

Analys av första och andra
covid-19-vågen
– produktion, köer och
väntetider i vården

Versionshistorik

Version	Ändring avser	Datum
3.1	Rapport: Sid 29, kapitlet Väntetider, i sammanfattningsrutan; ändrat till antalet istället för andelen: "Antalet som väntat över 90 dagar på besök är störst för ögonsjukvård...". Bilaga 4: I filken "SpecV_K4" har totalsiffrorna för V (väntande) i kolumnen Z och G (genomförda) i kolumnen AA ändrats, eftersom mars månad hade förekommit två gånger i totalsumman.	2021-06-02
3.0	Uppdaterat från 2020-11-27	2021-05-11
2.0	Uppdaterat från 2020-06-17	2020-11-27
1.0	Nytt dokument	2020-06-17

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges.
För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2021-5-7371
Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2021
Uppdaterad juni 2021

Förord

Socialstyrelsen har sedan den 25 juni 2020 regeringens uppdrag att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt följa och analysera väntetider i hälso- och sjukvården (S2020/05634/FS – delvis).

Som en del av uppdraget redovisar Socialstyrelsen i denna rapport utvecklingen vad gäller produktion, köer och väntetider i hälso- och sjukvården före och under covid-19-pandemins första och andra våg till och med januari 2021. Analysen går också närmare in på hur olika åldersgrupper har påverkats.

Rapporten riktar sig till regeringen, regionerna och allmänheten. Socialstyrelsen vill tacka Sveriges Kommuner och Regioner, det nationella kvalitetsregistret Svenskt perioperativt register, nationellt programområde för barns och ungdomars hälsa samt regionerna och övriga som på olika sätt bidragit till arbetet.

Ansvarig projektledare är Sevim Barbasso Helmers och övriga medverkande är utredarna Sandra Creutz och Martin Lindblom samt statistiker Christian Lovering. Ansvarig enhetschef är Lena Hellberg.

Natalia Borg
Avdelningschef

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	9
Datakällor och metod	10
Metodologiska begränsningar	10
En ny uppföljningsmodell för den specialiserade vården	11
Analysperioder och jämförelseperioder för den specialiserade vården	11
Primärvårdens produktion ökade efter första vågen	12
Relativt sett minskade besöken mest för äldre i april 2020 samt för barn och unga i januari 2021	14
Distansbesöken har fortsatt att öka	15
Återbesöken har ökat mer än nybesöken	16
Patientbesök för fem kroniska diagnoser skiljer sig något från övriga vårdkontakter	17
Den specialiserade vårdens produktion har varierat	18
Vårdgarantins besök, operationer och åtgärder minskade mer under den första vågen	20
Flest besök har minskat inom öron-näsa-halssjukvård och ortopedi	20
Besöken minskade relativt sett mer för äldre samt för barn och unga ..	21
Återhämtningen av operationsantalet påverkades av den andra vågen	21
Minskningen av antalet operationer var relativt jämn mellan olika åldersgrupper	22
De planerade operationerna har minskat mer än de akuta	24
Störst minskning för tonsilloperationer hos barn och unga samt för höftleds- och låroperationer hos äldre	24
Operationer inom ortopedi, allmän kirurgi och ögonsjukvård minskade mest	27
Väntetiderna har ökat	29
Antalet väntande patienter har ökat	30
Antalet patienter som själva väljer att vänta eller som vården låter vänta minskade under hösten men ökar åter	32
Andelen patienter som väntar mer än 90 dagar är fortsatt fler än tidigare år	33
Väntetiderna till operation eller åtgärd har ökat mest	34
Väntetiderna minskar med färre operationer oavsett vårdgarantin	36
Flest väntar på besök inom ögonsjukvård och kvinnosjukvård	37

Flest väntar på behandling inom ortopedi, allmän kirurgi och ögonsjukvård	38
Väntetiderna för behandling ökade mer för personer 18–69 år än i andra grupper	38
Inga skillnader syns i längre väntan mellan män och kvinnor.....	39
Regionala likheter och variationer i effekterna av covid-19-pandemin....	41
Förändringen i genomförda besök samt operationer och åtgärder	41
Förändringen i antalet väntande per region	43
Utblick i sju regioner	45
Region Skåne	45
Region Kalmar län	46
Region Jönköpings län.....	47
Region Värmland.....	48
Region Uppsala	49
Region Gävleborg	50
Region Västernorrland	51
Slutsatser och diskussion	53
Nytt arbetssätt som inkluderar distansbesök i primärvården	53
Den specialiserade vården har varierat i sin produktion	55
Områden som har påverkats mest	56
Utmaningar som har lyfts av regionerna	57
Regionernas hantering av de uppdämda vårdbehoven	58
Åldersperspektivet	59
Barn och unga väntade längre än andra på behandling redan före pandemin.....	61
Konsekvenser	61
Individens hälsa och livskvalitet påverkas.....	62
Cancersjukvården	63
Stroke- och hjärtsjukvården	64
Patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan	65
Trycket på vården är fortfarande stort	66
Referenser	67
Bilaga 1. Personer som bidragit	70
Bilaga 2. Jämförelseperiod	71
Bilaga 3. Rimlighetsbedömning för den nya modellen	72
Bilaga 4. Figurer och dataunderlag	76

Sammanfattning

Socialstyrelsen redovisar i den här rapporten utvecklingen vad gäller produktion, köer och väntetider i primärvården och i den specialiserade vården i Sverige före och under covid-19-pandemins första och andra våg, fram till och med januari 2021.

Covid-19-pandemin har totalt sett lett till färre genomförda besök och behandlingar inom hälso- och sjukvården. Effekterna var som störst under den första vågen, främst under april–maj 2020, men produktionen ökade sedan från augusti 2020, för primärvården och för den specialiserade vården.

När det gäller den specialiserade vården hade samtliga regioner återupptagit stora delar av sin normala operationsproduktion i mitten av oktober. Men sedan tog en andra smittspridningsvåg fart, vilken medförde att vården på nytt behövde ställa om och ställa in planerad vård.

Antalet personer som har fått vänta längre än vårdgarantins 90 dagar har ökat när det gäller både första besök och planerade operationer och åtgärder, varav väntetiden för operationer och åtgärder har ökat mer. Vid en jämförelse mellan december 2019 med december 2020 framgår att väntetiden för behandling ökat något mer för personer i åldersgruppen 18–69 år än för åldersgrupperna 0–17 år respektive 70 år och äldre. Dock ser man ingen skillnad mellan män och kvinnor vad gäller andelen som har fått vänta mer än 90 dagar på besök eller operationer och åtgärder.

Regionerna har använt sig av olika arbetssätt för att öka sin produktion – dels förändrade arbetssätt som inkluderar distansbesök, och då i större utsträckning i primärvården, dels hemmonitorering. Regionerna medverkade också i informationskampanjer för att få patienterna att söka vård. Andra åtgärder inom den specialiserade vården har varit aktualisering av väntelistor, omläggning av scheman, utökade arbetsskift, dagkirurgi, användning av hyrläkare, extra vårdavtal, köp av vård utanför den egna regionen, produktionsplanering och gemensam operationsplanering inom regionerna.

Resultaten i rapporten visar att vårdköerna till den specialiserade vården ökade under hösten 2020 efter den stora minskningen som skedde under våren 2020. Vårdköerna bestod av fler patienter som väntat mer än vårdgarantins 90 dagar, vilket till stor del beror på den planerade vård som inte har genomförts under första och andra vågen av pandemin. Utifrån analyserna går det däremot inte att bedöma om patienter fortfarande undviker vård trots behov eller hur många dessa patienter är. De ökande vårdköerna talar dock för att patienter inte undvikit vården i samma omfattning under den andra vågen som under den första vågen.

