Tillgänglighet i hälso- och sjukvården

Februari 2018
Förord

Socialstyrelsen fick den 21 januari 2016 i uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet (S2016/00445/FS). I uppdraget ingår att göra årliga mätningar av väntetider inom hälso- och sjukvården samt göra en särskild mätning av väntetiderna vid sjukhusbundna akutmottagningar. Även andra aspekter av tillgänglighet ska mätas och analyseras inom vissa områden. I den årliga rapporten ska myndigheten analysera orsaker till och konsekvenser av skillnader i tillgänglighet.

Denna rapport avser den årliga uppföljningen av väntetiderna som enligt uppdraget ska lämnas senast den 15 februari 2018. I rapporten redovisas

- tillgänglighet utifrån väntetider enligt vårdgarantin
- väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar
- andra aspekter av tillgänglighet, såsom öppettider och tidsavstånd vid olika tider på dygnet
- befolkningens och patienternas upplevelser av vårdens tillgänglighet
- en analys av vad som orsakar skillnader i tillgänglighet samt konsekvenser av detta.

Socialstyrelsen tackar Sveriges Kommuner och Landsting, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och alla landsting och regioner som varit behjälpliga med data.

Rapporten har utarbetats av projektledaren Jenny Asplund och utredaren Sevim Barbasso Helmers. Martin Sparr har varit ansvarig enhetschef.

Olivia Wigzell
Generaldirektör
Innehåll

Förord ......................................................................................................................... 3
Sammanfattning ...................................................................................................... 7
Inledning .................................................................................................................... 8
Väntetider till hälso- och sjukvården ................................................................. 11
  Vårdgarantin, alla tidsgränser samlat ................................................................. 12
  Patrnter yngre än 80 år är mindre nöjda med väntetiderna ......................... 17
  Befolkningen som helhet har sämre upplevelse av väntetider än patienter ... 18
  Akutens väntetider ............................................................................................ 20
Fysisk tillgänglighet ............................................................................................... 27
  Kontaktvägar och digitala lösningar ............................................................. 28
  Öppettider och tidsavstånd ............................................................................ 32
Andra aspekter av tillgänglighet ....................................................................... 39
  Förtroendet för hälso- och sjukvården varierar ........................................... 40
  Patienternas helhetsintryck av vården är gott ............................................ 42
  Patienter tycker att deras vårdbehov blir tillgodosedda ............................ 43
  Patienter upplever sig bli bemötta med respekt ........................................ 44
  Patienter tycker sig ha en god förmåga att förstå vårdpersonalen .......... 44
  Delaktighet och samordning ........................................................................ 45
  Vårdens tillgänglighet efter besöket ............................................................ 46
  Får avstår vård på grund av kostnaden ....................................................... 47
Tandvårdens tillgänglighet ................................................................................. 48
  Fler kvinnor än män avstår tandvård ........................................................ 49
Skillnader i tillgänglighet .................................................................................. 51
  Väntetider är en del av det svenska sjukvårdssystemet ......................... 51
  Komplexa system ......................................................................................... 53
  Konsekvenser av bristande tillgänglighet ................................................. 57
  Mot ökad tillgänglighet .............................................................................. 59
Referenser .......................................................................................................... 63
Bilaga 1. Datakällor och metodbeskrivning ...................................................... 69
Bilaga 2. Vårdgaranti specialistvården ............................................................. 85
Bilaga 3. Regressionsanalyser ......................................................................... 87
Bilaga 4. Resultattabeller TVT och TTL ......................................................... 92
Bilaga 5. Resultat fysisk tillgänglighet ............................................................ 98
Bilaga 6. Enkätfrågor den nationella patientenkäten ................................. 106
Bilaga 7. Egenavgifter i hälso- och sjukvården ............................................. 110
Sammanfattning

I den här rapporten presenteras tillgänglighet till vården utifrån väntetider enligt vårdgarantin och väntetider på akutmottagningar samt ytterligare tillgänglighetsaspekter inom både hälso- och sjukvården och tandvården liksom befolkningens och patienternas upplevelser av tillgängligheten.

Uppföljningen av vårdgarantin januari–september 2017 visar att 72–91 procent av patienterna får vård inom vårdgarantins tidsgränser:

- 91 procent av patienterna får kontakt med primärvården inom en dag.
- 84 procent av patienterna får ett läkarbesök inom sju dagar.
- 84 procent får ett första besök till specialistvården inom 90 dagar.
- 72 procent får en planerad åtgärd inom specialistvården inom 90 dagar.


Skillnader i väntetider, mellan olika landsting och regioner och mellan olika specialiteter förklaras främst av systemens komplexitet, organisering och landstingens och regionernas prioriteringar. Det krävs fortsatt förbättringsarbete och eventuellt vissa systemförändringar för att minska väntetiderna.

Inom tandvården finns en tydlig socioekonomisk skillnad mellan vilka som går på regelbundna undersökningar. Personer med eftergymnasial utbildning genomgår i större utsträckning en basundersökning än personer med lägre utbildningsnivå.

Socialstyrelsen har också undersökt andra tillgänglighetsaspekter än väntetider. Resultatet visar följande:

- I stora delar av landet finns få eller inga alternativ till akutmottagningen om en person behöver uppsöka hälso- och sjukvården kväll, helg eller natt. Resultatet speglar befolkningens upplevelser av att deras besök på akuten ibland borde ha kunnat tas omhand på en vårdcentral.
- Kvinnor har ofta sämre upplevelser av olika tillgänglighetsaspekter än män och kvinnor avstår i större utsträckning från vård och tandvård på grund av kostnaden.
- Yngre patienter visar ett större missnöje än äldre när det gäller hur de i dagsläget kan komma i kontakt med sin vårdcentral.
- Personer med ett dåligt allmäntillstånd har lägre förtroende för vårdcentraler i sitt landsting eller region jämfört med de som skattar sitt allmäntillstånd som högt. Likaså har kvinnor och personer 18–59 år ett lägre förtryck för vårdpersonalen i slutenvården än män respektive personer över 80 år. Patienter som i lägre utsträckning upplever att deras vårdbehov blivit tillgodosett har också ett lägre förtryck för vården.
Inledning

Uppdraget


Denna rapport avser den del av uppdraget som benämns årliga uppföljningar av väntetiderna inom hälso- och sjukvården, och som Socialstyrelsen ska redovisa senast den 15 februari 2018. I den årliga uppföljningen ingår att göra en särskild mätning av väntetiderna vid sjukhusbundna akutmottagningar. Även andra aspekter av tillgänglighet ska mätas och analyseras inom vissa områden. I den årliga rapporten ska myndigheten analysera orsaker till och konsekvenser av skillnader i tillgänglighet. Socialstyrelsen har valt att inkludera tandvården i denna redovisning.

Om tillgänglighet

I den nya hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, beskrivs att hälso- och sjukvårdsverksamheter ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Ett av fem kriterier för en god vård är att hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig (5 kap. 1 §).

Väntetider är en viktig del av tillgängligheten men begreppet är bredare än så. Andra aspekter av tillgänglighet kan vara fysisk tillgänglighet såsom öppettider och avstånd till vårdenheter, kostnader i form av egenavgifter, förtroende för personalen, tillgång till vårdpersonal med rätt kompetens och individers förmåga att förvärva, förstå och använda information i syfte att behålla, främja eller förbättra sin hälsa [1-3].


Vårdgarantin är en lagstadgad skyldighet

Vårdgarantin har i sin nuvarande form funnits sedan 2005 och är lagstadgad sedan 2010 (9 kap. 1 § HSL) samt finns reglerad i patientlagen (2 kap. 3 § patientlagen 2014:821).


**Den nationella vårdgarantin 0-7-90-90**

Enligt den nationella vårdgarantin från 2005 gäller följande för den enskilde:

- 0 dagar – kontakt med primärvården. Alla som söker hjälp för ett hälsoproblem ska samma dag få kontakt med primärvården.
- 7 dagar – läkarbesök inom primärvården. Alla patienter ska efter bedömning få tid till en läkare inom 7 dagar.
- 90 dagar – läkarbesök inom den specialiserade vården. Alla patienter ska få ett förstabesök i den specialiserade vården inom 90 dagar, och det gäller både med och utan remiss.
- 90 dagar – planerad vård. Alla patienter ska efter beslut få en operation eller åtgärd inom den specialiserade vården inom 90 dagar.

Regeringen har vidtagit flera åtgärder för att minska väntetiderna och förbättra tillgängligheten under de senaste åren. Bland satsningarna finns statligt stöd för bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården (den så kallade professionsmiljarden), standardiserade vårdförlopp inom cancervården och patientmiljarden – insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården. Inom ramen för patientmiljarden ska landstingen och regionerna få stöd för att införa en förstärkt vårdgaranti i primärvården samt så kallade patientkontrakt för patienter med komplexa och omfattande behov. En förstärkt vårdgaranti innebär att primärvården ska erbjuda den enskilde en medicinsk bedömning av legitimerad personal inom tre dagar [5].

**Datakällor**

I rapporten används flera olika datakällor för att ge en så god bild av tillgängligheten som möjligt. För metodbeskrivning och projektorganisationen på Socialstyrelsen, se bilaga 1.

De datakällor som används i rapporten är:

- Patientregistret, Socialstyrelsen
- Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen
- Väntetidsdatabasen med utdrag från januari till och med september 2017, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
- Nationell Patientenkät, SKL (primärvården 2015, specialiserad slutenvård 2016, specialiserad öppenvård 2016, akutmottagningar 2016)
- Hälso- och sjukvårdsbarometern 2016, SKL
- The Commonwealth funds International Health Policy (IHP) 2016 och 2017, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys)
- 1177 Vårdguiden
- Katalogtjänst HSA och EK
- Ineras statistikrapport e-hälsotjänster
• Databas över landets alla aktuella apotek

Låg svarsfrekvens i befolknings- och patientundersökningarna

Svarsfrekvensen för enkäterna i NPE är 36–50 procent. Svarsfrekvensen är som högst i den specialiserade slutenvården och lägst i akutvården (bilaga 1, tabell 3). Se bilaga 1, tabell 3 även för totala antalet svaranden.

Svarsfrekvensen för IHP 2016 är 31 procent och IHP 2017 är 29 procent [6]. I undersökningarna har 7 000 respektive 7 124 intervjuer genomförts (bilaga 1) [7, 8].

Svarsbortfallen i undersökningarna är betydande och skapar osäkerhet kring svarsresultatens representativitet för populationen. Socialstyrelsen vet inte i vilken utsträckning uppfattningen hos de som valt att inte delta i undersökningarna avviker från de som svarat.

I hälso- och sjukvårdsbarometern har totalt 41 479 svar samlats in, minst 1 000 intervjuer per landsting och region har genomförts. En fördjupad metodbeskrivning finns att läsa i rapporten Hälso- och sjukvårdsbarometern 2016 [9].
Väntetider till hälso- och sjukvården

Detta kapitel fokuserar på väntetider som tillgänglighetsfaktor. Här presenteras väntetider till hälso- och sjukvården utifrån vårdgarantins tidsgränser samt väntetider till sjukhusbundna akutmottagningar.

Befolkningen som helhet och patienternas upplevelse av väntetider presenteras utifrån data från den nationella patientenkäten (NPE), Hälso- och sjukvårdsbarometern och undersökningen International Health Policy (IHP).


1Patientvald väntan innebär att patienter har valt att vänta längre än tidsgränsen för att de till exempel vill träffa en särskild läkare eller för att de avstår besök på annan ort. Det är vården som avgör vilka som markeras som patientvald väntan och bedömningen kan skilja mellan landstingen och regionerna.

Sammanfattat


- 91 procent får kontakt med primärvården samma dag som de ringer.
- 84 procent får ett läkarbesök i primärvården inom sju dagar.
- 84 procent får sitt första besök i specialistvården inom 90 dagar.
- 72 procent av patienter får sin planerade åtgärd inom 90 dagar (den regionala skillnaden är stor, 60–85 procent).
- Kvinnor tycker i något mindre utsträckning än män att deras väntetid har varit rimlig. Personer 15–59 år upplever också i högre grad att väntetiden är för lång, jämfört med personer över 80 år.
- Befolkningens upplevelse av rimliga väntetider skiljer sig mycket mellan olika landsting och regioner. Gotland är den region där störst andel (67 procent) upplever väntetiden till vårdcentralen som rimlig, och Dalarna är landstinget med lägst (43 procent).
- Patienter 80 år och äldre väntar längst tid och har en medianvistelsetid på 3 timmar och 58 minuter, deras medianvistelsetid har ökat med 10 minuter.
Vårdgarantin, alla tidsgränser samlad

För alla fyra mätpunkter inom vårdgarantin är uppfyllelsen av tidsgränserna 72–91 procent för perioden januari–september 2017 (figur 1). Telefontillgänglighet till primärvården når kravet i störst utsträckning med 91 procent, men endast en tredje del av alla landsting och regioner är inkluderade i mätningen. Planerad åtgärd i den specialiserade vården har lägst uppfyllelse med 72 procent, alla landsting och regioner är inkluderade i mätningen.

**Figur 1. Andel patienter som fått vård inom vårdgarantin januari–september 2017.**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Telefontillgänglighet 0 dagar*</td>
<td>91</td>
</tr>
<tr>
<td>Läkarbesök 7 dagar**</td>
<td>84</td>
</tr>
<tr>
<td>Förstubesök specialistvården 90 dagar***</td>
<td>84</td>
</tr>
<tr>
<td>Planerad åtgärd specialistvården 90 dagar***</td>
<td>72</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Inkluderar: Dalarna, Gävleborg, Västernorrland, Jämtland Härjedalen, Norrbotten, Västmanland och Örebro.
*** Inkluderar: Alla landsting och regioner.

Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

Hög telefontillgänglighet i primärvården

Enligt vårdgarantin är det reglerat att en patient ska få kontakt med primärvården samma dag som personen kontaktar vården. Perioden januari–september 2017 fick 91 procent av patienterna kontakt med primärvården samma dag som de ringde. Variationen är 84–96 procent för de landsting och regioner som resultatet baseras på.²


---
² Enhart sju landsting och regioner hade rapporterat in när datauttaget gjordes i november 2017. Stockholm ingår inte i dessa beräkningar eftersom de har ett annat system.
³ Stockholm ingår inte beräkningen.
vårmätningen en lägre uppfyllelse än den på hösten, och resultatet har legat omkring 86–87 procent [10].

Stor variation i läkartillgänglighet i primärvården


---

Figur 2. Andel som fått läkarbesök i primärvården inom sju dagar.
Per månad januari-september 2017. Inklusive patientvald väntan.

![Diagram](image-url)
Mätningen exkluderar vissa patienter

Enligt IHP 2017 får tre av fyra patienter tid hos läkare eller sjuksköterska inom sju dagar.5 Det går inte att jämföra IHP med väntetidsdatabasen eftersom IHP 2017 endast riktar sig till personer 65 år och äldre samt inkluderar ett litet urval av befolkningen. Men resultatet i IHP visar att alla inte får vård inom vårdgarantins gränser, vilket myndigheten också ser i väntetidsdatabasen, om än med ett något bättre resultat i den sistnämnda.


---

5 Frågan: Senaste gången du var sjuk eller behövde medicinsk vård, hur snabbt kunde du få tid hos en läkare eller sjuksköterska? Väntiden inkludera ej besök på sjukhusets akutmottagning.
Tillgänglighet till förstabesök i specialistvården


Resultatet för andelen genomförda besök var två procentenheter lägre än för helåret 2016, som var 86 procent. Sedan 2012 har andelen patienter som fått besök inom 90 dagar sjunkit från 90 procent, och skillnaden mellan högsta och lägsta landsting och region har ökat [10].


Skillnaden mellan mätten genomförda och väntande är relativt liten för januari–september 2017. Störst skillnad finns i Jämtland Härjedalen, Värmland och Skåne. Förhållandet mellan de båda mätten skiljer sig också mellan olika

För helåret 2016 var skillnaden mellan mätten genomförda och väntande större än för perioden januari–september 2017, även om det fanns en god korrelation mellan de båda mätten. Landsting och regioner med högt resultat på genomförda hade alltså också ett högt resultat när det gäller väntande [10].

Stora skillnader mellan specialistområden

Tillgänglighet till planerad vård i specialistvården
Vårdgarantins fjärde tidsgräns gäller att planerad vård ska ges inom 90 dagar. Mätningarna omfattar ett urval av operationer, behandlingar och andra åtgärder inom den specialiserade vården. Uppfyllelsen av kravet kan mätas i både andelen planerade åtgärder som genomförts inom 90 dagar och andelen väntande, det vill säga patienter som väntar på en planerad åtgärd inom specialistvården.

Under januari–september 2017 fick 72 procent av alla patienter sin planerade åtgärd genomförd inom 90 dagar. Under samma period var det 74 procent av de väntande patienterna som väntat i max 90 dagar (figur 5).

För helåret 2016 var det 81 procent av alla patienter som fick sin åtgärd genomförd inom 90 dagar, med en variation på 67–91 procent mellan landstingen och regionerna. Ungefär hälften av alla landsting och regioner försämrade sitt resultat mellan 2012 och 2016 [10].

Variationen mellan landstingen och regionerna är stor för båda mätten. För mätet genomförda åtgärder är uppfyllelsen av kravet 60–85 procent; Västerbottland och Jämtland Härjedalen har lägst och Östergötland och Kalmar har högst.

**Patienter yngre än 80 år är mindre nöjda med väntetiderna**

Patienter i den specialiserade öppenvården upplever i högre utsträckning (86 procent) att väntetiderna är rimliga jämfört med patienter i primärvården (82 procent).

En fördjupad analys av frågan "Fick du besöka hälso-/vården/centralen/mottagningen/enheten inom rimlig tid?" från NPE i primärvården och den specialiserade öppenvården visar att upplevelsen av rimliga väntetider skiljer sig mellan socioekonomiska grupper och mellan åldersgrupper. I öppenvården är patienter som har grundskola eller gymnasium som högsta utbildning mer nöjda än patienter med eftergymnasial utbildning. Inom primärvården upplever patienter med ingen avslutad utbildning i mindre utsträckning att väntetiderna är rimliga jämfört med patienter med eftergymnasialutbildning. Patienterna med en oavslutad utbildning är främst 30 år och äldre (tabell 7, bilaga 3).
Vidare är äldre patienter mer nöjda med väntetiderna jämfört med patienter under 80 år, både i primärvården och i öppenvården (tabell 7, bilaga 3). Dessa skillnader är oberoende av vilket landsting eller region det gäller eller vilket kön patienten har.

Kvinnor har en något sämre upplevelse av väntetiderna jämfört med män. Skillnaden finns inom båda vårdområdena och är oberoende av ålder, utbildning och landstingsstillhörighet. När det gäller vårdgarantins tidsgräns om läkarbesök i primärvården inom sju dagar får kvinnor också i något mindre utsträckning ett läkarbesök inom sju dagar, se avsnittet Stor variation i läkar- tillgänglighet i primärvården.

Befolkningen som helhet har sämre upplevelse av väntetider än patienter

Frågan om rimliga väntetider i hälso- och sjukvårdsbarometern visar att betydligt färre av befolkningen som helhet upplever väntetiderna som rimliga jämfört med patienterna i NPE (65 procent upplever att de har rimliga väntetider till sin vårdcentral och 51 procent till sjukhus).

Rimliga väntetider till vårdcentralen

Det finns en tydlig skillnad i nöjdhet mellan olika åldersgrupper, där äldre personer är mer positiva än yngre. I den yngsta åldersgruppen 18–29 år är 55 procent av kvinnorna och 51 procent av männen nöjda med väntetiderna, och motsvarande andelar bland de äldsta är 77 respektive 78 procent (figur 6). Resultatet i hälso- och sjukvårdsbarometern visar samma mönster som NPE, nämligen att nöjdheten ökar med stigande ålder. De landsting och regioner som får högst betyg av patienterna är Gotland, Halland, Jönköping och Kalmar, och variationen mellan landstingen är 57–78 procent.


**Rimliga väntetider till sjukhus**

Nästan nio av tio patienter (86 procent) som besökt den specialiserade öppnovården anser att de har fått vård i rimlig tid. När frågan istället ställs till befolkningen är det sex av tio som tycker det är rimliga väntetider till besök och behandling på sjukhus [9]. Det är samma mönster som inom primärvården.


![Figur 7. Befolkningens upplevelse av rimliga väntetider till sjukhus i sitt landsting eller sin region.](image-url)

Akutens väntetider


Total vistelsetid

Medianvistelsetiden för de akutmottagningar som ingår i denna mätning är 3 timmar och 30 minuter. Tiden blir 3 timmar och 25 minuter om man ser till den totala vistelsetiden baserat på de akutmottagningar som var inkluderade i föregående mätning (tabell 13, bilaga 4). Detta är en ökning med 7 minuter.

Av patienterna 19 år och äldre väntar 10 procent mindre än 1 timme och 22 minuter, medan de 10 procent som väntar längst får vänta i 7 timmar och 31 minuter eller längre på akutmottagningen. Jämfört med akutmottagningar som ingick i föregående mätning väntar de sistnämnda 7 timmar och 14 minuter (tabell 13, bilaga 4).

Patienter 80 år och äldre har en medianvistelsetid på 3 timmar och 58 minuter, vilket är 33 minuter lägre än för övriga patienter 19–79 år (tabell 12, bilaga 4). Denna medianvistelsetid är 10 minuter lägre än föregående period och de akutmottagningar som ingick då. Totalt 10 procent av patienterna 80 år och äldre får vänta i 8 timmar och 7 minuter eller längre innan de kan lämna akutmottagningen eller skrivas in i slutenvården. Detta är 22 minuter längre tid jämfört med akutmottagningar som ingick i föregående mätning.

Skillnaden i medianvistelsetid är 2 timmar och 35 minuter mellan akutmottagningen med längst tid (4 timmar och 45 minuter) och den med kortast tid (2 timmar och 10 minuter). Medianvistelsetiderna för de enskilda akutmottagningarna redovisas i figurer nedan i detta avsnitt för åldersgrupperna 19–79 och 80 år och äldre. För riket visas även totalen för dem som är 19 år och äldre. Medianvärdena för alla tre åldersgrupper återfinns i tabell 12, bilaga 4, med data även från föregående mätning.

Könsskillnader


---

som kan påverka vistelsetider (t.ex. allvarlighetsgrad), och därför har Socialstyrelsen inte tagit hänsyn till dessa faktorer.

**Akutmottagningar**


I figurerna 8–11 redovisas medianvistelsetiden och variationen i den totala vistelsetiden för akutmottagningar med färre än 20 000 besök per år (figur 8), 20 000–29 999 besök per år (figur 9), 30 000–50 000 besök per år (figur 10), och fler än 50 000 besök per år (figur 11).

Återigen finns en stor spridning mellan akutmottagningarna i alla storleksgrupper, men även en stor variation i totala vistelsetiden inom en och samma akutmottagning. För personer 19 år och äldre är största spridningen mellan akutmottagningarna 3 timmar och 1 minut, och det gäller den största gruppen med mer än 50 000 besök per år.

Genomgående för alla akutmottagningar oavsett storleksgrupp är att patienter 80 år och äldre har en klart längre vistelsetid jämfört med yngre patienter (figur 8–11).

**Total vistelsetid på akutmottagningar med färre än 20 000 besök per år**

De flesta akutmottagningarna med färre än 20 000 besök per år har totalt sett en kortare medianvistelsetid än rikets nivå (figur 8). Skillnaden i medianvistelsetid för gruppen 19 år och äldre är 1 timme och 43 minuter mellan akutmottagningen med längst tid (3 timmar och 53 minuter) och den med kortast tid (2 timmar och 10 minuter) (tabell 12, bilaga 4).

I mätningen av denna grupp ingår 19 akutmottagningar eftersom Örnsköldsvik och Katrineholm är exkluderade på grund av kvalitetsbrister (bilaga 1).
Figur 8. Total vistelse tid under 12-månadersperioden (juni 2016–maj 2017)

Akutmottagningarna Örnsköldsvik och Kalmar sjukhuset (Katrineholm) är exkluderade i figuren på grund av kvalitetsbrist (se kvalitetskrav i bilaga 1). Mått i figuren: 10:e, 25:e, 50:e (median), 75:e och 90:e percentilen (se faktaruta median och kvartiler i bilaga 1).

Källa: Socialstyrelsen.
Total vistelsetid på akutmottagningar med 20 000–29 999 besök per år

Flera av akutmottagningarna med 20 000–29 999 besök per år har en kortare medianvistelsetid jämfört med rikets nivå (figur 9). Skillnaden i medianvistelsetid för gruppen 19 år och äldre är 1 timme och 25 minuter mellan akutmottagningen med längst tid (3 timmar och 52 minuter) och den med kortast tid (2 timmar och 27 minuter) (tabell 12, bilaga 4).

I mätningen av denna grupp ingår åtta akutmottagningar eftersom Nyköping är exkluderad på grund av kvalitetsbrister (bilaga 1).


