genomsnittliga staplar).



Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Säker vård och samverkan

Ett viktigt perspektiv att ha med när man tittar på effekterna av pandemin i hälso- och sjukvårdssystemet är hur patientsäkerheten eventuellt har påverkats. Med patientsäkerhet menas här att patienter har kunnat skyddas från skador som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Eftersom covid-19 är en smittsam allmänfarlig sjukdom finns behov av att undersöka om personalens följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler förändrats. Handhygien är en del av basala hygienrutiner och en viktig åtgärd för att förebygga smittspridning. Sedan den första punktprevalensmätningen (PPM) hösten 2010 har följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler förbättrats inom både regioner och kommuner.

Mätning av basala hygienrutiner och klädregler har under 2020 genomförts vid två tillfällen. Vårmetningen genomfördes under veckorna 11-12, precis när sjukhusen gick in i ett krisläge med anledning av coronaviruset. Höstmätningen genomfördes under första halvan av oktober, under veckorna 40-41.

Vårmetningen visade att följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler inom regioner hade ökat jämfört mot föregående år. För två av de tre huvudmåten var ökningen mycket tydlig, en ökning med upp till sex-åtta procentenheter. Andelen med full följsamhet i samtliga steg låg på närmare 83 procent.

Sedan vårmetningen har över 100 000 medarbetare inom vård och omsorg genomfört Socialstyrelsens utbildning i basala hygienrutiner och ännu fler har fått del av genomgångar och träning.

Höstmätningen visar att två av de tre måten i riket försämrades något jämfört med vårmetningen, men att de förbättrade resultaten väsentligen består. Andelen med följsamhet i samtliga steg är drygt 81 procent, för hygienrutiner är andelen nära 85 procent och för klädregler närmare 95 procent.

Sammantaget visar de två mätningarna av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler som gjorts under 2020 att en förbättring har skett, jämfört med tidigare år.

Sju regioner ingår inte i underlaget för Rikets resultat i höstmätningen. Antalet personer som ingick var närmare 20 000, att jämföra med knappt 12 000 under vårmetningen.

Överbeläggningar på sjukhus

Flera mått om slutenvården som speglar patientsäkerhet, samverkan i vårdkedjan och resursanvändningen i sjukhusens slutenvård mäts kontinuerligt sedan flera år.

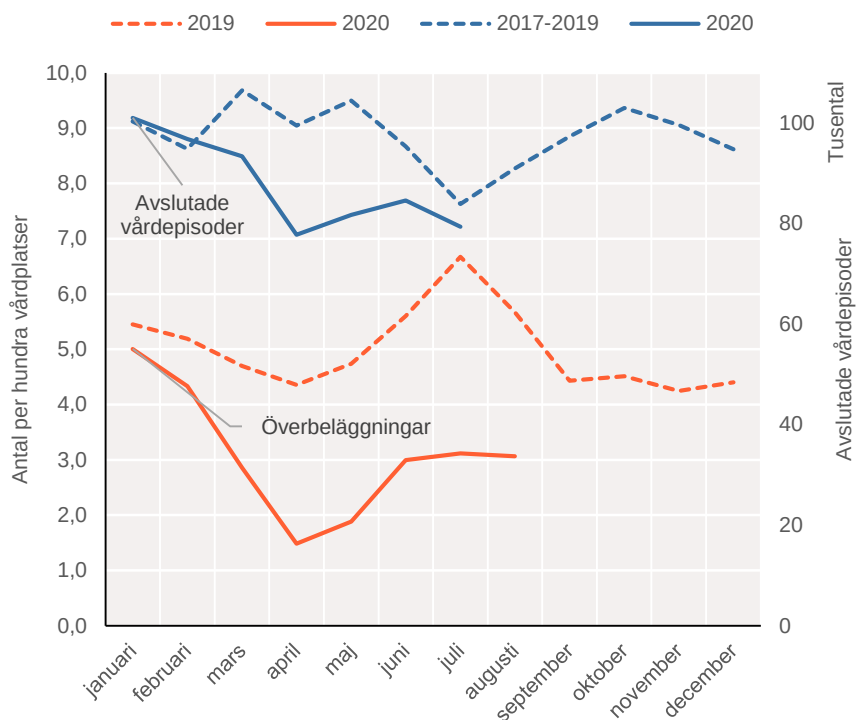
Förekomst av överbeläggningar och utlokaliseringar är processmått på patientsäkerheten inom den slutna vården. Dessa båda mått är nära kopplade till utskrivningsprocessen och andelen utskrivningsklara patienter på sjukhus. Påverkbar slutenvård och återinskrivningar på sjukhus är andra mått som är kopplade till antal slutenvårdstillfällen och vårdsystemets kvalitet i vid mening.

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

Diagram 32 visar att antalet överbeläggningar minskade kraftigt under våren, i relation till antalet disponibla vårdplatser³. Jämfört med tidigare år var antalet nästan 70 procent lägre i april. Antalet överbeläggningar har sedan dess legat på omkring hälften av motsvarande antal föregående år. Den huvudsakliga förklaringen till att överbeläggningarna blivit färre är att antalet slutenvårdstillfällen minskade under samma period, trots en kraftig ökning av patienter med covid-19, samtidigt som det totala antalet vårdplatser inte förändrades¹.

³ Här ingår inte vårdplatser vid de fältsjukhus som öppnades upp under en period.

Diagram 32 Antal överbeläggningar per hundra disponibla vårdplatser och antalet avslutade vårdepisoder i somatisk slutenvård.



Källa: Väsentidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner samt Patientregistret, Socialstyrelsen

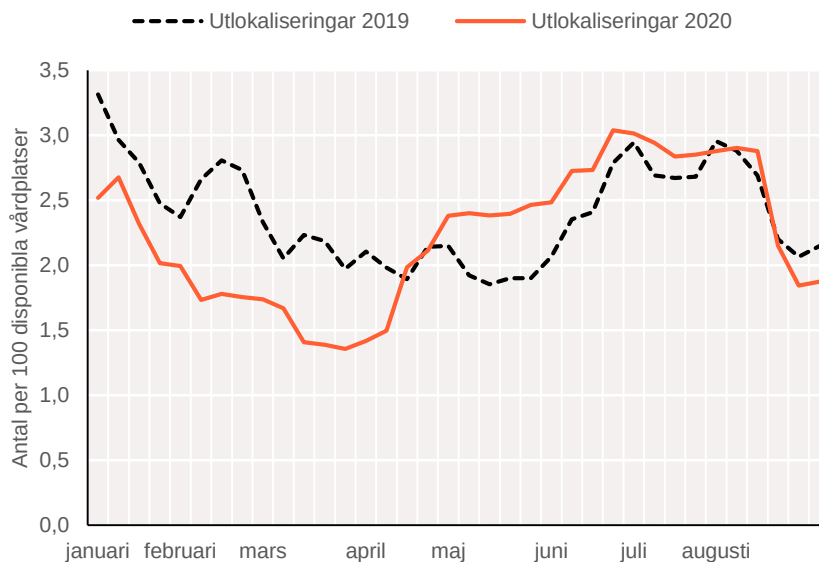
Not: Diagrammet visar endast somatisk vård vid region- läns- och länsdelssjukhus, överbeläggningar som sju dagars glidande medelvärde.

Vid platsbrist kan patienter även utlokaliseras, vilket innebär att de flyttas till en vårdavdelning där det finns lediga vårdplatser, men som inte har den medicinska kompetensen eller ansvaret för patienten. Journalgranskningar har visat på en markant högre förekomst av vårdskador hos utlokaliserade patienter än hos patienter som inte varit utlokaliserade⁴.

Utlökaliseringar förekommer vanligtvis mer sällan än överbeläggningar. Antalet utlokaliseringar i relation till vårdplatserna minskade inledningsvis under 2020, men ökade sedan i samband med det kraftigt ökade vårdbehovet för patienter med covid-19. En sannolik förklaring är att sjukvården, för att möta det ökade vårdbehovet från patienter med covid-19, behövt organisera vården annorlunda.

⁴ <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-836-4.pdf?issuusi=ignore>

Diagram 33 Antal utlokaliseringar per hundra disponibla vårdplatser i somatisk slutenvård.



Källa: Vätetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Utskrivningsklara patienter på sjukhus

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

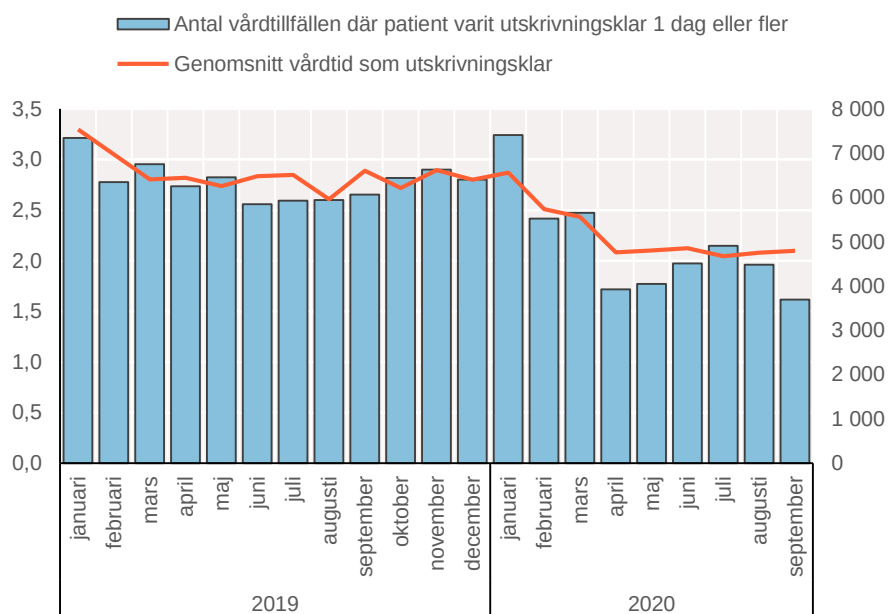
Denna förbättring påbörjades i samband med att Lagen och samverkan vid utskrivning från slutenvård började gälla i januari 2018. Sedan dess har medelvårdtiden på sjukhus för utskrivningsklara patienter förkortats och andelen platser belagda av utskrivningsklara patienter minskat. Under pandemin har även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

Diagram 34 visar antalet vårdtillfällen där patienten varit utskrivningsklar och vårdtiden som utskrivningsklar på sjukhus. Flera ytterligare mått som beskriver förekomsten av utskrivningsklara patienter visas kontinuerligt på SKRs hemsida om tillgänglighet och väntetider, vantetider.se.

Några resultat:

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

Diagram 34 Antal vårdtillfällen och genomsnittlig vårdtid för utskrivningsklara patienter.



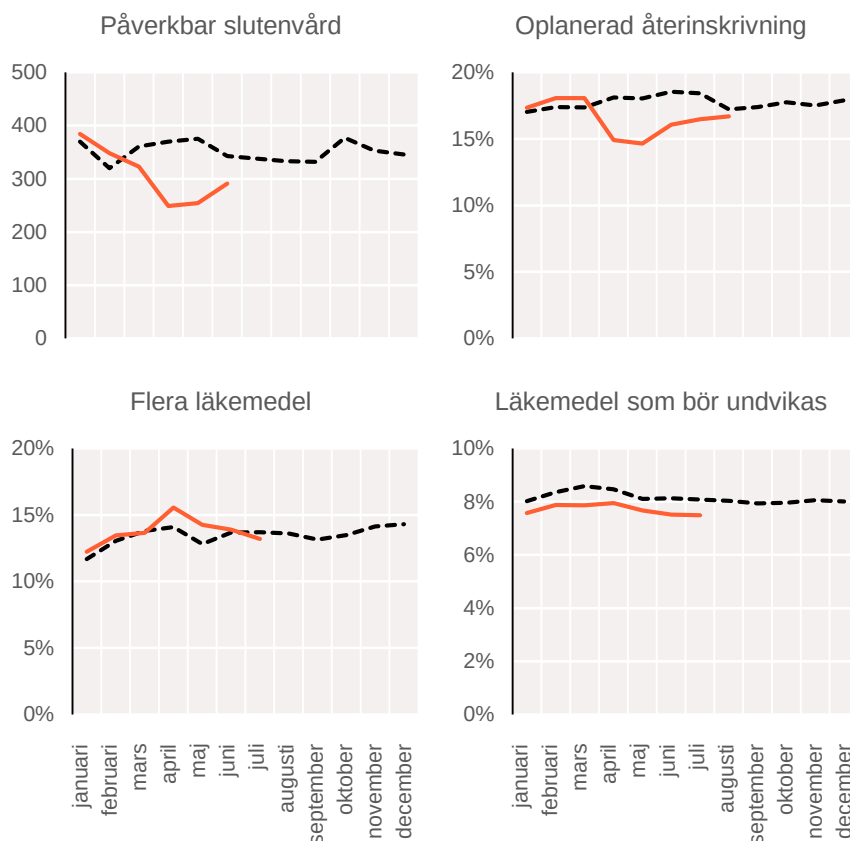
Källa: Vårdtillfällesdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Återinskrivningar, läkemedel för äldre

Fyra mått som i vid mening speglar kvalitet, samverkan och säker vård visas i diagram 35, i en jämförelse mellan 2019 och 2020.