I Socialstyrelsens uppföljning i november 2020 av den första covid-19-vågen drogs slutsatsen att hälso- och sjukvårdens kapacitet inte hade räckt till för att både återhämta den normala produktionen och att ta hand om de uppdämda vårdbehoven. Samma konstaterande gäller även nu efter den andra covid-19-vågen. Sannolikt kommer den tredje vågen att åter försvåra återhämtningen och det ackumulerade vårdbehovet kommer i sin tur att resultera i ytterligare längre väntetider.

Inledning

Socialstyrelsen har sedan den 25 juni 2020 regeringens uppdrag att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt följa och analysera väntetider i hälso- och sjukvården (S2020/05634/FS – delvis).

Socialstyrelsen redovisar i denna rapport utvecklingen vad gäller produktion, köer och väntetider i hälso- och sjukvården före och under covid-19-pandemins första och andra våg, till och med januari 2021. Analysen går också närmare in på hur olika åldersgrupper har påverkats.

Den 10 mars 2020 bedömde Folkhälsomyndigheten att det förelåg en samhällsspridning av covid-19 i Sverige [1], och Sveriges hälso- och sjukvårdssystem fick under våren ställa om på grund av utbrottet av covid-19. Akut- och intensivvårdskapacitet behövde utökas och annan vård har behövt kliva åt sidan för att göra plats och frigöra personal för vård av covid-19-patienter.

Den 18 mars 2021 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att i oktober 2021 analysera och redovisa en nationell lägesbild rörande de uppdämda vårdbehov inom vården som uppstått som en konsekvens av covid-19-pandemin (S2021/02641 – delvis).

Effekterna av covid-19 är mångdimensionella och har påverkat olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet och patienters sätt och benägenhet att söka vård. Socialstyrelsen publicerade i juni 2020 flera faktablad som belyste de tidiga effekterna av covid-19 i olika delar av systemet [2]. Sedan dess har myndigheten fortsatt att uppdatera flera av faktabladen och kunnat belysa ett antal olika områden [2].¹

Denna analys sträcker sig till och med januari 2021 och är den tredje i ordningen vad gäller effekter av covid-19-pandemin på produktion, väntetider och vårdköer i primärvården och den specialiserade vården [3–4]. I den senaste uppföljningen, som publicerades den 27 november 2020, redovisade Socialstyrelsen effekterna av den första covid-19-vågen till och med vecka 42 [4]. Men från vecka 43 tog smittspridningen fart igen i Sverige i en andra smittspridningsvåg, vilken fick sin nedtrappning i slutet av januari 2021 [5].

Sedan februari 2021 har dock ytterligare en tredje smittspridningsvåg tagit fart i Sverige med fokus på den brittiska mutationen av coronaviruset [6]; på Folkhälsomyndighetens webbplats och på webbplatsen krisinformation.se kan man följa regionernas aktuella lokala allmänna råd [7–8].

¹ Relaterade länkar: **Socialstyrelsens lägesrapporter, samordning och övriga uppdrag med anledning av covid-19:** <https://www.socialstyrelsen.se/coronavirus-covid-19/socialstyrelsens-roll-och-uppdrag/>, hämtad den 2021-04-30.; **Socialstyrelsens statistik om covid-19:** <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistik-om-covid-19/>, hämtad den 2021-04-30. **Socialstyrelsens samlade information angående arbetet med covid-19:** <https://www.socialstyrelsen.se/coronavirus-covid-19/>; hämtad den 2021-04-30.

Datakällor och metod

I rapporten används aggregerad data från datakällor som innehåller information om väntetider, vårdköer och produktion i hälso- och sjukvården. I bilaga 1 anges personer som bidragit med värdefulla synpunkter.

De datakällor som har använts i rapporten är:

- den nationella väntetidsdatabasen vid Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) [9]
- Region Sörmlands data för digital vård i ersättningssystemet Privera [10]
- det nationella kvalitetsregistret Svenskt perioperativt register (SPOR) [11]
- patientregistret vid Socialstyrelsen
- kommentarer och underlag från intervjuer med olika regionrepresentanter i februari–mars 2021; regionrepresentanternas roller nämns i bilaga 1.

Metodologiska begränsningar

Hälso- och sjukvårdens produktion genomgår generellt sett säsongsvariationer under året, där produktionen till exempel är lägre under helger, lov/helgveckor och sommarmånaderna. Effekterna kan också variera mellan olika vårdnivåer (till exempel akutvård, primärvård och specialiserad vård) eller verksamheter, där till exempel allergisjukvården kan påverkas av pollensäsongens variationer och barnsjukvården av variationer i infektionssjukdomars säsong och utbrott.

Vad gäller uppgifter om **primärvårdskontakter** från den nationella väntetidsdatabasen kan inga nationella jämförelser göras mellan 2020 och 2019. Detta beror på att det saknas inrapportering av flera regioners primärvårdskontakter till väntetidsdatabasen för motsvarande månader 2019.² Av den anledningen blir det svårt att ta hänsyn till säsongsvariationer i analysen av produktionseffekterna. Mätningen fokuserar därför dels på mars–maj jämfört med medelvärdet januari–februari 2020, dels en beskrivning av säsongsmönstret för övriga månader [12].² För januari 2021 kan däremot en jämförelse med januari 2020 göras.

Vad gäller data från den nationella väntetidsdatabasen för den **specialiserade vården** har Socialstyrelsen i denna rapport valt att jämföra 2020 med 2019 för att få fram aktuella uppgifter (se bilaga 2 för närmare beskrivning av val av jämförelseperiod). Data från det nationella kvalitetsregistret SPOR har sedan tidigare kunnat jämföras med endast 2019. Data från alla datakällorna för januari 2021 jämförs med januari 2020.

² SKR presenterar i sin rapport *Pandemin och hälso- och sjukvården* diagram som illustrerar säsongsvariationer för första besök/nybesök och återbesök baserat på data från endast de regioner som rapporterade in till väntetidsdatabasen 2019. Detta innebär att följande regioner är exkluderade från mätningen: Jämtland Härjedalen, Skåne, Västerbotten, Stockholm, Västra Götaland, Blekinge och Gävleborg. Underlaget är mindre än hälften av regionernas samlade primärvård, men SKR menar att den utveckling som beskrivs i diagrammen för 2019 är representativ.

En ny uppföljningsmodell för den specialiserade vården

En ny uppföljningsmodell har implementerats från oktober 2020 för inrapportering av data för den specialiserade vården till den nationella väntetidsdatabasen [13].

Inrapportering enligt både den nya och den gamla uppföljningsmodellen skedde parallellt oktober–december 2020, vilket möjliggör analyser baserade på den gamla modellen till och med december 2020. Data från januari 2021 har dock rapporterats enbart enligt den nya modellen, och för att resultaten ska vara historiskt jämförbara har SKR bidragit med aggregerad data som ska motsvara de medicinska verksamhetsområden (MVO) som ingick i den gamla modellen.

För att kunna bedöma att de skillnader som eventuellt framkommer mellan januari 2021 och januari 2020 inte beror på skillnader mellan modellernas innehåll och inrapporteringssätt har vi gjort rimlighetsbedömningar med andra nationella datakällor baserat på data för januari 2020 och januari 2021. I bilaga 3 beskrivs resultaten och slutsatserna från denna bedömning.

Analysperioder och jämförelseperioder för den specialiserade vården

Se tabell 1 för de analysperioder och jämförelseperioder som varit utgångspunkten för denna analys för att mäta effekterna av covid-19 i den specialiserade vården dels utifrån data från väntetidsdatabasen, dels utifrån det nationella kvalitetsregistret SPOR. Där veckor anges har gällt för analyser av data från kvalitetsregistret SPOR.