Akutmottagningen Nyköping är exkluderad i figuren på grund av kvalitetsbrist (se kvalitetskrav i bilaga 1). Mått i figuren: 10:e, 25:e, 50:e (median), 75:e och 90:e percentilen (se faktaruta median och kvartiler i bilaga 1).
Total vistelsetid på akutmottagningar med 30 000–50 000 besök per år
Mer än hälften av akutmottagningarna med 30 000–50 000 besök per år har en kortare medianvistelsetid jämfört med rikets nivå (figur 10). Skillnaden i medianvistelsetid för gruppen 19 år och äldre är 1 timme och 29 minuter mellan akutmottagningen med längst tid (4 timmar och 17 minuter) och den med kortast tid (2 timmar och 48 minuter) (tabell 12, bilaga 4).
I mätningen av denna grupp ingår 14 akutmottagningar eftersom Eskilstuna och Östersund är exkluderade på grund av kvalitetsbrister (bilaga 1).

**Figur 10. Total vistelsetid under 12-månadersperioden (juni 2016–maj 2017)**

Total vistelsetid på akutmottagningar med 30 000–50 000 besök per år, mer än hälften av akutmottagningarna med 30 000–50 000 besök per år har en kortare medianvistelsetid jämfört med rikets nivå (figur 10). Skillnaden i medianvistelsetid för gruppen 19 år och äldre är 1 timme och 29 minuter mellan akutmottagningen med längst tid (4 timmar och 17 minuter) och den med kortast tid (2 timmar och 48 minuter) (tabell 12, bilaga 4).

I mätningen av denna grupp ingår 14 akutmottagningar eftersom Eskilstuna och Östersund är exkluderade på grund av kvalitetsbrister (bilaga 1).

**Tabell 12. Total vistelsetid på akutmottagningarna med 30 000–50 000 besök per år (medelvistelsetid)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Akutmottagningsort</th>
<th>Människor 19–80 år</th>
<th>Människor 80+</th>
<th>Människor 19–79</th>
<th>Människor 80+</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mälarsjukhuset</td>
<td>20 000–25 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
<td>15 000–20 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
</tr>
<tr>
<td>Östersund</td>
<td>20 000–25 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
<td>15 000–20 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
</tr>
<tr>
<td>Jönköping</td>
<td>20 000–25 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
<td>15 000–20 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
</tr>
<tr>
<td>Kalmar</td>
<td>20 000–25 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
<td>15 000–20 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
</tr>
<tr>
<td>Söderhamn</td>
<td>20 000–25 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
<td>15 000–20 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
</tr>
<tr>
<td>Umeå</td>
<td>20 000–25 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
<td>15 000–20 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
</tr>
<tr>
<td>Växjö</td>
<td>20 000–25 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
<td>15 000–20 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
</tr>
<tr>
<td>Blekinge</td>
<td>20 000–25 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
<td>15 000–20 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
</tr>
<tr>
<td>Norrköping</td>
<td>20 000–25 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
<td>15 000–20 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
</tr>
<tr>
<td>Sunderby</td>
<td>20 000–25 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
<td>15 000–20 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
</tr>
<tr>
<td>Falun</td>
<td>20 000–25 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
<td>15 000–20 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
</tr>
<tr>
<td>Gävle</td>
<td>20 000–25 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
<td>15 000–20 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
</tr>
<tr>
<td>Sundsvall</td>
<td>20 000–25 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
<td>15 000–20 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
</tr>
<tr>
<td>Täby</td>
<td>20 000–25 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
<td>15 000–20 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
</tr>
<tr>
<td>Kristianstad</td>
<td>20 000–25 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
<td>15 000–20 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
</tr>
<tr>
<td>Borås</td>
<td>20 000–25 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
<td>15 000–20 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
</tr>
<tr>
<td>Linköping</td>
<td>20 000–25 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
<td>15 000–20 000</td>
<td>5 000–10 000</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Källa: Socialstyrelsen.
Total vistelsetid på akutmottagningar med mer än 50 000 besök per år

Mer än hälften av akutmottagningarna med mer än 50 000 besök per år har en längre medianvistelsetid jämfört med rikets nivå (figur 11). Skillnaden i medianvistelsetid för gruppen 19 år och äldre är 2 timmar och 1 minut mellan akutmottagningen med längst tid (4 timmar och 45 minuter) och den med kortast tid (2 timmar och 44 minuter) (tabell 12, bilaga 4).

I mätningen av denna grupp ingår alla 16 stora akutmottagningar.

**Figur 11. Total vistelsetid under 12-månadersperioden (juni 2016–maj 2017)**

**Mått i figuren:** 10:e, 25:e, 50:e (median), 75:e och 90:e percentilen (se faktaruta median och kvartiler i bilaga 1).

---

**TID (MINUTER)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Akutmottagningar med &gt;50 000 besök/år (besöksantal)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>90 percentil</td>
</tr>
<tr>
<td>25 percentil</td>
</tr>
<tr>
<td>Median</td>
</tr>
<tr>
<td>10 percentil</td>
</tr>
<tr>
<td>90 percentil</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**FÖRTECKNING:**

1. Socialstyrelsen.

---

**Källa:** Socialstyrelsen.
Tid till läkare

Hälften av alla patienter som är 19 år och äldre får vänta i 61 minuter eller mer på att bli bedömda av läkare (tabell 14, bilaga 4), vilket är en marginell förändring sedan föregående tolvmånadersperiod trots att fler akutmottagningar nu ingår i mätningen (tabell 15, bilaga 4) [15].

Totalt 10 procent av patienterna väntar mindre än 12 minuter, medan de 10 procent som väntar längst får vänta i 3 timmar och 43 minuter eller längre på att bli bedömda av läkare. För dessa 10 procent har tiden ökat med 3 minuter jämfört med akutmottagningarna som ingick i förra mätningen tabell 15 (bilaga 4).

Patienter 80 år och äldre har en medianväntetid på 53 minuter, vilket är 10 minuter kortare tid än för övriga patienter (19–79 år). Samtidigt får 10 procent av patienterna 80 år och äldre vänta i 3 timmar och 24 minuter eller längre på akutmottagningen innan de blir bedömda av läkare. Detta är ingen förändring jämfört med akutmottagningarna som ingick i föregående tolvmånadersperiod (tabell 15, bilaga 4).

Skillnaden i medianväntetid är 1 timme och 13 minuter mellan akutmottagningen med längst tid (1 timme och 43 minuter) och den med kortast tid (30 minuter). Medianvärdena för alla tre åldersgrupper (19+, 19–79 samt 80 år och äldre) återfinns i tabell 14, bilaga 4, med data även från föregående mätning.

Könsskillnader

Inga påtagliga skillnader observerades mellan kvinnor och män vad gäller väntetid till läkare i riket (63 minuter respektive 59 minuter). Variationen mellan akutmottagningarna var 1–10 minuter. Hos en av akutmottagningarna var väntetiden 1 minut längre för män än för kvinnor. Det saknas data om andra faktorer som skulle kunna påverka väntetid till läkare (t.ex. allvarlighetsgrad), och därför har Socialstyrelsen inte tagit hänsyn till dessa faktorer.
Fysisk tillgänglighet

Sammanfattat

- 77 procent av patienterna i primärvården är nöjda med de olika sätt som finns tillgängliga för att komma i kontakt med sin vård- eller hälsocentral. Yngre patienter uppvisar mer missnöje än äldre patienter.
- Allt fler vårdcentraler ansluter sig till 1177 Vårdguiden och 95 procent erbjuder möjligheten att använda e-tjänsten för att förnya recept och av- och omboka tider.
- Patienterna tycker att det är mycket eller gansa svårt att få nära vård på kvällar, helger och helgdagar. Huvuddelen av befolkningen har god fysisk tillgänglighet till primärvården under dagtid på vardagar, men den minskar kraftigt under kvällen, nattetid och på helgen.
- 92 procent av landets befolkning har mindre än 10 minuters bilfärd till närmaste vårdsentral dagtid. På helger har endast 65 procent av befolkningen motsvarande avstånd och fler får en allt längre restid till närmaste vårdsentral.


I överenskommelsen mellan staten och SKL om patientmiljarden – insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården – beskrivs att primärvården ska bli den tydliga basen i hälso- och sjukvården. Vidare anges att fokus behöver ligga på förbättrad tillgänglighet genom exempelvis ändrade öppettider och utveckling av digitala kontaktvägar såsom e-tjänster för tidbokning för patienterna, inkluderat digitala lösningar som alternativ eller komplement till fysiska patientmöten.

Det är därför relevant att följa patienternas och befolkningens uppfattning av tillgängligheten, men också tillgängligheten sett till vårdens utbud. Detta gäller traditionella kontaktvägar och fysiska öppettider samt tillgänglighet via digitala lösningar. Dessutom är det viktigt att studera tidsavståndet, det vill säga tiden det tar att resa från bostaden till närmaste primärvårdinstans eller akutmottagning, oberoende av om den ligger i det egna landstinget eller den region som individerna bor i (för närmare beskrivning se bilaga 1).

---

7 2 kap. 6 § ”Med primärvård avses i denna lag hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.”

8 2 kap. 5 § ”Med öppen vård avses i denna lag annan hälso- och sjukvård än sluten vård. 4 § Med sluten vård avses i denna lag hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning.”
Enligt patientlagen ska en patient få möjlighet att välja offentligt finansierad öppen vård, en vårdcentral att lista sig på och en fast läkarkontakt i ett annat landsting än hemlandstinget. Redan när Vårdsvalstreformen kom 2010 i primärvården genom lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV), blev det möjligt för alla leverantörer som uppfyller lagens och landstingens och regionernas krav på primärvård att fritt etablera sig för att erbjuda vård till invånarna. Syftet är att stärka patientens fria val av läkare.

Även tidsavstånd till landets apotek redovisas eftersom det är en viktig tillgänglighetsaspekt för patienten, för att kunna hämta förskrivna läkemedel.

Kontaktvägar och digitala lösningar

Den tekniska utvecklingen möjliggör digital och säker kommunikation mellan patient och vårdgivare. Därmed får vårdgivarna nya sätt att bedriva vård, och patienterna får nya sätt att kontakta sjukvården, möta vårdgivaren och bedömas, undersökas och utredas, och om behov finns få vård och behandling.

1177 Vårdguiden är en nationell samlingsplats för information och tjänster inom hälsa och vård som alla landsting och regioner bidrar till. 1177 erbjuder bland annat sjukvårdsrådgivning via frågetjänst på webbsidan eller via telefon. Det går också att få information om de landstingsfinansierade vårdmottagningarna inom primärvården och specialistvården är offentligt eller privat drivna.


Det finns vårdgivare som förutom e-tjänster via 1177 Vårdguiden också erbjuder digitala möten (videobesök) som ett komplement till den ordinarie vården. Det fysiska besöket mellan patient och vårdgivare har dock alltid varit det traditionella sättet för patient och vårdgivare att mötas i vården och kommer även fortsättningsvis att behövas för många patientgrupper, och när en klinisk undersökning av patienten är avgörande för den medicinska bedömningen.

Det pågår för närvarande en snabb utveckling av s.k. digitala vårcenteraliserar som erbjuder enbart digitala besök, där de privata alternativen har varit föregångare.

---

9 Kap. 1 § En patient som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård ska inom eller utom detta landsting få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård.

10 Kap. 3 § Patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården.

Patienterna är inte nöjda med kontaktvägarna

NPE visar att 77 procent av alla patienter är nöjda med de kontaktvägar som finns tillgängliga till sin vårdcentral men nästan en fjärdedel är missnöjda. Det finns en tydlig skillnad i att yngre patienter är mindre nöjda med kontaktvägarna jämfört med patienter 80 år och äldre (tabell 8, bilaga 3).

Av patienter som har besökt primärvården upplever 91 procent att det var enkelt att ta sig till vårcentralen. Den äldsta åldersgruppen, 80 år och äldre, anser i mindre utsträckning att det var enkelt att ta sig dit. För den fysiska tillgängligheten finns det också skillnad mellan socioekonomiska grupper. Patienter med lägre utbildning än eftergymnasial utbildning upplever att det är svårare att ta sig till vårcentralen (tabell 8, bilaga 3).

Allt fler vårdenheter anslutna till 1177 Vårdguidens e-tjänster

I takt med att allt fler vårdenheter anslutit sig till 1177 Vårdguidens e-tjänster har även andelen invånare med användarkonto ökat (figur 12). I augusti 2017 hade 43 procent av invånarna ett användarkonto, vilket innebär 4 265 685 konton. Antalet inloggningar per invånare och år var i snitt 1,0 i september 2015, men det ökade till 2,0 i november 2016 och ytterligare till 3,0 i augusti 2017.12


---

12 Ineras statistikrapport e-hälsotjänster.
Förnya recept och av- och ombokning är vårdcentralernas vanligaste e-tjänster

En sammanställning av de e-tjänster som vårdcentralerna erbjuder via 1177 Vårdguiden visar att det inte finns någon standardiserad begreppsbeskrivning för de e-tjänster som nämns. En bruttolista på 346 unika registreringar kategoriserades om till 25 stycken.

I figur 13 nedan visas de 23 mest förekommande e-tjänsterna som vårdcentralerna visar via 1177 Vårdguiden. Tjänsterna förnya recept och av- och ombokning förekommer hos 95 procent. E-tjänsten boka tid (78 procent) är tredje mest erbjudna tjänsten bland vårdcentralerna, och för den finns ingen skillnad alls mellan offentlig och privat ägandeform (se tabell 16 i bilaga 5 vad gäller antalet mottagningar och ägandeform).

Tjänsterna av- och ombokning direkt (39 respektive 28 procent för offentlig respektive privat vårdgivare) och boka tid direkt (35 respektive 25 procent för offentlig respektive privat) innebär att den patient som är inloggad på 1177 själv kan boka och omboka tider i vårdcentralens eget bokningssystem som kopplas till journalsystemet.

13 Vårdcentral, hälsocentral, hälsovårdcentral, huslakarmottagning, distriktsläkarmottagning, familjeläkarmottagning eller liknande som är tillgängliga vardagar dagtid, någon tid mellan kl. 07.00 och 17.00.

14 Exempel på olika beskrivningar av samma e-tjänst:
1. Vill du ha stöd att sluta röka/snusa? Alternativt Vill du ha stöd för att sluta röka eller snusa?
2. Av- eller omboka tid alternativt Av- och omboka tid
3. Beställ kopier av din journal alternativt Beställa journalkopior alternativt Journalkopior

15 Även kategorierna lämna synpunkter och stöd och behandling finns.
Utvecklingen av digitala vårdbesök ur ett landstingsperspektiv

Av de 21 landstingen och regionerna uppgör endast fem att de för närvarande inte har eller inte planerar för digitala besök som komplement till fysiska besök inom ordinarie vårdcentral (tabell 17, bilaga 5). Av de återstående 16 uppger 12 landsting att de har långtgående planer och eller pågående försöksverksamhet med digitala besök under 2018, dels i egen regi, några genom att erbjuda tidsbokning via 1177 Vårdguiden och dels med hjälp av samarbetsavtal med privata aktörer.

För närvarande erbjuder Dalarna, Jönköping, Jämtland Härjedalen och Östergötland digitala läkarbesök via landstingsdrivna digitala vårdcentraler, men utvecklingen inom detta område är snabb och digitala vårdbesök kommer inom en snar framtid att vara tillgängliga för allt fler.

Den digitala utvecklingen har även öppnat upp för andra sätt för patienterna att få vård eller ”besöka” vården, och samtidigt får vårdförsörjaren en möjlighet att hantera glesbygdsrelaterade problem såsom långa avstånd och befallningsproblem. Detta kan löses med hjälp av videoteknik där patienten tar sig till närmaste vårdcentral, träffar en sjuksköterska och redogör för sina bekvärmor, och om behovet finns kopplar patienten upp sig mot en läkare på distans för bedömning, diagnostik och eventuell behandling. Denna typ av distansbesök eller vård är i drift i tre landsting och regioner, Jämtland Härjedalen, Norrbotten och Västerbotten och finns även på planeringsstadiet i ytterligare tre landsting.

**Figur 13. E-tjänster som vårdcentralerna* erbjuder mest via 1177 Vårdguiden**

Antalet vårdcentraler anges inom parentes.

* Se tabell 16 i bilaga 5 för beskrivning av definitionen.

Källa: 1177 Vårdguiden E-tjänstkatalog.
Digitala vårdcentraler och videobesök kan skapa möjligheter för ett snabbt och enkelt alternativ till de fysiska vårdcentralerna och även till akutmottagningen för vissa patientgrupper och vid vissa tillfällen. Det är dock viktigt att också påpeka att dessa tekniska krav kan innebära en begränsning och utestångande av vissa delar av befolkningen som av olika anledningar inte har förutsättningar att använda denna möjlighet.


Öppettider och tidsavstånd

Var tredje person anser sig ha sökt akutmottagningen för behov som övriga vården hade kunnat hantera


År 2017 ansåg 21 procent av personer 65 år och äldre att de hade kunnat behandlas på en ordinarie mottagning. Detta stämmer överens med resultatet 2016 om att färre äldre anser att de hade kunnat behandlas på annat ställe. Övriga länder i den internationella jämförelsen gav resultatet 20–42 procent, och det var bara Australien som hade ett lägre resultat än Sverige.

Nästan varannan individ tycker att det är mycket eller ganska svårt att få nära vård på kvällar, helger eller helgdagar


---

16 https://div.socialstyrelsen.se/
17 Senaste gången du gick till sjukhusets akutmottagning, var det för ett tillstånd du tror att du skulle ha kunnat bli behandlad för av läkarna eller personalen på den mottagning/praktik/klinik du vanligen går till för din medicinska vård - om de hade varit tillgängliga?
18 Hur lätt eller svårt är det att få vård på kvällen, helgen eller på en helgdag utan att gå till sjukhusets akutmottagning?
IHP-resultaten från 2017 som fokuserar på befolkningen 65 år och äldre, visar återigen att Sverige (26 procent) ligger lägst jämfört med övriga länder (34–74 procent) [7].

Nästan var tredje patient söker sig till akuten på kvällstid och nattetid

Enligt NPE för akutmottagningar 2016 är det 23 respektive 5 procent av patienterna som anger att de sökt akutmottagningarna på kvällen (kl. 18–23.59) respektive natten (kl. 00.00–05.59). Av den återstående andelen är det 68 procent som kommer till akuten under dagtid (38 procent kl. 12.00–17.59 och 30 procent kl. 06.00–11.59). Det högre flödet dagtid överensstämmer väl med resultatet från Socialstyrelsens kartläggning av patientflöden inom fem akutmottagningar från 2015 [14].

Den nära vården är fysiskt tillgänglig på vardagar under dagtid

Invånare listas automatiskt på närmaste vårdcentral inom sitt landsting eller sin region. Den som vill kan dock lista om sig.

I landet finns det sammanlagt 1 193 tillgängliga offentligt finansierade vårdcentraler som har öppet någon vardag i veckan (tabell 16, i bilaga 5). Öppettiderna varierar mellan kl. 07.00 och 17.00. Antalet vårdcentraler per landsting och region varierar från 6 stycken på Region Gotland till 225 vårdcentraler i Stockholms läns landsting (tabell 17, i bilaga 5).

Drop-in erbjuds av endast 212 mottagningar (18 procent) i landet. Fördelningen på landsting och region varierar från 0 procent (Dalarna, Kronoberg och Östergötland) till 67 procent (Gotland) (tabell 17, i bilaga 5).

Av vårdcentralerna har 1 163 stycken (97 procent, landstingsintervall 89–100 procent) öppet alla fem vardagar i veckan oavsett öppningstid. Öppetiden mellan klockan 08.00 och 17.00 är den mest frekventa för totalt 875 vårdcentraler (75 procent), men 36 av dessa vårdcentraler stänger tidigare än kl. 17.00 en vardag i veckan.

Räknar man med de vårdcentraler som öppnar tidigare än kl. 08.00 eller stänger senare än kl. 16.00 är totalt 1 114 vårdcentraler (96 procent) tillgängliga fem vardagar i veckan mellan kl. 08.00 och 16.00, medan 1 151 vårdcentraler (99 procent) är tillgängliga minst fyra vardagar i veckan under motsvarande tid. Landstingsintervallet är 94–100 procent.

Den fysiska tillgängligheten till vården minskar kraftigt under vardagskvällar

I landet finns det sammanlagt 182 tillgängliga kvällsmottagningar som har kvällssöppet någon vardag i veckan (figur 14). Stängningstiderna varierar

[21] Vårdcentral, hälsocentral, hälsovårdscentral, husläkarmottagning, distriktlåkmottagning, familjelåkmottagning eller liknande som är tillgänglig vardagar dagtid, någon tid mellan kl. 07.00 och 17.00.
[22] Bortsett från två av sex vårdcentraler på Gotland som avviker från intervallet eftersom de antingen öppnar en halvtimme till en timme tidigare eller senare, eller stänger en timme tidigare.
mellan kl. 17.15 och 24.00. Antalet kvällsmottagningar per landsting och region varierar från 0 i Region Gotland till 39 mottagningar i Västra Götalandsregionen.

Av det totala antalet har 123 mottagningar (68 procent) kvällsöppet fem vardagar i veckan (figur 14). Totalt 71 stycken (58 procent) är tillgängliga mellan kl. 17.00 och 22.00, varav 10 mottagningar är tillgängliga även till 24.00. Av dessa finns 18 i Stockholms läns landsting och 24 i Västra Götalandsregionen.

Akutvården står för det mesta av den fysiska tillgängligheten nattetid

Nattetid på vardagar och helger finns det sammanlagt 73 tillgängliga mottagningar24 i landet, varav 66 stycken (90 procent) är akutmottagningar som har
öppet dygnet runt, alla dagar i veckan. De övriga består av jourmottagningar eller jourcentraler.

Fördelningen över landet är 1 mottagning i Blekinge och 10 mottagningar i Västra Götalandsregionen.

Den fysiska tillgängligheten till vården minskar även helgtid
I landet finns det sammanlagt 164 tillgängliga mottagningar25 på lördagar eller söndagar, varav 160 stycken (98 procent) har öppet både lördag och söndag (tabell 17, i bilaga 5), i allt från 1 timme till 24 timmar.

Antalet mottagningar per landsting och region varierar från 1 mottagning på Region Gotland till 37 mottagningar i Västra Götalandsregionen (tabell 17, i bilaga 5).

Tidsavståndet till vården ökar när de fysiska tillgängliga vårdmottagningarna blir färre
Socialstyrelsen har med hjälp av Tillväxtverket analyserat tidsavståndet till de olika vårdmottagningarna som finns i selektionen för de olika dygnkategorierna: dagtid (vardagar), kvällstid (vardagar), nattetid (vardagar och helger) och helger (dagtid). De mottagningstyper som ingår i respektive kategori beskrivs i resultatdelen ovan om öppettider samt i tabell 17 i bilaga 5. Metodbeskrivning för tidsavstånds beräkningar finns i bilaga 1.

Huvuddelen av befolkningen i landet, 9 147 815 personer (92 procent), har mindre än 10 minuters bilresa till sin närmaste vårdcentral under dagtid på vardagar. Denna andel varierar från 77 procent i Jämtland Härjedalen till 98 procent i Stockholm.

Andelen med en bilresa på mer än 40 minuter är 0,10 procent (9 735 personer), varav den största andelen på 2,937 personer. När det gäller kvällsöppna respektive nattlöppna mottagningar sjunker andelen med mindre än 10 minuters bilresa till 64 respektive 50 procent, och samtidigt ökar andelen med längre bilresa (9 respektive 13 procent inom avståndsklassen 20–30 minuter).

Under helgtid är tidsavståndet mer likt kvällstid (65 procent). Antalet mottagningar som har öppet alla kvällar i veckan motsvarar endast 68 procent av kvällsmottagningarna som har öppet någon dag veckan. Dessutom minskar antalet kvällsöppna mottagningar drastiskt senare på kvällen efter exempelvis 19- och 21-tiden.

I tabell 18 bilaga 5 återfinns andelen av befolkningen enligt de olika avståndsklasserna för respektive landsting och region.

I figur 15a visar den vänstra kartan landet enligt tillgänglighetsindex (glesbygd och tätbebyggt område). Kartan visar en tydlig koncentration av vård-
mottagningar till tätbebyggelse, men under dagtid vardagar är tillgängligheten bättre när det gäller antalet vårdcentraler, och det ger dessutom lägre tidsavstånd.

Källa: Grunddata av Socialstyrelsen, bildbearbetning av Tillväxtverket
Närheten till landets apotek är god

Det finns totalt 1 403 apotek i landet som är tillgängliga under dagtid vardagar (tabell 16, i bilaga 5). Variationen mellan landsting och regioner är stor: 10 stycken på Gotland och 300 apotek i Stockholm. På lördagar har 1 069 apotek öppet, medan bara 532 har söndagsöppet.

Socialstyrelsen har med hjälp av Tillväxtverket även analyserat tidsavståndet till landets apotek (metodbeskrivning för tidsavståndet finns i bilaga 1). Mätningen visar att 91 procent av befolkningen har mindre än 10 minuters bilresa till sitt närmaste apotek under vardagar dagtid.
Andra aspekter av tillgänglighet

I detta kapitel presenteras tillgänglighet utifrån andra perspektiv såsom för- 
troende, bemötande, egenavgifter för patienterna, delaktighet och förmågan 
att förstå information från hälso- och sjukvården. Data baseras på befolkning-
ens och patienternas egna upplevelser och bedömningar, hämtade från NPE, 
hälso- och sjukvårdsbarometern och IHP.