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

Diagram 35 Fyra patientsäkerhetsindikatorer



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

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

Även oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar i slutenvård minskade i våras, i alla fall temporärt. Detta är svårare att förklara med den allmänna minskningen av slutenvårdstillfällen, men kan hänga samman med ett bättre samarbete mellan kommunerna och regionerna. Höstens mätningar kommer att visa om minskningen blir bestående.

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

Cancervården

Cancervården är ett prioriterat område och har fungerat väl under den pågående pandemin för de patienter som sökt vård. Detta styrks bland annat av att ledtiderna för de standardiserade vårdförloppen har minskat något under våren.

Antalet nydiagnostiserade cancerfall har dock minskat under samma period och färre canceroperationer har rapporterats från flera regioner. Det finns dock i nuläget bara begränsade uppgifter om antalet utförda canceroperationer i nationellt tillgänglig statistik.

En farhåga är att den pågående pandemin medför att nya cancrar inte upptäcks. Personer med cancer som ännu inte diagnosticerats riskerar därmed att få sin behandling i ett senare skede, något som riskerar leda till en sämre prognos och på sikt ett ökat antal dödsfall i cancer.

Av den delrapport för överenskommelsen inom cancerområdet som SKR lämnade till Socialdepartementet 30 september⁵ framgår att den pågående pandemin har inneburit att omställningen till nya arbetssätt och digitala vårdkontakter har påskyndats. Ett förbättrat samarbete inom och mellan vårdinrättningar och regioner har rapporterats. Detsamma gäller ett förbättrat samarbete med privata vårdgivare.

Rapporten visar dock även att den pågående pandemin medfört begränsningar av patienternas stöd från närstående vid sjukvårdsbesök, eftersom anhörigas närvaro har behövt begränsas på grund av smittorisken.

Diagnostiserade fall av cancer under 2020

För att få en bild av det uppskjutna vårdbehovet inom cancersjukvården har Regionala cancercentrum i samverkan (RCC) genomfört en registerstudie om antalet diagnostiserade cancerfall, baserad på data i de regionala tumörregistren. För att få så aktuell data som möjligt bygger den första rapporten på uppgifter från de laboratorier i landet som har elektronisk inrapportering av data till tumörregistren.⁶

De totalt 14 patologilaboratorier som levererat de första data omfattar tillsammans ett område som innefattar cirka 55 procent av Sveriges befolkning. De tre sjukvårdsregioner som innehåller en storstadsregion är väl representerade: Samverkansregion Stockholm-Gotland, Väst och Syd. Uppsala-Örebro och Sydost är representerade med ett laboratorium vardera, medan inget laboratorium från Norra samverkansregionen ingår.

⁵ Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider, Sveriges Kommuner och Regioner 2020.

⁶ Uppskjuten cancervård. Jämförelse av antalet nyregistrerade cancerfall under covid-19-pandemin 2020 och motsvarande period 2019. Regionala cancercentrum i samverkan.

Tabell 1 visar den procentuella nedgången av antal diagnosticerade cancerfall i tre-månadersperioder från december 2019 fram till och med augusti 2020. Det framgår att den procentuella minskningen av antalet cancerfall på de 14 aktuella laboratorierna varierar mycket.

Medianvärdet för procentuell minskning är 12,8 procent jämfört med samma period 2019. Det motsvarar att var åttonde person som normalt skulle ha fått en cancerdiagnos mars-augusti 2020 inte har blivit diagnosticerad. Om man antar att denna minskning kan extrapoleras till hela Sverige och att 63 000 personer fick en cancerdiagnos 2018 skulle det motsvara att närmare 4 000 personer skulle ha en cancer som ännu inte upptäckts. Se vidare avsnittet om SVF, där antalet faktiskt påbörjade behandlingar vid cancer redovisas.

Statistiken säger inget om vilka cancerformer det är som har drabbats mest av uppskjuten diagnos. Man kan heller inte säga något om vilka konsekvenser den uppskjutna vården kan få i form av försämrade prognos för de individer vars cancerdiagnos skjuts upp.

För att ge en mer komplett och nyansrik bild planerar RCC för att rapporteringen ska uppdateras och utökas, så att data från så gott som samtliga regioner ska kunna ingå i kommande sammanställningar. Planer finns även på att komplettera rapporteringen med diagnosvisa analyser, det vill säga beskrivningar av hur stort vårdbehovet är inom exempelvis diagnosgrupperna bröstcancer, prostatacancer, tjock- och ändtarmscancer, lungcancer med flera.

Tabell 1 Procentuell förändring av antal provsvar med cancerdiagnos jämfört med motsvarande period året innan. Tre- och sex månadersperioder, december 2019-augusti 2020.

	dec-feb	mars-maj	jun-aug	mar-aug
Blekingesjukhuset Karlskrona	7,5	-4,7	-16,2	-10
Blekingesjukhuset Kristianstad	-5,7	-12,8	-11,1	-12
Danderyds sjukhus	-2,7	-31,4	-19,8	-26,4
Falu lasarett	-11,5	-20,2	-13,9	-17,2
Helsingborgs lasarett	-6	-21,2	-4,1	-13,6
Karolinska Huddinge	-4,3	-36,3	-24	-30,9
Karolinska Solna	2,2	-18,9	-11,4	-15,3
Länssjukhuset Ryhov	25,2	5,6	-8,7	-1,6
Norra Älvsborgs sjukhus, Trollhättan	3,3	-13,7	-18,2	-15,8
Sahlgrenska universitetssjukhuset	2,7	-12,5	-10,9	-11,8
SUS Lund	1,8	-8,1	-10	-9
SUS Malmö	5,8	-6,8	0,1	-3,6
Södersjukhuset	-2,2	-9,5	0,6	-4,8
Södra Älvsborgs sjukhus Borås	3,9	-12,6	-17,6	-14,9

Antal canceroperationer och påbörjade strålbehandlingar

RCC samarbetar med Socialstyrelsen kring framtagande av registerdata från patientregistret för cancervård, inom ramen för ett större uppdrag som Socialstyrelsen har.

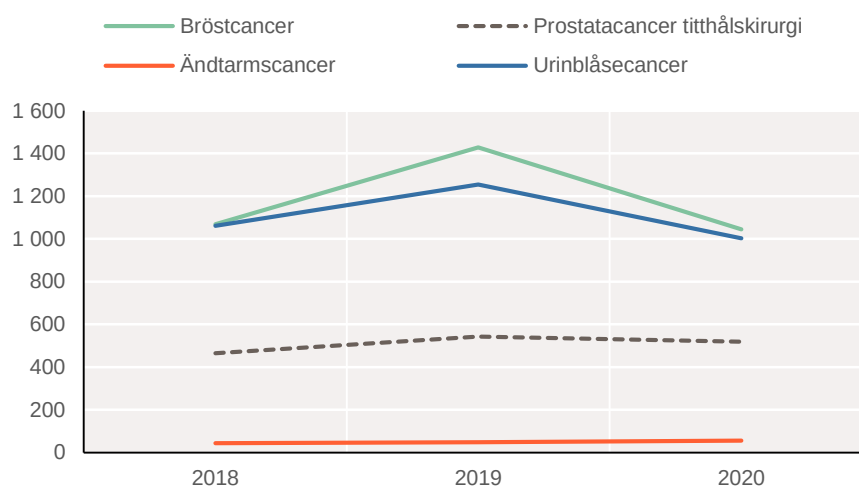
Bland annat ska antalet canceroperationer för de största diagnoserna beskrivas, i första hand bröst-, prostata-, lung- samt tjocktarms- och ändtarmscancer. Även antalet påbörjade strålbehandlingar med botande syfte ska belysas, i första hand för prostatacancer och lungcancer.

Denna analys har ett stort kompletterande värde eftersom uppgifter om antalet cancerfall som diagnosticerats under pandemin inte beskriver hur sjukvården har lyckats behandla dessa personer. Det är dessutom en viss tidsförskjutning mellan diagnos och behandling.

Även kvalitets- och operationsregistret SPOR har sammanställt uppgifter om några operationer som företrädesvis avser cancerpatienter: Dels antalet operationer, dels tid till operation. Andelen som opererats inom 30 dagar från operationsanmälan har ökat under 2020, för de operationer SPOR analyserat. Detta visas inte här, men tid till operation ingår i redovisningen av ledtidsmålet för SVF, som visas senare.

Diagram 36 visar totala antalet operationer under andra kvartalet 2020 jämfört med tidigare år, för ett urval operationstyper inom cancerkirurgi, för bröst-, prostata-, ändtarms- och urinblåsecancer. Antalet operationer är i nivå med antalet 2018, men lägre än 2019. Alla operationstyper ingår inte, vilket innebär att jämförelsen inte ger en heltäckande bild av totala antalet canceroperationer för dessa diagnoser.

Diagram 36 Antal utförda operationer för ett urval cancerformer och operationstyper, andra kvartalet 2018-2020.



Källa: Svenskt Perioperativt register, SPOR

Not: Åtgärds-koder HAB40 (bröstcancer), KEC01 (prostatacancer), JGB 30 (ändtarmscancer), KCD02 (urinblåsecancer)

Cancerscreening under 2020

Screening för bröstcancer och livmoderhalscancer är etablerad sedan flera decennier och utgör en viktig del i samhällets arbete för en minskad cancerdödlighet. Screening för tarmcancer är införd i Stockholm-Gotlandsregionen sedan ett antal år och implementering i övriga landet har inletts.

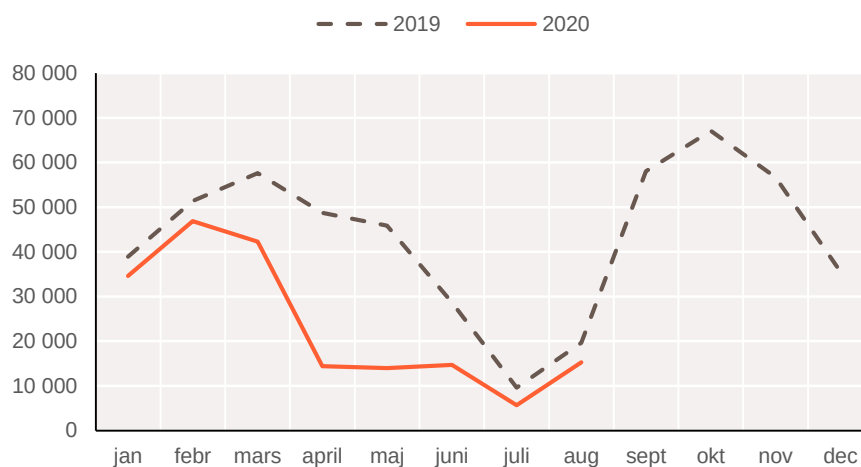
Gemensamt för all cancerscreening är att aktiviteten har sjunkit i samband med covid-19-pandemin. Flera regioner pausade, helt eller delvis, verksamheten under våren. Detta berodde på att väntrum behövde anpassas, att personal fick lånas ut till annan verksamhet samt att laboratorieresurser i första hand gick till covid-19-diagnostik. Inom mammografiverksamheten har också personer med symtom, till exempel knöl i bröstet, prioriterats framför screening av symtomfria individer. En annan viktig orsak till minskad screening är att kallade personer har uteblivit i högre utsträckning än normalt. Det har troligtvis framför allt berott på en rädsla för att smittas av coronavirus i samband med besök på vårdinrättningar.