Tabell 1. Analysperioder under covid-19-pandemin och motsvarande jämförelseperioder vad gäller den specialiserade vården

Perioder	Analysperiod månad (vecka)	Jämförelseperiod månad (vecka)
Första vågen	1 mars–30 september 2020 eller vecka 10–40, 2020.	1 mars 2019–30 september 2019 eller vecka 10–39, 2019. Medelvärde mars–september 2017–2019.
Andra vågen	1 oktober 2020–januari 2021 eller vecka 41, 2020–vecka 4, 2021. 1 oktober 2020–31 december 2020 (när data för januari 2021 är osäkra).	1 oktober 2019–31 januari 2020 eller vecka 40, 2020–vecka 5, 2021. 1 oktober 2019–31 december 2019.
Hela perioden	1 mars 2020–31 januari 2021 eller vecka 10, 2020–vecka 4, 2021. 1 mars 2020–31 december 2020 (när data för januari 2021 är osäkra).	1 mars 2019–31 januari 2020 eller vecka 10, 2019–vecka 5, 2020. 1 mars 2019–31 december 2019.
Helår	Hela året 2020 eller vecka 1–53, 2020.	Hela året 2019 eller vecka 1–52, 2019. Medelvärde 2017–2019.

I bilaga 4 finns det dataunderlag som ligger till grund för resultaten och figurerna i rapporten, både för primärvården och den specialiserade vården. Bilaga 4 är en Excelfil som kan laddas ned separat i samband med att rapporten hämtas från Socialstyrelsens webbsida för publikationer.

Primärvårdens produktion ökade efter första vågen

Sammanfattat

- Vårdkontakterna i primärvården minskade med 9 procent i januari 2021 jämfört med januari 2020 och med 28 procent i april 2020 jämfört med medelvärde januari–februari 2020. Detta inkluderade dock inte digitala vårdkontakter med privata vårdgivare.
- Primärvårdskontakterna minskade relativt sett mest för äldre i april 2020 samt för barn och unga i januari 2021.
- Distansbesöken i primärvården ökade genomgående i mars–december 2020, och relativt sett mest för patienter 18–69 år samt patienter 70 år och äldre.

I januari 2021 rapporterades 1 916 385 primärvårdskontakter³ till väntetidsdatabasen, vilket motsvarar 91 procent av antalet vårdkontakter i januari 2020 (2 096 019) (figur 1).

Antalet rapporterade vårdkontakter till väntetidsdatabasen minskade som mest med 28 procent i april (1 489 920), jämfört med om produktionen hade varit densamma som medelvärde januari–februari 2020 (2 073 926) (figur 1).

Under perioden mars–maj rapporterades 19 procent färre vårdkontakter (-1 155 798) jämfört med medelvärde januari–februari 2020 (figur 1). Vid en normal säsongsvariation skulle antalet vårdkontakter per månad i mars–maj inte skilja sig särskilt från varandra, vilket de gör i denna jämförelse på grund av effekter av covid-19-utbrottet [12].⁴ Samtidigt visar de digitala besöken hos de privata vårdgivarna som rapporterar in till Region Sörmland⁵ en tydlig ökning. När dessa besök inkluderas i analysen⁶ blir skillnaden

³ Data inkluderar patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan.

⁴ SKR presenterar i sin rapport *Pandemin och hälso- och sjukvården* diagram som illustrerar säsongsvariationer för första besök/nybesök och återbesök baserat på data från endast de regioner som rapporterade in till väntetidsdatabasen 2019. Detta innebär att följande regioner är exkluderade från mätningen: Jämtland Härjedalen, Skåne, Västerbotten, Stockholm, Västra Götaland, Blekinge och Gävleborg. Underlaget är mindre än hälften av regionernas samlade primärvård, men SKR menar att den utveckling som beskrivs i diagrammen för 2019 är representativ.

⁵ Region Sörmland har avtal med flera privata digitala vårdgivare, där även invånare i övriga regioner kan söka vård. Region Sörmland hade vid tiden för datainsamlingen ännu inte rapporterat dessa distanskontakter till väntetidsdatabasen. Därför har dessa besök lagts till i figur 1.

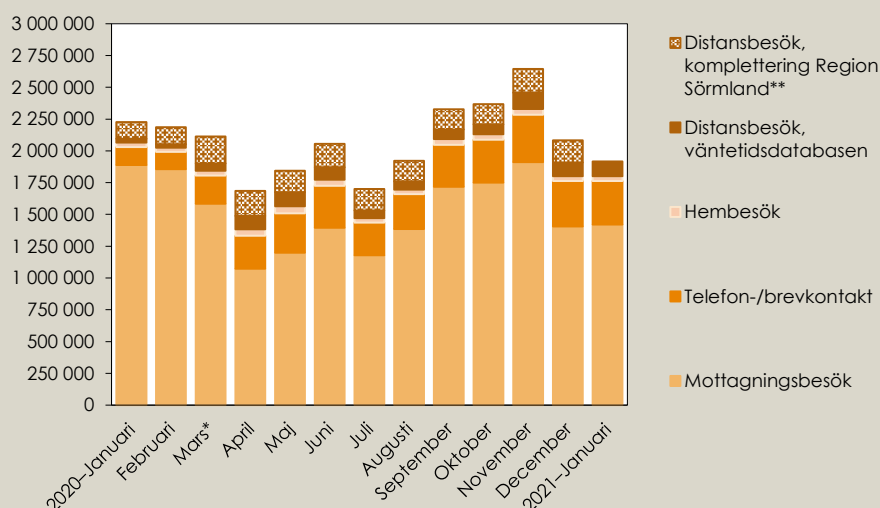
Följande tio privata vårdgivare har avtal med Region Sörmland (direkt med regionen när de äger sin vårdcentral eller genom underleverantörsavtal med privata vårdcentraler som har avtal med regionen) för att erbjuda digital vård till hela landet: Kry (från 1 mars 2019 – äger sin vårdcentral), Min Doktor (från 1 augusti 2019 – äger sin vårdcentral), Doktor.se (från 1 januari 2018 – äger sin vårdcentral), Doktor 24 (från 17 maj 2019), Accumbo (från 1 augusti 2019), Capio Go (från 4 maj 2020), Joint Academy (från 25 februari 2020), Mendly (från 1 december 2019), Pratamera.se (från 1 augusti 2019), och Vårdhjälpen (från 1 september 2020).

⁶ Eftersom de digitala vårdgivarna anslutit sig till Region Sörmland vid olika datum saknas jämförande uppgifter även för dessa för 2019. Därför begränsas jämförelsen till 2020. Tre vårdgivare är exkluderade för 2020 eftersom dessa inte

mars–maj 15 procent (-975 029) mindre än medelvärdet januari–februari 2020.

1. Vårdkontakter inom primärvården

Antal vårdkontakter i primärvården efter typ av kontakt, januari–december 2020 och januari 2021. Inklusive patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan.



* 10 mars: Hög risk för samhällssmitta enligt Folkhälsomyndigheten.

** Från januari 2021 redovisas inte några distansbesök från Region Sörmland eftersom några av de större vårdgivarna fakturerar direkt till patientens hemlän istället. Tre vårdgivare är exkluderade för år 2020 eftersom dessa inte rapporterade från början av perioden: Capio Go från maj (21 942 distansbesök), Joint Academy från februari (225 710 distansbesök) och Vårdhjälpn från november (98 distansbesök).

Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner samt kompletterande uppgifter från Region Sörmland avseende distansbesök hos digitala vårdgivare.

I juli 2020 var mottagningsbesöken färre än de tidigare månaderna, vilket följer de förväntade sommarvariationerna, trots att smittspridningen hade blivit lägre i samhället (figur 1). Denna effekt syns dock inte för distansbesöken som rapporterats in till Region Sörmland, där besöken i juli är något fler än i augusti.

I uppföljningen som redovisades i november 2020 konstaterade Socialstyrelsen att primärvårdsproduktionen tog fart från augusti 2020 (figur 1). I augusti som är en sommarmånad hade produktionen överstigit den i april–maj 2020, medan en eventuell sommareffekt skulle ha visat det motsatta förhållandet [12].⁷ Produktionen fortsatte sedan att öka i september–november 2020 med totalt 5–18 procent fler kontakter än medelvärdet januari och februari 2020.