Sammanfattat

- En person med ett upplevt dåligt allmäntillstånd har lägre förtroende 
  för vårdcentraler i sitt landsting eller sin region jämfört med de som 
  skattar sitt allmäntillstånd som högt.
- Personer som har varit patienter under de senaste sex månaderna har 
  ett högre förtroende för vårdcentraler än personer som inte varit pa-
  tienter eller som endast varit i kontakt med hälso- och sjukvården 
  som anhörig.
- Patienterna i den specialiserade öppen- och slutenvården ger totalt 
  sett ett högre omdöme på vården än patienter som besökt primärvår-
  den eller akutmottagningen. När det gäller emotionellt stöd ger 82– 
  86 procent av patienterna i öppen- och slutenvården ett gott omdöme 
  medan andelen är endast 71–72 procent när det gäller primärvården 
  och akutmottagningar.
- Kvinnliga patienter, patienter 29–59 år och patienter utan avslutad 
  utbildning upplever i lägre grad att deras behov blivit tillgodose
  tt under besöket jämfört med män, patienter 80 år och äldre respektive 
  de med en avslutad utbildning.
- 90–96 procent av patienterna upplever sig ha blivit bemötta med re-
  spekt och värdighet i hälso- och sjukvården.
- Fler än fyra av fem i befolkningen 65 år och äldre tycker att perso-
  nalen i hälso- och sjukvården förklarar saker på ett sätt som är lätt 
  att förstå.
- Yngre patienter upplever en lägre delaktighet i beslut som gäller de-
  ras vård eller behandling jämfört med patienter över 80 år.
- Patienter som besökt akutmottagningar är mer missnöjda med den 
  information de fick med sig hem efter besöket jämfört med patienter 
  från primärvården, den specialiserade slutenvården eller öppenvår-
  den.
- Kvinnor och personer 18–29 år avstår i större utsträckning från vård 
  på grund av kostnaden jämfört med män respektive äldre personer. 
  Till exempel har 7 procent av kvinnorna avstått från att hämta ut 
  medicin, men bara 4 procent av männen.
Förtroendet för hälso- och sjukvården varierar


Det är endast 60 procent av befolkningen som har högt förtroende för vårdcentraler i sitt landsting eller region. Men det finns stora regionala variationer: befolkningen i Norrbotten har lägst förtroende med 57 procent och den i Halland har högst förtroende med 71 procent [9]. Personer med ett mycket bra eller bra självskattat allmäntillstånd svarar i högre utsträckning att de har ett högt förtroende för vårdcentraler jämfört med personer med ett dåligt eller

---

26 Hur stort eller litet förtroende har du för vårdcentraler/hälsocentraler i ditt/din landsting/region? Hur stort eller litet förtroende har du för sjukhusen i ditt/din landsting/region? Hur stort eller litet förtroende har du för hälso- och sjukvården i sin helhet i ditt/din landsting/region?
mycket dåligt allmäntillstånd. Det är en viss skillnad mellan personer med olika utbildningsnivåer; andelen är 55–67 procent där de med gymnasieutbildning har lägst förtroende och de med grundskoleutbildning har högst förtroende. Kvinnor visar ett något mindre förtroende för vård- och hälsocentraler än män (figur 17).

Det är fler personer av de som har varit patienter under de senaste sex månaderna som har ett högt förtroende för sin vård- och hälsocentral än personer som inte varit det, 63 procent respektive 56 procent. Det är ännu färre personer av de som har varit i kontakt som anhörig som har ett högt förtroende, 52 procent.

Patienterna har högt förtroende för vårdpersonalen

Patienternas helhetsintryck av vården är gott


De dimensioner som får högst betyg av patienterna är tillgänglighet, respekt och bemötande samt helhetsintryck. Patienterna har en god upplevelse av helhetsintrycket som får 81–91 procent positiva svar för de olika vårdområdena (figur 18). Generellt ger patienterna lägre betyg till dimensionerna information och kunskap, delaktighet och involvering samt emotionellt stöd. Patienterna inom primärvården och akutmottagningarna ger ett något sämre omdöme sett till dimensionerars värde generellt jämfört med den specialiserade vården.

Inom varje dimension finns det en stor variation i delfrågornas resultat, vilket gör att vissa frågor får en större påverkan på dimensionen. Svarsfrekvensen

---

**Figur 18. Patienternas samlade intryck av hälso- och sjukvården.**

Andel positiva svar per dimension.

Inom varje dimension finns det en stor variation i delfrågornas resultat, vilket gör att vissa frågor får en större påverkan på dimensionen. Svarsfrekvensen

---

27 Tillgänglighet, kontinuitet och koordinering, information och kunskap, respekt och bemötande, delaktighet och involvering, helhetsintryck och emotionellt stöd.

28 En beskrivning av hur dimensionerna har beräknats finns i bilaga 1 under rubriken *Den nationella patientenkäten.*
skiljer sig också mellan delfrågorna; vissa delfrågor är till exempel inte aktuella för alla och alla har därför inte svarat på dem, vilket påverkar värdet på dimensionen. Delfrågorna i dimensionen tillgänglighet för akutmottagningar och den specialiserade slutenvården belyser inte tillgänglighet i form av väntetider utan enbart tillgängligheten som vården möter när det gäller patienters och anhöriga eller närståendes möjlighet att ställa frågor och få information.

Patienter tycker att deras vårdbehov blir tillgodosedd


Resultatet visar också att det finns socioekonomiska skillnader i upplevelsen. Patienter utan avslutad utbildning upplever i lägre utsträckning att de fått sitt aktuella behov tillgodosett inom akutsjukvården än de med eftergymnasial utbildning. Patienter med grundskoleutbildning upplever i högre utsträckning att deras behov blivit tillgodosett jämfört med de som har eftergymnasial utbildning (i primärvården, öppenvården och slutenvården). Dessa skillnader är oberoende av vilket landsting patienten tillhör eller vilken akutmottagning som patienten besökt (tabell 10, bilaga 3).

Patienter som fått sitt vårdbehov tillgodosett har högre förtroende

Patienter upplever sig bli bemötta med respekt


Andra undersökningar har visat att hbtq-personer upplever att de får ett sämre bemötande än vad som åskådliggörs i resultatet från NPE. Bakgrundsvariabler som sexuell läggning eller könsöverskridande identitet ingår inte i NPE och det går därför inte att studera hbtq-personer utifrån resultatet [16].

Patienter tycker sig ha en god förmåga att förstå vårdpersonalen

Enligt NPE förstår patienterna generellt i hög utsträckning information från hälso- och sjukvårdspersonalen. Två till tre frågor per enkät handlar om
huruvida patienten förstod informationen från hälso- och sjukvårdspersona-
len (bilaga 6). En av frågorna som återkommer i alla enkäter gäller ”om du
ställde frågor till personalen och fick du svar som du förstod”. Svaren visar
att 86–93 procent upplever sig förstå personalen på ett tillfredsstillande sätt.
Flest andel patienter i öppenvården svarar att de förstod och lägst andel på
akutmottagningarna. Lägst andelar som förstår personalen gäller åldersgrup-
penn 18–29 år (72–84 procent) och patienter utan avslutad utbildning
(77–87 procent).

Resultatet i IHP 2017 som riktar sig till befolkningen 65 år och äldre visar
ett liknande resultat: 84 procent uppgjer att personalen förklarar saker på ett
sätt som är lätt att förstå. Sverige ligger ändå med det resultatet närmast till i
jämförelsen eftersom andelen i övriga länder var 86–95 procent [7].

En fördjupad analys har genomförts på frågan ”förklarade läkaren medici-
neringen/behandlingen på ett sätt som du förstod?” för alla fyra vårdområden
som behandlas i denna rapport från NPE. Analysen visar att det finns både
socioekonomiska skillnader och åldersskillnader när det gäller att förstå för-
klaringen av medicineringen eller behandlingen, även när hänsyn tagits till
kön och landstingstillhörighet eller akutmottagningstillhörighet. Patienter
som saknar en avslutad utbildning förstår i mindre utsträckning läkarens
förklaring jämfört med patienter som har en eftergymnasial utbildning. Pati-
enter 60–79 år svarar i högre utsträckning att de förstår jämfört med patienter
över 80 år.

Delaktighet och samordning

Sverige är sämre än jämförbara länder

Andelen patienter med fast läkarkontakt är lägst i Sverige jämfört med övriga
länder i IHP 2017: 60 procent av befolkningen 65 år och äldre uppgjer att de
har en fast läkare som de vanligtvis går till, och andelen har sjunkit från 67
procent år 2014 [7]. Även bland befolkningen över 18 år är andelen med fast
läkarkontakt lägre (42 procent) än i jämförbara länder [8].

Endast 61 procent av patienterna 65 år och äldre upplever att ordinarie
mottagning hade fått information om den vård de fått på sjukhus och 51 pro-
cent svarar att den ordinarie läkaren ger den hjälp de behöver med att koordi-
nera vården eller planera sin vård från andra vårdgivare. Sverige är därmed
det land med lägst resultat i båda dessa frågor. Resultatet för övriga länder
var 62–93 procent i undersökningen [7].

En liknande fråga finns i NPE för både primärvården, slutenvården och öpp-
envården: ”Anser du att personalen på hälso-/vård- och hälsocentral/mott-
tagning/klinik samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du
behöver?” Resultatet i NPE visar att något fler patienter (74–85 procent) an-
ser att deras vård samordnas i tillräcklig utsträckning jämfört med IHP.

Patienterna i primärvården är mindre nöjda (74 procent) än de i övriga
vårdområden och det är stor skillnad mellan åldersgrupper. Patienter 18–29
år är den grupp som upplever sämst samordning, och skillnaden kvarstår när
resultatet har justerats för kön, utbildning och landstingstillhörighet. Inom
slutenvården har patienter med färre besöken i hälso- och sjukvården en bättre
upplevelse av samordning än patienter som har mer kontakt med hälso- och sjukvården. Ju fler tidigare besök under de senaste sex månaderna, desto mindre nöjda är patienterna.

Hälso- och sjukvården är dålig på att göra yngre patienter delaktiga

Patienter 18–59 år upplever att de är mindre delaktiga i sin vård eller behandling jämfört med patienter över 80 år (i primärvården, i öppenvården och på akutmottagningar). Patienter 60–79 år är däremot mer nöjda med delaktigheten jämfört med de äldsta patienterna (i öppenvården, i slutenvården och på akutmottagningar). Skillnaderna kvarstår när man tar hänsyn till kön, utbildning och landstingstillsyn eller akutmottagningstillhörighet.

Det finns även socioekonomiska skillnader: patienter med grundskola som högsta avslutade utbildning känner sig mer delaktiga i sin vård eller behandling än patienter med eftergymnasial utbildning.

I slutenvården, i primärvården och på akutmottagningar upplever kvinnor en något sämre delaktighet jämfört med män. Inom slutenvården är patienter med färre än fyra tidigare besök mer nöjda med delaktigheten jämfört med patienter som har fyra eller fler tidigare besök.


Vårdens tillgänglighet efter besöket

I IHP 2017 anger 83 procent av patienter som varit inlagda på sjukhus att de fick det stöd och den hjälp de behövde för att hantera sitt hälsotillstånd hemma. Men endast 55 procent fick också skriftlig information om vad de skulle göra när de kom hem och vilka symptomer de skulle hålla uppsikt över. Fyra av fem patienter visste vem de skulle kontakta om de hade frågor som påhöll sin hälsa eller behandling. Sverige har ett lågt resultat i alla frågor jämfört med övriga länder i undersökningen [7].

En liknande fråga (Fick du tillräckligt med information om vart du skulle vända dig om du behövde hjälp eller hade ytterligare frågor efter din visstelse?) finns i NPE för slutenvården, öppenvården och akutmottagningar. Den visar att 78 respektive 80 procent i slutenvården respektive öppenvården är nöjda med den informations de fått om vart de skulle vända sig för att få hjälp eller svar på frågor efter besöket. En mindre andel, 72 procent, av patienterna från akutmottagningarna är nöjda med stödet efter besöket.

En fördjupad analys visar att patienter med lägre utbildning än eftergymnasial är mer nöjda med den information de fått, med undantag för de utan avslutad utbildning. Det finns även skillnader mellan könen och åldersgrupperna: Kvinnor är mindre nöjda jämfört med män, och åldersgruppen 60–79 år är mer nöjda än de över 80 år. Skillnaderna kvarstår för alla resultat även
när de justeras för kön, ålder, utbildning och landstingstillhörighet eller akutmottagningsstillhörighet.

**Få avstår vård på grund av kostnaden**

I Sverige är det endast en liten del av hälso- och sjukvården som betalas direkt av patienten själv. Det förekommer dock skillnader mellan landstingen och regionerna i hur stor egenavgiften är (bilaga 7).

Enligt IHP är det få personer i Sverige som avstår vård på grund av kostnaden. Endast 3 procent av befolkningen 65 år och äldre anger att kostnaden fått dem att avstå från medicin, läkarundersökning eller behandling under de senaste 12 månaderna [7].


Det är en större andel personer som har avställt medicinering än läkarbesök eller annan behandling på grund av kostnaden. Det är också här de största socioekonomiska skillnaderna finns. Bland personer födda utanför Europa är det 16 procent som har avstått från att hämta ut medicin, och motsvarande andel bland personer födda i Sverige är 5 procent [8].

Det går inte att utifrån detta resultat avgöra om personer avstår vård på grund av avgiften för vården eller inkomstförlusten av att eventuellt behöva vara frånvarande från arbetet på grund av besöket.

**Tabell 1. Andel män och kvinnor som avställt vård på grund av kostnaden**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Under de senaste 12 månaderna, hände det då att du...</th>
<th>Kvinna %</th>
<th>Man %</th>
<th>18–24 år %</th>
<th>65 + %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>... hade ett medicinskt problem men inte besökte en läkare på grund av kostnaden?</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>7</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>... avstod från att göra ett medicinskt test, behandling, eller uppföljning som rekommenderades av läkare på grund av kostnaden?</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>6</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>... avstod från att hämta ut receptbelagd medicin eller hoppade över doser av din medicin på grund av kostnaden?</td>
<td>7</td>
<td>4</td>
<td>7</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Källa: International Health Policy 2016.
Tandvårdens tillgänglighet


Av befolkningen har 69 procent genomgått en basundersökning minst en gång under de senaste tre åren. Det finns en tydlig skillnad utifrån utbildningsnivå där de med förgymnasial utbildning i mindre utsträckning har genomgått en basundersökning. Dessutom har färre män genomfört en basundersökning (figur 20). I åldersgruppen 70–79 år har flest genomfört en basundersökning.

**Figur 20. Andel av befolkningen, 35–74 år, som gjort minst en basundersökning 2014-2016.**
Fördelat efter senaste besöksåret och utbildningsnivå, kön. Åldersstandardiserade andelar.

Procent

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Män Förgymnasial</td>
<td><a href="#">Diagram</a></td>
<td><a href="#">Diagram</a></td>
<td><a href="#">Diagram</a></td>
</tr>
<tr>
<td>Kvinnor Förgymnasial</td>
<td><a href="#">Diagram</a></td>
<td><a href="#">Diagram</a></td>
<td><a href="#">Diagram</a></td>
</tr>
<tr>
<td>Män Gymnasial</td>
<td><a href="#">Diagram</a></td>
<td><a href="#">Diagram</a></td>
<td><a href="#">Diagram</a></td>
</tr>
<tr>
<td>Kvinnor Gymnasial</td>
<td><a href="#">Diagram</a></td>
<td><a href="#">Diagram</a></td>
<td><a href="#">Diagram</a></td>
</tr>
<tr>
<td>Män Eftergymnasial</td>
<td><a href="#">Diagram</a></td>
<td><a href="#">Diagram</a></td>
<td><a href="#">Diagram</a></td>
</tr>
<tr>
<td>Kvinnor Eftergymnasial</td>
<td><a href="#">Diagram</a></td>
<td><a href="#">Diagram</a></td>
<td><a href="#">Diagram</a></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen och utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.*

---

*29 En basundersökning kan utföras av en tandläkare eller en tandhygienist. Undersökningen ska visa om patienten har hål i tänderna, tandköttsinflammation, tandlossning eller andra tecken på sjukdom eller problem i munnen. Röntgenbilder tas på tänderna och patienten får information om hur tänderna ska skötsas på bästa sätt för att förebygga problem.*

Det finns ett särskilt statligt tandvårdsbidrag (STB) om 600 kronor per halvår som kan användas för förebyggande tandvård för personer som har en sjukdom eller funktionsnedsättning som medför risk för försämrad tandhälsa och tillhör någon av målgruppen för bidraget. I propositionen bedömdes att målgruppen för det särskilda tandvårdsbidraget skulle var omkring 285 600 personer. Under 2016 var det drygt 47 000 personer som utnyttjade bidraget. Socialstyrelsen har bedömt att det är få som använder bidraget, men till skillnad från besök i tandvården där en tydlig socioekonomisk skillnad syns är det små eller inga skillnader mellan låg- och högutbildade i utnyttjandet av STB [17].

Flr kvinnor än män avstår tandvård

I Sverige betalar patienterna en del av sina tandvårdsbesök i form av egenavgifter och det råder fri prissättning för tandvård.30 I IHP 2016 fick svars personerna ange om de under de senaste 12 månaderna har avstått från tandvård

---

Skillnader i tillgänglighet

Sammanfattat


- Skillnader i väntetider, mellan olika landsting och regioner och mellan olika specialiteter förklaras främst av systemens komplexitet, organisering och landstingen och regionernas prioriteringar. Det krävs fortsatt förbättringsarbeende och eventuellt även vissa systemförändringar för att minska väntetiderna.

- Långa väntetider har en rad olika negativa konsekvenser för såväl enskilda som för vården och samhället i stort.


- Alla berörda samhällsaktörer behöver tillsammans investera i det förebyggande arbetet så att framtida vårdbehov minskar och därmed inflödet till hälso- och sjukvården.

Väntetider är en del av det svenska sjukvårdsstystemet

Redan under senare delen av 60-talet började Socialstyrelsen att rapportera långa väntetider till vården och 1981 publicerades en rapport om att långa väntetider var den vanligaste orsaken till klagomål. Väntetiderna började då uppmärksammas och debatteras även i media i samband med reporter från den ekonomiska kris som vid denna tid omfattade hela den offentliga sektorn. Det första nationella initiativet för att minska köerna togs för 30 år sedan [18].

Långa väntetider är ett problem i många OECD-länder, men inte alla, vilket tyder på att det finns en systemisk aspekt. Enligt OECD är väntetider en mindre fråga i exempelvis Belgien, Frankrike, Tyskland, Schweiz och Japan [19]. Det är svårt att jämföra olika länders system och förstå vad det är som
gör att vissa länder inte har väntetider som uppfattas som problematiska. Länder utan väntetidsproblem har av vissa ansetts ha större utgifter (andel av bruttonationalprodukt) för hälso- och sjukvård, ha högre kapacitet, i högre grad ha prestationsbaserad sjukhusfinansiering samt ersätter läkare för utförd tjanster i stället för genom fasta löner. Dessa länder tycks inte skilja sig avseende vårdbehov (mått som mortalitet och andel äldre i befolkningen) men samtidigt konstateras att frågan inte är tillräckligt studerad [20].

Andra menar att det inte finns något tydligt samband mellan utgifter och korta väntetider och pekar på Japan, Luxemburg och Tyskland som exempel [21].

Oavsett vilka systemfaktorer som förklarar varför vissa länder lyckas undvika problematisk längd på väntetiden kan det konstateras att det svenska hälso- och sjukvårdssystemet under flera decennier, och trots omfattande reformer inriktade mot att minska väntetider och lagkrav på tidsgränser, fortsätter att ha ett utfall med relativt höga väntetider och med fortsatt stora variationer. Även om vissa förbättringar kan ses inom vissa områden och diagnoser finns en oroande utveckling. Allt fler patienter står på väntelistorna till specialistvård allt längre tid. Mellan 2012 och 2016 ökade antalet patienter som har väntat mer än 90 dagar på nybesök inom den specialiserade vården från drygt 27 000 till nära 68 000. Antalet som har väntat mer än 90 dagar på operation eller annan behandling ökade från knappt 17 000 till nära 35 000. Antalet som väntat väsentligt längre än vårdgarantins gränser, sex månader eller mer, ökar också, från 7 000 till nära 24 000 för nybesök och från 5 000 till drygt 14 000 för operation och andra behandlingar [10].

Utifrån ett systemteoretiskt perspektiv tyder mycket på att väntetidsnivån och kravuppfyllelsen inom vårdgarantin även fortsättningsvis kommer att ligga på nuvarande nivåer i stort om inte märkbara systemförändringar genomförs.

Kostnaderna ökar snabbare än de demografiska behoven År 2016 ökade kostnaderna i hälso- och sjukvården snabbare än genomsnittet de senaste fem åren och det ökar snabbare än behoven kopplade till demografin. Kostnaderna för läkemedel ökar snabbast och därefter den specialiserade somatiska vården [22].

Landstingens ekonomiska resultat har varit svaga under de senaste tio åren och framöver utmanas landstingen av stora demografiskt betingade kostnadsökningar samtidigt att skatteunderlagets tillväxt inte förväntas öka i samma takt. Detta är en viktig ramförutsättning för att förstå pågående arbete med att minska väntetider. 31

---

31 Regeringens budgetproposition 2017/18:1
Komplexa system

21 olika hälso- och sjukvårds system

Hälso- och sjukvård beskrivs ofta som komplexa och adaptiva system [23-25]. Varje landsting och region kan ses som ett avgränsat hälso- och sjukvårds system. Dessa skiljer sig åt sinsemellan i en rad aspekter, exempelvis avseende:

• vårdens infrastruktur (till exempel antal vårdcentraler, akutmottagningar, lättakuter, antal och typ av sjukhus och apotek),
• resurser – åtgång, blandning och grad av utnyttjande (bl.a. personal/kompetens, it-system, telefon- och e-tjänster, bilddiagnostik, laboratorier, operationsrum, vårdplatser, energiförbrukning för lokaler),
• arbetssätt (t.ex. hantering av remissflöden och väntelistor, medicinsk behandlingspraxis, information till allmänhet och patient, samarbete mellan primärvård, sjukhus och kommunal sjukvård, produktionsplanering, kvalitetsarbete, uppföljningssystem),
• vårdbehov,
• vårdkonsumtion (t.ex. antal vårdkontakter per patient),
• andel privata utförare,
• kvalitet och patientsäkerhet,
• ekonomi, och
• politiska prioriteringar.

Typiska egenskaper för dessa system är att de kontinuerligt förändras, att utfallet – exempelvis i form av medicinska resultat, tillgänglighet eller patientsäkerhet – uppstår genom ett komplicerat samspel mellan människor (patient, professioner, politik, administration), ledarskap, teknik, regler, styrsystem med mera. Synsättet innebär att varje system är ett resultat av sin specifika historik, att sambanden mellan input, processer, output och outcome är icke-linejära, att systemet är motståndskraftigt mot förändringar samt att varje system utgör en del av andra system. Systemen består vidare av ett stort antal intressenter, intressekonflikter och målkonflikter som också bidrar till komplexiteten, och det råder ofta stora avstånd i tid och rum mellan beslut och effekterna av dessa beslut [26].

Varje system består av sinsemellan kommunicerande delsystem och många olika typer av passager där hinder kan uppstå. När vårcentralen är stängd riskerar inflödet till akuten att öka, när antal vårdplatser minskar blir patienten kvar på akuten, när personal saknas stängs vårdplatser osv. Många vårdprocesser med tillhörande köer är sammanlänkade, se avsnittet nedan om olika processer och typer av kösystem.

Utfallet av komplexa system bör därför ses som något som i hög grad uppstår, emergerar, som en konsekvens av systemets funktion och dynamik snarare än något som främst kan planeras och styras fram. Detta vare sig det gäller önskade utfall i form av kortare väntetider eller oönskade utfall som exempelvis vårdrelaterade infektioner.

Normal variation mellan svenska regioner avseende vårdkonsumtion
Flera studier visar på stora regionala skillnader av vårdkonsumtionen. Dessa regionala variationer är ingen specifik svensk företeelse. I en studie har Socialstyrelsen jämfört regionala variationer av vårdkonsumtion för sju olika in satser med motsvarande variationer i 13 länder. För Sverige gällde att vårdkonsumtionen jämfört med övriga länder låg runt genomsnittet för flertalet av områdena [28].

Olika processer och typer av kösystem
Det finns en stor mängd olika verksamheter inom hälso- och sjukvården för att hantera alla sjukdomstillstånd. Även om dessa verksamheter skiljer sig åt kan alla de processer som dessa verksamheter, enskilt och tillsammans, tillhandahåller ses som kösystem, där patienterna anländer, väntar på vård, tar emot vård och sedan lämnar systemet (figur 22). Hälso- och sjukvårdsprocesser varierar också i komplexitet och omfattning, men de består alla av en uppsättning såväl medicinska som icke-medicinska aktiviteter som patienten medverkar i för att kunna få den behandling som krävs.

För att ge ökad förståelse för utmaningarna med produktions- och kapacitetsplanering inom hälso- och sjukvård kan det därför finnas anledning att kort beskriva dessa olika typer av kösystem.