För screening för livmoderhalscancer finns uppgifter om kvinnors deltagande under 2020. Diagram 37 bygger på uppgifter från Nationella Kvalitetsregistret för Cervixcancerprevention och visar antalet kvinnor som tagit ett cellprov inom screeningprogram under 2020.

Mönstret är detsamma som för många andra vårdaktiviteter och -kontakter: En kraftig minskning under våren, och mindre skillnader under sommarmånaderna. I april-maj var minskningen 70 procent jämfört med 2019.

Flera regioner har nu under hösten återupptagit verksamheten i full skala men fortfarande är aktiviteten lägre än normalt på sina håll. Graden av normalisering samt vilka hinder som eventuellt kan dröja kvar i de olika regionerna kommer att kunna bedömas mot slutet av 2020.

Diagram 37 Antal kvinnor som tagit ett cellprov med indikation screening, 2019-2020.



Källa: Nationella Kvalitetsregistret för Cervixcancerprevention, processregistret Cytburken

Not: Region Blekinge och Region Skåne ingår ej.

Utvecklingen för de standardiserade vårdförloppen

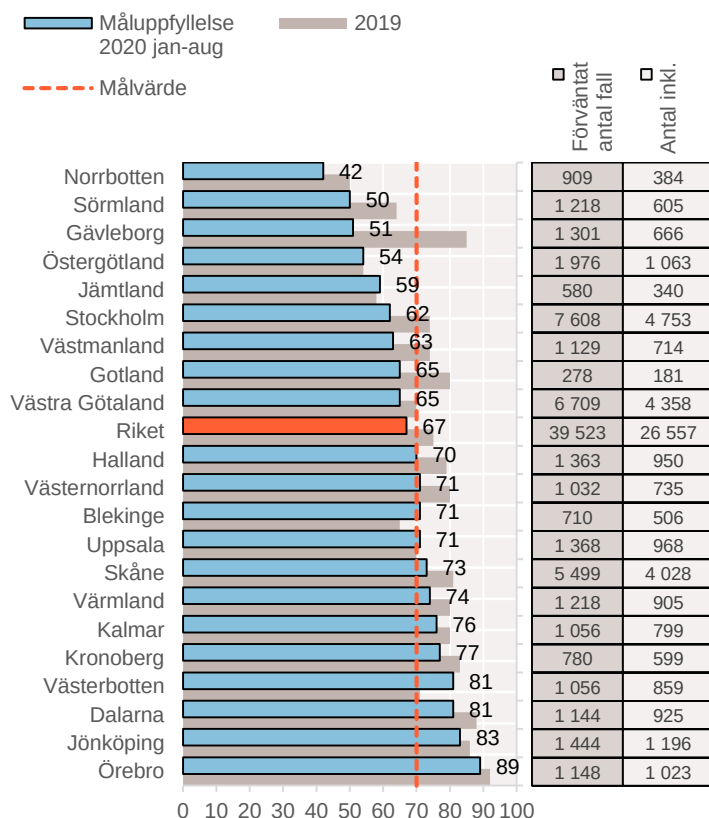
Arbetet med standardiserade vårdförlopp (SVF) kan följas via den interaktiva statistiken på hemsidan cancercentrum.se.⁷ Både antal patienter i SVF och väntetider i SVF redovisas kontinuerligt.

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

På nationell nivå nåddes inklusionsmålet 2018, det vill säga 70 procent. Men sammantaget för alla diagnoser har inklusionen i SVF sjunkit från 75 procent 2019 till 67 procent för perioden januari-augusti 2020. Variationen är dock stor både mellan regioner och diagnoser. Vilken diagnos som påverkats mest skiljer sig åt mellan regionerna. Nedgången beror dels på en faktisk minskning av antal personer som sökt vård och på mindre screeningverksamhet, dels på en minskad eller fördröjd registrering av SVF till den nationella väntetidsdatabasen vid SKR.

⁷ <https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/statistik/svf-statistik/antal-patienter-i-svf/>

Diagram 38 Måluppfyllelse för inklusionsmålet för SVF, antal förväntade cancerfall samt antal fall inkluderade i SVF, jan-aug 2020.



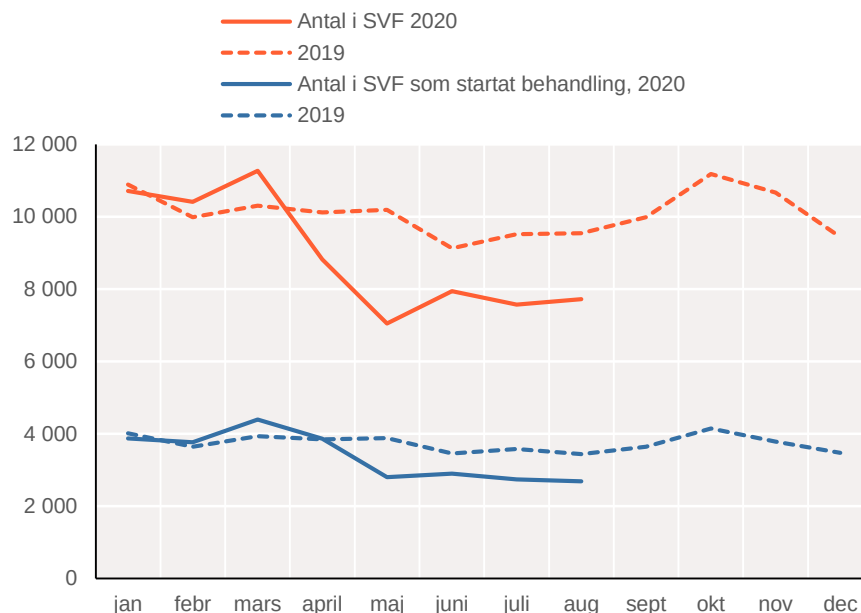
Källa: Vänstetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

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

Antal personer som utretts inom SVF och antalet som startat behandling minskade i början av våren, men har ökat något därefter. I diagram 39 nedan visas utvecklingen för riket som helhet sedan januari 2019.

Eftersläpande inrapportering gör senare månaders värde mer otillförlitliga. Under första halvåret 2020 har antalet personer som utretts inom SVF minskat med drygt 4 400, jämfört med samma period 2019. Antalet som påbörjat behandling mot cancer har under samma period minskat med knappt 1 200 personer.

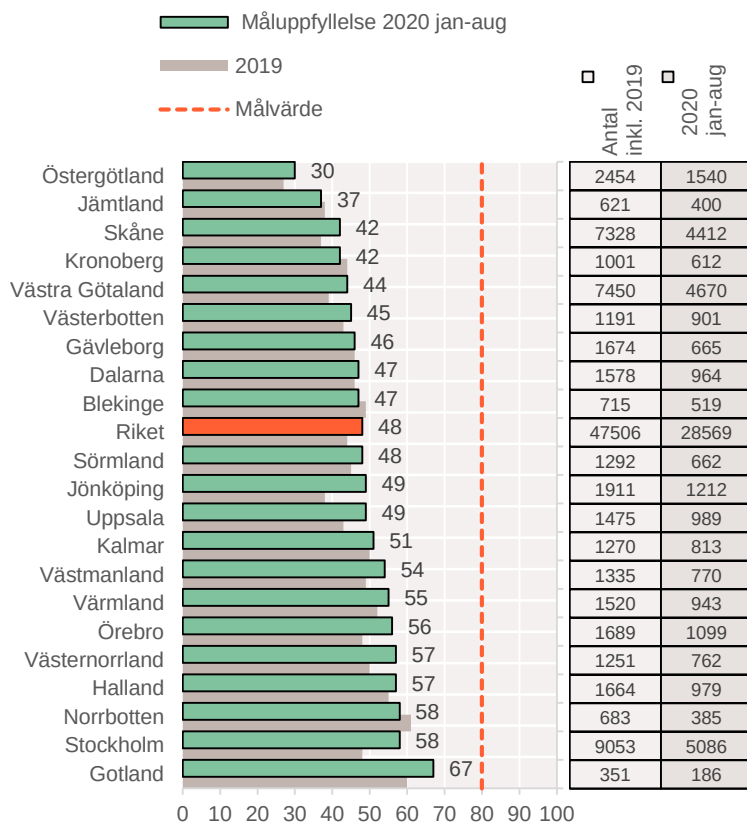
Diagram 39 Antal personer som utretts inom SVF samt antal personer av dessa som startat behandling för cancer, januari 2019 – september 2020.



Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

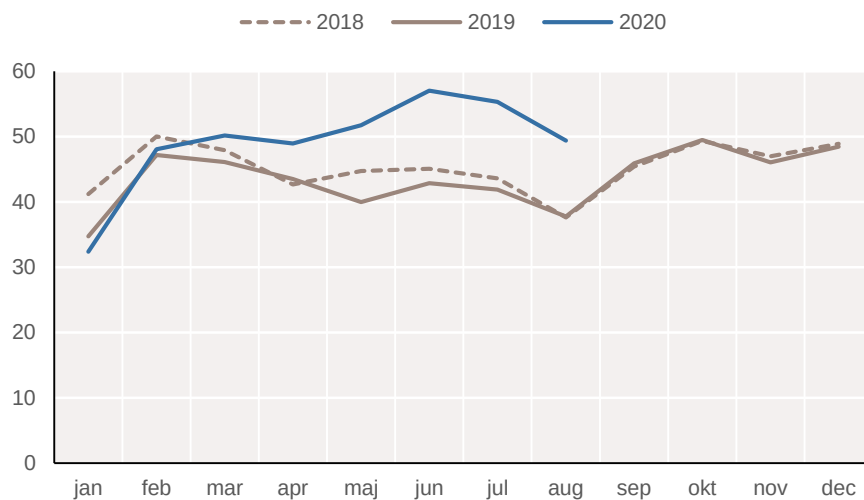
Diagram 40 och 41 nedan visar måluppfyllelsen för ledtidsmålet för regionerna under 2020 och för riket i jämförelse med tidigare år. Det nationella målet är 80 procent. Andelen SVF som fullföljs inom de uppsatta ledtidsmålen har under januari-augusti 2020 ökat från 44 till 48 procent i riket. Måluppfyllelsen har således blivit något bättre under pandemin, vilket borde tala för att de patienter som sökt vård och där misstanke om cancer funnits har prioriterats i sjukvården. Men att färre patienter har utretts via SVF kan också spela en roll.

Diagram 40 Andel SVF som fullföljs inom ledtidsmålet samt antal SVF, jan-aug 2020 respektive helåret 2019.



Källa: Vätetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Diagram 41 Andel SVF som fullföljs inom ledtidsmålet, 2018-2020.



Källa: Vätetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

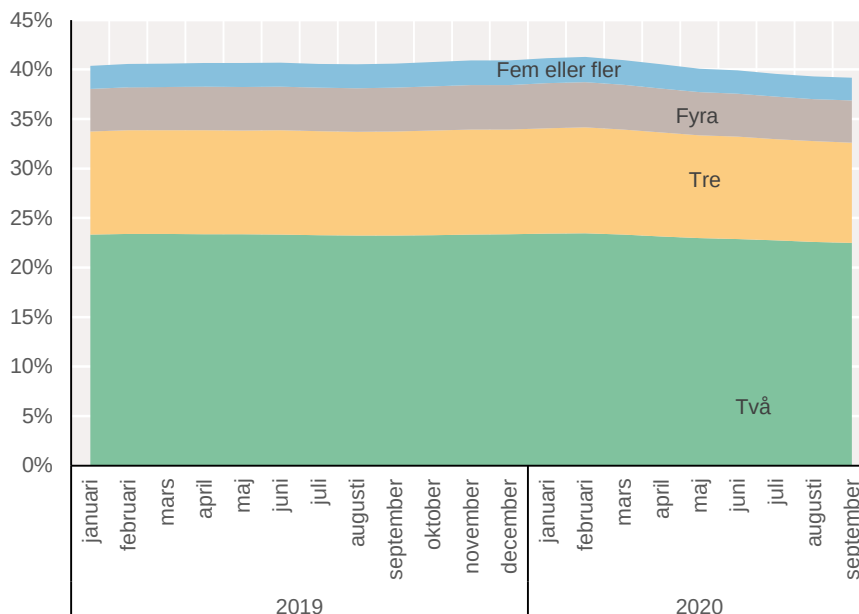
Primärvården

Primärvården är basen i hälso- och sjukvården. Primärvården är för många den första kontakten med vården och har därför en viktig roll i att förebygga och tidigt upptäcka sjukdom. Primärvården möter patienter i alla åldrar, med en variation av social- och kulturell bakgrund och olika hälsoproblem. En del får alla sina behov tillgodosedda i primärvården, medan för många är primärvården ett led i en vårdkedja med många aktörer inblandade, såväl inom den specialiserade vården som inom den kommunala vården och omsorgen.