I december sjönk produktionen åter med totalt 8 procent jämfört med medelvärdet januari–februari 2020. December är vanligtvis en kortare produktionsmånad, vilket även syns i denna jämförelse. Sammantaget följer mönstret i september–december 2020 det säsongsmönster som återfinns för primärvårdens vårdkontakter 2019 [12].⁴

rapporterade från början av perioden: Capio Go från maj (21 942 distansbesök), Joint Academy från februari (225 710 distansbesök) och Vårdhjälpn från november (98 distansbesök).

⁷ Gäller för återbesöken som stod för 62 procent av primärvårdkontakterna i januari–februari 2020.

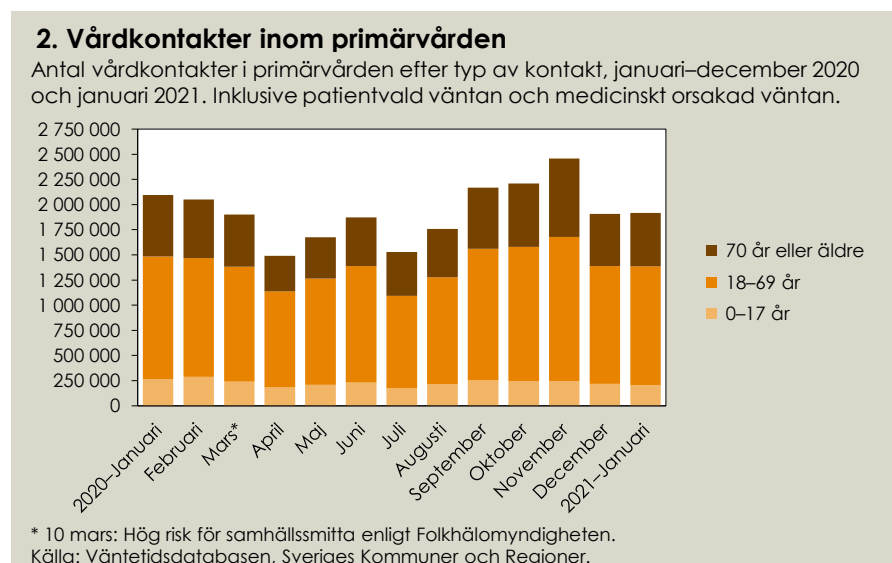
Mot bakgrund av att resultaten inte kan jämföras med den totala produktionen i riket för motsvarande månader 2019 (se metodavsnittet) är det svårt att bedöma hur stor effekten av covid-19-pandemin har varit på produktionen, framför allt vad gäller september–december 2020.

Det kan antas att resultaten visar en effekt av den andra vågen av covid-19, eftersom det finns totalt 9 procents (-179 634) skillnad mellan genomförda vårdkontakter i januari 2021 jämfört med januari 2020. I beräkningen för januari 2021 har vi dock inte haft möjlighet att inkludera distansbesöken från privata vårdgivare anslutna till Region Sörmland,⁸ men skillnaden skulle bli 6 procent (-134 960), om antagandet vore att antalet distansbesök efterliknar antalet i december 2020.

Förmodligen finns det även andra sökalternativ eller vårdkontakter inom primärvården som inte täcks av väntetidsdatabasen, till exempel kontakter med Vårdguiden 1177 [14] som kan erbjuda patienterna bland annat rådgivning, vilket återges också i senare avsnitt om regionernas utblick. Även en minskad säsongsinfluensa och vinterkräksjuka bedöms påverka sökmönstret till primärvården, speciellt hos barn, och har effekt på antal besök i primärvården [15]. Detta återspeglas i avsnitt nedan om effekterna för olika åldersgrupper.

Relativt sett minskade besöken mest för äldre i april 2020 samt för barn och unga i januari 2021

I januari 2020 genomfördes 2 096 019 vårdkontakter (figur 2, bilaga 4). Av dessa gjordes 58 procent (1 216 406) av patienter 18–69 år, 29 procent (612 620) av patienter 70 år och äldre och 13 procent (266 993) av patienter 0–17 år.



⁸ Från januari 2021 redovisas inte några distansbesök från Region Sörmland eftersom några av de större vårdgivarna i stället fakturerar direkt till patientens hemregion. Därför saknar Region Sörmland samlad information om dessa.

I januari 2021 hade andelen genomförda vårdkontakter minskat med 23 procent (-62 236) för gruppen 0–17 år, med 3 procent (-34 241) för gruppen 18–69 år och med 14 procent (-83 157) för gruppen 70 år och äldre, jämfört med januari 2020.

I april 2020 hade vårdkontakterna minskat med 34 procent (-93 317) för gruppen 0–17 år, med 20 procent (-243 442) för gruppen 18–69 år och med 41 procent (-247 248) för gruppen 70 år och äldre, jämfört med medelvärdet januari–februari 2020 (figur 2).

Distansbesöken har fortsatt att öka

Som förväntat är det enligt inrapporterad data till väntetidsdatabasen främst mottagningsbesöken som har minskat, med 25 procent (-468 932), medan distansbesök⁹ har ökat med 278 procent (+85 579), brev- och telefonkontakter har ökat med 144 procent (+201 629), och hembesök har ökat med 6 procent (+2 090) i januari 2021 jämfört med januari 2020 (figur 1).

Ökningen av distansbesöken var 277 procent (+7 377) för patienter 0–17 år, 279 procent (+68 086) för patienter 18–69 år och 278 procent (+10 116) för patienter 70 år och äldre i januari 2021 jämfört med januari 2020 (bilaga 4).

Distansbesöken ökade genomgående redan i mars–december 2020 och relativt sett mest för patienter 18–69 år samt patienter 70 år och äldre. Som nämnts tidigare ökade även distansbesök hos privata vårdgivare som är anslutna till Region Sörmland i mars–december 2020 för samtliga åldersgrupper, med undantag för åldersgruppen 0–17 år som i juli–december 2020 hade färre distansbesök jämfört med i januari och februari 2020 (bilaga 4).

Mottagningsbesöken minskade som mest i april med 43 procent (-801 345), men ökade framför allt i september–oktober och översteg i november medelvärdet januari–februari 2020 med 2 procent (+39 134) fler besök (figur 1). I december 2020 minskade mottagningsbesöken igen, med 25 procent (-467 512), jämfört med medelvärdet januari–februari 2020.

I mars–augusti 2020 minskade antalet mottagningsbesök relativt sett mer för patienter 70 år och äldre än för övriga åldersgrupper, men i september–december 2020 förändrades det så att antalet mottagningsbesök relativt sett minskade mer för patienter 0–17 år än för övriga grupper, jämfört med medelvärdet januari–februari 2020 (bilaga 4). I januari 2021 skedde en minskning i samtliga åldersgrupper men något mer för patienter 0–17 år, jämfört med januari 2020.

Hembesöken ökade för patienter 18–69 år och patienter 70 år och äldre, men minskade för patienter 0–17 år i mars–december 2020 jämfört med medelvärdet januari–februari 2020 samt i januari 2021 jämfört med januari 2020 (bilaga 4).

Alla regioner förutom en har rapporterat in data för hembesök till väntetidsdatabasen. I denna region genomförs hembesök, men dessa rapporteras inte eftersom det inte är obligatoriskt att rapportera hembesök och regionen har valt att avgränsa rapporteringen i detta fall. En av regionerna har rapporterat in endast ett fåtal hembesök per månad.

⁹ Distansbesök i detta avsnitt, även för åldersgrupperna, gäller endast inrapporterad data till väntetidsdatabasen om inget annat nämns. En mindre region har inte rapporterat in några distansbesök till väntetidsdatabasen (bilaga 4).