Ett kösystem består av enheter av något som köar för någon typ av aktivitet. Patienter som köar för att få vårdbehov tillgodosedda eller prover som väntar på att bli analyserade är två exempel (figur 22).
Figuren beskriver att det finns en population ur vilken ett antal patienter kommer att vänta i en kö innan de får den vård som det finns behov av. Vårdtjänsten består av en eller flera utförare och når den aktuella insatsen har avslutats lämnar patienten kösystemet.

För att förstå ett visst kösystem behöver man veta hur inflödet ser ut, bland annat:

- om storleken på den population som kan komma att ingå i kön och om det är en ändlig eller oändlig mängd.
- om enheter kommer var för sig (en patient) eller i grupper om flera samtidigt, t.ex. till en akutmottagning efter en större olycka,
- hur inflödet fördelas över tid och om detta är slumpmässigt, förutsägbart eller både och (akuten). Vad den sannolika tiden mellan att varje enhet intar systemet uppställas till [29].

Inom vården finns en stor variation på typer av inflöden, från sådana som i praktiken är helt regelbundna, till inflöden utifrån tidsbokning, inflöden av flera samtidigt samt tidsberoende inflöden (att fler eller färre kommer på morgonen, en viss dag eller månad).

En annan parameter för att förstå olika kösystem är kunskap om hur själva vårdtjänsten kan utföras:

- Vilka resurser som behövs i grunden (en operationssal, operationssjuksköterska, kirurg etc.).
- Hur lång tid tjänsten som regel tar att utföra.
- Hur många som utför tjänsten.
- Om tjänsten utförs av flera utförare i parallella köer eller av flera utförare utifrån en och samma kö.
- Om en utförare kan avbryta en tjänst för att ta in någon annan (t.ex. akut) för att sedan avsluta den tidigare påbörjade.
- Om tiden det tar att utföra tjänsten är beroende av när patienten kommer in.

Slutligen kan köer bete sig olika, dvs. påverka väntetider, beroende av:

- Vilken eller vilka reaktioner patienten kan väntas ha på kön: Patienten bestämmer sig för att inte gå in i den om den är för lång, patienten kan komma att lämna kön efter en viss väntetid eller patienten byter kö om de bedömer att det kommer korta väntetiden (t.ex. uppsöker en annan akutmottagning än man hänvisats till).

Det är också viktigt att förstå att när en kö väl har uppstått kan den vara svår att minska. En kö kan beskrivas som ett saldo eller lager som byggts upp under en viss tid. För att tydligt minska en kö och därmed minska väntetiderna kan resursförstärkningar behövas. Även små extrainsatser vid rätt tidpunkt kan avsevärt minska en viss kö. Men sambanden mellan väntetider, efterfrå-
gan och utbud av vård är komplicerade – längre väntetider kan minska efterfrågan på elektiv vård och ett större utbud av vårdproducenter kan leda till större efterfrågan [30].

Några exempel i vården

**Akutmottagning**

Akutmottagningar kännetecknas bland annat av ett relativt konstant inflöde av patienter i strid ström men med viss variation beroende på tid på dygnet, veckodag och månad. Patienterna prioriteras utifrån störst medicinskt behov.

Akutmottagningar är exempel på köer där patienten kan komma att bestämma sig för att lämna kön. Denna sannolikhet ökar vanligen med kölängden och patientens uppskattning av hur länge denne måste vänta. Sådant beteende kan få allvarliga konsekvenser för patienten som då inte får den vård den kan ha behov av. Ett sätt att hantera denna köproblematic som prövas på många håll är att separera vissa kategorier av patienter i särskilda spår, exempelvis för äldre.

I städer med flera akutmottagningar är det också möjligt att patienternas uppfattning eller kunskap om en viss akutmottagningss kö leder till att de uppsöker en annan. Det har i viss forskning pekats på att ökad servicekapacitet (den traditionella metoden att försöka minska långa köer) har liten effekt på kölängden, eftersom så snart patienter inser att väntetider skulle minska, ökar ankomstfrekvensen, vilket ökar kön igen [31].

Akutmottagningar har vissa möjligheter att påverka inflödet av patienter och därmed köerna, t.ex. med hjälp av hänvisningar av 1177 eller genom att särskilt uppmärksamma och informera vissa grupper (t.ex. oroliga föräldrar med förkylda barn, vissa grupper av återkommande besökare) om vart de ska vända sig för vissa tillstånd.

Akutmottagningar tar vid behov in resurser från andra delar av sjukhuset vilket gör systemet nära sammanlänkat med andra kösystem eftersom det exempelvis kan påverka elektiva operationer.

**Planerad operation**

Planerade operationer har en delvis annan struktur för sina kösystem och det finns stora skillnader mellan olika diagnoser.

**Kataraktoperation**

Varje år genomförs över 100 000 kataraktoperationer av ett stort antal utförare inom alla landsting och regioner. Antalet kataraktoperationer varierar över tid av olika orsaker. Inflödet har på senare år varit relativt stabilt över åren men uppvisar sommarvariation. De minskade operationsvolymerna under sommaren resulterar i ökade väntetider under hösten.


Det är intressant att konstatera att under de 25 år som kvalitetsregistret Nationella kataraktregistret har följt väntetider för denna diagnos har man kunnat se betydande skillnader i variabler som väntetider och operationsfrekvens mellan olika kliniker, även om skillnaderna i viss mån har utjämmts.
under senare år. Den genomsnittliga väntetiden under 2016 var 1,7 månader. Variationen mellan klinikerna var från mindre än 1 månad till drygt 5 månader [32].

Standardiserade vårdförlopp i cancervården
Satsningen på de så kallade ”standardiserade vårdförlopp” i cancervården, som introducerades under 2015, och som syftar till att korta väntetiderna genom att skapa effektivare patientflöden med hjälp av nya arbetssätt är ett exempel som ställt krav på ledning och organisationskultur [33-35]. Varje led i patientens flöde från misstanke om cancer till behandling har en tidsatt målnivå på antal dagar. Den totala tiden för processen är långt under den som vårdgarantins maximala tidsgränssätter.

Måluppfyllelsen för vårdgarantin, vad gäller specialistbesök för cancervården är 99 procent, vilket är högst bland alla verksamheter som studeras med hjälp av väntetidsdatabasen. Detta är inte konstigt med tanke på att dessa patientgrupper kräver snabbt omhändertagande för att inte riskera allvarliga konsekvenser. Det finns fortsatt stora variationer mellan cancerformer, och det förändrade arbetssättet ser ut att leda till kortare väntetider hos vissa cancerformer, medan väntetiderna är oförändrade hos andra. Inom flera verksamheter verkar utmaningar med brister i vissa kompetenser (t.ex. operationsköterskor och specialister i lungmedicin och urologi) försvåra arbetet med att uppnå påtagliga effekter på väntetiderna. Även att få till ett hållbart arbetssätt efter att reformen avslutats 2018 en utmaning som behöver beaktas [35].

Typ av sjukhus
Väntetider kan också påverkas av vilken typ av sjukhus, eller sjukhusets storlek. En studie har visat att väntetiderna för olika typer av ortopedisk kirurgi genomgående var längre för dem som skulle opereras vid universitets- eller regionsjukhus än vid annat sjukhus. Någon fastställd förklaring kunde inte ges men en möjlig förklaring kunde inte ges men en möjlig förklaring som angavs var att den förstnämnda sjukhusstylen mer frekvent har att hantera akuta fall som då påverkar den elektiva vården [36].

Konsekvenser av bristande tillgänglighet
Långa väntetider har en rad olika negativa konsekvenser för såväl enskilda som för vården och samhället i stort.

Även brister med andra slags tillgänglighetsaspekter, som exempelvis patientens förtroende för vården, information och uppföljning kan leda till negativa konsekvenser inte bara för patienten men även för hälso- och sjukvården.

Konsekvenser för patienten
Kriterierna för god vård innebär att vården ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid, ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på den vård som patienten har behov av. Detta betyder att vård ska erbjudas utan att eventuella väntetider påverkar patienten negativt i fysisk, psykisk eller social mening [37]. Literaturen belyser att längre väntetider kan orsaka försämrad livskvalitet hos patienten genom smärta, ökad psykisk oro, osäkerhet och stress i väntan på
besked och behandling i ett lägre när information från vården är viktig [38-43]. Väntetiden inför en åtgärd kan innebära att det dagliga livet forändras på grund av fysisk inaktivitet och mindre social samvaro. Andra följder kan vara ökade kostnader i form av ökad sjukskrivningstid eller återkommande sjukhusbesök på grund av försämring av medicinska problemet eller övriga komplikationer kan tillkomma. Det sistnämnda riskerar även försämra prognosen.

**Medicinska konsekvenser av att vänta**

Effekten av väntan varierar beroende på sjukdomstillstånd. För tillstånd som hjärt sjukdomar, sjukdomar i cirkulationssystemet och cancer, kan långa väntetider inte sällan leda till allvarliga plötsliga biverkningar, funktionsnedsättning eller dödsfall. För ortopedisk kirurgi kan långa väntetider ha en betydande inverkan på livskvaliteten och det mentala välbefinnandet [21]. För exempelvis patienter inom ortopedin kan ett ökat behov av läkemedel kan en betydande inverkan på livskvaliteten.

I studier som utforskat betydelsen av väntetid vid olika cancerformer påvisas exempelvis ett samband mellan fördröjning av diagnos och försämrad livskvalitet, hälsotillstånd och överlevnad [44, 45].

Tillgång till diagnostik och rätt behandling kan vara livsavgörande. För vissa psykiatriska tillstånd såsom depression, ångest syndrom och bipolär sjukdom kan en fördröjning till insättande av rätt behandling leda till att sjukdomen successivt förvärрас. Patienten kan då drabbas av mer långvarig sjukdom eller återinsjukna och risken för självmord ökar [46]. Socialstyrelsen har gjort en patientenkätundersökning inom fyra psykiatriska specialistöppnmottagningar, och att deras hälsotillstånd försämrats på grund av att de behövt vänta på att få träffa en vårdgivare.

**Andra konsekvenser**

**Hälso- och sjukvården**

För hälso- och sjukvården leder väntetider bland annat till resurskrävande administration av köer och dubbelarbete i form av undersökningar som måste göras om på grund av att patientens hälsotillstånd har förändrats [3]. Patientens ökade vårdbehov fram till planerad behandling kan också kräva ytterligare resurser från vården. Vidare kan långa köer och låg tillgänglighet skapa stress hos vårdpersonal och leda till sämre arbetsmiljö.

Även brister i information och uppföljning från hälso- och sjukvården kan leda till att patienten eller närstående återkommer till vården. Detta är en så kallad onödig efterfrågan (eng. failure demand), som tar både onödig tid och onödiga resurser från vården utan att skapa värde [47].


---

**TILLGÄNGLIGHET I HÄLSO- OCH SJUKVÄRDEN**

**SOCIALSTYRELSEN**
Hälso- och sjukvårdsbarometern från 2016, visar att endast 60 procent av befolkningen har högt förtroende för vård- eller hälsocentraler. Personer med ett mycket bra eller bra självskattat allmäntillstånd svarar i högre utsträckning att de har ett högt förtroende jämfört med personer med ett dåligt eller mycket dåligt allmäntillstånd. Andelen med högt förtroende ökar när urvalet görs enbart på personer som varit patienter, 63 procent av de som besökt hälso- och sjukvården som patient har ett högt förtroende jämfört med 56 procent av dem som inte varit patient under de senaste sex månaderna.


Mot ökad tillgänglighet


Aktuella systemförändringar

Det pågår många olika nationella reformer för att förbättra tillgängligheten och än är det för tidigt att säga något om hur stor systempåverkan dessa kommer att få. Några av dessa beskrivs i korthet i följande kapitel.

Bättre resursutnyttjande och kompetensförsörjning

Effektivare användning av tillgängliga resurser såsom bättre arbetssätt och mer ändamålsenlig personalförsörjning har rekommenderats för att korta ned väntetiderna inom specialistvården [49-51] och även för att förbättra effektiviteten inom hälso- och sjukvården [52]. I detta ingår även förbättring av it-stöd som ofta framhålls som ett hinder i hälso- och sjukvården, och att arbeta mer förebyggande mot ohälsa och hitta sätt för att utöka patientens inflytande över sin hälsa [53]. Socialstyrelsen följer regeringens satsning för bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården, den så kallade professionsmiljorden, som bland annat inkluderar bättre it-stöd, minskad administration och förändrade arbetssätt och lösningar [54].

God och nära vård

Regeringen har utsett en utredare att bidra i en omfattande strukturreform för att primärvården ska bli en tydligare bas i hälso- och sjukvården. I ett delbestämnande (SOU 2017:52) har utredaren bl. a. föreslagit att landstingen ska vara skyldiga att erbjuda att den enskilda inom tre dagar får tillgång till en
medicinsk bedömning. En skärpning av nuvarande vårdgaranti i primärvården som innebär att patienten efter bedömning få tid till läkare inom sju dagar. För att reformen på sikt ska bidra till minskade väntetider i specialistvården behöver en utbyggd primärvård leda till minskat behov av specialistvård, vilket inte behöver bli fallet [55].

**Patientmiljarden**


Syftet är också att stimulera landstingen och regionerna att införa patientkontrakt för patienter med komplexa och omfattande vårdbehov. Patientkontrakt är en sammanhållen vårdplan över patientens samtliga kontakter för att öka samordningen, samverkan och kontinuitet för patienten.

**Stabila och hållbara system med utvecklingskraft**


För att arbete mot stabila och hållbara system är det också angeläget att staten agerar långsiktigt och uthålligt samt utifrån landstingen och regionernas respektive förutsättningar.

**Förändringar av ledning och styrning**

Svårigheterna med att leda och styra hälso- och sjukvården finns beskrivet i litteraturen [56]. Exempelvis nämns att många styrmödeller existerar parallellt trots att de utgår från fundamentalt olika synsätt och formella, byråkratiska system med det målrationella ideale för ledarskap och mekanistisk syn på implementering tycks dominer. Nyare organiska modeller för organisation som betonar decentralisering, tillit och systemsyn diskuteras och prövas. Utvecklingskraft och innovationsledning är två exempel som en del i att utveckla mer agila och innovativa organisationer.

I betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) anges till exempel att när ledarskap och chefskap diskuterar i vården läggs mycket fokus vid chefsuppgifter av mer materiell och formell karaktär såsom planering, personalledning, schemaläggning. Utredningen erfår att de verksamheter som arbetat framgångsrikt med effektiviseringar har ett ledarskap som har som utmärkande drag att de är starka kulturbärare för den arbetskultur som råder och som i sin tur utgjort grogrund för effektivare verksamhet. De kulturbärande uppdraget i
ledarskapet tycks vara minst lika viktigt som de mer traditionella delarna i chefsuppdraget [52].

Enligt utredningen är det vidare uppenbart att samverkan och samarbete mellan huvudmännen och integrationen av tjänster när det gäller människor med sammansatt problematik behöver styras och stärkas utifrån ett systemsynsätt. Utredningen anser att statens roll i detta avseende måste vara att stödja huvudmännen i att anlägga ett systemperspektiv för att komplexa samhällsfrågor ska kunna lösas i det praktiska utförandet av tjänsterna. Följaktligen behöver ledarskapet anpassas till att förhålla sig till den komplexitet som råder inom den moderna hälso- och sjukvården. Systemsynsättet förutsätter ett botten-upp tänkande där involvering och delaktighet från dem som utför det dagliga, faktiska arbetet är centralt (till skillnad från traditionella modeller där en högre chef designar och bestämmer vad som skall göras) [52].

Vidare blir det viktigt att variation och skillnader inom grupper och avdelningar uppmärksammas, bland annat eftersom kreativitet och möjlighet för innovationer oftast sker i gränslandet mellan olika områden, tankebanor, mentala modeller. För ledare i komplexa adaptiva system handlar ledarskapet om relationsbyggande istället för den mekaniska, byråkratiska fokuseringen på att definiera roller. Anledningen är att det är i kopplingarna (relationerna) som såväl information som lärande kan utbytas och synergier skapas. Komplexiteten innebär också att lösa kopplingar behövs mellan olika resurser [57].


Andra organisationer lyfter också fram systemtänkandet som centralt för utvecklingen av hälso- och sjukvården och andra offentliga verksamheter [57, 59, 60].

### Produktions- och kapacitetsplanering

I den första uppföljningen av vårdgarantin konstaterades att arbete som inriktas på processer, flöden och en förbättrad produktionsplanering är ett framgångsrikt recept för att korta väntetider [3]. Kunskapen om processförbättringsarbete började då sprida sig i landstingen och regionerna med hjälp av SKL, och i uppföljningen av årdgarantin 2009-2011 beskrevs att denna typ av insatser antagit en mer långsiktig karaktär bland landstingen och regionerna [49]. Förbättringsprojekten var ofta inspirerade av ”lean healthcare” och syftade till att förbättra logistiken i vårdprocesserna och skapa effektivare rutiner och patientflöden. Effektivare patientflöden, så kallad flödeseffektivitet, har alltså lyfts som framgångsrikt metod för att korta ned väntetider där patienten står i fokus och en värdeskapande väntetid uppstår [52, 61-64].
De senare årens utveckling mot längre väntider samt kvarstående variation mellan specialitetsområden, landsting och regioner vittnar om att förbättringsarbeten som startat med hjälp av vårdgarantin inte lett till en varaktig förbättring eller varit en tillräcklig åtgärd. Kompetensförsörjningsproblematik, och även efterföljande vårdplatsbrist är stora utmaningar.

Syftet med produktionsstyrning är att säkra att alla resurser finns på plats i rätt tid för att kunna ge patienterna en vård av god kvalitet. Med en fungerande produktions- och kapacitetsplanering anpassas tillgängliga resurser till förväntade variationer i behovet av vård. Detta bygger på en noggrann analys av vårdbehovet och kunskap om processerna, flödena, variationerna och kösystemen. Vidare behövs en fungerande planering av personal, lokaler och utrustning. Produktionsstyrningen bör kunna få positiva effekter på resursförbrukningen för en given produktionsnivå eftersom personal och andra resurser i högre utsträckning är på plats då de behövs som bäst, och eftersom koordinationsproblemen mellan enheter kan minska med god planering [65].


**Etiska principer och prioriteringar**

Prioriteringsbeslut fattas på alla nivåer inom hälso- och sjukvården och kan gälla fördelning av resurser till olika verksamheter, behandlingsbeslut av enskilda patienter eller investeringar i nya medicinska metoder.

I Socialstyrelsens lägesrapport för standardiserade vårdförlopp 2016 diskuterades och beskrevs vad undanträngning inom sjukvården är. Då definierades undanträngning enligt följande: Med undanträngning avses situationer när lägre prioriterade patienter ges vård före patienter som har högre prioritet [66].


Innehållet i den etiska plattformen är inkluderad i HSL och ska vara styrrande för all resurserfordelning inom hälso- och sjukvården.

Det är viktigt att i det fortsatta arbetet med att förbättra vårdens tillgänglighet att också inkludera den etiska plattformen.

**Utvecklingskraft**

Det pågår omfattande förändringsarbete i många landsting och regioner, bland annat i syfte att minska väntetider och öka patientcentringen. För att förstå vilka förändringar som bör göras behövs en god förståelse av dynamiken i det system som ska förändras. Socialstyrelsen vill ge stöd och bidra till utvecklingen genom att synliggöra dynamiken i landstingen och regionerna och analysera möjliga systemförändringar specifika för respektive landsting.
Utgångspunkten för arbetet är att utvecklingskraft och innovationsförmåga ser olika ut i olika delar av landet och kan i högre eller lägre grad antingen främja eller hindra utvecklingen mot en mer tillgänglig och patientcentrerad vård som utgår ifrån medborgarnas vårdbehov. En inledande intervjustudie med fyra landsting visar t.ex. att samtliga tycktes ha brister i den tjänsteutveckling som samtliga huvudmän ser som nödvändig, vilket till viss del kan förklaras med kontrollorienterade styrsystem, ett outvecklat omvärldsanalysarbete och målbilder som inte utgår från befolkningens vårdbehov i tillräcklig utsträckning. Andra utmaningar tycks vara att utveckla ett mer systembaserat ledarskap och att hindra att fokus på kostnadskontroll och ekonomistyrning tar kraft från det framåtsyftande utvecklingsarbetet [26].

**Investera i förebyggande arbete**

En viktig del i hälso- och sjukvårdssystemet är det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Genom att investera i det förebyggande arbetet kan framtida vårdbehov minska och därmed också inflödet till hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen följer årligen upp landsting och regioners arbete med att stödja patienter med ohälsosamma levnadsvanor. Den senaste uppföljningen visar att primärvårdens stöd har ökat varje år sen uppföljningen påbörjades 2013, men för att möta behovet i samhället måste stödet fortsätta att byggas ut. Det finns stora regionala skillnader i vilket stöd som är tillgängligt [67].

Det förebyggande arbetet kräver åtgärder från flera olika samhällsaktörer. Patientföreträdare och företrädare för sjukhushuvudmän framhåller att det krävs ett ännu tydligare perspektivskifte på synen av hälso- och sjukvårdens uppdrag.34

---

34 Se Socialstyrelsens kommande lägesrapport om vården vid kroniska sjukdomar.
Referenser

16. In society I don't exist, so it's impossible to be who I am – Trans people’s health and experiences of healthcare in Sweden. RFSL; 2017.
60. Effektivare verksamheter genom ett ökat kundfokus. Ekonomistyrningsverket; 2014.
68. Patientavgifter fr.o.m. den 1 januari 2017. Sveriges Kommuner och Landsting; 2017.
Bilaga 1. Datakällor och metodbeskrivning

Projektorganisation

- Jenny Asplund, projektledare, utredare, Socialstyrelsen
- Sevim Barbasso Helmers, utredare, Socialstyrelsen
- Mats Granberg, konsultexpert, Örebro
- Julius Collin, statistiker, Socialstyrelsen
- Sofia Collin, statistiker, Socialstyrelsen
- Hans Schwarz, statistiker, Socialstyrelsen
- Clara Larsson, statistiker, Socialstyrelsen

International Health Policy-undersökning

Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys publicerar årligen Commonwealth Funds internationella undersökningen International Health Policy Survey. Socialstyrelsen har i den här rapporten tagit del av Sveriges resultat för 2016 för vissa utvalda frågor med svar fördelat på kön, ålder, utbildningsnivå och födelseland [8]. Målgruppen för rapporten 2016 var befolkningen över 18 år och svarsfrekvensen och antal inkluderad i undersökningen var:

- 49 759 telefonnummer kontaktades.
- 23 008 personer besvarade samtalet.
- 7 124 intervjuer genomfördes.
- 14 procent av telefonnumren har gett en intervju.
- 31 procent av de som svarar har deltagit i enkäten [6].

Data från den senaste publicerade rapporten har också använts i rapporten. Målgruppen för den rapporten var befolkningen 65 år och äldre. Resultat därifrån har hämtats från den publicerade rapporten [7]. Svarsfrekvensen och antal inkluderade i undersökningen var:

- 23 976 telefonnummer kontaktades.
- 17 202 personer besvarade samtalet. 6 774 personer svarade aldrig på samtalet. Det gjordes 10 uppringningar innan telefonnumret klassades som inget svar.
- 7 000 intervjuer genomfördes.
- 29 procent av de som svarat har deltagit i enkäten [6].

Väntetidsdatabasen

Socialstyrelsen fick i november 2017 utdrag från väntetidsdatabasen från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) med följande variabler:

- antal väntedagar (primärvård)
TILLGÅNHLIGHET I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN
SOCIALSTYRELSEN

• antal besvarade samtal och totala antalet samtal (primärvården)
• antal genomförda besök inom 90 dagar, totala antalet genomförda besök, antal väntande på besök med max väntetid 90 dagar, totala antalet väntande på besök (specialiserad vård)
• vårdutbud (specialiserad vård)
• typ av operation (specialiserad vård)
• landsting
• mätperiod
• kön.


Data har lästs in, bearbetats och sammanställts i SAS där också otillförligt data har rensats ut. Vissa landsting eller regioner har inte rapporterat alla månader eller redovisar otillförlitlig data och ingår därför inte i totalen. Mer specifik information finns i varje enskild figur.

Hälso- och sjukvårdsbarometern


1177 Vårdguiden och Katalogtjänst
HSA/EK

För att kunna följa den fysiska tillgängligheten, sett till digitala lösningar, öppettider och tidsavstånd från bostad till närmaste vårdinstans, har Socialsty-
relsen skapat en specifik databas om aktuella offentligt finansierade primärvårdenhet35 och akutmottagningar36 i hela landet under oktober–november 2017 (övrig specialiserad öppenvården ingår inte). Denna databas har kvalitetsgranskats av alla landsting och regioner (läs nedan), och har använts som underlag för

• mätningen av öppettider för respektive vårdmottagning
• mätningen av tidsavståndet till närmaste primärvårdenstans eller akutsjukvårdenstans fördelat på de öppettider som dessa vårdinstanser erbjuder på dygnet
• en sammanställning av de e-tjänster som erbjuds av vårdinstanserna via 1177 Vårdguiden.