Samsjuklighet

Av diagram 42 framgår att en betydande andel av befolkningen och därmed av patienterna i primärvården har samsjuklighet, vilket innebär att en individ har två eller fler kroniska sjukdomar samtidigt. Sjukdomarna riskerar att påverka varandra och optimal behandling av en sjukdom kan innebära en risk avseende en annan sjukdom hos samma person. Samsjuklighet är en komplicerande faktor som hälso- och sjukvården bör ta hänsyn till i samband med diagnostik och behandling.

Diagram 42 Andel patienter med 2-5 kroniska sjukdomar. Primärvård.



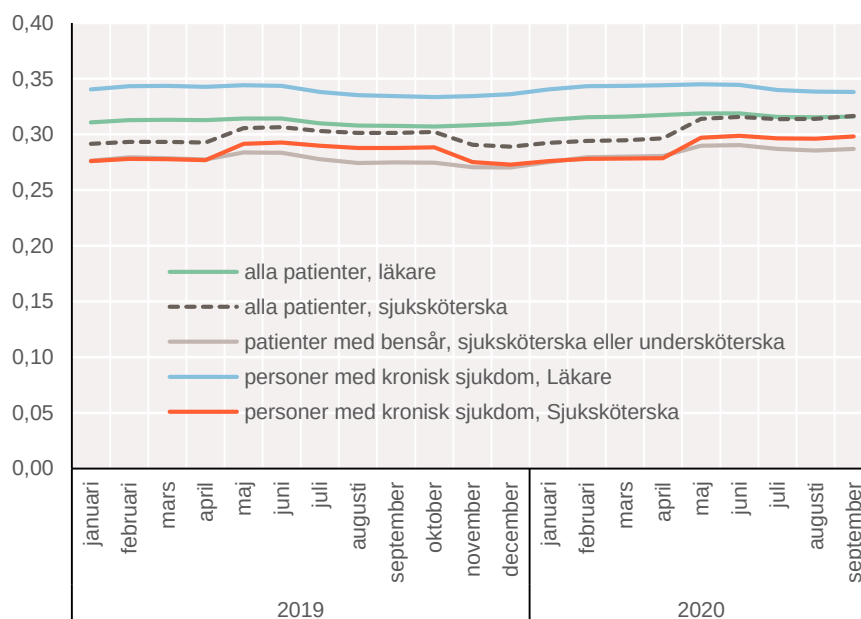
Källa: PrimärvårdsKvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner

Kontinuitet

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

Kontinuiteten har inte påverkats nämnvärt av pandemin, utan ligger på samma nivå som tidigare, se diagram 43. Kontinuitet beräknas med ett index, COC (continuity of care), för de patienter som har gjort 3 eller fler besök senaste 18 månaderna, på den vårdcentral (VC) de är listade på. Om alla besök gjorts hos samma person blir indexvärdet 1 och minskar beroende på hur många olika personer patienten har träffat samt hur stor andel besök som gjorts hos den person som patienten har träffat oftast. Faktorer som påverkar är bland annat hur man organiserat arbetet på vårdcentralen, personalomsättning, hyrpersonal och antal utbildningsläkare.

Diagram 43 Kontinuitetsindex, olika patientgruppers besök till olika yrkeskategorier



Källa: Primärvårdskvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner

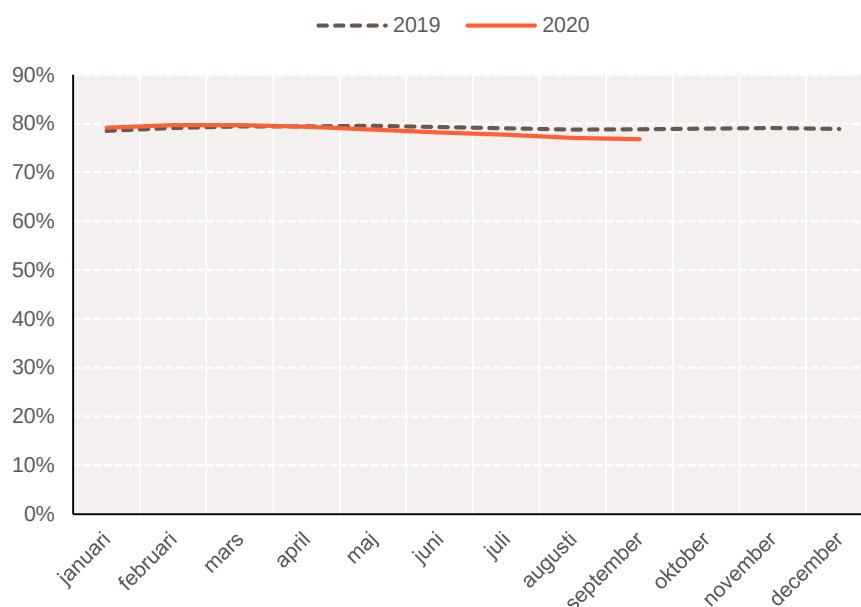
Tillgänglighet och prioritering

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

Diagram 44 visar en svag nedgång av andelen årskontroller (inklusive hembesök) för patienter med kronisk sjukdom från mars till september i år, jämfört med motsvarande period föregående år. Måttet baseras på fysiska besök, vilket får tas i beaktande eftersom andelen telefonkontakter och digitala besök har rapporterats öka. Resultatet talar för att primärvården lyckats ge vård till patienter med kronisk sjukdom, trots pandemin.

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

Diagram 44 Andel patienter som fått återbesök eller hembesök vid kronisk sjukdom.



Källa: PrimärvårdsKvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner

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

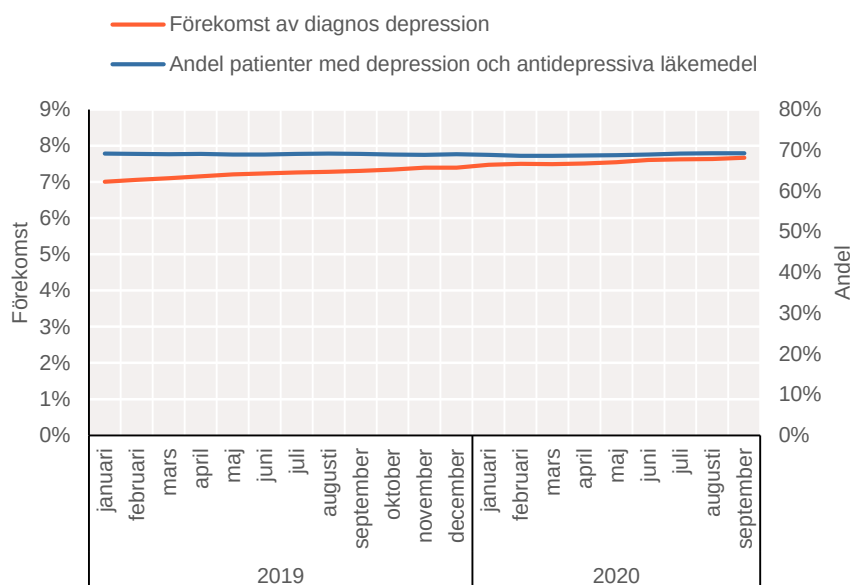
Depression och ångest

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

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

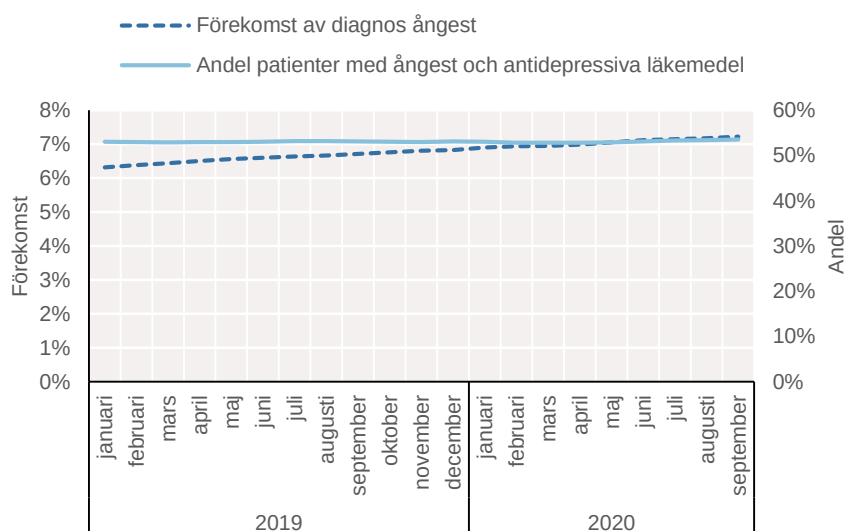
Diagram 45 och 46 visar att förekomsten av diagnos för depression och ångestsyndrom ökar. Andelen som behandlas med antidepressiva läkemedel vid depression och ångestsyndrom ser däremot ut att ligga på en stabil nivå, även under våren 2020.

Diagram 45 Andel patienter med depression som behandlas med antidepressiva läkemedel samt förekomst av depression.



Källa: PrimärvårdsKvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner

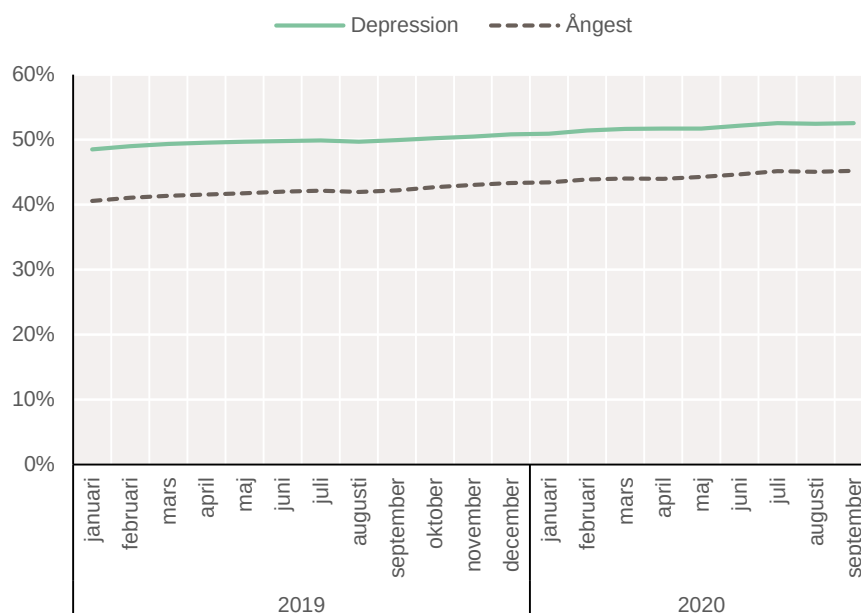
Diagram 46 Andel patienter med ångest som behandlas med antidepressiva läkemedel samt förekomst av ångest.



Källa: PrimärvårdsKvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner

Andelen patienter som fått någon form av uppföljning efter nyinsjuknande vid depression och ångestsyndrom har gradvis ökat och fortgår under 2020, vilket visas i diagram 47. Indikatorn mäter förutom fysiska återbesök även telefonkontakter och kan således även ses som ett mått på hur primärvården ställt om för att kunna ta hand om sina patienter.

Diagram 47 Andel patienter med depression och ångest som fått återbesök eller kontakt efter nyinsjuknande.