Folkhälsomyndigheten, och även Region Stockholm, har tidigare publicerat att hembesöken i barnhälsovården har minskat [15–16]. Totalt sett uppvisade Region Stockholm däremot fler antal hembesök mars–december 2020 jämfört med januari och februari 2020 (bilaga 4). I vilken mån dessa vårdkontakter gjorts inom ramen för primärvården och därför bidragit till resultaten för gruppen 0–17 år har dock inte undersökts närmare i data från väntetidsdatabasen.

Återbesöken har ökat mer än nybesöken

De primärvårdskontakter¹⁰ som inrapporteras till väntetidsdatabasen inkluderar både *nybesök*, det vill säga vårdkontakt för ett nytt hälsoproblem som ingår i vårdgarantin, och *återbesök*, det vill säga vårdkontakt för en patient med ett känt hälsoproblem där detta inte ingår i vårdgarantin. Utifrån informationen i väntetidsdatabasen går det däremot inte att identifiera antalet unika patienter; en enskild patient kan alltså ha en eller flera vårdkontakter.

Återbesöken utgjorde 62 procent av 2 096 019 inrapporterade vårdkontakter i januari 2020 och 66 procent av 1 916 385 inrapporterade vårdkontakter i januari 2021 (bilaga 4).

I januari 2021 var det 20 procent färre nybesök (684 241 jämfört med 806 402 i januari 2020) och 2 procent färre återbesök (1 268 144 jämfört med 1 289 617 i januari 2020).

Återbesöken stod för den främsta ökningen (+ 9–31 procent) av primärvårdskontakterna i september–november 2020, medan nybesöken landade på 2–3 procent färre vårdkontakter jämfört med medelvärdet januari–februari 2020 (figur 2 och bilaga 4). Mönstret för återbesöken september–december 2020 följer det säsongsmonster som återfinns för primärvårdens vårdkontakter 2019 [12].⁴ Sett i ljuset av den markanta minskningen på 38 procent i april 2020 för nybesök ska detta ses som en god väg mot återhämtning av antalet vårdkontakter i primärvården.

Av den följande minskningen i december 2020 stod nybesöken för 17 procent och återbesök för endast 2 procent, jämfört med medelvärdet januari–februari 2020 (figur 2 och bilaga 4).

Siffrorna ovan beskriver att återhämtningen av vårdkontakterna från september 2020 gäller främst återbesöken. En förklaring kan vara att det är enklare att utföra vissa återbesök digitalt, vilket kan speglas av att förändringen av antalet återbesök samvarierar med ökningen av digitala besök (bilaga 4).

Nybesök har generellt påverkats mer av covid-19-pandemin än återbesök, med undantag för sommarmånaderna juni–augusti 2020 som för återbesöken dock följer säsongsmonstret [12]. Delvis kan denna påverkan bero på att nybesök oftare kräver ett fysiskt besök, vilket återspeglas i att förändringen av antalet nybesök samvarierar med förändringen av antalet mottagningsbesök mars–december 2020 jämfört med medelvärdet januari–februari 2020 samt januari 2021 jämfört med januari 2020 (bilaga 4).

¹⁰ För primärvården rapporteras följande besökstyper till väntetidsdatabasen sedan 2019: nybesök som täcks av vårdgarantin samt återbesök som inte täcks av vårdgarantin. Dessa besökstyper kan ske på mottagning, via distansbesök, via hembesök eller per telefon eller brev.

Patientbesök för fem kroniska diagnoser skiljer sig något från övriga vårdkontakter

I väntetidsdatabasen finns information om diagnoser men det går inte att avgöra vilken diagnos som en specifik vårdkontakt gäller, eftersom ingen huvuddiagnos kan identifieras via väntetidsdatabasen och flera diagnoser kan anges för samma vårdkontakt.

I uppföljningen från november 2020 följde Socialstyrelsen fem kroniska sjukdomsgrupper som kan vara aktuella för nybesök men som också kan antas ha ett större behov av återbesök i primärvården [4]. Dessa sjukdomsgrupper är astma, lungsjukdomar, diabetes, hjärt-kärlsjukdomar och högt blodtryck.^{11, 12}

Flera av dessa sjukdomsgrupper tillhör också riskgrupper som identifierats kunna få svårare sjukdom vid covid-19. Förmodligen upplever personer som tillhör riskgrupper särskilt stor anledningen att undvika vårdbesök för att inte bli smittade av covid-19 [17].

Utvecklingen av vårdkontakter med dessa fem sjukdomsgrupper visar i stort sett ett liknande mönster som utvecklingen av det totala antalet vårdkontakter som rapporterats in till väntetidsdatabasen för primärvården i januari 2020–januari 2021 (figur 1 och bilaga 4)¹³.

Undantaget är att vårdkontakterna för dessa diagnoser minskade mer i juli 2020 jämfört med juli 2019, vilket är under sommarsäsongen då återbesöken generellt är färre (bilaga 4) [12]. En iakttagelse är att vårdkontakter med dessa fem sjukdomsdiagnoser inte verkar stå för besöksökningen i november 2020 (figur 1), vilket skulle kunna tyda på att återhämtningen vad gäller återbesök speciellt med en topp i november 2020 gäller mer för övriga vårdkontakter.

Socialstyrelsen har inte haft tillgång till data för diagnoserna i kombination med graden av nybesök eller återbesök för att studera detta närmare. Det bör även återigen påpekas, att eftersom det inte går att identifiera huvuddiagnosen via väntetidsdatabasen, kan man inte med säkerhet utgå från att vårdbesöket verkligen gällde just de specifika diagnoserna.

¹¹ Uppgift om diagnos fanns för 68–73 procent av antalet inrapporterade vårdkontakter för primärvården januari 2020–januari 2021.

¹² Högt blodtryck säredovisas här från andra hjärt-kärlsjukdomar eftersom det är en stor sjukdomsgrupp i primärvården. Sjukdomsgrupperna har valts ut utifrån följande ICD-koder: diabetes: E10–E14; hjärt-kärlsjukdom: I20–I25, I48, I50, I61, I63, I65, I649, I691, I693, I694, I698 och I70; högt blodtryck: I10–I15; lungsjukdom: J40–J44, J47, J60–J67, J684, J701, J703, J961 och E840; astma: J45–J46.

¹³ Mönstret för vårdkontakterna januari–december 2020 baseras på en jämförelse med medelvärdet januari–februari 2020. Detta innebär att det blir det svårt att ta hänsyn till säsongsvariationer i analysen av produktionseffekterna (se metodavsnittet).

Den specialiserade vårdens produktion har varierat

Sammanfattat

- Under perioden mars 2020–januari 2021 minskade den totala operationsproduktionen, oavsett om den ingår i vårdgarantin eller inte, med 22 procent jämfört med motsvarande period 2019–2020. De planerade operationerna har minskat mer än de akuta.
- Totalt sett genomfördes 30 procent färre planerade operationer, oavsett om de ingår i vårdgarantin eller inte, perioden mars 2020–januari 2021 jämfört med motsvarande period 2019–2020.
- Den totala minskningen var 14 procent av genomförda första besök och 21 procent för genomförda operationer och åtgärder inom vårdgarantin i mars 2020–december 2020 jämfört med mars–december 2019.
- Minskningen av besök och behandlingar var större under den första vågen än under den andra vågen.
- De största minskningarna i antalet första besök inom vårdgarantin skedde inom öron-näsa-halssjukvård, ortopedi samt barn- och ungdomsmedicin.
- De största minskningarna i antalet operationer och åtgärder inom vårdgarantin skedde inom ortopedi, allmän kirurgi och ögonsjukvård.
- Besöken minskade relativt sett mer för äldre samt för barn och unga under mars–december 2020 jämfört med mars–december 2019. Störst minskning gällde för höftleds- och låroperationer hos äldre samt tonsilloperationer hos barn och unga.

Under pandemiperioden mars 2020–januari 2021 var den totala minskningen 14 procent (-290 414) för genomförda **första besök** i den specialiserade vården inom vårdgarantin, jämfört med mars 2019–januari 2021 (figur 3).