För tidsavstånd till landets apotek har Apoteksnr levererat en kvalitetsgranskad databas över landets alla aktuella apotek.37


Hämtade data innehöll en blandning av olika typer av verksamheter. Data kunde dock inte garanteras vara komplett med alla faktiska landstingsfinansi-erade vårdmottagningar som finns i nuläget i respektive landsting och region.

35 Primärvård bedrivs i huvudsak vid vårdcentraler, och med vårdcentral menas också det som i en del landsting kallas för t.ex. hälsocentral, hälsovårdscentral, husläkarmottagning, distriktsläkarmottagning, familjeläkarmottagning eller liknande. I denna rapport har jourmottagningar, jourcentral, lättakuter eller narkuter grupperats inom den nära primärvården som ska vara tillgänglig kvällstid och helgdag.


39 HSA-id, enhetsnamn, besöksadress (gatuadress: namn och nummer), postadress (stad/ort), kommun, länsnamn, länskod, geografiska koordinater, öppettider, kontaktinform (telefon, drop-in) och kontaktuppgifter, samt information om e-tjänster som hämtades från E-tjänstkatalogen som 1177 Vårdguiden förvaltar, men som sköts av landstingen och regionerna.

40 Enhetstyp: Hälso- och vårdcentraler (landstingsfinansiater); Verksamhetskoder (landstingsfinansiater); Jourcentraler (jourmottagningar (kod 1500 = primärvårdsjour); Lättakuter/narkuter (kod 1500 = akutverksamhet), akutmottagningar (kod 1100 = akutsjukhus allmän), distriktsjukköterskemottagningar (kod 1506 = distriktsjukköterskeverksamhet).
Dessutom kunde det finnas felaktigheter i de data som registreras (t.ex. privata verksamheter som inte är landstingsfinansierade) eller information som inte var uppdaterad.

Den 11 oktober 2017 skickade Socialstyrelsen en förfrågan till varje landstings och regions HSA-ansvariga kontaktperson om att kvalitetsgranska\textsuperscript{41} sina respektive data. Målet med kvalitetsgranskningen var att Socialstyrelsen skulle kunna identifiera aktuella offentligt finansierade primärvårdsenheter\textsuperscript{35} och akutmottagningar\textsuperscript{36} i hela landet. Därför bad vi landstingen och regionerna om följande:

- **Enhetstyp ”hälso- och vårdcentraler”** upptar många olika verksamheter. För exkludering i finalskedet bekräfta de verksamheter som inte är renodlade hälso- eller vårdcentraler (t.ex. rehabmottagningar, barnavårdscentraler, barmorskemottagningar, mödravårdscentraler och distriktssköterskemottagningar som inte är kopplade till en hälso- eller vårdcentral).
- **Verksamhetskoden 1500** tar upp jourcentraler och jourmottagningar (”primärvårdsjour”), och lättakuter och närakuter (”akutverksamhet”). För inkludering i finalskedet bekräfta de verksamheter som är renodlade jourverksamheter (dvs. har endast öppet kvälls-, natt- och helgtider).
- **Verksamhetskoden 1100 ”akutsjukhus allmän”** tar upp flera verksamheter; bekräfta de verksamheter som är akutmottagningar med flera specialitet som är samlokalisera och som till stor del motsvarar sjukhusbundna akutmottagningar, samt bekräfta de verksamheter som är akutmottagningar med enbart en specialitet, verksamheter som förefaller vara vårdavdelningar och verksamheter som förefaller vara sjukhus och kliniker.
- **Om verksamheter som är hälso- eller vårdcentraler, jourcentraler, jourmottagningar, jourcentraler, lättakuter och närakuter samt akutmottagningar med flera specialitet som är samlokalisera och som till stor del motsvarar sjukhusbundna akutmottagningar** saknas vänligen komplettera information.
- **Vid fel eller saknad information i övrigt** (framförallt HSA-id, enhetsnamn, öppettider och geografiska koordinater) korrigera eller komplettera informationen.

I samband med kvalitetsgranskningen efterfrågades även information om hälso- och vårdcentralerna vad gäller:

- erbjudanden om digitala/videobesök
- ägandeform (offentlig eller privat) av vårdenheten (information om ägandeform finns normalt att hämta från Katalogtjänsten HSA, men vid utlämnning av data saknades denna information).

### Patientregistret

#### Besök och väntetider vid akutmottagningar

Mätningen av akutbesök och väntetider vid akutmottagningar baseras på ett nationellt insamlat material av individbaserade data till patientregistret. Den

\textsuperscript{41} Förfrågan om kvalitetsgranskning gjordes till de HSA-ansvariga för varje landsting och region, som i sin tur såg till att rätt personer bidrog till kvalitetsgranskningen. Socialstyrelsen har via Inera fått kontaktuppgifter till respektive landstings och regions HSA-ansvariga kontaktperson.
begränsas till enbart akutverksamhetsvariabel 1, som innebär ”akutmottagningar med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokalisera” ( motsvarar till stor del sjukhusbundna akutmottagningar). Se akutverksamhetsvariabler som rapporteras in av landsting och regioner till patientregistret i faktarutan om akutverksamhetens variabler (bilaga 1).


**Demografi och volymer**

**Antal akutbesök i specialiserad öppenvård**


---

Tabell 2. Antal akutbesök hos läkare i specialiserad öppenvård

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Antal</th>
<th>Män</th>
<th>Kvinnor</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Riket</td>
<td>12 500 236</td>
<td>45 %</td>
<td>55 %</td>
</tr>
<tr>
<td>varav akuta besök oavsett var de handlagts</td>
<td>3 057 703</td>
<td>48 %</td>
<td>52 %</td>
</tr>
<tr>
<td>varav akutmottagningsbesök på akutmottagning med två eller flera specialiteter (se faktaruta bilaga 1)</td>
<td>2 157 345</td>
<td>50 %</td>
<td>50 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Antal akutbesök per åldersgrupp

I figur 23 framträder, precis som vid tidigare mätningar, en tydlig bild av att antalet besök per 1 000 invånare är fler i de äldre åldersgrupperna. Detta gäller akutbesök till samlokaliserte akutmottagningar. Åldrarna 0–18 år är exkluderade på grund av att landstingen har skilda organisatoriska lösningar för akutverksamheten för barn.

Historik akutmottagningar

Den sammanhållna inrapporteringen till patientregistret har ökat, vilket minskar möjligheten att följa upp alla enskilda akutmottagningar. Det är också fler akutmottagningar som inte rapporterar som ”akutmottagning med två eller flera specialiteter”. Vid inrapporteringen till patientregistret av uppgifter för tolvmånadersperioden juni 2016–maj 2017 är det totalt 62 akutmottagningar som följs upp detta år:

- Karlshamn har stängt ned, så endast Karlskrona rapporteras som Blekingesjukhuset.
- Uddevalla har stängt ned, så endast Trollhättan rapporteras som NU-sjukvården.
- Lidköping och Skövde rapporteras som Skaraborgs sjukhus.
- Varberg och Halmstad rapporteras som Hallands sjukhus.
• Mölndal, Sahlgrenska och Östra sjukhuset rapporteras som Sahlgrenska universitetssjukhuset.
• Köping rapporterar in som ”akutmottagning med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokalerade” (= akutverksamhetsvariabel 1) och ingår därför i denna mätning.
• Avesta, Bollnäs, Hässleholm och Trelleborg rapporterar inte som ”akutmottagningar med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokalerade” (= akutverksamhetsvariabel 1). Avesta och Bollnäs rapporterar istället in som akutverksamhetsvariabel 2, medan Hässleholm och Trelleborg rapporterar in som akutverksamhetsvariabel 4.

Kvalitetskrav akutmottagningar

Följande akutmottagningar uppfyllde inte kvalitetskraven för väntetidsmätningen denna period (juni 2016–maj 2017):
• Blekinge för TTL; rapporterat in mätpunkter för endast januari 2017 till maj 2017
• Målar sjukhuset (Eskilstuna) för både TVT (inte rapporterat in mät punkter för februari 2017 till maj 2017) och TTL (inte rapporterat in mät punkter för hela perioden)
• Nyköping för både TVT (inte rapporterat in mät punkter för februari 2017 till maj 2017) och TTL (inte rapporterat in mät punkter för hela perioden)
• Örnsköldsviks sjukhus för både TVT och TTL (rapporterat in hela peri oden, men kvaliteten på mät punkterna för båda väntetidsindikatorerna under stiger 75 procents täckning för alla månader)
• Kullbergska sjukhuset (Katrineholm) för TVT (inte rapporterat in mät punkter för hela perioden) Östersunds sjukhus för TTL (inte rapporterat in mät punkter för hela perioden).
• Akutmottagningarna i Norrbotten (Gällivare, Kalix, Kiruna, Piteå, Sunderby) har felaktigheter vid datauttag av väntetidsindikatorn TTL.
Sammanfattning av akutverksamhetsvariablerna 0–5 [9,10]

0 = Ej akutverksamhet
Alla ej akuta besök ska rapporteras med alternativ 0 = ej akutverksamhet, oavsett om besöket skett inom den planerade specialiserade vården eller akutverksamheten.

1 = Akutmottagning med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokalisatoriska
Innefattar besök på somatisk akutmottagning med två eller fler specialiteter oavsett organisatorisk och specialitetsindelning. Tidpunkter för start och avslut av öppenvårdskontakt på akutmottagning samt bedömningstidpunkt rapporteras till patientregistret endast för denna variabel.

2 = Akutmottagning med endast en somatisk specialitet
Innefattar besök på akutmottagning med endast en somatisk specialitet som är lokaliserad till annan plats (i förhållande till alternativ 1). Vanliga exempel är
• barnakutmottagning.
• infektionsakutmottagning
• gynekologisk akutmottagning.

3 = Psykiatrisk akutmottagning (anges även om mottagningen är samlokalisatoriska med annan specialitet)
Besök på den psykiatriska akutmottagningen rapporteras alltid som alternativ 3.

4 = Närakut eller närsjukhus med jourmottagning
• I de fall där mottagningsverksamheten innefattar både akuta och ej akuta besök ska endast de akuta besöken rapporteras med alternativ 4.
• Ej akuta besök rapporteras med alternativ 0.
• I de fall där mottagningsverksamheten innefattar både specialistvårds- och primärvårdsmottagning ska endast akuta besöken på specialistvårdsmottagningen rapporteras.

5 = Övrig akutverksamhet
• I de fall där en verksamhet innefattar både akuta och ej akuta besök ska endast de akuta besöken rapporteras med alternativ 5.
• Ej akuta besök rapporteras med alternativ 0.
TILLGÄNGLIGHET I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN
SOCIALSTYRELSEN

Den nationella patientenkäten

Svarsalternativen i enkätorna består av en femgradig skala från 1 = ”nej, inte alls” till 5 = ”ja, helt och hållet”. I rapporten redovisas andelen positiva svar av alla patienter som svarat på frågan. Positiva svar har beräknats som svarsalternativ 4 och 5. Alternativet ”ej aktuellt” har exkluderats ur beräkningarna.

43 Det resultat för den nationella patientenkäten i primärvården som presenteras i denna rapport är samma underlag som Vårdanalys presenterar i rapporten ”En primär angelägenhet”. Med hänvisning till den analys av dimensionen om samordning och kontinuitet som genomfördes i den rapporten kommer den inte att vidare analyseras i denna rapport.
För varje dimension ingår ett visst antal delfrågor, och utifrån dessa beräknas dimensionen som totalt antal positiva svar genom totalt antal besvarade frågor. Enbart frågor som besvarats ingår i beräkningen och inga krav har ställts på att varje individ ska ha besvarat samtliga frågor som ingår i dimensionen.

Vårdnadshavare som svarat på enkäter har uteslutits (gäller för personer under 15 år) liksom svar som gäller till sjuksköterska och inte läkare i primärvården.


Utbildning används i analysen som ett mått för att belysa eventuella socioekonomiska skillnader.

Svarsfrekvensen för enkäterna är 36–50 procent. Urvalet är som störst i den specialiserade öppenvården och primärvården (tabell 3).

**Tabell 3. Svarsfrekvens bakgrundsfakta Nationell Patientenkät**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vårdsnivå</th>
<th>År</th>
<th>Antal enheter*</th>
<th>Antal respondenter</th>
<th>Svarsfrekvens</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Primärvård</td>
<td>2015</td>
<td>1 158</td>
<td>109 065</td>
<td>41 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Spec. öppenvård**</td>
<td>2016</td>
<td>1 667</td>
<td>120 478</td>
<td>50 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Spec. sluten**</td>
<td>2016</td>
<td>933</td>
<td>54 267</td>
<td>51 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Akuten</td>
<td>2016</td>
<td>104</td>
<td>17 241</td>
<td>36 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Vård- och hälsocentraler, akutmottagningar m.m.
**Exklusive Gotland

Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting
Tillgänglighet i hälso- och sjukvårdens
socialstyrelsen

Akutmottagningar i nationella patientenkäten 2016


Enheter som har kategoriserats i enlighet med akutmottagningsvariablena som beskrivs i bilaga 1. Antalet enheter anges i parentes.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Typ av enhet</th>
<th>Lands-thing/reg- ion</th>
<th>Sjukhus eller motsvarande</th>
<th>Enhet/Akutmottagning</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>N=4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Blekinge</td>
<td></td>
<td>Blekingesjukhuset</td>
<td>Akutkliniken</td>
</tr>
<tr>
<td>Dalarna</td>
<td></td>
<td>Falu lasarett</td>
<td>Akutmottagning Falun</td>
</tr>
<tr>
<td>Gotland</td>
<td></td>
<td>Gotland</td>
<td>Akutmottagning Gotland (Visby lasarett)</td>
</tr>
<tr>
<td>Gävleborg</td>
<td></td>
<td>Länsövergripande kliniker Gävleborg</td>
<td>Akutmottagning Gävle</td>
</tr>
<tr>
<td>Halland</td>
<td></td>
<td>Hallands sjukhus Halmstad</td>
<td>Akutmottagning Halmstad</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Hallands sjukhus Varberg</td>
<td>Akutmottagning Varberg</td>
</tr>
<tr>
<td>Ålshem-Länsområde</td>
<td></td>
<td>Östersunds sjukhus</td>
<td>Akutmottagningen</td>
</tr>
<tr>
<td>Jönköping</td>
<td></td>
<td>Höglandssjukhuset</td>
<td>Akutmottagningen Höglandssjukhus</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Länsjukhuset Ryhov</td>
<td>Akutmottagningen Länsjukhuset Ryhov</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Värnamo sjukhus</td>
<td>Akutmottagningen Värnamo sjukhus</td>
</tr>
<tr>
<td>Kalmar</td>
<td></td>
<td>Länsjukhuset i Kalmar</td>
<td>Akutmottagningen Kalmar</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Oskarshamns sjukhus</td>
<td>Akutmottagningen Oskarshamns</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Västerviks sjukhus</td>
<td>Akutmottagningen Västerviks</td>
</tr>
<tr>
<td>Kronoberg</td>
<td></td>
<td>Akutkliniken Kronoberg</td>
<td>Akutmottagningen Ljungby</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Akutmottagningen Växjö</td>
</tr>
<tr>
<td>Norrbotten</td>
<td></td>
<td>Gällivare sjukhus</td>
<td>Akutmottagningen Gällivare sjukhus</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Kalix sjukhus</td>
<td>Akutmottagningen Kalix sjukhus</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Kiruna sjukhus</td>
<td>Akutmottagning Kiruna sjukhus</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Piteå Åivdals sjukhus</td>
<td>Akutmottagningen Piteå Åivdals sjukhus</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Sunderby sjukhus</td>
<td>Akutmottagningen Sunderby sjukhus</td>
</tr>
<tr>
<td>Skåne</td>
<td></td>
<td>Centralsjukhuset Kristianstad</td>
<td>Akutmottagning Kristianstad</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Helsingborgs lasarett</td>
<td>Akutmottagning Helsingborg</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Hälso- och sjukvårdens</td>
<td>Akutmottagningen Hälso- och sjukvårdens Angelholm</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Lasarett i Ystad</td>
<td>Akutmottagning Ystad</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Skånes universitet sjukvårds</td>
<td>Akutmottagning i Lund</td>
</tr>
<tr>
<td>Typ av enhet</td>
<td>Lands- ting/region</td>
<td>Sjukhus eller motsvarande</td>
<td>Enhet/Akutmottagning</td>
</tr>
<tr>
<td>--------------</td>
<td>-------------------</td>
<td>--------------------------</td>
<td>---------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>N=4</td>
<td></td>
<td></td>
<td>N=104</td>
</tr>
<tr>
<td>Stockholm</td>
<td>Capio St Görans sjukhus</td>
<td>Akutmottagningen i Malmö²</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Danderyds sjukhus</td>
<td>Akutmottagningen St Görans sjukhus</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Karolinska Universitetssjukhuset</td>
<td>Akutmottagningen Huddinge</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Norrtälje sjukhus (Tio100)</td>
<td>Akutmottagningen Norrtälje sjukhus (Tio100)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Södersjukhuset</td>
<td>Akutmottagningen Söder- sjukhuset</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Södertälje sjukhus</td>
<td>Akutmottagningen Söder- tälje sjukhus</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sörmland</td>
<td>Kullbergska sjukhuset</td>
<td>Akutmottagningen Kullbergska sjukhuset</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Mälar sjukhuset</td>
<td>Akutmottagningen Mälar sjukhuset</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nyköpings lasarett</td>
<td>Akutmottagningen Nyköpings lasarett</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Uppsala</td>
<td>Akademiska sjukhuset</td>
<td>Akutmottagningen Akademiska sjukhuset</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Lasarettet i Enköping</td>
<td>Akutmottagning Lasarettet i Enköping</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Värmland</td>
<td>Central sjukhuset Karlstad</td>
<td>Akutmottagningen Central sjukhuset Karlstad</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sjukhuset i Arvika</td>
<td>Akutmottagningen Arvika</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sjukhuset i Torsby</td>
<td>Akutmottagning Torsby</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Västerbotten</td>
<td>Lyckselse Lasarett</td>
<td>Akutmottagning Lycksele Lasarett</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nortlands Universitetssjukhus</td>
<td>Akutmottagning NUS Umeå</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Skellefteå lasarett</td>
<td>Akutmottagning Skellefteå lasarett</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Västern- orland</td>
<td>Länssjukhuset Sundsvall</td>
<td>Akutmottagning Sundsvall</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sollefteå sjukhus</td>
<td>Akutmottagning Sollefteå</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Örnsköldsvik sjukhus</td>
<td>Akutmottagning Örnsköldsvik</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Västman- land</td>
<td>Västmanlands sjukhus Köping</td>
<td>Akutmottagningen Köping</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Västmanlands sjukhus Västerås</td>
<td>Akutmottagningen Västerås</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Västra Götaland</td>
<td>Alingsås lasarett</td>
<td>Akutmottagning Alingsås lasarett</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kungälvs sjukhus</td>
<td>Akutmottagning Kungälvs sjukhus</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>NU-sjukvården</td>
<td>Akutmedicinklinik</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sahlgrenska Universitetssjukhuset</td>
<td>Akutmottagning medicin Sahlgrenska</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Akutmottagning Mölindals sjukhus medicin</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Akutmottagning Mölindals sjukhus ortopedi</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Typ av enhet</td>
<td>Lands-ting/reg- ion</td>
<td>Sjukhus eller motsvarande</td>
<td>enhet/Akutmottagning</td>
</tr>
<tr>
<td>--------------</td>
<td>---------------------</td>
<td>---------------------------</td>
<td>----------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>N=4</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Akutmottagning Sahl- grenska neurologi</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Akutmottagningen Sahl- grenska kirurgi</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Akutmottagningen Sahl- grenska lungmedicin</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Akutmottagningen Östra sjukhuset</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Akutmottagningen Skaraborgs Sjukhus Lidköping</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Akutmottagningen Skaraborgs Sjukhus Skövde</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Akutmottagningen SÄS Borås</td>
</tr>
<tr>
<td>Skaraborgs Sjukhus5</td>
<td>Lands-ting/reg- ion</td>
<td>Sjukhus eller motsvarande</td>
<td>enhet/Akutmottagning</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Akutmottagningen Sahl- grenska neurologi</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Akutmottagningen Sahl- grenska kirurgi</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Akutmottagningen Sahl- grenska lungmedicin</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Akutmottagningen Östra sjukhuset</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Akutmottagningen Skaraborgs Sjukhus Lidköping</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Akutmottagningen Skaraborgs Sjukhus Skövde</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Akutmottagningen SÄS Borås</td>
</tr>
<tr>
<td>Östergölt- land</td>
<td>Lands-ting/reg- ion</td>
<td>Sjukhus eller motsvarande</td>
<td>enhet/Akutmottagning</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Akutmottagningen Sahl- grenska neurologi</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Akutmottagningen Sahl- grenska kirurgi</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Akutmottagningen Sahl- grenska lungmedicin</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Akutmottagningen Östra sjukhuset</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Akutmottagningen Skaraborgs Sjukhus Lidköping</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Akutmottagningen Skaraborgs Sjukhus Skövde</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Akutmottagningen SÄS Borås</td>
</tr>
<tr>
<td>Jönkö- ping</td>
<td>Lands-ting/reg- ion</td>
<td>Sjukhus eller motsvarande</td>
<td>enhet/Akutmottagning</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Akutmottagningen barn- och ungdomsmedicin Länssjukhuset Ryhov</td>
</tr>
<tr>
<td>Kalmar</td>
<td>Lands-ting/reg- ion</td>
<td>Sjukhus eller motsvarande</td>
<td>enhet/Akutmottagning</td>
</tr>
<tr>
<td>Kronoberg</td>
<td>Lands-ting/reg- ion</td>
<td>Sjukhus eller motsvarande</td>
<td>enhet/Akutmottagning</td>
</tr>
<tr>
<td>Skåne</td>
<td>Lands-ting/reg- ion</td>
<td>Sjukhus eller motsvarande</td>
<td>enhet/Akutmottagning</td>
</tr>
<tr>
<td>Stockholm</td>
<td>Lands-ting/reg- ion</td>
<td>Sjukhus eller motsvarande</td>
<td>enhet/Akutmottagning</td>
</tr>
<tr>
<td>Uppsala</td>
<td>Lands-ting/reg- ion</td>
<td>Sjukhus eller motsvarande</td>
<td>enhet/Akutmottagning</td>
</tr>
<tr>
<td>Värmland</td>
<td>Lands-ting/reg- ion</td>
<td>Sjukhus eller motsvarande</td>
<td>enhet/Akutmottagning</td>
</tr>
<tr>
<td>Västman- land</td>
<td>Lands-ting/reg- ion</td>
<td>Sjukhus eller motsvarande</td>
<td>enhet/Akutmottagning</td>
</tr>
<tr>
<td>Västra Götaland</td>
<td>Lands-ting/reg- ion</td>
<td>Sjukhus eller motsvarande</td>
<td>enhet/Akutmottagning</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Barn- akutmottagningar (16)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lands-ting/reg- ion</th>
<th>Sjukhus eller motsvarande</th>
<th>enhet/Akutmottagning</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Jönköping</td>
<td>Länssjukhuset Ryhov</td>
<td>Akutmottagningen barn- och ungdomsmedicin Länssjukhuset Ryhov</td>
</tr>
<tr>
<td>Kalmar</td>
<td>Länssjukhuset i Kalmar</td>
<td>Barnakutmottagningen Kalmar</td>
</tr>
<tr>
<td>Kronoberg</td>
<td>Barnkliniken Kronoberg</td>
<td>Barnakutmottagningen Växjö</td>
</tr>
<tr>
<td>Skåne</td>
<td>Centralsjukhuset Kristianstad</td>
<td>Akutmottagning barn och ungdom Kristianstad</td>
</tr>
<tr>
<td>Stockholm</td>
<td>Karolinska Universitetssjukhuset</td>
<td>Barn- och ungdomsmedicins akutmottagning Helsingborg</td>
</tr>
<tr>
<td>Uppsala</td>
<td>Akademiska sjukhuset</td>
<td>Barn och ungdomsmottagning Huddinge</td>
</tr>
<tr>
<td>Värmland</td>
<td>Centralsjukhuset Karlstad</td>
<td>Barn och ungdomsmedicins Jourmottagning</td>
</tr>
<tr>
<td>Västmanland</td>
<td>Västmanlands sjukhus Västerås</td>
<td>Barn och ungdomsmottagning Huddinge</td>
</tr>
<tr>
<td>Västra Götaland</td>
<td>Sahlgrenska Universitetssjukhuset</td>
<td>Barn och ungdomsmottagning Huddinge</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Tillgänglighet i hälso- och sjukvården**

*Socialstyrelsen*
<table>
<thead>
<tr>
<th>Typ av enhet N=4</th>
<th>Landsfing/region N=21</th>
<th>Sjukhus eller motsvarande N=82</th>
<th>Enhet/Akutmottagning N=104</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Dalarna</td>
<td>Avesta lasarett</td>
<td>Akutmottagning Avesta⁴</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gävleborg</td>
<td>Bolnläs sjukhus Aleris</td>
<td>Akutmottagning Bolnläs⁵</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Skåne</td>
<td>Hässleholm</td>
<td>Akutmottagningen Hässleholm⁶</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Landskrona Lasarett</td>
<td>Akutmottagning Landskrone Lasarett⁶⁷</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lasarettet Trelleborg</td>
<td>Akutmottagning Trelleborg⁷</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Uppsala</td>
<td>Akademiska sjukhuset</td>
<td>Gyniekologiska mottagningen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Infektionsmottagning 1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Ögonmottagningen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Öron- näs- och halsmottagningen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Västra Götaland</td>
<td>Sahlgrenska Universitetssjukhuset</td>
<td>Akutmottagning Infektionskliniken Östra</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Akutmottagning Sahlgrenska Öron/Näsa/Hals</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Akutmottagning Ögon Mölnåls sjukhus</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Gyniekologisk akutmottagning Sahlgrenska</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Psychiatrisk akutmottagning Östra sjukhuset</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Närakuten i Simrishamm</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Läkarjouren Nordost AB</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Uppsala Närakut</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Uppsala Närakut och Ortopedaktur</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Skåne</td>
<td>Praktikertjänst Närskjus Simrishamn</td>
<td>Närakuten i Simrishamn</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Stockholmen</td>
<td>Somatik</td>
<td>Läkarjouren Nordost AB</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Uppsala</td>
<td>Uppsala Närakut</td>
<td>Uppsala Närakut och Ortopedaktur</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Västmanland</td>
<td>Primärvård Psykiatri och Habiliteringsverksamhet</td>
<td>Primärvård Västmanland</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

TVT = total vistelsetid, TTL = tid till läkare, PAR = Patientregistret.