Källa: PrimärvårdsKvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner

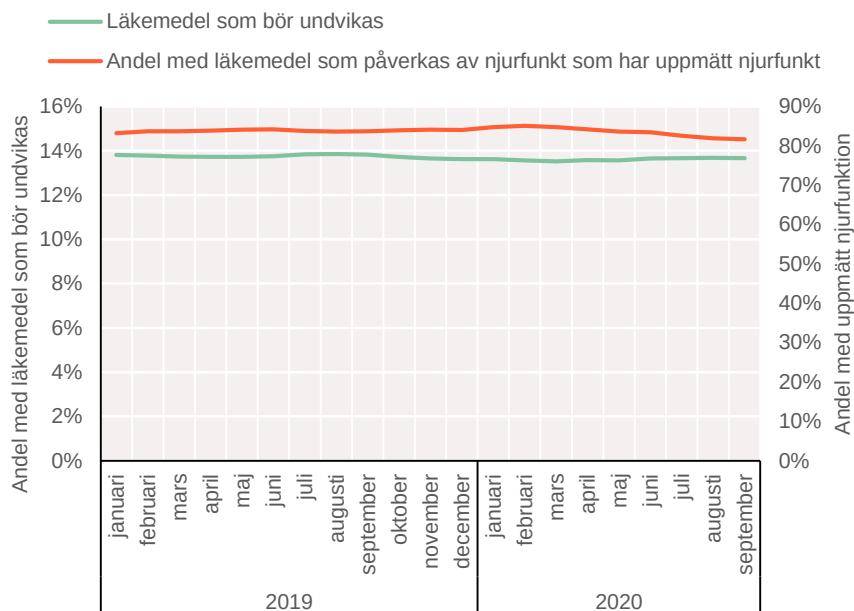
Läkemedel och äldre

Läkemedelsanvändning hos äldre har ökat kontinuerligt de senaste två decennierna. Många av de förändringar som sker i kroppen med stigande ålder påverkar hur läkemedel omsätts i kroppen. Vissa läkemedel bör därför helt undvikas hos äldre.

Olämpliga läkemedel kan bidra till försämrad livskvalitet och självständighet samt öka risken för inskrivning på sjukhus och andra vårdbehov. Men ett antal läkemedel har bevisat god effekt hos äldre i rätt dos, vilken bland annat påverkas av njurarnas förmåga att omsätta läkemedlet. Det är därför viktigt att följa hur njurfunktionen utvecklas över tid.

Förekomsten av olämpliga läkemedel till äldre och andelen äldre med uppmätt njurfunktion illustreras i diagram 48. Andelen som har olämpliga läkemedel har legat på samma nivå under mätperioden. För andelen patienter där njurfunktionen mätts finns en tendens till minskning vid pandemins start. Detta kan bero på minskad benägenhet för blodprovstagning och kan vara en följd av att man inte vill utsätta patienterna för smittorisk.

Diagram 48 Andel personer 75 år och äldre med läkemedel som bör undvikas samt andel äldre med läkemedel som påverkas av njurfunkt som har uppmätt njurfunkt.



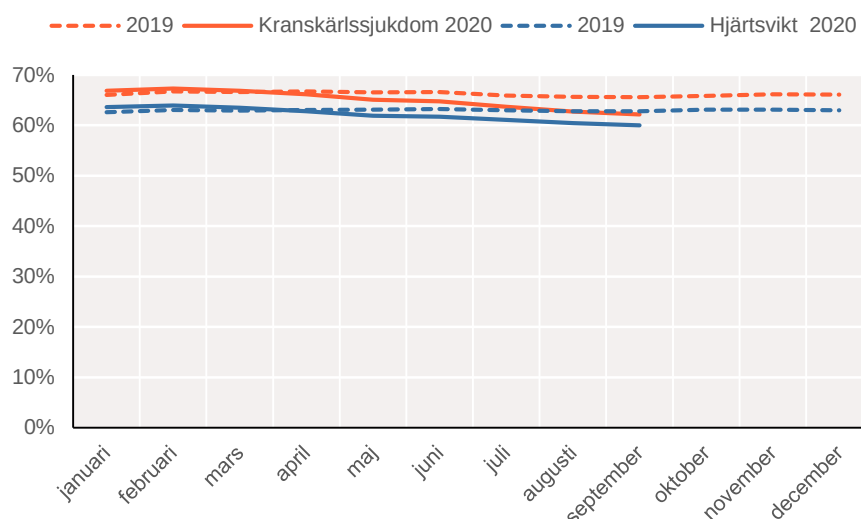
Källa: PrimärvårdsKvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner

Kronisk sjukdom i primärvården

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

Hjärtsvikt drabbar cirka två procent av befolkningen och förekomsten ökar kraftigt med åldern. Patienter med hjärtsvikt följs många gånger i primärvården. Upprepat behov av sjukhusvård är vanligt, men kan i många fall förebyggas. Diagram 49 visar att de fysiska återbesöken för patienter hjärtsvikt respektive kranskärslssjukdom har minskat något från 2020, en möjlig följd av pandemin.

Diagram 49 Andel patienter med hjärtsvikt eller kranskärslsjukdom som fått återbesök, alla personalgrupper.



Källa: PrimärvårdsKvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner

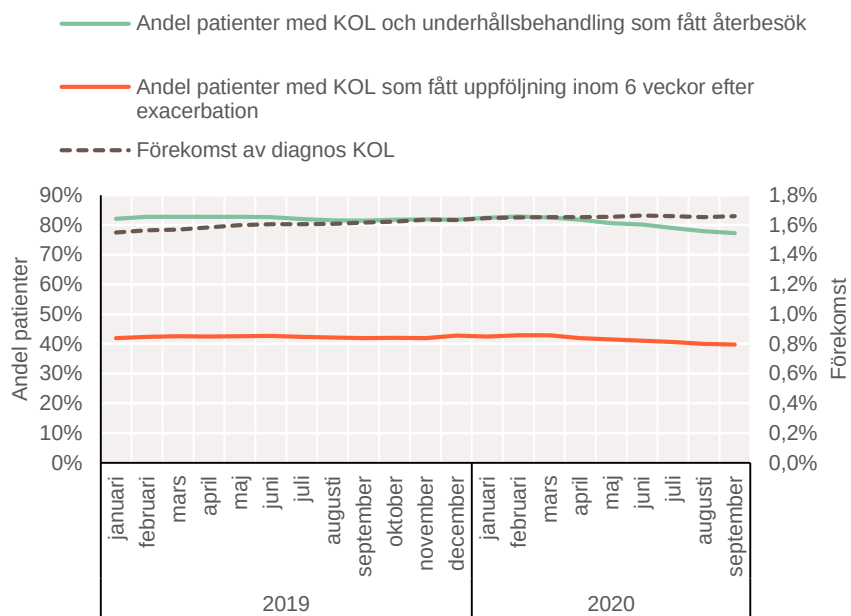
För att undvika försämring eller ny episod av akut hjärt-kärlsjukdom är förebyggande åtgärder av största vikt, såväl läkemedelsbehandling som till exempel förändrade levnadsvanor. Uppgifter i PrimärvårdsKvalitet pekar på att andelen patienter med läkemedelsbehandlingar som rekommenderas i nationella riktlinjer, till exempel blodfettsänkande behandling, är oförändrad och inte påverkats av pandemin.

Detsamma gäller patienter med förmaksflimmer. Förmaksflimmer ökar risken för att blodproppar bildas, som kan leda till stroke. De flesta patienter med förmaksflimmer får blodförtunnande behandling och andelen med sådan behandling har enligt uppgifter i PrimärvårdsKvalitet inte minskat under 2020. Dessutom ökar andelen av dessa patienter som behandlas med nya orala antikoagulantia (NOAK). Detta tyder på god följsamhet till de nya nationella riktlinjerna från 2018, där NOAK har fått en högre prioritering än den tidigare dominerande behandlingen.

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

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för KOL från 2018 rekommenderas en generell ökning av antalet återbesök för patienter med KOL. Av diagram 50 framgår att från mars 2020 sker en viss minskning av andelen KOL-patienter som fått återbesök inom den tidsrymd som mäts. Detsamma gäller andelen med återbesök inom sex veckor efter en akut exacerbation. Andra uppgifter i denna rapport visar dock att antalet patienter med KOL som slutenvårdats minskade under våren, vilket tyder på att antalet sådana försämringsepisoder kan ha minskat.

Diagram 50 Andel patienter med KOL som fått återbesök respektive uppföljning efter exacerbation samt förekomst av KOL.



Källa: PrimärvårdsKvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner

Kvalitet i vård vid stroke, hjärtinfarkt och diabetes

För flera stora sjukdomsgrupper finns det sedan länge en väl etablerad uppföljning av ett stort antal kvalitetsaspekter, genom kvalitetsindikatorer från både nationella kvalitetsregister och från nationella riktlinjer. Stroke/TIA, hjärtinfarkt och diabetes är exempel på detta.

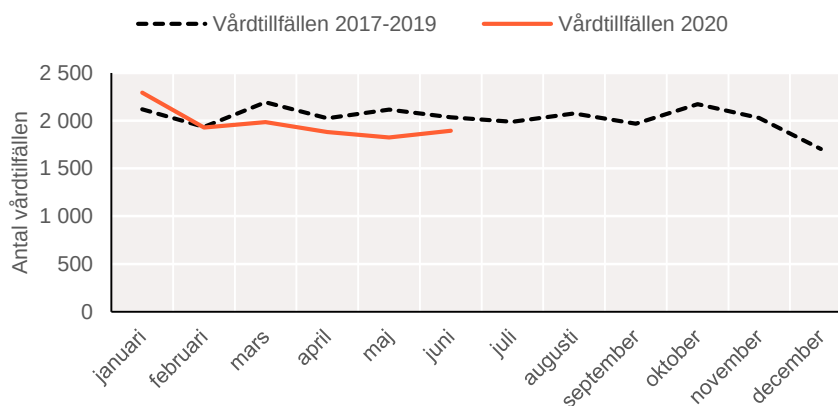
För dessa sjukdomstillstånd finns det dessutom en kontinuerlig publicering av kvalitetsdata på Vården i siffror. Det gör det möjligt att beskriva resultaten i under första halvåret 2020, utifrån etablerade kvalitetsmått.

Utöver kvalitetsdata visas här antalet fall/vårdkontakter för stroke, hjärtinfarkt och diabetes. För stroke och hjärtinfarkt kan vi även relatera till Socialstyrelsens faktablad om hur covid-19 har påverkat den akuta vården vid stroke och hjärtinfarkt, där man har fokus på frågan om antalet fall.⁸

Antal fall av stroke och TIA

Det har funnits en oro för att personer med misstänkt stroke och TIA inte skulle söka akut sjukvård under pandemin. Antalet vårdtillfällen på sjukhus med stroke minskade under första halvåret 2020 jämfört med tidigare år, men måttligt och med en tendens till utjämningen under senare delen av perioden. Se diagram 51 nedan. Minskningen under hela perioden var cirka fem procent, enligt SKRs vårdtillfällesdatabas. Den procentuella minskningen är viktigare än det faktiska antalet, då inte alla regioner ingår i underlaget.

Diagram 51 Antal vårdtillfällen med stroke, januari – juni 2020 och 2017-2019.



Källa: Vårdtillfällesdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Not: Diagnoskoder: I60-I63. Västra Götaland, Kronoberg, Jämtland-Härjedalen och Blekinge ingår inte i underlaget.

⁸ Hur Covid-19 har påverkat akut vård av äldre med stroke och hjärtinfarkt, Socialstyrelsen 2020

Bilden är snarlik den som framkommer i Socialstyrelsens faktablad, där man även kan se att minskningen jämfört med 2019 framförallt skedde för äldre personer, 70 år och äldre. Kvalitetsregistret Riksstroke, som sannolikt har den mest precisa diagnosregistreringen, redovisar enligt Socialstyrelsen en större minskning. För åldrarna 70 år och äldre är strokefallen 28 procent färre under första halvåret 2020. Senare analyser får visa om detta beror på eftersläpande rapportering eller är en reell minskning.

Till bilden hör att antalet strokefall minskar över tid, så minskningar under 2020 kan till del även bero på den långsiktiga trenden med färre fall av stroke.