Även i mars 2020–december 2020 var den totala minskningen 14 procent (-250 107) för genomförda **första besök** och 21 procent (-115 482) för genomförda **operationer och åtgärder** i den specialiserade vården inom vårdgarantin, jämfört med mars–december 2019 (figur 3).

I bilaga 3 beskrivs resultatet och slutsatserna av den rimlighetsbedömning som gjorts med anledning av den nya modellen för den specialiserade vårdens inrapportering till väntetidsdatabasen sedan januari 2021.

För genomförda **operationer och åtgärder** i den specialiserade vården är bedömningen att jämförelser mellan januari 2021 och januari 2020 inte kan göras; därför redovisas här analyser för dessa till och med december 2020. I

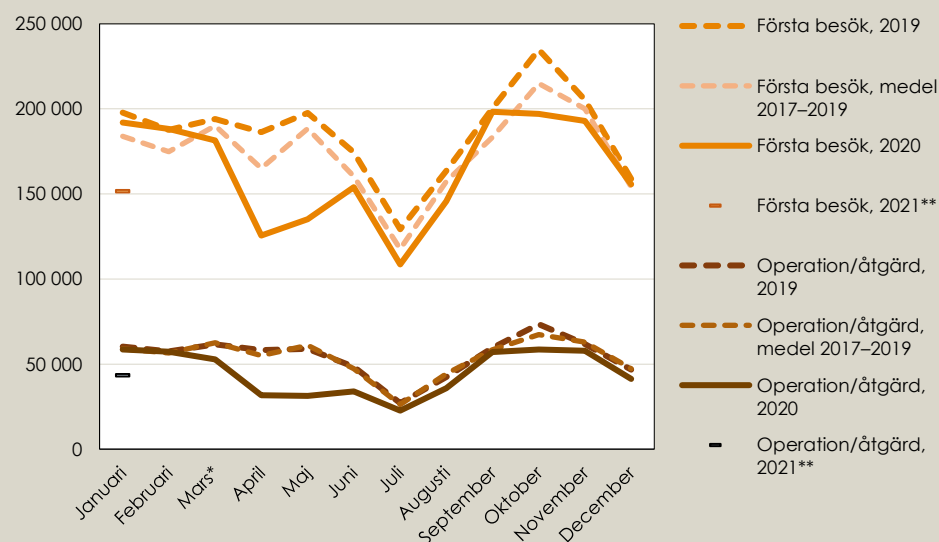
figur 3, och i några ytterligare figurer, förekommer data för januari 2021 vad gäller operationer och åtgärder, som en illustration av själva perspektivet.

I dialog med SKR har vi däremot bedömt att jämförelser vad gäller genomförda **första besök** kan göras på nationell nivå (bilaga 3). Förutom rimlighetsbedömningen med hjälp av data från patientregistret stärks denna slutsats dels av att inrapporteringen av besöksdata följer ett enklare system, dels av att den sker mer i likhet med det gamla systemet. Dock utesluter inte rimlighetsbedömningen att den nya modellen kan påverka jämförbarheten för analyser på djupare nivåer, till exempel vad gäller regioner, specialiteter, vårdutbud, ålder och kön.

Som nämnts i metodavsnittet blev bedömningen att använda 2019 som jämförelseår. Vad gäller data inrapporterade till väntetidsdatabasen för första besök är det tydligt att produktionen 2019 var högre per månad än medelvärdet 2017–2019 (figur 3), vilket påverkar resultaten beroende på vilket **jämförelseår** som används (se metodavsnittet och bilaga 2). För operationer och åtgärder blir skillnaderna förhållandevis marginella mellan jämförelseåren, eftersom nivåerna för åren ligger mycket närmare varandra per månad (figur 3). I figur 3, och i några ytterligare figurer, förekommer data för medelvärdet 2017–2019 som en illustration av själva perspektivet.

3. Besök samt operationer och åtgärder i specialiserad vård

Antal genomförda första besök respektive operationer och andra åtgärder som omfattas av vårdgarantin inom specialiserad vård. Inklusive patientvald väntan, medicinskt orsakad väntan och särskilt orsakad väntan.



* 10 mars 2020: Hög risk för samhällssmitta enligt Folkhälsomyndigheten.

** Sedan januari 2021 registreras data enligt ny modell för den specialiserade vården. Värden i figuren inkluderar endast de medicinska verksamhetsområden som finns i den gamla modellen. Data för genomförda operationer och åtgärder kan inte jämföras med den gamla modellen, se närmare metodavsnittet och bilaga 3 i rapporten.

Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

För **besök** skedde den största relativa minskningen 2020 i april (-33 procent, -60 745) medan den största minskningen i antal skedde i maj (-32 procent, -62 419), jämfört med motsvarande månader 2019. För **operationer och**

åtgärder skedde störst minskning både relativt och antalsmässigt i maj (-47 procent, -27 671), jämfört med maj 2019.

I december 2020 var antalet genomförda **första besök** 2 procent lägre (-3 191) och antalet genomförda **operationer och åtgärder** 12 procent lägre (-5 453) jämfört med december 2019. I januari 2021 var antalet genomförda **första besök** 21 procent lägre (-40 307) jämfört med januari 2020.

Vårdgarantins besök, operationer och åtgärder minskade mer under den första vågen

Antalet genomförda **första besök** inom vårdgarantin var färre under den första vågen mars–september 2020 (-16 procent, -196 654) än under den andra vågen oktober 2020–januari 2021 (-12 procent, -93 760), eller oktober–december 2020 (-9 procent, -53 453), jämfört med motsvarande perioder 2019–2020 (figur 3).

Även antalet genomförda **operationer och åtgärder** inom vårdgarantin var färre under den första vågen (-26 procent, -91 218) än under den andra vågen oktober–december 2020 (-13 procent, -24 264), jämfört med motsvarande perioder 2019–2020 (figur 3).

Flest besök har minskat inom öron-näsa-halssjukvård och ortopedi

De vanligaste första besöken inom vårdgarantin i den specialiserade vården 2019 var inom kvinnosjukvård (14 procent), ögonsjukvård (14 procent), ortopedi (13 procent), hudsjukvård (12 procent), öron-näsa-halssjukvård (12 procent) och allmän kirurgi (7 procent) (bilaga 4).¹⁴

Under perioden mars 2020–december 2020 har samtliga specialiteter genomfört färre besök jämfört med motsvarande period 2019–2020 (bilaga 4). De största minskningarna i antalet besök skedde inom öron-näsa-halssjukvård (-21 procent, -47 179), ortopedi (-16 procent, -38 051) samt barn- och ungdomsmedicin (-20 procent, -21 910). Den största relativa minskningen skedde inom allergisjukvård (-37 procent, -3 296), följt av plastikkirurgi (-33 procent, -3 151) och hematologi (-33 procent, -2 739).

Under den första vågen hade samtliga områden minskat sin produktion jämfört med motsvarande månader 2019 (bilaga 4). Störst minskning skedde inom allergisjukvård (-38 procent, -2 329) och plastikkirurgi (-38 procent, -32 467) och lägst minskning skedde inom neurologi (-0,5 procent, -92).

Under den andra vågen hade samtliga områden förutom neurokirurgi (+6 procent, +73), minskat sin produktion jämfört med motsvarande period 2019 (bilaga 4). Störst relativ minskning skedde inom allergisjukvård (-34 procent, -3 296) och lägst relativ minskning skedde inom kärlkirurgi (-0,2 procent, -7). Sammantaget var minskningen vad gäller antalet genomförda första besök inom vårdgarantin större under den första vågen än under den andra vågen.

¹⁴ Enligt data som inrapporterats till den nationella väntetidsdatabasen 2019.