1. Varberg och Halmstad rapporteras sammanhållit i Patientregistret som Hallands sjukhus.
2. Akutmottagningen var med i kartläggningen av de fem akutmottagningarna, varav akutmottagningen Örebro inte ingick i analysen av söksätt.
3. Är endast kvälls- och helgmottagning enligt den vårdmottagningsdatabas som Socialstyrelsen skapat (läs mer i bilaga 1 om 1177 Vårdguiden och Katalogtjänst HSA/EK).
4. Sahlgrenska, Mölndal, och Östra sjukhuset rapporteras sammanhållit i Patientregistret som Sahlgrenska Universitetssjukhuset.
5. Läkarjouren och Skövde rapporteras sammanhållit i Patientregistret som Skaraborgs sjukhus.
6. Rapporterar in som akutverksamhetsvariabel två i Patientregistret (läs faktaruta 1 i bilaga 1), och ingår inte i den årliga mätningen av väntetider (läs historik i bilaga 1). Akutmottagningen är dock öppen dygnet runt enligt den vårdmottagningsdatabas som Socialstyrelsen skapat (läs mer i bilaga 1 om 1177 Vårdguiden och Katalogtjänst HSA/EK).
7. Rapporterar in som akutverksamhetsvariabel fyra i Patientregistret (läs faktaruta 1 i bilaga 1), och ingår inte i den årliga mätningen av väntetider (läs historik i bilaga 1). Akutmottagningen är kvälls- och helgmottagning enligt den vårdmottagningsdatabas som Socialstyrelsen skapat (läs mer i bilaga 5).
8. Rapporterar in som akutverksamhetsvariabel fyra i Patientregistret (läs faktaruta 1 i bilaga 1), och ingår inte i den årliga mätningen av väntetider (läs historik i bilaga 1). Akutmottagningen är öppet dagtid på vardagar enligt den vårdmottagningsdatabas som Socialstyrelsen skapat (läs mer i bilaga 1 om 1177 Vårdguiden och Katalogtjänst HSA/EK).
Mätning av tidsavstånd till vårdenheter

Se nedan metodbeskrivning för tidsavståndsmätningen som gjordes av Tillväxtverket enligt en metod som kallas för PiPoS.

**Figur 24a. PiPoS-analys**

**PiPoS**


PiPoS utmärks genom sina funktioner att göra tillgänglighetsanalyser på detaljerat indata. De beräkningar som presenteras är bilar baserade på befolkningsdata på 250m upplösning och ett vägnät, Nationella Vägdatabasen (NVDB). När man nyttjar denna höga upplösning på befolkningdata innebär det att det krävs cirka 400 000 befolkade rutor för att täcka landet. Om denna typ av befolkningsraster används i beräkningarna blir analysen oberoende av administrativa gränser. I slutfasen av en analys kan det vara lämpligt i en sammanställning aggregera resultatet av beräkningarna enligt administrativa gränser. Denna aggregering görs som ett sista steg i analysen och försäkrar att den höga upplösningen bibehålls genom hela analysen. I den databas som används ingår alla Sveriges vägar ner till minsta skogsbilväg. Den nationella databasen har även uppgifter om vägarnas hastighetsbegränsningar. Detta gör att tid kan användas som mått i tillgänglighetsberäkningarna. År vägdatabasen av tillräckligt hög kvalité beskriver tidsmåttet tillgängligheten bättre än ett längdmått. En km grusväg är inte samma sak som en km motorväg ur tillgänglighetssynpunkt.
Figur 24b Tillgänglighetsindex

Tillgänglighetsindex

Tillväxtanalys har arbetat fram en modell för att möjliggöra inomregionala analyser. Modellen är framtagen i syfte att identifiera områden med liknande förutsättningar vad gäller tillgänglighet, i det här fallet definierat som avstånd med bil på farbara vägar. Liksom i Glesbygdsverkets definition är utgångspunkt tätorter, men istället för att utgå från endast en tätortsstorlek möjliggör modellen att flera tätortsstorlekar tas med i beräkningen, i detta fall tätorter med minst 200, minst 1 000, minst 3 000, minst 30 000 samt minst 60 000 invånare. Avståndet till varje tätortsstorlek beräknas och indexeras utifrån avståndet till tätorten. Eftersom människan har begränsningar i sina möjligheter att röra sig över tid och rum i sin dagliga verksamhet har en gräns vid 45 minuter gjorts i beräkningarna.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vårdområde</th>
<th>Riket (%)</th>
<th>Landstinget med högst måluppfyllelse (%)</th>
<th>Landstinget med lägst måluppfyllelse (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Cancersjukvård</td>
<td>99,0</td>
<td>100,0</td>
<td>97,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Hematologi</td>
<td>96,7</td>
<td>100,0</td>
<td>84,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Barn- och ungdomspsykiatri</td>
<td>94,2</td>
<td>99,0</td>
<td>78,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Kvinnosjukvård</td>
<td>90,4</td>
<td>99,2</td>
<td>58,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Reumatisk sjukvård</td>
<td>90,3</td>
<td>100,0</td>
<td>55,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Endokrinologi</td>
<td>90,3</td>
<td>99,1</td>
<td>72,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Njumedicin</td>
<td>89,6</td>
<td>100,0</td>
<td>58,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Neurokirurgi</td>
<td>89,5</td>
<td>95,6</td>
<td>75,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Barn- och ungdomsmedicin</td>
<td>88,7</td>
<td>98,3</td>
<td>68,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Allmän psykiatri</td>
<td>87,9</td>
<td>98,8</td>
<td>66,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Mag- och tarmsjukvård</td>
<td>87,3</td>
<td>99,4</td>
<td>75,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Lungsjukvård</td>
<td>86,4</td>
<td>94,3</td>
<td>66,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Kärlikirurgi</td>
<td>86,1</td>
<td>99,4</td>
<td>69,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Allmän kirurgi</td>
<td>86,1</td>
<td>95,8</td>
<td>60,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Urologi</td>
<td>84,5</td>
<td>97,6</td>
<td>73,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Hudsjukvård</td>
<td>83,9</td>
<td>96,4</td>
<td>61,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Allmän internmedicin</td>
<td>82,1</td>
<td>96,2</td>
<td>54,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Hjärtsjukvård</td>
<td>82,1</td>
<td>95,0</td>
<td>41,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Ortopedi</td>
<td>81,6</td>
<td>98,7</td>
<td>47,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Öron-näsa-halssjukvård</td>
<td>81,6</td>
<td>98,9</td>
<td>48,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Neurologi</td>
<td>79,7</td>
<td>99,0</td>
<td>44,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Handkirurgi</td>
<td>77,9</td>
<td>90,8</td>
<td>49,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Plastikkirurgi</td>
<td>77,1</td>
<td>97,8</td>
<td>44,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Specialiserad smärtsmottagning</td>
<td>76,5</td>
<td>96,9</td>
<td>17,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Ögonsjukvård</td>
<td>75,6</td>
<td>96,0</td>
<td>40,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Allergisjukvård</td>
<td>68,4</td>
<td>100,0</td>
<td>10,2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vårdområde</th>
<th>Riket (%)</th>
<th>Landstinget med högst måluppfyllelse (%)</th>
<th>Landstinget med lägst måluppfyllelse (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hjärtsjukvård</td>
<td>90,3</td>
<td>100,0</td>
<td>68,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Toraxkirurgi</td>
<td>86,5</td>
<td>99,4</td>
<td>76,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Neurokirurgi</td>
<td>79,9</td>
<td>90,5</td>
<td>72,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Ögon</td>
<td>76,0</td>
<td>91,0</td>
<td>48,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Gynekologi</td>
<td>73,8</td>
<td>98,3</td>
<td>54,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Kirurgi</td>
<td>73,4</td>
<td>90,2</td>
<td>60,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Handkirurgi</td>
<td>73,3</td>
<td>95,8</td>
<td>53,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Urologi</td>
<td>73,0</td>
<td>93,4</td>
<td>43,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Ortopedi</td>
<td>70,4</td>
<td>92,9</td>
<td>56,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Öron, näs och hals inklusive hjälpmedel</td>
<td>69,2</td>
<td>84,8</td>
<td>39,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Ryggkirurgi</td>
<td>68,6</td>
<td>96,4</td>
<td>46,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Kärlkirurgi</td>
<td>66,4</td>
<td>93,2</td>
<td>6,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Plastikkirurgi</td>
<td>47,2</td>
<td>100,0</td>
<td>7,8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Landsting.
Tabell 7. Skillnader mellan olika patientgrupper (kön, utbildning och ålder) när det gäller upplevelsen av att ha fått vård i rimlig tid inom primärvården och öppenvården.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Kategorier</th>
<th>Primärvården Fick du besöka hälso-/vårdcentralen inom rimlig tid? (n = 106 210)</th>
<th>Öppenvården Fick du besöka mottagningen/enheten inom rimlig tid? (n = 116 697)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Andel positiva svar (lägsta respektive högsta landsting)</td>
<td>82 (78–88)</td>
<td>86 (81–90)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Kön</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kvinnor</td>
<td>0,917 (0,887–0,948)*</td>
<td>0,922 (0,891–0,954)*</td>
</tr>
<tr>
<td>Män</td>
<td>Ref.</td>
<td>Ref.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Utbildning</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ingen avslutad utbildning</td>
<td>0,677 (0,604–0,760)*</td>
<td>0,933 (0,813–1,070)</td>
</tr>
<tr>
<td>Grundskola, folkskola eller motsvarande</td>
<td>1,139 (1,091–1,19)*</td>
<td>1,322 (1,263–1,384)*</td>
</tr>
<tr>
<td>Gymnasium, realskola eller motsvarande</td>
<td>1,006 (0,968–1,045)</td>
<td>1,126 (1,083–1,171)*</td>
</tr>
<tr>
<td>Effarygymnasial utbildning, universitet eller högskola</td>
<td>Ref.</td>
<td>Ref.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ålder</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15–17 år</td>
<td>0,516 (0,447–0,596)*</td>
<td>0,482 (0,419–0,556)*</td>
</tr>
<tr>
<td>18–29 år</td>
<td>0,432 (0,399–0,468)*</td>
<td>0,435 (0,399–0,474)*</td>
</tr>
<tr>
<td>30–59 år</td>
<td>0,612 (0,578–0,648)*</td>
<td>0,642 (0,604–0,683)*</td>
</tr>
<tr>
<td>60–79 år</td>
<td>0,923 (0,875–0,973)*</td>
<td>0,945 (0,892–1,001)</td>
</tr>
<tr>
<td>80+ år</td>
<td>Ref.</td>
<td>Ref.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabell 8. Skillnader mellan olika patientgrupper (kön, utbildning och ålder) när det gäller kontaktvägarna till vård- eller hälsocentralen och möjligheten att ta sig till sin vård- eller hälsocentral.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kategorier</th>
<th>”Är du nöjd med de sätt du kan komma i kontakt med vård-/hälsocentralen på (t.ex. 1177 Vårdguiden, telefon, e-ljänster, hemsida eller annat)?” (n = 103 624)</th>
<th>”Var det enkelt att ta sig till vård-/hälsocentralen?” (n = 106 460)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Andel positiva svar (lägsta respektive högsta landsting)</td>
<td>Andel positiva svar (lägsta respektive högsta landsting)</td>
</tr>
<tr>
<td>Kön</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kvinna</td>
<td>0,973 [0,943–1,004]</td>
<td>0,887 [0,849–0,927]  *</td>
</tr>
<tr>
<td>Man</td>
<td>Ref</td>
<td>Ref.</td>
</tr>
<tr>
<td>Utbildning</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ingen avslutad utbildning</td>
<td>0,845 [0,751–0,950]</td>
<td>0,546 [0,476–0,628]  *</td>
</tr>
<tr>
<td>Grundskola, folkskola eller motsvarande</td>
<td>1,055 [1,013–1,099]</td>
<td>0,912 [0,862–0,965]  *</td>
</tr>
<tr>
<td>Gymnasium, realskola eller motsvarande</td>
<td>0,998 [0,963–1,035]</td>
<td>0,922 [0,875–0,972]  *</td>
</tr>
<tr>
<td>Eftergymnasial utbildning, universitet eller högskola</td>
<td>Ref</td>
<td>Ref.</td>
</tr>
<tr>
<td>Ålder</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15–17 år</td>
<td>0,534 [0,464–0,614]</td>
<td>1,532 [1,254–1,871]  *</td>
</tr>
<tr>
<td>18–29 år</td>
<td>0,472 [0,437–0,509]</td>
<td>1,424 [1,277–1,587]  *</td>
</tr>
<tr>
<td>30–59 år</td>
<td>0,602 [0,571–0,635]</td>
<td>1,460 [1,368–1,559]  *</td>
</tr>
<tr>
<td>60–79 år</td>
<td>0,912 [0,868–0,959]</td>
<td>1,840 [1,735–1,9052]  *</td>
</tr>
<tr>
<td>80+ år</td>
<td>Ref</td>
<td>Ref.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabell 9. Skillnader mellan olika patientgrupper (kön, utbildning och ålder) när det gäller förtroende för vårdpersonal i den specialiserade slutenvården.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Kategorier</th>
<th>&quot;Kände du förtroende för den vårdpersonal du träffade?&quot; (n=53 123)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Andel positiva svar (lägst respektive högsta landsting)</td>
<td>91 (87-93)</td>
</tr>
<tr>
<td>Kända du förtroende för den vårdpersonal du träffade?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kön</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kvinnor</td>
<td>0,653 (0,612–0,697)*</td>
</tr>
<tr>
<td>Män</td>
<td>Ref.</td>
</tr>
<tr>
<td>Utbildning</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ingen avslutad utbildning</td>
<td>0,810 (0,649–1,010)</td>
</tr>
<tr>
<td>Grundskola, folkskola eller motsvarande</td>
<td>1,431 (1,318–1,554)*</td>
</tr>
<tr>
<td>Gymnasium, realskola eller motsvarande</td>
<td>1,218 (1,128–1,314)*</td>
</tr>
<tr>
<td>Eftergymnasial utbildning, universitet eller högskola</td>
<td>Ref.</td>
</tr>
<tr>
<td>Ålder</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15–17 år</td>
<td>0,776 (0,508–1,184)</td>
</tr>
<tr>
<td>18–29 år</td>
<td>0,365 (0,312–0,428)*</td>
</tr>
<tr>
<td>30–59 år</td>
<td>0,575 (0,520–0,636)*</td>
</tr>
<tr>
<td>60–79 år</td>
<td>0,963 (0,881–1,053)</td>
</tr>
<tr>
<td>80+ år</td>
<td>Ref.</td>
</tr>
<tr>
<td>Tidigare besök</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Inget besök</td>
<td>1,521 (1,383–1,673)*</td>
</tr>
<tr>
<td>1 besök</td>
<td>1,396 (1,258–1,549)*</td>
</tr>
<tr>
<td>2 besök</td>
<td>1,172 (1,068–1,285)*</td>
</tr>
<tr>
<td>3 besök</td>
<td>1,195 (1,089–1,312)*</td>
</tr>
<tr>
<td>4 besök eller fler</td>
<td>Ref.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Källa: Den nationella patientenkäten, specialiserad slutenvård 2016, Sveriges Kommuner och Landsting.
Table 10. Skillnader mellan olika patientgrupper (kön, utbildning och ålder) när det gäller om aktuellt behov har blivit tillgodosett av hälso- och sjukvården.


<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Slutenvård (n = 53123)</th>
<th>Öppenvård (n = 114150)</th>
<th>Primärvården (n = 102817)</th>
<th>Akuten (n = 16557)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Andel positiva svar (lägsta respektive högsta lands-ting)</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kön</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kvinnor</td>
<td>0.852 (0.802–0.906)*</td>
<td>0.938 (0.906–0.971)*</td>
<td>0.913 (0.885–0.942)*</td>
<td>0.886 (0.815–0.964)*</td>
</tr>
<tr>
<td>Utbildning</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ingen avslutad utbildning</td>
<td>0.835 (0.672–1.039)</td>
<td>0.926 (0.805–1.066)</td>
<td>0.892 (0.793–1.002)</td>
<td>0.611 (0.460–0.812)*</td>
</tr>
<tr>
<td>Grundskola, folkskola eller motsvarande</td>
<td>1.313 (1.214–1.419)*</td>
<td>1.303 (1.243–1.365)*</td>
<td>1.143 (1.097–1.190)*</td>
<td>1.077 (0.959–1.211)</td>
</tr>
<tr>
<td>Gymnasium, realskola eller motsvarande</td>
<td>1.152 (1.069–1.240)*</td>
<td>1.138 (1.094–1.185)*</td>
<td>1.030 (0.994–1.067)</td>
<td>0.967 (0.876–1.068)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ålder</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15–17** år</td>
<td>0.858 (0.570–1.291)</td>
<td>0.502 (0.435–0.579)*</td>
<td>0.415 (0.362–0.476)*</td>
<td>0.849 (0.712–1.013)</td>
</tr>
<tr>
<td>18–29 år</td>
<td>0.612 (0.518–0.724)*</td>
<td>0.403 (0.370–0.439)*</td>
<td>0.289 (0.268–0.311)*</td>
<td>0.376 (0.309–0.458)*</td>
</tr>
<tr>
<td>30–59 år</td>
<td>0.720 (0.655–0.791)*</td>
<td>0.630 (0.592–0.671)*</td>
<td>0.482 (0.457–0.509)*</td>
<td>0.547 (0.468–0.640)*</td>
</tr>
<tr>
<td>60–79 år</td>
<td>1.096 (1.010–1.188)*</td>
<td>1.026 (0.967–1.088)</td>
<td>0.889 (0.845–0.936)*</td>
<td>0.864 (0.744–1.003)</td>
</tr>
<tr>
<td>80+ år</td>
<td>Ref.</td>
<td>Ref.</td>
<td>Ref.</td>
<td>Ref.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Tidigare besök</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Inget besök</td>
<td>1.808 (1.646–1.986)*</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>1 besök</td>
<td>1.592 (1.438–1.761)*</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>2 besök</td>
<td>1.289 (1.180–1.408)*</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>3 besök</td>
<td>1.329 (1.215–1.453)*</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>4 besök eller fler</td>
<td>Ref.</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>

** Åldersinterval för akuten är 0–17 år.
Källa: Den nationella patientenkäten, Sveriges Kommuner och Landsting.
Tabell 11. Skillnader mellan olika patientgrupper (kön, utbildning och ålder) när det gäller upplevelsen av att ha blivit bemött med respekt och värdighet oavsett: kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Kategorier</th>
<th>Slutenvård (n = 49 452)</th>
<th>Öppenvård (n = 106 507)</th>
<th>Primärvården (n = 101 620)</th>
<th>Akuten (n = 15 787)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Andel positiva svar (lägsta respektive högsta landsting)</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Kön</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kvinnor</td>
<td>0,694(0,640–0,752)*</td>
<td>0,870(0,818–0,926)*</td>
<td>0,839(0,801–0,878)*</td>
<td>0,788(0,700–0,887)*</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Utbildning</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ingen avslutad utbildning</td>
<td>0,510(0,402–0,646)*</td>
<td>0,412(0,343–0,495)*</td>
<td>0,559(0,485–0,645)*</td>
<td>0,421(0,300–0,592)*</td>
</tr>
<tr>
<td>Grundskola, folkskola eller motsvarande</td>
<td>1,105(1,000–1,222)*</td>
<td>0,897(0,827–0,973)*</td>
<td>0,956(0,901–1,015)</td>
<td>0,866(0,740–1,015)*</td>
</tr>
<tr>
<td>Gymnasium, realskola eller motsvarande</td>
<td>1,225(1,109–1,353)*</td>
<td>1,149(1,068–1,236)*</td>
<td>0,977(0,928–1,028)</td>
<td>0,987(0,857–1,137)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ålder</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15–17** år</td>
<td>2,210(1,126–4,340)*</td>
<td>0,720(0,564–0,919)*</td>
<td>0,368(0,307–0,440)*</td>
<td>1,215(0,955–1,544)</td>
</tr>
<tr>
<td>18–29 år</td>
<td>0,727(0,590–0,897)*</td>
<td>0,410(0,355–0,474)*</td>
<td>0,243(0,219–0,269)*</td>
<td>0,584(0,449–0,760)*</td>
</tr>
<tr>
<td>30–59 år</td>
<td>0,862(0,765–0,972)*</td>
<td>0,623(0,558–0,697)*</td>
<td>0,402(0,370–0,437)*</td>
<td>0,756(0,615–0,928)*</td>
</tr>
<tr>
<td>60–79 år</td>
<td>1,262(1,140–1,397)*</td>
<td>1,054(0,949–1,172)</td>
<td>0,773(0,713–0,838)*</td>
<td>1,025(0,844–1,244)</td>
</tr>
<tr>
<td>80+ år</td>
<td>Ref.</td>
<td>Ref.</td>
<td>Ref.</td>
<td>Ref.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Tidigare besök</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Inget besök</td>
<td>1,429(1,265–1,613)*</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>1 besök</td>
<td>1,258(1,105–1,413)*</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>2 besök</td>
<td>0,976(0,873–1,090)</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>3 besök</td>
<td>1,075(0,958–1,207)</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>4 besök eller fler</td>
<td>Ref.</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>

** Åldersintervall för akuten är 0–17 år.

Källa: Den nationella patientenkäten, Sveriges Kommuner och Landsting.
### Bilaga 4. Resultattabeller TVT och TTL

#### Tabell 12. Total vistelsetid (minuter), förändring av medianvistelsetid juli 2015–maj 2017


<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Totalt (19+) 19–79 år 80+</td>
<td>Totalt (19+) 19–79 år 80+</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Riket</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Blekinge</td>
<td>Karlskrona</td>
<td>Blekingesjukhuset</td>
<td>187 191 219 210 192 196 229</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Dalarna</td>
<td>Falun</td>
<td>Falu lasarett</td>
<td>197 194 213 208 203 226</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Mora</td>
<td>Mora lasarett</td>
<td>166 164 173 171 170 179</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gotland</td>
<td>Visby</td>
<td>Visby lasarett44</td>
<td>161 158 177 173 170 193</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gävleborg</td>
<td>Gävle</td>
<td>Gävle sjukhus45</td>
<td>197 192 220 209 203 236</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Hudiksvall</td>
<td>Hudiksvalls sjukhus46</td>
<td>188 183 208 206 201 229</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Halland</td>
<td>Halmstad Varberg</td>
<td>Hallands sjukhus</td>
<td>212 207 235</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Jämtland</td>
<td>Östersund</td>
<td>Östersunds sjukhus</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Jönköping</td>
<td>Eksjö</td>
<td>Höglunds sjukhus</td>
<td>151 150 157 170 168 179</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Jönköping</td>
<td>Ryhov länssjukhus</td>
<td>164 163 172 168 166 176</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Värnamo</td>
<td>Värnamo sjukhus</td>
<td>137 134 145 144 140 157</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kalmar</td>
<td>Kalmar</td>
<td>Länssjukhuset Kalmar</td>
<td>175 170 192 174 170 191</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Oskarshamn</td>
<td>Oskarshamns sjukhus</td>
<td>121 113 151 134 128 157</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Västervik</td>
<td>Västerviks sjukhus</td>
<td>140 138 150 147 145 155</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kronoberg</td>
<td>Ljungby</td>
<td>Ljungby lasarett44</td>
<td>146 142 159 152 147 172</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Växjö</td>
<td>Växjö lasarett45</td>
<td>185 180 205 196 188 223</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Norrbotten</td>
<td>Gällivare</td>
<td>Gällivare sjukhus</td>
<td>121 117 136 130 125 151</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kalix</td>
<td>Kalix sjukhus</td>
<td>155 148 169 176 173 184</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kiruna</td>
<td>Kiruna sjukhus</td>
<td>134 128 160 137 129 177</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Piteå</td>
<td>Piteå sjukhus</td>
<td>157 153 166 161 158 172</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sunderby</td>
<td>Sunderby sjukhus</td>
<td>187 183 206 206 201 228</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Skåne</td>
<td>Helsingborg</td>
<td>Helsingborgs lasarett</td>
<td>266 254 326</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