TIA, transitorisk ischemisk attack, är ett tillstånd där med en snabbt övergående proppbildning i hjärnan som inte lämnar några kvarvarande symtom. Symtomen vid TIA är mera diffusa och övergående, och det är mindre uppenbart när man borde söka vård akut. Antalet fall av TIA har enligt vårdtillfällesdatabasen vid SKR inte minskat under första halvåret. Detta tyder på att vårdsökandet inte påverkats negativt av pandemin, vilket annars hade kunnat befaras.

Kvalitet i vården vid TIA och stroke

På Vården i siffror finns 16 indikatorer om Stroke och TIA från kvalitetsregistret Riksstroke där det finns målnivåer och där uppgifter finns till och med första halvåret 2020. Måtten är processmått och visar i vilken grad sjukvården följer olika riktlinjer om vilka åtgärder som skall göras vid vård av stroke i det akuta omhändertagandet. Resultatmått redovisas som regel årligen.

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

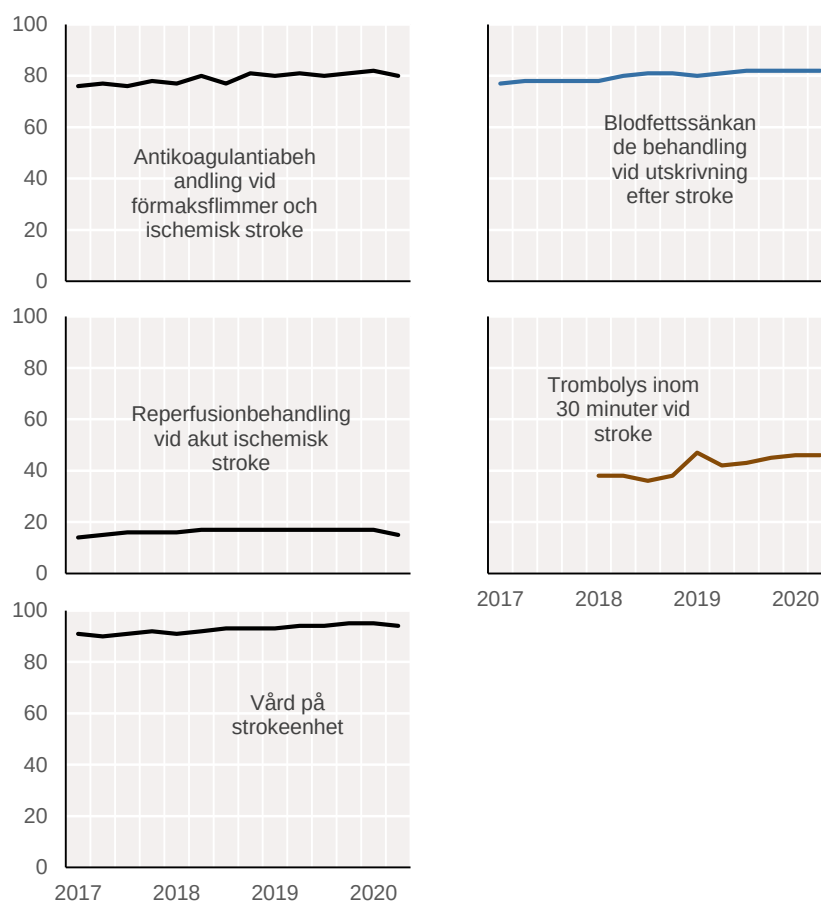
Diagram 52 visar ett urval kvalitetsmått för stroke, som bekräftar denna bild. Trenden att trombolys ges snabbast efter ankomst till sjukhus har inte brutits. Andelen patienter som får antikoagulantibehandling vid förmaksflimmer ligger vid eller över målnivån.

Det finns några möjliga undantag. Det tydligaste avser hur många patienter som deltar i tre-månadersuppföljningen efter stroke. Där har en tydlig minskning skett under andra kvartalet 2020. Enkäten kan besvaras av patient, närstående eller vårdare. Pandemin kan för en period ha bidragit till att uppföljningen tonats ner, att påminnelser inte gjorts etc.

Andelen patienter som direkt vårdas på strokeenhet minskade någon procentenhet, till 81 procent, under andra kvartalet 2020. Även andelen patienter som får reperfusionsterapi vid akut ischemisk stroke minskade, från 17 till 15 procent. Dessa förändringar kan vara slumpeffekter och bör inte nu ses som starten på en ny trend eller som relaterade till pandemin.

Socialstyrelsen beskriver i faktabladet uppföljningsdata från kvalitetsregistret Swedvasc även andelen patienter som får operation inom 14 dagar vid förträngning i halskärlen. Denna operation syftar till att förebygga stroke. Även där är slutsatsen att den planerade karotiskirurgin bedrivits som vanligt. Andelen som opereras inom 14 dagar har ökat något under 2020.

Diagram 52 Utveckling för urval kvalitetsmått för strokevård 2017-2020.



Källa: Riksstroke, hämtat från Vården i Siffror

Antal fall av hjärtinfarkt

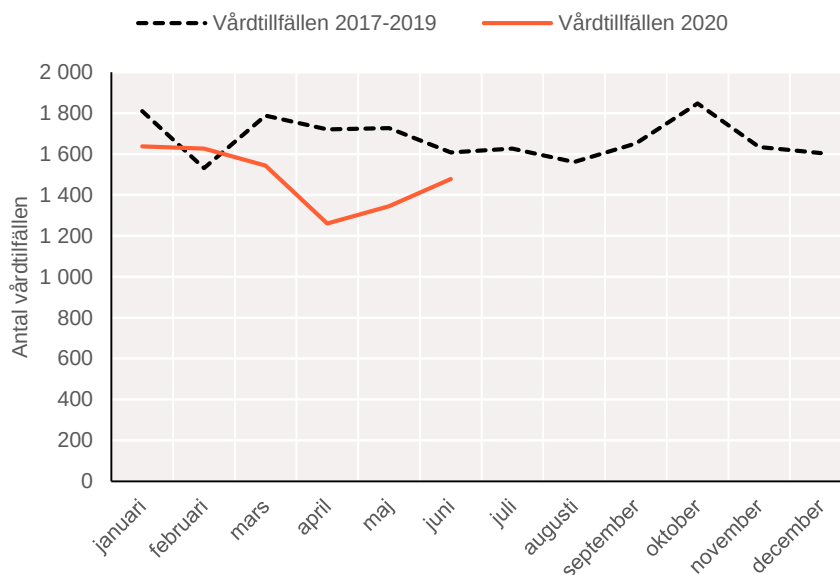
Under perioden januari-juni 2020 minskade antalet slutenvårdstillfällen för hjärtinfarkt i SKR:s vårdtillfällesdatabas med drygt 12 procent, jämfört med åren 2017-2019. I diagram 53 framgår att skillnaden var störst under mars-maj.

Socialstyrelsens motsvarande redovisning visar att för personer 70 år och äldre var minskningen närmare 18 procent under månaderna mars-maj, jämfört med samma period 2019. Under juni var skillnaderna mellan åren borta, för personer i alla åldrar – vilket är den centrala observationen.

Av hjärtinfarkterna i kvalitetsregistret Swedeheart är cirka 30 procent så kallade ST-höjningsinfarkt, stor infarkt. I Socialstyrelsens faktablad anges att dessa infarkter minskat med 17 procent under första halvåret 2020, jämfört med samma period 2017-2019.

Även för hjärtinfarkt är den långsiktiga trenden att förekomsten minskar, så en del av minskning 2020 kan förklaras av detta. Tolkningen av vårens färre fall av sjukhusvård för hjärtinfarkt är heller inte självklar. Minskat våldsökande vid bröstmäta är en möjlig förklaring. Om detta ledde till senare infarkt eller till och med dödsfall så kan detta beläggas i efterhand. Socialstyrelsens årliga hjärtinfarktstatistik och data från Dödsorsaksregistret kan senare bidra till sådana analyser. Det kan även finnas andra möjliga faktorer som kan ha utövat påverkan. Många, framförallt de äldre, förändrade sitt vardagsliv i våras.

Diagram 53 Antal vårdtillfällen med hjärtinfarkt januari-juni 2020 och 2017-2019.



Källa: Vårdtillfällesdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Not: Diagnoskoder I21, I22. Västra Götalandsregionen, Kronoberg, Jämtland-Härjedalen och Blekinge ingår inte i underlaget.

Hjärtinfarktvårdens kvalitet

Kvalitetsregistret Swedeheart har ett kvalitetsindex med 11 indikatorer. De har alla målnivåer och redovisas med kvartalsvis uppdatering på Vården i siffror, med data för i princip hela Sverige.

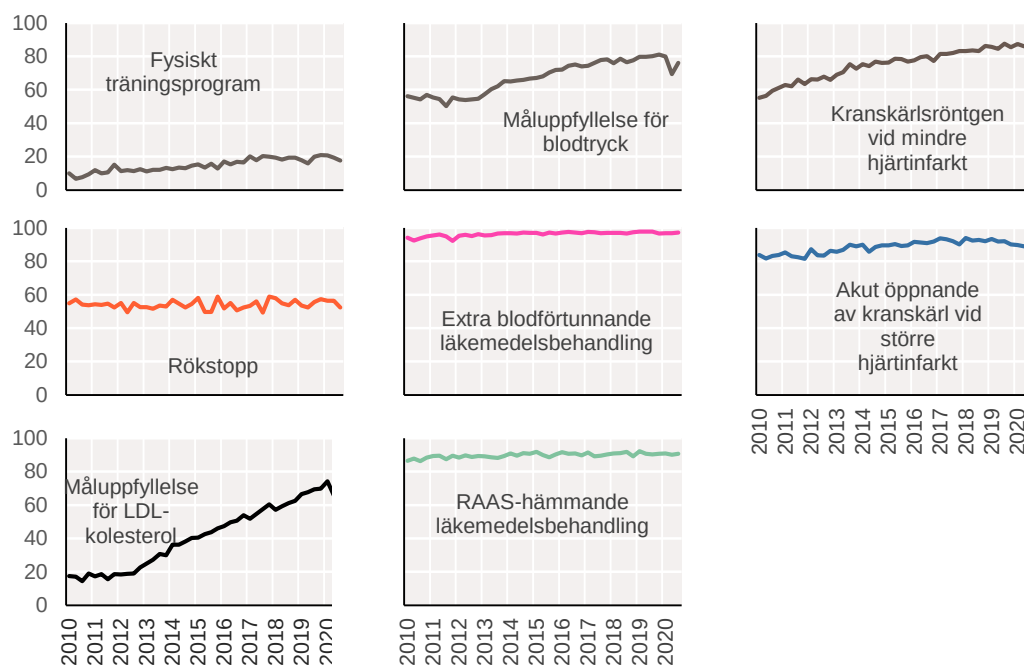
De fem av indikator som avser vårdinsatser i det akuta skedet är ”snabba” indikatorer, som fungerar utmärkt för kontinuerlig uppföljning. De speglar kärlöppnande behandling vid stor infarkt, tid till kärlöppnande behandling, kranskärlsröntgen i tid samt två olika läkemedelsbehandlingar.

Fyra indikatorer är resultatmått och speglar sekundärprevention – blodtryck, kolesterolvärde, rökning och fysisk aktivitet 12-14 månader efter en hjärtinfarkt. Dessa resultat säger strikt sett inget om vårdens agerande under första halvåret 2020, men är intressanta av som en del i helheten.

Det finns för hjärtinfarktvård ett antal ytterligare resultatmått, som senare kan användas för mera långsiktig uppföljning av effekter från pandemin, framförallt död och ny infarkt.

Några av Swedehearts kvalitetsmått om hjärtinfarktvårdens kvalitet under första halvåret 2020 redovisas nedan, med efterföljande kommentarer.

Diagram 54 Utveckling för urval kvalitetsmått för hjärtinfarktvård 2010-2020. Andelar i procent, per kvartal.



Källa: Swedeheart, hämtat från Vården i Siffror.

De fem processmått för det akuta omhändertagandet visar under senare år stabila och höga resultat, i förhållande till de målnivåer som är satta. I ett längre perspektiv är förbättringarna i flera fall stora.