Besöken minskade relativt sett mer för äldre samt för barn och unga

Under mars–december 2020¹⁵ har vårdgarantins genomförda första besök i den specialiserade vården minskat mer för patienter 70 år och äldre (-20 procent, -71 456) samt för åldersgruppen 0–17 år (-18 procent, -40 052), än för patienter 18–69 år (-12 procent, -744 671), jämfört med mars–december 2019 (bilaga 4).

I avsnittet ovan beskrevs minskning av antalet besök inom barn- och ungdomsmedicin¹⁶, men även inom öron-näsa-halssjukvård och allergisjukvård, som är specialiteter där barn och unga sannolikt konsumerar mycket vård.

Socialstyrelsen har tidigare presenterat att vårdbesök inom somatisk specialiserad öppenvård, somatiska akutmottagningar, somatisk slutenvård samt psykiatrisk barn- och ungdomsvård minskade under och efter första covid-19-vågen för alla patientgrupper men i något varierande utsträckning [18].¹⁷

Inom barn- och ungdomspsykiatri är regionernas mål att patienten ska få en bedömning eller en åtgärd inom 30 dagar i stället för inom vårdgarantins 90 dagar. Vi kommer att våren 2021 presentera produktion, köer och väntetider specifikt för barn- och ungdomspsykiatri före och under covid-19-pandemin till och med december 2020.

Återhämtningen av operationsantalet påverkades av den andra vågen

Figur 4 visar den totala operationsproduktionen¹⁸ oavsett om operationen täcktes av vårdgarantin eller inte, per vecka 2020, 2019 och vecka 1–5 2021.

Efter den första vågens produktionsminskning våren 2020 skedde en stegvis återhämtning av operationskapaciteten under sensommaren och hösten fram till och med vecka 45 (2–8 november), men återhämtningen kom att påverkas igen under den andra vågen (figur 4).¹⁹

Den totala produktionen dalade som mest vecka 16 (13–19 april) under den första vågen samt under sensommarveckan 31 (27 augusti–2 september) 2020 (figur 4). I likhet med säsongsmönstret för 2019 började produktionen att öka igen från vecka 33 och planade från vecka 40, 2020 som är slutet på

¹⁵ På grund av risken för att förändringar i den nya modellen för specialiserad vård påverkar åldersgruppering har januari 2021 exkluderats från mätningen (se metodavsnittet och bilaga 3).

¹⁶ Korrespondens 2021-05-08 med Jonas F. Ludvigsson, professor och barnläkare, som utfört en enkätstudie bland verksamhetschefer inom barnmedicin i februari 2021: Totalt 33 verksamhetschefer hade svarat på studien och alla hade uppgett att den planerade verksamheten hade påverkats av den pågående covid-19-pandemin.

¹⁷ Baserat på data från det nationella patientregistret som innehåller även återbesök som inte ingår i vårdgarantin.

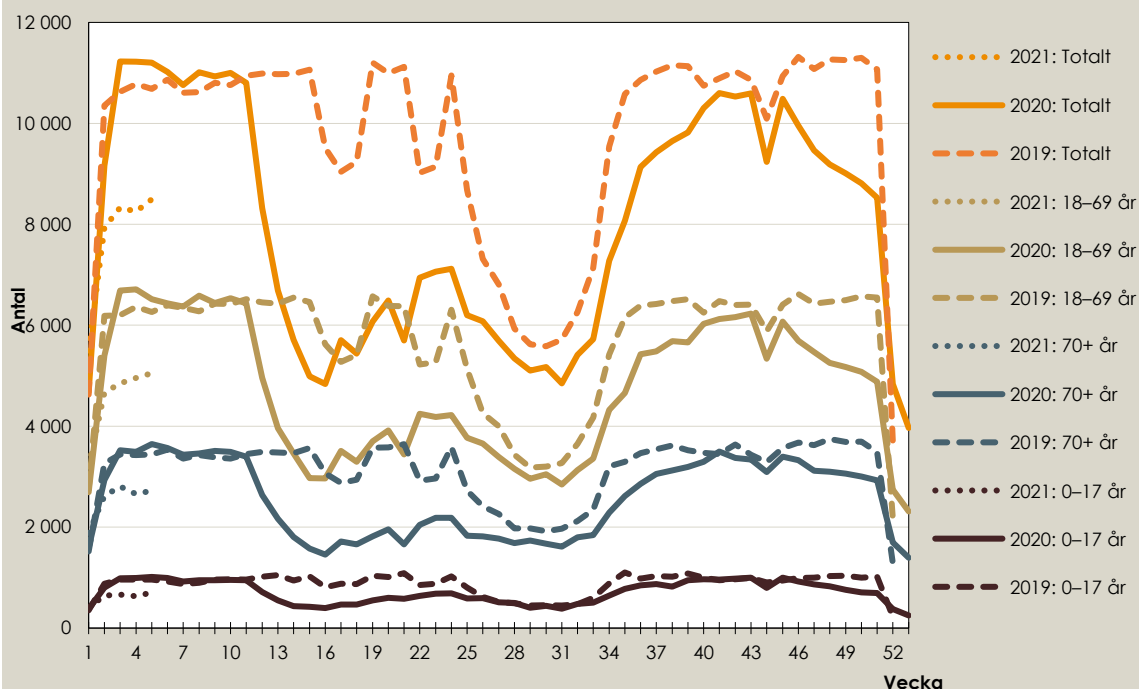
¹⁸ Den totala operationsproduktionen består av både akuta operationer och planerade operationer oavsett vårdgarantin. Väntetidsdatabasen inkluderar planerade operationer och andra slags åtgärder, till exempel utprovning av hörrapparat, som ingår i vårdgarantin. Data för akuta och planerade operationer är hämtade från det nationella kvalitetsregistret SPOR. Givet SPOR:s antaganden om ett drygt nittiototal sjukvårdsinrättningar med kirurgisk verksamhet i Sverige 2019, uppnådde SPOR en täckningsgrad på över 98 procent för helåret 2019 [19].

¹⁹ Veckorna 25–31, 44 och 53, 2020 påverkas mer eftersom dessa veckor är sommar- respektive lov/helgveckor. Denna effekt sker även 2019 för sommarveckorna 25–31, höstlovsveckan 44 och helgveckan 52, om än i något mindre omfattning.

den första vågen i denna analys. Under den andra vågen i denna analys, det vill säga vecka 41, 2020 till vecka 4, 2021 har inte produktionen kunnat återhämta sig igen.

4. Antal genomförda operationer totalt (planerade och akuta) i riket *

Vecka 1–52 2019, vecka 1–53 2020 samt vecka 1–5 2021. För alla åldersgrupper tillsammans samt fördelat på 0–17 år, 18–69 år och 70 år och äldre.



* Exklusive regionerna Jämtland Härjedalen, Blekinge och Gotland som inte rapporterat till SPOR för hela eller delar av de redovisade perioderna

Källa: Nationella kvalitetsregistret Svenskt perioperativ register (SPOR).

Minskningen av antalet operationer var relativt jämn mellan olika åldersgrupper

Under 2020 genomfördes totalt 422 513 operationer i Sverige oavsett om de täcktes av vårdgarantin eller inte, vilket är en minskning med 16 procent (-82 199) jämfört med 2019 (504 712 operationer) (tabell 2 och figur 4).

För perioden mars 2020–januari 2021 minskade den totala produktionen för hela befolkningen med 22 procent (-100 897) jämfört med motsvarande period 2019–2020 (tabell 2 och figur 4).

Under den första vågen mars–september 2020 minskade antalet genomförda operationer med 23 procent (-63 149) jämfört med motsvarande period 2019. Under den andra vågen oktober 2020–januari 2021 minskade antalet genomförda operationer med 21 procent (-37 748) jämfört med motsvarande period 2019 (tabell 2 och figur 4).

Under perioden mars 2020–januari 2021 genomfördes totalt 23 procent färre (-9 737) operationer i åldersgruppen 0–17 år, jämfört med motsvarande period 2019–2020. I åldersgruppen 70 år och äldre minskade andelen

operationer med 22 procent (-33 309) och för åldersgruppen 18–69 år var minskningen 21 procent (-57 498) (tabell 2 och figur 4).