44 Saknar rapportering för maj 2017.
45 Saknar rapportering för april och maj 2017.
49 Saknar rapportering för mars och april 2017.
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kristianstad</td>
<td>Kr.</td>
<td>Kristianstads sjukhus</td>
<td>225</td>
<td>219</td>
<td>257</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lund</td>
<td>Univ.</td>
<td>Universitetssjukhuset i Lund</td>
<td>271</td>
<td>257</td>
<td>344</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Malmö</td>
<td>Univ.</td>
<td>Universitetssjukhuset MAS</td>
<td>239</td>
<td>225</td>
<td>309</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ystad</td>
<td>Ystad</td>
<td>Ystadslasaretter</td>
<td>232</td>
<td>221</td>
<td>269</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ängelholm</td>
<td>Ängelholm</td>
<td>Ängelholms sjukhus</td>
<td>187</td>
<td>180</td>
<td>208</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Capio S:t Göran</td>
<td></td>
<td>S:t Görans sjukhus</td>
<td>166</td>
<td>161</td>
<td>190</td>
<td>164</td>
<td>160</td>
<td>189</td>
</tr>
<tr>
<td>Danderyd</td>
<td>Danderyd</td>
<td>Danderyds sjukhus</td>
<td>239</td>
<td>232</td>
<td>272</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Karolinska Huddinge</td>
<td>Karolinska Huddinge</td>
<td>Huddinge sjukhus</td>
<td>264</td>
<td>255</td>
<td>339</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Karolinska Solna</td>
<td>Karolinska Solna</td>
<td>Karolinska sjukhuset</td>
<td>224</td>
<td>217</td>
<td>291</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Norrtälje</td>
<td>Norrtälje</td>
<td>Norrtälje sjukhus</td>
<td>149</td>
<td>145</td>
<td>167</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Södersjukhuset</td>
<td>Södersjukhuset</td>
<td>Södersjukhuset</td>
<td>244</td>
<td>234</td>
<td>291</td>
<td>285</td>
<td>274</td>
<td>338</td>
</tr>
<tr>
<td>Södertälje</td>
<td>Södertälje</td>
<td>Södertälje sjukhus</td>
<td>177</td>
<td>172</td>
<td>208</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Eskilstuna</td>
<td></td>
<td>Mälansjukhuset</td>
<td>268</td>
<td>260</td>
<td>318</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Katrineholm</td>
<td></td>
<td>Kulbergska sjukhuset</td>
<td>212</td>
<td>199</td>
<td>275</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nyköping</td>
<td></td>
<td>Nyköpings lasaretter</td>
<td>253</td>
<td>248</td>
<td>273</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Enköping</td>
<td></td>
<td>Enköpings lasaretter</td>
<td>176</td>
<td>170</td>
<td>209</td>
<td>181</td>
<td>176</td>
<td>209</td>
</tr>
<tr>
<td>Uppsala</td>
<td></td>
<td>Akademiska sjukhuset</td>
<td>251</td>
<td>244</td>
<td>283</td>
<td>266</td>
<td>259</td>
<td>298</td>
</tr>
<tr>
<td>Arvika</td>
<td></td>
<td>Arvika sjukhus</td>
<td>148</td>
<td>142</td>
<td>167</td>
<td>148</td>
<td>141</td>
<td>170</td>
</tr>
<tr>
<td>Karlstad</td>
<td></td>
<td>Karlstads sjukhus</td>
<td>180</td>
<td>177</td>
<td>193</td>
<td>179</td>
<td>174</td>
<td>198</td>
</tr>
<tr>
<td>Torsby</td>
<td></td>
<td>Torsby sjukhus</td>
<td>160</td>
<td>156</td>
<td>174</td>
<td>152</td>
<td>149</td>
<td>161</td>
</tr>
<tr>
<td>Lyckele</td>
<td></td>
<td>Lyckeles lasaretter65</td>
<td>149</td>
<td>147</td>
<td>156</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Skellefteå</td>
<td></td>
<td>Skellefteå lasaretter</td>
<td>184</td>
<td>181</td>
<td>197</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Umeå</td>
<td></td>
<td>Norrländs Universitetssjukhus</td>
<td>176</td>
<td>174</td>
<td>189</td>
<td>185</td>
<td>182</td>
<td>201</td>
</tr>
<tr>
<td>Sollefteå</td>
<td></td>
<td>Sollefteå sjukhus</td>
<td>183</td>
<td>177</td>
<td>203</td>
<td>183</td>
<td>179</td>
<td>202</td>
</tr>
<tr>
<td>Sundsvall</td>
<td></td>
<td>Sundsvalls sjukhus</td>
<td>204</td>
<td>200</td>
<td>221</td>
<td>210</td>
<td>206</td>
<td>226</td>
</tr>
<tr>
<td>Örnsköldsvik</td>
<td></td>
<td>Örnsköldsviks sjukhus</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Västerås</td>
<td></td>
<td>Västerås lasaretter</td>
<td>190</td>
<td>184</td>
<td>216</td>
<td>188</td>
<td>181</td>
<td>218</td>
</tr>
<tr>
<td>Köping35</td>
<td></td>
<td>Köpings lasaretter</td>
<td>206</td>
<td>205</td>
<td>207</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Alingsås</td>
<td></td>
<td>Alingsås lasaretter</td>
<td>212</td>
<td>209</td>
<td>225</td>
<td>216</td>
<td>211</td>
<td>235</td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

65 Saknar rapportering för februari 2017.

35 Köping rapporterar in som ”akutmottagning med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokalisade” (= akutverksamhetsvariabel 1) och ingår därför i denna mätning.
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Landsting/region</td>
<td></td>
<td>Totalt (19+)</td>
<td>19–79 år</td>
</tr>
<tr>
<td>Göteborg</td>
<td>Borås</td>
<td>Södra Älvsborgs sjukhus</td>
<td>248</td>
<td>239</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kungälv</td>
<td>Kungälv sjukhus</td>
<td>247</td>
<td>243</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Lidköping Skåne</td>
<td>Skaraborgs sjukhus</td>
<td>192</td>
<td>189</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Mölndal</td>
<td>Sahlgrenska universitets-sjukhus</td>
<td>257</td>
<td>255</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Östra Trolhättan</td>
<td>NU-sjukvården</td>
<td>227</td>
<td>219</td>
</tr>
<tr>
<td>Örebro</td>
<td>Karlskoga</td>
<td>Karlskoga lasarett</td>
<td>163</td>
<td>159</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Lindesberg</td>
<td>Lindesbergs lasarett</td>
<td>164</td>
<td>159</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Örebro</td>
<td>Universitetssjukhuset i Örebro</td>
<td>198</td>
<td>193</td>
</tr>
<tr>
<td>Östergötland</td>
<td>Linköping</td>
<td>Universitetssjukhuset i Linköping</td>
<td>240</td>
<td>233</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Motala</td>
<td>Motala lasarett</td>
<td>174</td>
<td>167</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Norrköping</td>
<td>Vrinnevisjukhuset</td>
<td>212</td>
<td>206</td>
</tr>
</tbody>
</table>

52 Lidköping och Skövde rapporteras sammanhållet som Skaraborgs sjukhus från och med 2016.
53 Mölndal, Sahlgrenska och Östra sjukhuset rapporteras sammanhållet som Sahlgrenska universitetssjukhuset från och med 2016.
Tabell 13. Total vistelsetid för riket (minuter)


<table>
<thead>
<tr>
<th>Ålder</th>
<th>N</th>
<th>P90</th>
<th>Kvartil 3</th>
<th>Median</th>
<th>Kvartil 1</th>
<th>P10</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Riket 19–79</td>
<td>999</td>
<td>428</td>
<td>302</td>
<td>199</td>
<td>127</td>
<td>80</td>
</tr>
<tr>
<td>Riket 80+</td>
<td>223</td>
<td>460</td>
<td>334</td>
<td>229</td>
<td>150</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>Riket 19+</td>
<td>1 222</td>
<td>434</td>
<td>308</td>
<td>205</td>
<td>131</td>
<td>82</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1Hallands sjukhus, Östersunds sjukhus, Universitetssjukhuset MAS, Universitetssjukhuset i Lund, Skellefteå lasarett, Lyckeå lasarett, Danderyds sjukhus, Ömskoldsviks sjukhus, Karolinska sjukhuset (Solna), Söderfjölje sjukhus, Hudiksvalls sjukhus, Angelholms sjukhus, Köpings lasarett, Kristianstads sjukhus, Ystads lasarett, Helsingborgs lasarett.

Tabell 14. Tid till läkarbedömning (minuter), förändring av mediantid till läkarbedömning juli 2015–maj 2017


<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Totalt (19+)</td>
<td>19–79 år 80+</td>
<td>19–79 år 80+</td>
</tr>
<tr>
<td>Riket</td>
<td></td>
<td>57</td>
<td>58 51 61 63 53</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Blekinge</td>
<td>Karlskrona</td>
<td>Blekings sjukhuset</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Dalarna</td>
<td>Falun</td>
<td>Falu lasarett</td>
<td>58 59 54 58 59 56</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Mora</td>
<td>Mora lasarett</td>
<td>56 57 54 58 58 58</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gotland</td>
<td>Visby</td>
<td>Visby lasarett⑤4</td>
<td>50 52 45 52 53 49</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gävleborg</td>
<td>Gävle</td>
<td>Gävle sjukhus⑤5</td>
<td>59 60 58 60 61 58</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Hudiksvall</td>
<td>Hudiksvalls sjukhus⑤6</td>
<td>55 55 55 61 60 61</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Halland</td>
<td>Halmstad</td>
<td>Hallands sjukhus⑤7</td>
<td>80 82 72</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Varberg</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Jämtland</td>
<td>Östersund</td>
<td>Östersund sjukhus</td>
<td>63 66 52</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Jönköping</td>
<td>Eksjö</td>
<td>Höglandssjukhuset</td>
<td>38 40 35 40 42 36</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Jönköping</td>
<td>Ryhov länssjukhus</td>
<td>63 64 58 62 62 60</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Värnamo</td>
<td>Värnamo sjukhus</td>
<td>41 41 39 40 40 38</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kalmar</td>
<td>Kalmar</td>
<td>Länssjukhuset Kalmar</td>
<td>46 46 45 44 44 44</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Oskarshamn</td>
<td>Oskarshamns sjukhus</td>
<td>33 32 36 42 41 43</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Västervik</td>
<td>Västerviks sjukhus</td>
<td>38 38 37 40 41 37</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kronoberg</td>
<td>Ljungby</td>
<td>Ljungby lasarett⑤8</td>
<td>48 49 44 50 51 47</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Växjö</td>
<td>Växjö lasarett⑤9</td>
<td>54 55 50 55 55 51</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

⑤4 Saknar rapportering för maj 2017.
⑤5 Saknar rapportering för april och maj 2017.
⑤6 Saknar rapportering för april och maj 2017.
⑤9 Saknar rapportering för mars och april 2017.
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Totalt (19+)</td>
<td>19–79 år</td>
<td>80+</td>
</tr>
<tr>
<td>Norrbotten</td>
<td>Gällivare</td>
<td>Gällivare sjukhus</td>
<td>21</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kalix</td>
<td>Kalix sjukhus</td>
<td>21</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kiruna</td>
<td>Kiruna sjukhus</td>
<td>21</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Piteå</td>
<td>Piteå sjukhus</td>
<td>25</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sunderby</td>
<td>Sunderby sjukhus</td>
<td>44</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>Skåne</td>
<td>Helsingborg</td>
<td>Helsingborgs lasarett</td>
<td>80</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kristianstad</td>
<td>Kristianstads sjukhus</td>
<td>80</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Lund</td>
<td>Universitetssjukhuset i Lund</td>
<td>70</td>
<td>72</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Malmö</td>
<td>Universitetssjukhuset MAS</td>
<td>80</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ystad</td>
<td>Ystads lasarett</td>
<td>47</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ängelholm</td>
<td>Ängelholms sjukhus</td>
<td>39</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>Stockholm</td>
<td>Capio S:t Göran</td>
<td>S:t Göran sjuks</td>
<td>26</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Danderyd</td>
<td>Danderyds sjukhus</td>
<td>54</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Karolinska Huddinge</td>
<td>Huddinge sjukhus</td>
<td>75</td>
<td>78</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Karolinska Solna</td>
<td>Karolinska sjukhuset</td>
<td>65</td>
<td>65</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Norrtälje</td>
<td>Norrtälje sjukhus</td>
<td>40</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Söderjukhuset</td>
<td>Söderjukhuset</td>
<td>79</td>
<td>81</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Södertälje</td>
<td>Södertälje sjukhus</td>
<td>59</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>Sörmland</td>
<td>Eskilstuna</td>
<td>Mälarsjukhuset</td>
<td>35</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Katrineholm</td>
<td>Kullbergska sjukhuset</td>
<td>35</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nyköping</td>
<td>Nyköpings lasarett</td>
<td>44</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>Uppsala</td>
<td>Enköping</td>
<td>Enköpings lasarett</td>
<td>48</td>
<td>47</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Uppsala</td>
<td>Akademiska sjukhuset</td>
<td>80</td>
<td>80</td>
</tr>
<tr>
<td>Värmland</td>
<td>Arvika</td>
<td>Arvikas sjukhus</td>
<td>35</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Karlstad</td>
<td>Karlstads sjukhus</td>
<td>61</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Torsby</td>
<td>Torsby sjukhus</td>
<td>43</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>Västerbotten</td>
<td>Lycksele</td>
<td>Lycksele lasarett</td>
<td>67</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Skelefteå</td>
<td>Skelefteå lasarett</td>
<td>38</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Umeå</td>
<td>Nortlands Universitets- sjukhus</td>
<td>40</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>Västernorrland</td>
<td>Sollefteå</td>
<td>Sollefteå sjukhus</td>
<td>49</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sundsvall</td>
<td>Sundsvalls sjukhus</td>
<td>61</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Örnsköldsvik</td>
<td>Örnsköldsviks sjukhus</td>
<td>44</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>Västmanland</td>
<td>Västerås</td>
<td>Västerås lasarett</td>
<td>44</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Köping</td>
<td>Köpings lasarett</td>
<td>29</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>Västra Götaland</td>
<td>Alingsås</td>
<td>Alingsås lasarett</td>
<td>68</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Borås</td>
<td>Södra Älvsborgs sjukhus</td>
<td>68</td>
<td>71</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kungälv</td>
<td>Kungälv's sjukhus</td>
<td>98</td>
<td>98</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Lidköping</td>
<td>Lidköpings lasarett</td>
<td>64</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Skövde</td>
<td>Skaraborgs sjukhus</td>
<td>64</td>
<td>66</td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

61 Saknar rapportering för februari 2017.
62 Köping rapporterar in som "akutmottagning med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokaliserade" (= akutverksamhetsvariabel 1) och ingår därför i denna mätning.
63 Lidköping och Skövde rapporteras sammanhållit som Skaraborgs sjukhus från och med 2016.
Tabell 15. Tid till läkarbedömning för riket (minuter)


<table>
<thead>
<tr>
<th>TTL Ålder</th>
<th>Älderspann</th>
<th>N</th>
<th>P10</th>
<th>Kvartil 3</th>
<th>Median</th>
<th>Kvartil 1</th>
<th>P10</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Riket</td>
<td>19–79</td>
<td>865 658</td>
<td>224</td>
<td>127</td>
<td>61</td>
<td>28</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Riket</td>
<td>80+</td>
<td>194 244</td>
<td>202</td>
<td>112</td>
<td>53</td>
<td>23</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Riket</td>
<td>1+</td>
<td>1 059 902</td>
<td>220</td>
<td>124</td>
<td>60</td>
<td>27</td>
<td>12</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1 Hallands sjukhus, Östersunds sjukhus, Universitetssjukhuset MAS, Universitetssjukhuset i Lund, Skellefteå lasarett, Kutbergska sjukhuset, Lycksele lasarett, Danderyds sjukhus, Örnsköldsviks sjukhus, Nyköpings lasarett, Karolinska sjukhuset (Solna), Södertälje sjukhus, Huddinge sjukhus, Norrtälje sjukhus, Målarsjukhuset, Blekingesjukhuset, Angelholms sjukhus, Köpings lasarett, Kristianstads sjukhus, Ystads lasarett, Helsingborgs lasarett. Även akutmottagningarna i Norrbotten (Gällivare, Kiruna, Piteå, Sunderby) är exkludera eftersom de inte ingår i denna mätning för TTL (se kvalitetsbrist i bilaga 1).

Mölnadal, Sahlgrenska och Östra sjukhuset rapporteras sammanhållet som Sahlgrenska universitetssjukhuset från och med 2016.
Tabell 16. Antal och andel hälso- och vårdcentraler\(^1\) i offentlig och privat regi samt antal apotek i respektive landsting och region

<table>
<thead>
<tr>
<th>Landsting/region</th>
<th>Privat mottagningar(^1)</th>
<th>Offentlig mottagningar(^1)</th>
<th>Privat andel (%)</th>
<th>Offentlig andel (%)</th>
<th>Antal mottagningar/1 000 inv(^2)</th>
<th>Antal apotek(^2)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Blekinge</td>
<td>8</td>
<td>13</td>
<td>38</td>
<td>62</td>
<td>0,13</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Dalarna</td>
<td>5</td>
<td>23</td>
<td>18</td>
<td>82</td>
<td>0,10</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>Gotland</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>33</td>
<td>67</td>
<td>0,10</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Gävleborg</td>
<td>16</td>
<td>28</td>
<td>36</td>
<td>64</td>
<td>0,15</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>Halland</td>
<td>26</td>
<td>24</td>
<td>52</td>
<td>48</td>
<td>0,15</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>Jämtland</td>
<td>4</td>
<td>22</td>
<td>15</td>
<td>85</td>
<td>0,20</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>Jönköping</td>
<td>15</td>
<td>34</td>
<td>31</td>
<td>69</td>
<td>0,14</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>Kalmar</td>
<td>12</td>
<td>27</td>
<td>31</td>
<td>69</td>
<td>0,16</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>Kronoberg</td>
<td>11</td>
<td>21</td>
<td>34</td>
<td>66</td>
<td>0,16</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>Norrbotten</td>
<td>4</td>
<td>27</td>
<td>13</td>
<td>87</td>
<td>0,12</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>Skåne</td>
<td>67</td>
<td>85</td>
<td>44</td>
<td>56</td>
<td>0,11</td>
<td>174</td>
</tr>
<tr>
<td>Stockholm</td>
<td>151</td>
<td>74</td>
<td>67</td>
<td>33</td>
<td>0,10</td>
<td>300</td>
</tr>
<tr>
<td>Söderman</td>
<td>9</td>
<td>18</td>
<td>33</td>
<td>67</td>
<td>0,09</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>Uppsala</td>
<td>20</td>
<td>26</td>
<td>43</td>
<td>57</td>
<td>0,12</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>Värmland</td>
<td>10</td>
<td>26</td>
<td>28</td>
<td>72</td>
<td>0,13</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>Västerbotten</td>
<td>7</td>
<td>32</td>
<td>18</td>
<td>82</td>
<td>0,15</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>Västernorrland</td>
<td>12</td>
<td>21</td>
<td>36</td>
<td>64</td>
<td>0,13</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>Västmanland</td>
<td>16</td>
<td>11</td>
<td>59</td>
<td>41</td>
<td>0,10</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>Västra Götaland</td>
<td>102</td>
<td>105</td>
<td>49</td>
<td>51</td>
<td>0,12</td>
<td>210</td>
</tr>
<tr>
<td>Örebro</td>
<td>4</td>
<td>29</td>
<td>12</td>
<td>88</td>
<td>0,11</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>Östergötland</td>
<td>9</td>
<td>33</td>
<td>21</td>
<td>79</td>
<td>0,09</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Summa</strong></td>
<td><strong>510</strong></td>
<td><strong>683</strong></td>
<td><strong>43</strong></td>
<td><strong>57</strong></td>
<td><strong>0,12</strong></td>
<td><strong>1 403</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

\(^1\) Vårdcentral, hälsocentral, hälsovårdscentral, huslakarmottagning, distriktsläkarmottagning, familjelakarmottagning eller liknande som är tillgängliga vardagar dagtid, någon tid mellan kl. 07.00 och 17.00.

\(^2\) Apotek tillgängliga vardagar dagtid.
Tabell 17. Antal vårdmottagningar som har öppet under dagtid vardagar, under kvällstid vardagar, under natten, och under helgen samt andelen mottagningar som under dagtid på vardagar har drop-in för respektive landsting och region

<table>
<thead>
<tr>
<th>Landsting/región</th>
<th>5 vardagar/vecka</th>
<th>5</th>
<th>4</th>
<th>3</th>
<th>2</th>
<th>1</th>
<th>Lö-sö</th>
<th>Natt</th>
<th>Drop in (%)</th>
<th>Digitala besök</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Blekinge</td>
<td>19</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td></td>
<td></td>
<td>1</td>
<td>PIDB</td>
</tr>
<tr>
<td>Dalarna</td>
<td>27</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
<td>1</td>
<td>DB, DV</td>
</tr>
<tr>
<td>Gotland</td>
<td>6</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>67</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gävleborg</td>
<td>44</td>
<td>7</td>
<td>1</td>
<td>7</td>
<td>4</td>
<td>11</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Halland</td>
<td>48</td>
<td>9</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>9</td>
<td>2</td>
<td>16</td>
<td>PIDB</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Jämtland Härjedalen</td>
<td>24</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>35</td>
<td></td>
<td></td>
<td>18</td>
<td>DB, DV, Di</td>
</tr>
<tr>
<td>Jönköping</td>
<td>46</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td></td>
<td>DB, DV</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kalmar</td>
<td>37</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>7</td>
<td>3</td>
<td>18</td>
<td></td>
<td></td>
<td>18</td>
<td>PIDB</td>
</tr>
<tr>
<td>Kronoberg</td>
<td>32</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
<td>0</td>
<td>PIDB</td>
</tr>
<tr>
<td>Norrbotten</td>
<td>31</td>
<td>4</td>
<td></td>
<td></td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>6</td>
<td></td>
<td>Di</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Skåne</td>
<td>147</td>
<td>17</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>31</td>
<td>5</td>
<td>23</td>
<td></td>
<td>PIDB</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Stockholm</td>
<td>223</td>
<td>22</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>22</td>
<td>7</td>
<td>22</td>
<td></td>
<td>PIDB</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sörmland</td>
<td>27</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>7</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
<td>7</td>
<td></td>
<td>PIDB</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Uppsala</td>
<td>43</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>59</td>
<td></td>
<td></td>
<td>PIDB</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Värmland</td>
<td>32</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td>5</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td>PIDI</td>
<td>Di</td>
</tr>
<tr>
<td>Västerbotten</td>
<td>39</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>18</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Di</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Västernorrland</td>
<td>33</td>
<td>4</td>
<td></td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>9</td>
<td></td>
<td></td>
<td>PIDB, PIDI</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Västmanland</td>
<td>27</td>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td>2</td>
<td>7</td>
<td></td>
<td></td>
<td>PIDB</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Västra Götaland</td>
<td>203</td>
<td>27</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>7</td>
<td>37</td>
<td>10</td>
<td>23</td>
<td>PIDB, PIDI</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Örebro</td>
<td>33</td>
<td>4</td>
<td></td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td>PIDB</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Östergötland</td>
<td>42</td>
<td>4</td>
<td></td>
<td></td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td>DB, DV</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Summa</strong></td>
<td><strong>1 163</strong></td>
<td><strong>123</strong></td>
<td><strong>14</strong></td>
<td><strong>2</strong></td>
<td><strong>18</strong></td>
<td><strong>25</strong></td>
<td><strong>160</strong></td>
<td><strong>73</strong></td>
<td><strong>18</strong></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

1 Vårdcentral, hälsocentral, hälsovårdscentral, huslärkar consortium, distriktsläkarmottagning, familjeläkar- mottagning eller liknande som är tillgängliga vardagar dagtid, någon tid mellan kl. 07.00 och 17.00.
2 Vårdcentral, hälsocentral, hälsovårdscentral, huslärkar consortium, distriktsläkarmottagning, familjeläkar- mottagning eller liknande, jourmottagningar, jourcentraler, lättakuter, närakuter och akutmottagningar som är tillgängliga vardagar kvällstid, någon tid mellan kl. 17.00 och 24.00. I denna selektion ingår inte akutmottagningar som har öppet även nattetid alla dagar. Akutmottagningarna Hässleholm och Trelleborg i region Skåne samt akutmottagningen Alingsås i Västra Götalandsregionen ingår i denna selektion eftersom de inte har öppet på nattetid, men är tillgängliga vardagar dagtid samt kvällstid.
3 I denna selektion ingår akutmottagningar som har öppet dygnet runt alla dagar i veckan samt jourmottagningar och jourcentraler som har öppet nattetid helger. Akutmottagningar som är endast en specialitet ingår inte i denna selektion (t.ex. barnakutmottagningar och gynekologiska akutmottagning, se även tabell X för liknande exempel).
4 Vårdcentraler, hälsocentraler, huslärkar consortium, jourmottagningar, jourcentraler, lättakuter och närakuter som är tillgängliga lördagar eller söndagar oavsett öppettider. I denna selektion ingår akutmottagningar som har Öppet även nattetid alla dagar. Akutmottagningarna Hässleholm och Trelleborg i region Skåne samt akutmottagningen Alingsås i Västra Götalandsregionen ingår i denna selektion eftersom de inte har öppet på nattetid, men är tillgängliga lördag-söndag dagtid samt kvällstid.