Några av resultatmått om sekundärprevention – måluppfyllelse för LDL-kolesterol och blodtryck – pekar på stora förbättringar under en längre tidsperiod, och en minskning under andra kvartalet 2020. Minskningen är svår att sätta i samband med pandemin; måtten rör patienter som fick sin infarkt under 2019 eller tidigare. Indikatorerna om fysisk aktivitet och rökstopp efter hjärtinfarkt har förändrats mindre.

Slutsatsen är att det utifrån dessa mått inte finns tecken på att pandemin påverkat vården för patienter som vårdats för hjärtinfarkt på sjukhus.

Diabetes

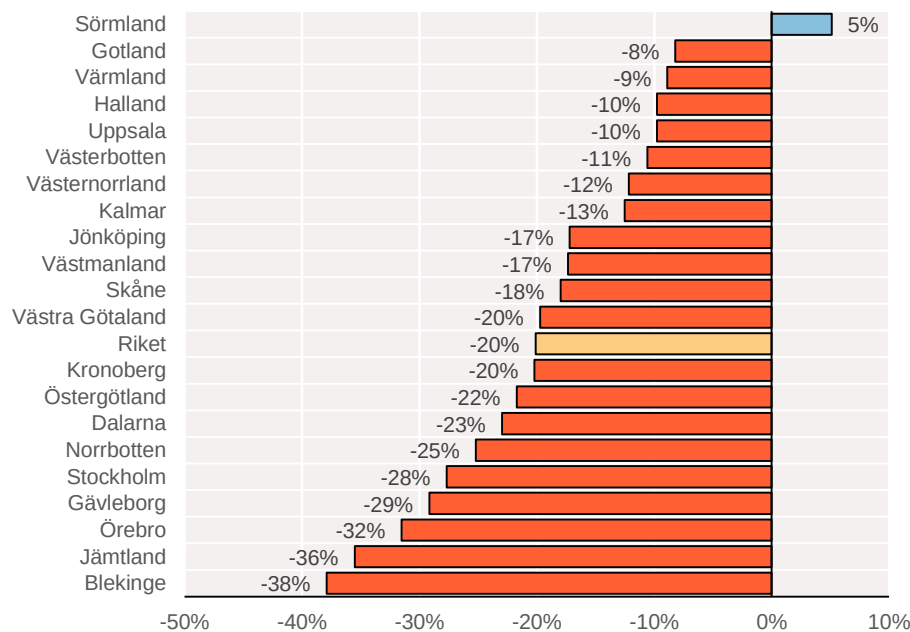
Diabetes är en riskfaktor för svårare sjukdom vid covid-19, vilket innebär att många patienter med diabetes isolerade sig under våren för att på så sätt minska smittorisken. Som en konsekvens av detta har antalet patienter som varit på besök i hälso- och sjukvården minskat under vårens pandemi.

Närmare 450 000 personer med diabetes ingick 2019 i Nationella diabetesregistret (NDR). De får olika värden om sin vård och sjukdom registrerade, i samband med återkommande kontroller. Registret har en hög täckningsgrad; de allra flesta personer med diabetes typ 1 och typ 2 ingår.

Samtliga regioner, förutom Sörmland, har ett minskat antal registrerade patienter under första halvåret 2020, vilket visas i diagram 55. Det innebär att betydligt färre personer med diabetes har varit på kontroll och fått sina uppgifter om till exempel blodtryck registrerade, jämfört med samma period föregående år. I riket är minskningen 20 procent, med variation mellan regionerna.

Uppgifter för helåret 2020 kommer att visa om ett mönster med glesare besök på diabetesmottagningar består eller om en återgång till tidigare läge. Det centrala är att följa diabetesvårdens kvalitet och utvecklingen på längre sikt för denna.

Diagram 55 Minskning av antal registrerade personer i Nationella diabetesregistret första halvåret 2020 jämfört med samma period 2019. Procent.



Källa: Nationella diabetesregistret, uttag via statistikjänsten Knappen, oktober 2020

Diabetesvårdens kvalitet

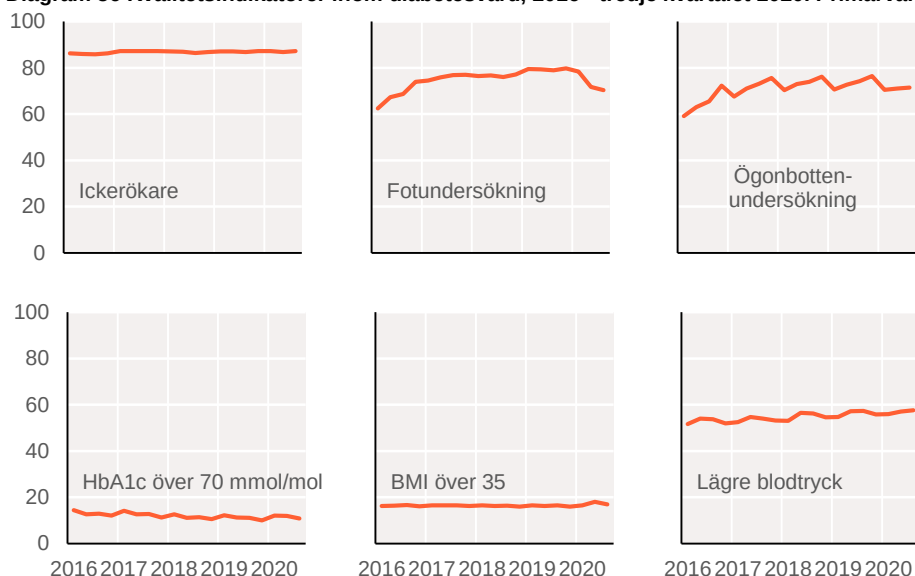
På Vården i siffror finns över 20 indikatorer som rör vuxna patienter med diabetes, antingen personer behandlas inom primärvården, som oftast diabetes typ 1, eller de som behandlas på medicinklinik och oftast har diabetes typ 1. Dessutom indikatorer som rör barn och unga (10-17 år) med diabetes. Uppgifterna uppdateras kvartalsvis och redovisades i början av november t o m tredje kvartalet 2020. Alla regioners resultat kan ses på Vården i siffror, medan fokus här är på riket som helhet.

De flesta indikatorer är ”tröga”, det vill säga att den kvalitet som mäts för patientgruppen förändras först över tid. Det gäller resultatmått som målfyllnelse för blodtryck, blodfetter och blodsocker (HbA1c) och förekomst av ögonskada, försämrad njurfunktion, fetma och rökning. Andra mått är ”snabba” processmått som visar om olika undersökningar och kontroller gjorts, som ögonbottenkontroll och fotundersökning. En effekt av pandemin och en utglesning av kontrollbesök borde kunna synas främst för de senare. Men båda slagen av mått är viktiga för att belysa diabetesvårdens kvalitet.

För primärvård visar resultatmåttarna små eller inga förändringar av långsiktiga trender, under de tre första kvartalen 2020. Behandlingsmålet för blodtryck nås av 72-74 procent, en bra bit under Socialstyrelsens målnivå på 90 procent, ett stabilt läge. För behandlingsmålet för LDL-kolesterol finns en långsiktig positiv utveckling, som tycks fortgå under 2020. Två indikatorer om blodsocker (HbA1c) har svagt positiva trender som inte brutits. Andel patienter utan ögonskada uppvisar ingen förändring över tid, med en andel på 72-73 procent på årsbasis. För övriga resultatmått (rökning, njurfunktion, fetma) ses inga trendskiften vare sig sedan 2016 eller under 2020.

För de två processmåttarna är bilden annorlunda. Andelen som under de senaste tre åren gjort en ögonbottenundersökning har ökat sedan 2016, men första kvartalet 2020 är andelen 71 procent, fyra procentenheter lägre än andelen de senaste åren. Andelen som gjort fotundersökning det senaste året har på senare år ökat till nära 80 procent, men under 2020 sker ett tydligt trendbrott under kvartal 2 och 3, då andelen sjunker till cirka 70 procent. Här finns en synbar effekt av pandemin, och som är värd uppmärksamhet framöver. Ett urval kvalitetsmått visas i diagram 56.

Diagram 56 Kvalitetsindikatorer inom diabetesvård, 2016 - tredje kvartalet 2020. Primärvård.



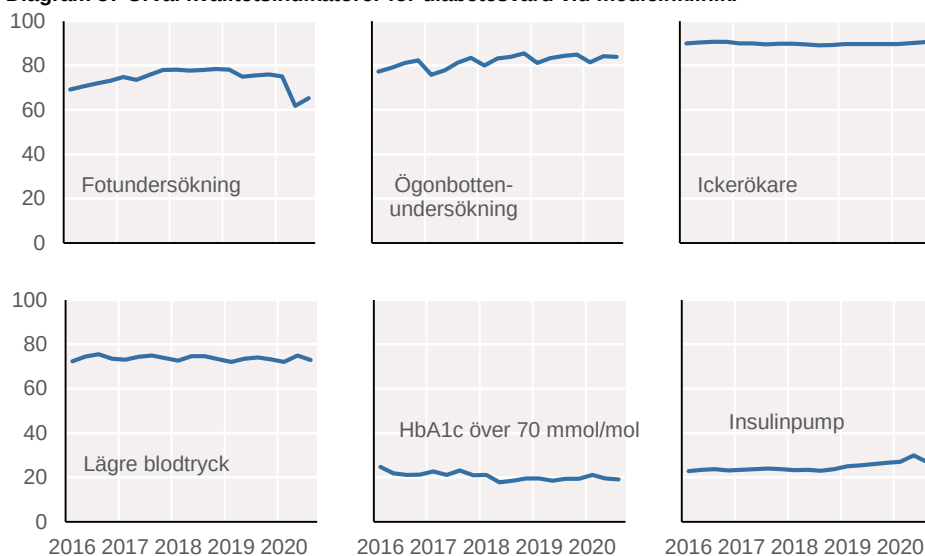
Källa: Nationella diabetesregistret, hämtat från Vården i siffror.

Not: Indikatorena är; Andel med HbA1c över 70 mmol/mol; Andel som gjort fotundersökning det senaste året; Andel som gjort ögonbottenundersökning någon gång under de senaste tre åren, Andel som har blodtryck lägre än 140/85 mmHg; Andel som har BMI över 35 samt Andel som inte röker.

För diabetespatienter vid medicinklinik är bilden snarlik den för primärvården. Andelen som når behandlingsmålet för blodtryck är stabilt över tid, och en bit ifrån målnivån i nationella riktlinjer, 90 procent. Två mått om blodsockervärde har en långsiktigt positiv trend, är oförändrade under senare år, även 2020. Detsamma gäller behandlingsmål för LDL-kolesterol.

Andelen som genomgått ögonbottenundersökning de senaste 2 åren är oförändrad, medan andelen som genomfört fotundersökning det senaste året tydligt minskat under 2020. Att det senare måttet enbart gäller senaste året gör att utfallet påverkas snabbare. Ett urval kvalitetsindikatorer för diabetes visas i diagram 57, medan diagram 58 illustrerar utvecklingen för den kvalitetsindikator inom diabetesvården, där påverkan från pandemin tycks vara starkast.

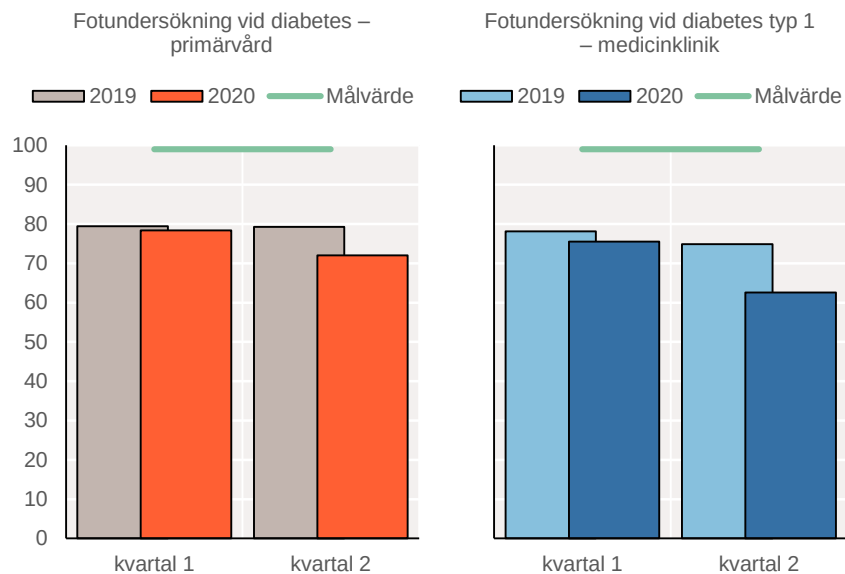
Diagram 57 Urval kvalitetsindikatorer för diabetesvård vid medicinklinik.



Källa: Nationella diabetesregistret, hämtat från Vården i siffror.

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

Diagram 58 Andel patienter som genomgått fotundersökning jämförelse mellan 2019 och 2020 fördelat på primärvård och medicinklinik.



Källa: Nationella diabetesregistret, hämtat från Vården i siffror.

Bilaga. Tillgång till data och använda datakällor

Rapporten skrevs fram under oktober månad 2020. Fokus ligger på utvecklingen under året, i först hand under första halvåret. Det påverkar vilka datakällor som kan användas och hur. För den nationella uppföljningen används i första hand nationella vårddatabaser eller register. Dessa har en viss eftersläpning. Under pandemin har det visat sig finnas ett behov av mer kontinuerlig uppföljning, som stöd för tolkning, debatt och handlingsplaner. Regionerna har dock som regler tillgång till egna mer kontinuerliga vårddata, för den operativa styrningen.

Uppföljningsbehovet och efterfrågan på data under pandemin har synliggjort viss önskvärd utveckling av den tillgång som finns nationellt. En del handlar om möjligheten att redovisa månadsvisa data för vissa basala delar, så om tex. antalet vårdkontakter, slutenvårdstillfällen, volymen utförda operationer och behandlingar. En annan del är frågan om hur allmän tillgången på data är. Det kan finnas lämplig nationell datakälla för en viss fråga, men i avsaknad av rutin för kontinuerlig, öppen publicering kan det i praktiken vara svårt att använda den för annan än den som är ansvarig; det krävs formella beställningar. Det finns en rad olika lärdomar att dra både för det utvecklingsarbete om uppföljning och vårddatabaser som regionerna gemensamt bedriver och det som staten bedriver.

Använda datakällor

Här redovisas de datakällor som använts för rapportens beskrivning av utvecklingen och några olika aspekter rörande datakvalitet.

Följande datakällor har använts:

- Patientregistret/Socialstyrelsens särskilda Covid-19 databas
- Vårdtillfällesdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
- Väntetidsdatabasen, SKR
- Standardiserade vårdförlopp cancer, Väntetidsdatabasen, SKR
- PrimärvårdsKvalitet, SKR
- Kvalitetsregister: Svenska Intensivvårdsregistret, SIR; Svenskt Perioperativt Register, SPOR; Rikstroke; Swedeheart; Nationella Diabetesregistret, NDR; Nationella kvalitetsregistret för cervixcancerprevention

Uppgifter om slutenvårdade totalt, med covid-19 samt olika diagnosgrupper

Uppgifter om slutenvårdade för covid-19 och för all slutenvård har hämtats från patientregistret vid Socialstyrelsen och Vårdtillfällesdatabasen vid SKR.

Patientregistret är obligatoriskt, med månatlig inrapportering från regionerna. Det har data om både planerad- och oplanerad slutenvård och för läkarbesök i öppen specialiserad vård. Patientregistret har däremot inga uppgifter om primärvård eller besök hos andra personalkategorier än läkare i den specialiserade vården. Intensivvård särrapporteras inte till patientregistret. Uppgifter om intensivvårdsplatser och beläggning hämtades istället från kvalitetsregistret SIR.

Traditionellt har återrapportering/publicering av data i patientregistret skett årligen från Socialstyrelsen, inte kontinuerligt. Publicering sker i olika rapporter och i Socialstyrelsens öppna statistikdatabaser. Under 2020 har en tillfällig databas byggts upp, där regionerna varje vecka skickar in slutenvårdsdata (öppenvård rapporteras enbart månatligen) och där Socialstyrelsen samkör dessa data med uppgifter om antalet med bekräftad smitta från SmiNet och IVA-uppgifter från kvalitetsregistret SIR.

Vissa uppgifter publiceras kontinuerligt på Socialstyrelsens hemsida, så som bland annat; totalt antal slutenvårdade, nyinskrivna patienter med covid-19 och vårdtider för dessa samt andelen IVA-vårdade. Dessa har använts i rapporten.

Uppgifter om slutenvårdade inom olika diagnosgrupper publiceras inte kontinuerligt. Vårdtillfällesdatabasen vid SKR fick därför användas för rapportens uppgifter om hur slutenvården utvecklats för olika diagnosgrupper. Alla regioner utom två, Kronoberg och Västra Götaland, rapporterar till denna. För den period som använts i rapporten (jan-maj/juni 2020 jämfört med tidigare år) exkluderades två regioner av datamässiga skäl, Jämtland-Härjedalen och Blekinge. Inrapportering sker månadsvis, och enbart slutenvårdade med diagnosuppgift ingår.

Vårdtillfällesdatabasen används nationellt främst för att publicera indikatorer om undvikbar slutenvård och återinskrivning i slutenvård, vilket sker månatligen på Vården i siffror och Väntetider.se. Regionernas företrädare kan använda databasen för egna uppföljningsbehov.

Vårdkontakter i primärvård, läkarbesök i specialiserad vård, akutmottagningsbesök

Det finns i nuläget ingen rutin där Socialstyrelsen publicerar månadsdata från patientregistrets öppenvårdsdel. Uppgifter om besök per månad vid akutsjukhusens akutmottagningar har dock hämtats från Socialstyrelsens patientregister, genom en beställning. I övrigt har väntetidsdatabasen vid SKR använts för att beskriva antalet vårdkontakter.

Väntetidsdatabasen innehåller uppgifter om antal vårdkontakter dels i planerad specialiserad vård (enbart läkarbesök), dels i primärvård. Data publiceras

månadsvis. För alla regioner insamlas antalsuppgifter för läkarbesök i specialiserad vård, medan en region (Stockholm) inte rapporterar återbesök hos läkare i specialiserad vård, utan enbart förstabesök.

Väntetidsdatabasens syfte är att följa upp vårdgarantin i första hand, därför innehåller den inte alla vårdkontakter. Antalet planerade läkarbesök i specialiserad vård i väntetidsdatabasen uppgick under 2019 till 6,2 miljoner. Detta är cirka hälften av det totala antalet läkarbesök i specialiserad vård som utförs, enligt den verksamhetsstatistik som SKR sammanställer.

Primärvårdsinsamlingen, som är en del av väntetidsdatabasen, förändrades 1 januari 2019 i samband med att vårdgarantin förändrades och är därför en förhållandevis nyutvecklad del av uppföljningen för primärvården. Den används i rapporten för att beskriva förändring av besöksvolym (alla yrkesgrupper, inte bara läkare) under första halvåret 2020, efter olika hänsyn till vilka regioner som rapporterat vid olika tidpunkter. Väntetidsdatabasens primärvårddel innehåller färre vårdkontakter än den verksamhetsstatistik som SKR samlar in, men är den enda tillgängliga källan för att med nationella data månatligen kunna beskriva primärvårdens vårdkontakter.

En generell brist är att den nationella statistiken är bättre på att fånga fysiska vårdkontakter än olika distanskontakter, så som videokontakter och telefon/brevkontakter. Det finns olika rapporter om att distanskontakter ökat under pandemin, men det krävs fler datakällor än de etablerade för att kunna påvisa den samlade omfattningen av detta.

Planerade operationer och behandlingar

Socialstyrelsens patientregister har månadsvis obligatorisk inrapportering av uppgifter om antalet operationer (åtgärds-koder och diagnos), både i öppen och sluten vård. Publiceringen av data sker dock enbart årligen. Andra datakällor fick därmed sökas, så som Väntetidsdatabasen vid SKR och Kvalitetsregistret SPOR.

Väntetidsdatabasen innehåller månadsvis uppdaterade uppgifter om antalet genomförda operationer och behandlingar, för ett stort urval operationstyper. Syftet med väntetidsdatabasen är inte att vara ett komplett operationsregister, utan baseras på olika kända problemområden ur ett tillgänglighetsperspektiv eller är stora volymer med betydelse för vårdens måluppfyllelse av vårdgarantin.

Kvalitetsregistret SPOR innehåller uppgifter om operationer på operationsavdelningar och har under 2020 kontinuerligt publicerat statistik om antalet genomförda operationer öppet, bland annat via SVT:s hemsida och även på Vården i siffror. Registret innehåller uppgifter från i princip alla sjukhus, men få fristående privata kliniker rapporterar i nuläget in sina operationer. SPORs täckningsgrad jämfört med patientregistrets har inte studerats. I rapporten visas från SPOR dels totala antalet planerade (icke-akuta) operationer, dels uppgifter om ett mindre antal canceroperationer.

Väntetider, målluppfyllelse för vårdgaranti

Väntetidsdatabasen vid SKR har använts för att redovisa resultatet för de olika vårdgarantier som förekommer, både för primärvård och för specialiserad vård: 0-3-90-90, det vill säga kontakt med primärvård samma dag, medicinsk bedömning i primärvård inom tre dagar samt förstabesök respektive operation i specialiserad vård inom 90 dagar från dag då beslut om remiss eller operation fattades. Det finns ingen annan datainsamling för dessa mått.

Cancer

För standardiserade vårdförlopp finns en särskild datainsamling vid SKR, som visar i vilken mån de olika nationella målen uppnås. Denna har använts i rapporten. Vidare data om vissa canceroperationer kommer från SPOR, uppgifter om screening för livmoderhalscancer från Nationella kvalitetsregistret för cervixcancerprevention och laboratoriedata om påvisad cancer från Regionala Cancercentrum i Samverkan.

Kvalitetsmått för primärvård, diabetes, stroke och hjärtinfarkt

För diabetes, stroke och hjärtinfarkt har kvalitetsregistren Riksstroke, Swedeheart och Nationella diabetesregistret (NDR) använts för att beskriva vårdkvaliteten, med vanligt förekommande kvalitetsindikatorer och som finns tillgängliga på Vården i siffror. För dessa kvalitetsregister kan utvecklingen under 2020 visas eftersom uppdateringar sker kvartalsvis.

Primärvården speglas med hjälp av data från det nationella systemet PrimärvårdsKvalitet (PVQ), som är en modell för kvalitetsuppföljning som förvaltas inom SKR på uppdrag av regionerna. Det är inget egentligt kvalitetsregister, utan en vårddatainsamling där offentliga och privata vårdgivare rapporterar sammanställda resultat för ett stort antal kvalitetsindikatorer. Dessa kvalitetsindikatorer är skapade och förvaltas av PrimärvårdsKvalitet.

De data som redovisas i rapporten baseras på cirka 800 vårdcentraler med i storleksordningen 7 miljoner listade invånare. Ingår gör enbart de vårdcentraler/regioner som använder tjänsten Medrave M4 för att beräkna sina resultat. Det finns ytterligare regioner som tillämpar PrimärvårdsKvalitets indikatorer i egna system, men utan att använda denna tjänst. Det var inte praktiskt möjligt att inkludera dessa regioners data i den redovisning som gjorts här. Inga resultat per region eller vårdcentral visas, utan enbart det sammanlagda resultatet för alla de ingående vårdgivarna. Data är inte publicerade tidigare, utan har för detta ändamål beställts av Medrave.

Pandemin och hälso- och sjukvården

Pandemin och hälso- och sjukvården är en fristående rapport som syftar till att skapa en bredare nationell överblick av utvecklingen och läget i hälso- och sjukvårdssystemet med anledning av covid-19, baserat på tillgängliga data från år 2020 och i jämförelser med tidigare år. Slutsatser och resonemang fördjupas av med stöd i regionernas egna analyser och planer. Målet är att det ska fungera som ett kunskapsunderlag för fortsatt dialog om den hantering som krävs framåt, med lärdomar från effekterna och hanteringen fram till tidig höst.

Upplysningar om innehållet
Fredrik Westander, fredrik.westander@skr.se

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2020
ISBN/Beställningsnummer: 978-91-7585-847-0
Text: Sveriges Kommuner och Regioner