Pl = Planering/Projekt/Pilot, DB = Digitala besök som komplement till fysiska besök inom ordinarie vårdcentral, DV = Digital vårdcentral, Di = Distansbesök
Tabell 18. Tidsavstånd enligt tidsavståndsklasser till vårdmottagningar vid öppettider under dagtid, kvällstid, nattetid och helgtid, samt andelen av befolkningen som inryms i dessa för respektive landsting och region.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Landsting/region</th>
<th>Öppet-tid</th>
<th>&lt;10 min</th>
<th>10-20 min</th>
<th>20-30 min</th>
<th>30-40 min</th>
<th>&gt;40 min</th>
<th>Totalt antal</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Riket</td>
<td>Dag</td>
<td>91.7%</td>
<td>7.1%</td>
<td>0.8%</td>
<td>0.2%</td>
<td>0.1%</td>
<td>100% 9 971 239</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kväll</td>
<td>64.1%</td>
<td>19.0%</td>
<td>9.3%</td>
<td>3.2%</td>
<td>4.4%</td>
<td>100% 9 913 294</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Helg</td>
<td>65.1%</td>
<td>19.3%</td>
<td>9.3%</td>
<td>3.0%</td>
<td>3.3%</td>
<td>100% 9 971 239</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Natt</td>
<td>50.0%</td>
<td>25.9%</td>
<td>13.4%</td>
<td>6.6%</td>
<td>4.1%</td>
<td>100% 9 971 239</td>
</tr>
<tr>
<td>Blekinge</td>
<td>Dag</td>
<td>89.5%</td>
<td>10.1%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.3%</td>
<td>100% 158 254</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kväll</td>
<td>46.4%</td>
<td>25.3%</td>
<td>27.2%</td>
<td>0.9%</td>
<td>0.3%</td>
<td>100% 158 254</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Natt</td>
<td>27.6%</td>
<td>16.3%</td>
<td>24.8%</td>
<td>26.4%</td>
<td>4.9%</td>
<td>100% 158 254</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Helg</td>
<td>52.6%</td>
<td>25.9%</td>
<td>20.3%</td>
<td>0.9%</td>
<td>0.3%</td>
<td>100% 158 254</td>
</tr>
<tr>
<td>Dalarna</td>
<td>Dag</td>
<td>80.9%</td>
<td>15.0%</td>
<td>3.2%</td>
<td>0.8%</td>
<td>0.1%</td>
<td>100% 284 218</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kväll</td>
<td>50.9%</td>
<td>20.5%</td>
<td>13.2%</td>
<td>8.2%</td>
<td>7.2%</td>
<td>100% 284 218</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Natt</td>
<td>34.8%</td>
<td>33.3%</td>
<td>13.5%</td>
<td>9.0%</td>
<td>9.3%</td>
<td>100% 284 218</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Helg</td>
<td>50.9%</td>
<td>20.5%</td>
<td>13.2%</td>
<td>8.2%</td>
<td>7.2%</td>
<td>100% 284 218</td>
</tr>
<tr>
<td>Gotland</td>
<td>Dag</td>
<td>69.6%</td>
<td>22.9%</td>
<td>5.6%</td>
<td>1.0%</td>
<td>0.8%</td>
<td>100% 57 945</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kväll</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Natt</td>
<td>49.2%</td>
<td>15.2%</td>
<td>11.7%</td>
<td>10.2%</td>
<td>13.8%</td>
<td>100% 57 945</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Helg</td>
<td>50.7%</td>
<td>15.1%</td>
<td>13.3%</td>
<td>9.1%</td>
<td>11.8%</td>
<td>100% 57 945</td>
</tr>
<tr>
<td>Gävleborg</td>
<td>Dag</td>
<td>89.2%</td>
<td>9.5%</td>
<td>0.8%</td>
<td>0.4%</td>
<td>0.1%</td>
<td>100% 284 266</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kväll</td>
<td>64.3%</td>
<td>19.4%</td>
<td>12.3%</td>
<td>3.0%</td>
<td>1.0%</td>
<td>100% 284 266</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Natt</td>
<td>46.5%</td>
<td>23.9%</td>
<td>17.2%</td>
<td>10.7%</td>
<td>1.7%</td>
<td>100% 284 266</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Helg</td>
<td>63.4%</td>
<td>20.3%</td>
<td>12.3%</td>
<td>3.1%</td>
<td>1.0%</td>
<td>100% 284 266</td>
</tr>
<tr>
<td>Halland</td>
<td>Dag</td>
<td>92.6%</td>
<td>7.3%</td>
<td>0.1%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>100% 320 019</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kväll</td>
<td>75.3%</td>
<td>23.8%</td>
<td>0.9%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>100% 320 019</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Natt</td>
<td>36.1%</td>
<td>36.0%</td>
<td>22.6%</td>
<td>4.3%</td>
<td>1.0%</td>
<td>100% 320 019</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Helg</td>
<td>66.0%</td>
<td>30.6%</td>
<td>2.6%</td>
<td>0.6%</td>
<td>0.0%</td>
<td>100% 320 019</td>
</tr>
<tr>
<td>Jämtland</td>
<td>Dag</td>
<td>77.0%</td>
<td>14.1%</td>
<td>5.8%</td>
<td>2.2%</td>
<td>0.8%</td>
<td>100% 128 525</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kväll</td>
<td>40.8%</td>
<td>11.7%</td>
<td>5.4%</td>
<td>7.2%</td>
<td>34.9%</td>
<td>100% 128 525</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Natt</td>
<td>39.8%</td>
<td>11.1%</td>
<td>5.3%</td>
<td>6.6%</td>
<td>37.3%</td>
<td>100% 128 525</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Helg</td>
<td>40.8%</td>
<td>11.7%</td>
<td>5.4%</td>
<td>7.2%</td>
<td>34.9%</td>
<td>100% 128 525</td>
</tr>
<tr>
<td>Jönköping</td>
<td>Dag</td>
<td>90.3%</td>
<td>9.3%</td>
<td>0.2%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.2%</td>
<td>100% 352 435</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kväll</td>
<td>41.1%</td>
<td>23.9%</td>
<td>24.1%</td>
<td>10.2%</td>
<td>0.6%</td>
<td>100% 352 435</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Natt</td>
<td>39.2%</td>
<td>23.9%</td>
<td>23.4%</td>
<td>12.3%</td>
<td>1.3%</td>
<td>100% 352 435</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Helg</td>
<td>39.9%</td>
<td>24.1%</td>
<td>24.2%</td>
<td>10.9%</td>
<td>0.9%</td>
<td>100% 352 435</td>
</tr>
<tr>
<td>Kalmar</td>
<td>Dag</td>
<td>85.0%</td>
<td>13.8%</td>
<td>1.2%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>100% 241 930</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kväll</td>
<td>43.6%</td>
<td>19.2%</td>
<td>21.8%</td>
<td>10.7%</td>
<td>4.7%</td>
<td>100% 241 930</td>
</tr>
<tr>
<td>Landsting/region</td>
<td>Öppet-tid</td>
<td>&lt;10 min</td>
<td>10-20 min</td>
<td>20-30 min</td>
<td>30-40 min</td>
<td>&gt;40 min</td>
<td>Totalt</td>
</tr>
<tr>
<td>------------------</td>
<td>----------</td>
<td>---------</td>
<td>-----------</td>
<td>-----------</td>
<td>-----------</td>
<td>---------</td>
<td>--------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Natt</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kronoberg</td>
<td></td>
<td>40,1%</td>
<td>17,0%</td>
<td>18,8%</td>
<td>11,8%</td>
<td>12,3%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>54,0%</td>
<td>22,3%</td>
<td>18,0%</td>
<td>4,6%</td>
<td>1,1%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Dag</td>
<td>86,6%</td>
<td>12,4%</td>
<td>1,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kväll</td>
<td>44,8%</td>
<td>17,9%</td>
<td>20,7%</td>
<td>15,5%</td>
<td>1,2%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Natt</td>
<td>44,7%</td>
<td>17,5%</td>
<td>17,5%</td>
<td>16,4%</td>
<td>3,8%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Helg</td>
<td>44,8%</td>
<td>17,7%</td>
<td>19,9%</td>
<td>16,9%</td>
<td>0,7%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Norrbotten</td>
<td></td>
<td>81,3%</td>
<td>11,7%</td>
<td>3,5%</td>
<td>2,4%</td>
<td>1,2%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Dag</td>
<td>38,0%</td>
<td>8,8%</td>
<td>11,7%</td>
<td>4,1%</td>
<td>37,4%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kväll</td>
<td>38,0%</td>
<td>34,5%</td>
<td>5,5%</td>
<td>6,5%</td>
<td>15,5%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Natt</td>
<td>30,1%</td>
<td>8,6%</td>
<td>25,6%</td>
<td>7,9%</td>
<td>27,9%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Helg</td>
<td>97,4%</td>
<td>2,6%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Skåne</td>
<td></td>
<td>64,3%</td>
<td>25,6%</td>
<td>9,5%</td>
<td>0,6%</td>
<td>0,0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Dag</td>
<td>48,5%</td>
<td>27,1%</td>
<td>15,4%</td>
<td>6,9%</td>
<td>2,1%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kväll</td>
<td>48,5%</td>
<td>33,1%</td>
<td>7,2%</td>
<td>1,7%</td>
<td>0,4%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Natt</td>
<td>73,8%</td>
<td>19,4%</td>
<td>6,3%</td>
<td>0,4%</td>
<td>0,0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Helg</td>
<td>97,9%</td>
<td>1,9%</td>
<td>0,1%</td>
<td>0,1%</td>
<td>0,0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Stockholm</td>
<td></td>
<td>81,3%</td>
<td>11,7%</td>
<td>3,5%</td>
<td>2,4%</td>
<td>1,2%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Dag</td>
<td>57,6%</td>
<td>33,1%</td>
<td>7,2%</td>
<td>1,7%</td>
<td>0,4%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kväll</td>
<td>82,3%</td>
<td>14,3%</td>
<td>2,9%</td>
<td>0,3%</td>
<td>0,2%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Natt</td>
<td>53,0%</td>
<td>23,3%</td>
<td>20,6%</td>
<td>3,0%</td>
<td>0,1%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Helg</td>
<td>62,8%</td>
<td>21,7%</td>
<td>13,3%</td>
<td>2,3%</td>
<td>0,0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Södermanland</td>
<td></td>
<td>85,8%</td>
<td>13,5%</td>
<td>0,7%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Dag</td>
<td>78,6%</td>
<td>16,4%</td>
<td>5,0%</td>
<td>0,1%</td>
<td>0,0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kväll</td>
<td>50,0%</td>
<td>23,3%</td>
<td>20,6%</td>
<td>3,0%</td>
<td>0,1%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Natt</td>
<td>62,8%</td>
<td>21,7%</td>
<td>13,3%</td>
<td>2,3%</td>
<td>0,0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Helg</td>
<td>88,7%</td>
<td>10,2%</td>
<td>0,9%</td>
<td>0,2%</td>
<td>0,0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Uppsala</td>
<td></td>
<td>78,6%</td>
<td>16,4%</td>
<td>5,0%</td>
<td>0,1%</td>
<td>0,0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Dag</td>
<td>58,3%</td>
<td>22,5%</td>
<td>14,9%</td>
<td>4,1%</td>
<td>0,2%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kväll</td>
<td>58,9%</td>
<td>26,5%</td>
<td>11,1%</td>
<td>3,3%</td>
<td>0,2%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Natt</td>
<td>62,3%</td>
<td>22,3%</td>
<td>7,8%</td>
<td>4,7%</td>
<td>2,9%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Helg</td>
<td>83,9%</td>
<td>13,2%</td>
<td>2,7%</td>
<td>0,2%</td>
<td>0,0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Värmland</td>
<td></td>
<td>32,1%</td>
<td>24,2%</td>
<td>7,6%</td>
<td>4,0%</td>
<td>32,1%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Dag</td>
<td>39,7%</td>
<td>24,5%</td>
<td>13,9%</td>
<td>10,2%</td>
<td>11,9%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kväll</td>
<td>52,5%</td>
<td>19,1%</td>
<td>12,6%</td>
<td>6,5%</td>
<td>9,3%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Natt</td>
<td>84,2%</td>
<td>11,6%</td>
<td>2,7%</td>
<td>0,8%</td>
<td>0,7%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kväll</td>
<td>35,9%</td>
<td>8,3%</td>
<td>7,1%</td>
<td>5,9%</td>
<td>42,8%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Natt</td>
<td>54,5%</td>
<td>14,9%</td>
<td>8,8%</td>
<td>6,7%</td>
<td>15,1%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Helg</td>
<td>35,9%</td>
<td>8,3%</td>
<td>7,1%</td>
<td>5,9%</td>
<td>42,8%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Västerbotten</td>
<td></td>
<td>35,9%</td>
<td>8,3%</td>
<td>7,1%</td>
<td>5,9%</td>
<td>42,8%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Dag</td>
<td>54,5%</td>
<td>14,9%</td>
<td>8,8%</td>
<td>6,7%</td>
<td>15,1%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kväll</td>
<td>57,5%</td>
<td>19,6%</td>
<td>9,7%</td>
<td>6,9%</td>
<td>6,2%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Natt</td>
<td>48,9%</td>
<td>18,4%</td>
<td>8,7%</td>
<td>15,5%</td>
<td>8,4%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Landsting/region</td>
<td>Öppet-tid</td>
<td>&lt;10 min</td>
<td>10-20 min</td>
<td>20-30 min</td>
<td>30-40 min</td>
<td>&gt;40 min</td>
<td>Totalt antal</td>
</tr>
<tr>
<td>------------------</td>
<td>-----------</td>
<td>---------</td>
<td>-----------</td>
<td>-----------</td>
<td>-----------</td>
<td>---------</td>
<td>--------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Västmanland</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>267 189</td>
</tr>
<tr>
<td>Dag</td>
<td>90,8%</td>
<td>8,8%</td>
<td>0,4%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>100%</td>
<td>245 249</td>
</tr>
<tr>
<td>Kväll</td>
<td>55,6%</td>
<td>26,4%</td>
<td>15,5%</td>
<td>2,5%</td>
<td>0,0%</td>
<td>100%</td>
<td>267 189</td>
</tr>
<tr>
<td>Natt</td>
<td>55,6%</td>
<td>26,4%</td>
<td>15,5%</td>
<td>2,5%</td>
<td>0,0%</td>
<td>100%</td>
<td>267 189</td>
</tr>
<tr>
<td>Helg</td>
<td>55,6%</td>
<td>26,4%</td>
<td>15,5%</td>
<td>2,5%</td>
<td>0,0%</td>
<td>100%</td>
<td>267 189</td>
</tr>
<tr>
<td>Västra Götaland</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>1 668 067</td>
</tr>
<tr>
<td>Dag</td>
<td>92,3%</td>
<td>7,0%</td>
<td>0,6%</td>
<td>0,1%</td>
<td>0,0%</td>
<td>100%</td>
<td>1 668 067</td>
</tr>
<tr>
<td>Kväll</td>
<td>66,5%</td>
<td>18,8%</td>
<td>11,0%</td>
<td>2,9%</td>
<td>0,8%</td>
<td>100%</td>
<td>1 668 067</td>
</tr>
<tr>
<td>Natt</td>
<td>50,3%</td>
<td>23,2%</td>
<td>14,0%</td>
<td>7,4%</td>
<td>5,1%</td>
<td>100%</td>
<td>1 668 067</td>
</tr>
<tr>
<td>Helg</td>
<td>66,7%</td>
<td>22,5%</td>
<td>8,6%</td>
<td>1,7%</td>
<td>0,5%</td>
<td>100%</td>
<td>1 668 067</td>
</tr>
<tr>
<td>Örebro</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>294 547</td>
</tr>
<tr>
<td>Dag</td>
<td>90,7%</td>
<td>8,9%</td>
<td>0,4%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>100%</td>
<td>294 547</td>
</tr>
<tr>
<td>Kväll</td>
<td>70,6%</td>
<td>17,0%</td>
<td>8,4%</td>
<td>3,8%</td>
<td>0,3%</td>
<td>100%</td>
<td>294 547</td>
</tr>
<tr>
<td>Natt</td>
<td>57,7%</td>
<td>19,2%</td>
<td>14,6%</td>
<td>5,9%</td>
<td>2,7%</td>
<td>100%</td>
<td>294 547</td>
</tr>
<tr>
<td>Helg</td>
<td>67,4%</td>
<td>18,4%</td>
<td>9,9%</td>
<td>2,2%</td>
<td>2,1%</td>
<td>100%</td>
<td>294 547</td>
</tr>
<tr>
<td>Östergötland</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>451 104</td>
</tr>
<tr>
<td>Dag</td>
<td>90,5%</td>
<td>8,3%</td>
<td>1,2%</td>
<td>0,1%</td>
<td>0,0%</td>
<td>100%</td>
<td>451 104</td>
</tr>
<tr>
<td>Kväll</td>
<td>63,2%</td>
<td>20,0%</td>
<td>10,2%</td>
<td>4,7%</td>
<td>1,9%</td>
<td>100%</td>
<td>451 104</td>
</tr>
<tr>
<td>Natt</td>
<td>57,2%</td>
<td>20,5%</td>
<td>14,2%</td>
<td>5,8%</td>
<td>2,3%</td>
<td>100%</td>
<td>451 104</td>
</tr>
<tr>
<td>Helg</td>
<td>63,1%</td>
<td>19,9%</td>
<td>11,4%</td>
<td>4,5%</td>
<td>1,1%</td>
<td>100%</td>
<td>451 104</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1 Metodbeskrivning för tidsavståndsberäkning finns i bilaga 1.
2 Vårdcentral, hälsocentral, hälsovårdscentral, husläkarmottagning, distriktsläkarmottagning, familjeläkar-
mottagning eller liknande som är tillgängliga vardagar dagtid, någon tid mellan kl. 07.00 och 17.00. 
3 Vårdcentral, hälsocentral, hälsovårdscentral, husläkarmottagning, distriktsläkarmottagning, familjeläkar-
mottagning eller liknande, jourmottagningar, jourcentraler, lättakuter, närakuter och akutmottagningar
som är tillgängliga vardagar kvällstid, någon tid mellan kl. 17.00 och 24.00. I denna selektion ingår inte
akutmottagningar som har öppet även nattetid alla dagar. Akutmottagningarna Hässleholm och Trelle-
borg i region Skåne, samt akutmottagningen Alingsås i Västra Götalandsregionen ingår i denna selektion
eftersom de inte har öppet på nattetid, men är tillgängliga vardagar dagtid samt kvällstid.
4 I denna selektion ingår akutmottagningar som har öppet dygnet runt alla dagar i veckan, samt jour-
mottagningar och jourcentraler som har öppet vardagar nattetid i första hand, och har även öppet nat-
etid helger. Akutmottagningar som är endast en specialitet ingår inte i denna selektion (t.ex. barnakut-
mottagningar, gynekologiska akutmottagningar, etc., se även tabell 4 för liknande exempel).
5 Vårdcentraler, hälsocentraler, husläkarmottagningar, jourmottagningar, jourcentraler, lättakuter och
närakuter som är tillgängliga lördagar eller söndagar oavsett öppettider. I denna selektion ingår akutmot-
tagningar som har öppet även nattetid alla dagar. Akutmottagningarna Hässleholm och Trelleborg i reg-
on Skåne, samt akutmottagningen Alingsås i Västra Götalandsregionen ingår i denna selektion eftersom
de inte har öppet på nattetid, men är tillgängliga lördag-söndag dagtid samt kvällstid.
Figur 15 b Tillgänglighetsindex. Landstingen och regionerna utifrån tillgänglighetsindex enligt tätbebyggt eller glesbebyggt område. Se metodbeskrivning figur 24b.

Källa: Tillväxtverket.
Figur 15c Illustration av tidavstånd till vårdmottagningar under dagtid och kvällstid.

Källa: Grunddata av Socialstyrelsen, bildbearbetning av Tillväxtverket.
Figur 15d Illustration av tidavstånd till vårdmottagningar under nattetid och helgtid.

Källa: Grunddata av Socialstyrelsen, bildbearbetning av Tillväxtverket.
### Tabell 19. Delfrågor och dimensioner primärvården.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tillgänglighet</th>
<th>Kontinuitet och koordinering</th>
<th>Information och kunskap</th>
<th>Respekt och bemötande</th>
<th>Delaktighet och involvering</th>
<th>Helhetsintegritet</th>
<th>Emotionellt stöd</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Om din familj/närstående ville prata med en läkare, hade de då möjlighet att göra det?</strong></td>
<td>Får du träffa samma läkare vid dina besök på hälso-/vårdbetjäten?</td>
<td>Om du ställde frågor till personalen, fick du svar som du förstod?</td>
<td>Om du ställde frågor till personalen, fick du svar som du förstod?</td>
<td>Gjorde läkaren dig delaktig i besluten beträffande din vård/behandling?</td>
<td>Upplevde du att att medfölja på hälso-/vårdbetjäten var bra?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Var det enkelt att ta sig till hälso-/vårdbetjäten?</strong></td>
<td>Om du vid besöket pratade med flera i personalen, var de samstämmiga i kommunikationen?</td>
<td>Under besöket, informerade personalen dig om eventuella förändringar?</td>
<td>Om personalen pratade med varandra om dig, kände du dig delaktig i samtalet?</td>
<td>Hade du önskat att du blivit mer delaktig i besluten beträffande din vård/behandling?</td>
<td>Upplevde du att personalen samarbetade väl?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Är du nöjd med de sätt du kan komma i kontakt med hälso-/vårdbetjäten på (t.ex. 1177 Vårdguiden, telefon, e-tjänster, hemsida eller annat)?</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

**Bilaga 6. Enkätfrågor den nationella patientenkäten**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tillgänglighet</th>
<th>Kontinuitet och koordinering</th>
<th>Information och kunskap</th>
<th>Respekt och bemötande</th>
<th>Delaktighet och involvering</th>
<th>Helhetsintryck</th>
<th>Emotionell stöd</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Om din familj/närstående ville prata med någon i vårdpersonalen, hade de då möjlighet att göra det?</td>
<td>Om du under vistelsen pratade med flera i personalen, var de samstämmiga i kommunikationen?</td>
<td>Om du ställde frågor till personalen, fick du svar som du förstod?</td>
<td>Hade du önskat att du blivit mer delaktig i besluten beträffande din vård/behandling?</td>
<td>Skulle du kommendera mottagningsenheten till någon annan i dina situation?</td>
<td>Om du vid besöket kände smärta, fick du snabbt hjälp med smärtlindring?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Om studenter var närvarande vid din behandling/undersökning, hade du fått möjlighet att geda/berätta det i förväg?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tillgänglighet</th>
<th>Kontinuitet och koordinering</th>
<th>Information och kunskap</th>
<th>Respekt och bemötande</th>
<th>Delaktighet och in-volve ring</th>
<th>Helhetsintryck</th>
<th>Emotionellt stöd</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Om det inför eller under besöket gjordes några provtagningar/undersökningar, förklarade vårdpersonalen resultaten på ett sätt som du förstod?</td>
<td>Om studenter var närvarande vid din behandling/undersökning, hade du fått möjlighet att god- känna det i förväg?</td>
<td>Tag perso- nalen hänsyn till dina egna erfarenheter av din sjukdom/ditt hälsotillstånd när din ut- skrivning planeras?</td>
<td>Upplevde du att det var rent på vår- davdelningen?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

TILLGÄNGLIGHET I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

SOCIALSTYRELSEN

108
Tabell 22. Delfrågor och dimensioner akutmottagningar.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tillgänglighet</th>
<th>Kontinuitet och koordinering</th>
<th>Information och kunskap</th>
<th>Respekt och bemödande</th>
<th>Delaktighet och involvering</th>
<th>Helhetsintryck</th>
<th>Emotionellt stöd</th>
</tr>
</thead>
</table>
Bilaga 7. Egenavgifter i hälso- och sjukvården

Patientavgifter i primärvården


Patientavgifter i öppenvården


Patientavgifter i slutenvården

I alla landsting och regioner utom Örebro kostar det 100 kronor per dag att vara inlagd i slutenvården om man är över 20 år. I Örebro kostar det 80 kronor för personer 25 år och äldre. I alla landsting och regioner är det kostnadsfritt för barn och unga under 18 år. Vissa landsting och regioner har även särskilda regler om max-taxa samt lägre avgift beroende på årsinkomst (Blekinge och Kronoberg) [68].

Patientavgifter i akutsjukvården

Avgiften för ett besök till någon av landets akutmottagningar är 200–420 kronor beroende på landsting och region. Medianen i riket är 320 kronor. Ett besök i primärvården under jourtid är generellt billigare och kostar 100–400 kronor med en median på 200 kronor per besök [68].