Störst skillnad mellan den första och den andra vågens effekter på den relativa förändringen syns för åldersgruppen 70 år och äldre – 25 procent respektive 18 procent. För åldersgrupperna 0–17 år och 18–69 år var däremot skillnaden mellan den första och den andra vågens effekter på den relativa förändringen mycket marginell (tabell 2 och figur 4).

År 2020 skedde den största absoluta minskningen av antalet genomförda operationer i åldersgruppen 18–69 år (-46 530) jämfört med 2019, vilket motsvarar en relativ minskning med 16 procent. I åldersgruppen 70 år och äldre minskade andelen genomförda operationer med 17 procent (-27 730), och samma minskning gällde för åldersgruppen 0–17 år (-17 procent (-7 688) (tabell 2 och figur 4).

För jämförelser mellan januari 2021 och januari 2020 samt mellan april 2020 och april 2019, se bilaga 4.

Tabell 2. Totalt antal genomförda operationer (planerade och akuta) i riket

Analys- och jämförelseperiod*	Åldersgrupp				Totalt
Jämförelse helår 2020 med 2019	0–17 år	18–69 år	70+	Ålder saknas	Totalt
Antal 2019	45 178	295 226	163 136	1 172	504 712
Antal 2020	37 490	248 696	135 406	921	422 513
Differens	-7 688	-46 530	-27 730	-251	-82 199
Procentuell förändring 2020	-17 %	-16 %	-17 %	-21 %	-16 %
Jämförelse den första vågen mars–september 2020 med mars–september 2019					
Antal jämförelseperiod 1	25 364	162 936	90 306	670	279 276
Antal den första vågen	19 371	128 353	67 926	477	216 127
Differens	-5 993	-34 583	-22 380	-193	-63 149
Procentuell förändring	-24 %	-21 %	-25 %	-29 %	-23 %
Jämförelse den andra vågen oktober 2020–januari 2021 med oktober 2019–januari 2020					
Antal jämförelseperiod 2	16 219	107 091	59 212	431	182 953
Antal den andra vågen	12 475	84 176	48 283	271	145 205
Differens	-3 744	-22 915	-10 929	-160	-37 748
Procentuell förändring	-23 %	-21 %	-18 %	-37 %	-21 %
Jämförelse perioden mars 2020–januari 2021 med mars 2019–januari 2020					
Antal jämförelseperiod 3	41 583	270 027	149 518	1 101	462 229
Antal hela perioden	31 846	212 529	116 209	748	361 332
Differens	-9 737	-57 498	-33 309	-353	-100 897
Procentuell förändring	-23 %	-21 %	-22 %	-32 %	-22 %

* Se metodavsnittet för ingående veckor per period.

Datakälla: Det nationella kvalitetsregistret Svenskt perioperativt register (SPOR). Exklusive regionerna Jämtland Härjedalen, Blekinge och Gotland som inte rapporterat till SPOR för hela eller delar av de redovisade perioderna.

De planerade operationerna har minskat mer än de akuta

De planerade operationerna utgör ca 70 procent av alla operationer (bilaga 4). År 2019 genomfördes totalt 350 630 planerade operationer, oavsett om de täcktes av vårdgarantin eller inte.²⁰

De planerade operationerna stod för den huvudsakliga minskningen av operationerna; de akuta hade minskat med 1 procent (-1 740), medan de planerade var 30 procent (-97 116)²¹ färre under perioden mars 2020–januari 2021 jämfört med motsvarande period 2019–2020 (bilaga 4)²².

Uppdelat per åldersgrupp innebar minskningen 34 procent (-9 591) för gruppen 0–17 år, 30 procent (-55 940) för patienter 18–69 år, och 31 procent (-31 485) för personer 70 år och äldre. Genomgående för alla åldersgrupper var minskningen som störst under första vågen (figur 4 och bilaga 4).

Störst minskning för tonsilloperationer hos barn och unga samt för höftleds- och låroperationer hos äldre

De flesta planerade operationerna 2019 ingick inom området rörelseapparaten (23 procent, 82 502) samt mag-tarmkanalen och därtill hörande organ (14 procent, 48 603) (bilaga 4).

Den största absoluta minskningen skedde inom området **rörelseapparaten** (-39 procent, -28 813) och den största relativa minskningen utgjordes av planerade operationstyper inom området **öron-näsa-hals och struphuvud** (-45 procent, -1 667), under perioden mars 2020–januari 2021 jämfört med motsvarande period 2019–2020 (figur 5 och bilaga 4).²³

Vad gäller specifika operationstyper fanns största minskningen totalt sett för operationer av knän och underben (-42 procent, -9 044), medan den största relativa minskningen gällde reoperationer i mag-tarmkanalen och därtill hörande organ (-63 procent, -20), mars–januari 2021 jämfört med mars 2019–januari 2020 (bilaga 4).

För åldersgruppen **0–17 år** sågs störst påverkan vad gäller planerade operationer i antalet operationer av tonsiller och adenoider²⁴ (-48 procent, -3 026) samt operationer av trumhinnor och mellanöron (-56 procent, -1 231). För gruppen **18–69 år** minskade antalet mest vad gäller operationer av knän

²⁰ Data är hämtade från det nationella kvalitetsregistret SPOR. Exklusive Region Jämtland Härjedalen som ännu inte rapporterar till SPOR:s produktionsdatabas. Data för Region Gotland och Region Blekinge har exkluderats, eftersom de anslöt till SPOR först 2020.

²¹ I den totala minskningen av planerade operationer ingår även gruppen "ålder saknas" och som inte anges här.

²² Totalt för perioden mars 2020–januari 2021 producerades 222 918 operationer, jämfört med 320 034 operationer motsvarande period 2019–2020.

²³ Figur 5 visar förändringen av antal operationer och åtgärder för hela befolkningen och uppdelat per åldersgrupp samt per operationskodgrupp för perioden 1 mars 2020–31 januari 2021 jämfört med motsvarande period 2019–2020. Första bokstaven anger första bokstaven i klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ-koden) till och med bokstaven H och är sorterad efter störst förändring i antal. Det finns totalt 21 operationskategorier; för att läsa den fullständiga tabellen över operationstyper, se bilaga 4.

²⁴ Adenoid = en samling lymfatisk vävnad i näs- och svalgrummets tak. Källa: <https://mesh.kib.ki.se/info/sa-anvander-du-svensk-mesh#heading-2>, hämtad den 2021-04-19.

och underben (-39 procent, -5 185) samt operationer på bukväggen, mesenterium, bukhinnan och bukhinnenätet (-37 procent, -3 813). För patienter **70 år och äldre** minskade flest antal operationer av höftleder och lår (-46 %, - 3 484) samt operationer av knän och underben (-52 %, -3 483).

För planerade operationer inom **rörelseapparaten** var främst påverkan i antal på operationer av knän och underben (-42 procent, -9 044) samt operationer av höftleder och lår (-43 procent, - 6 176) (figur 5 och bilaga 4). Åldersgruppen 18–69 år hade flest antal operationer (64 procent, 47 609) jämfört med andra åldersgrupper mars 2019–januari 2020; i denna grupp minskade därför antalet operationer inom rörelseapparaten mest (-37 procent, -17 479) mars 2020–januari 2020. För gruppen 18–69 år minskade antalet operationer av knän och underben mest (-39 procent, -5 185).

Inom rörelseapparaten skedde den största relativa förändringen i åldersgruppen 70 år och äldre (-46 procent, - 10 096), med störst påverkan på antal operationer på höftleder och lår (-46 procent, - 3 484). Gruppen 0–17 år påverkades mindre än övriga åldersgrupper (-24 procent, -1 215), med störst påverkan på antal operationer av knän och underben (-28 procent, -364).

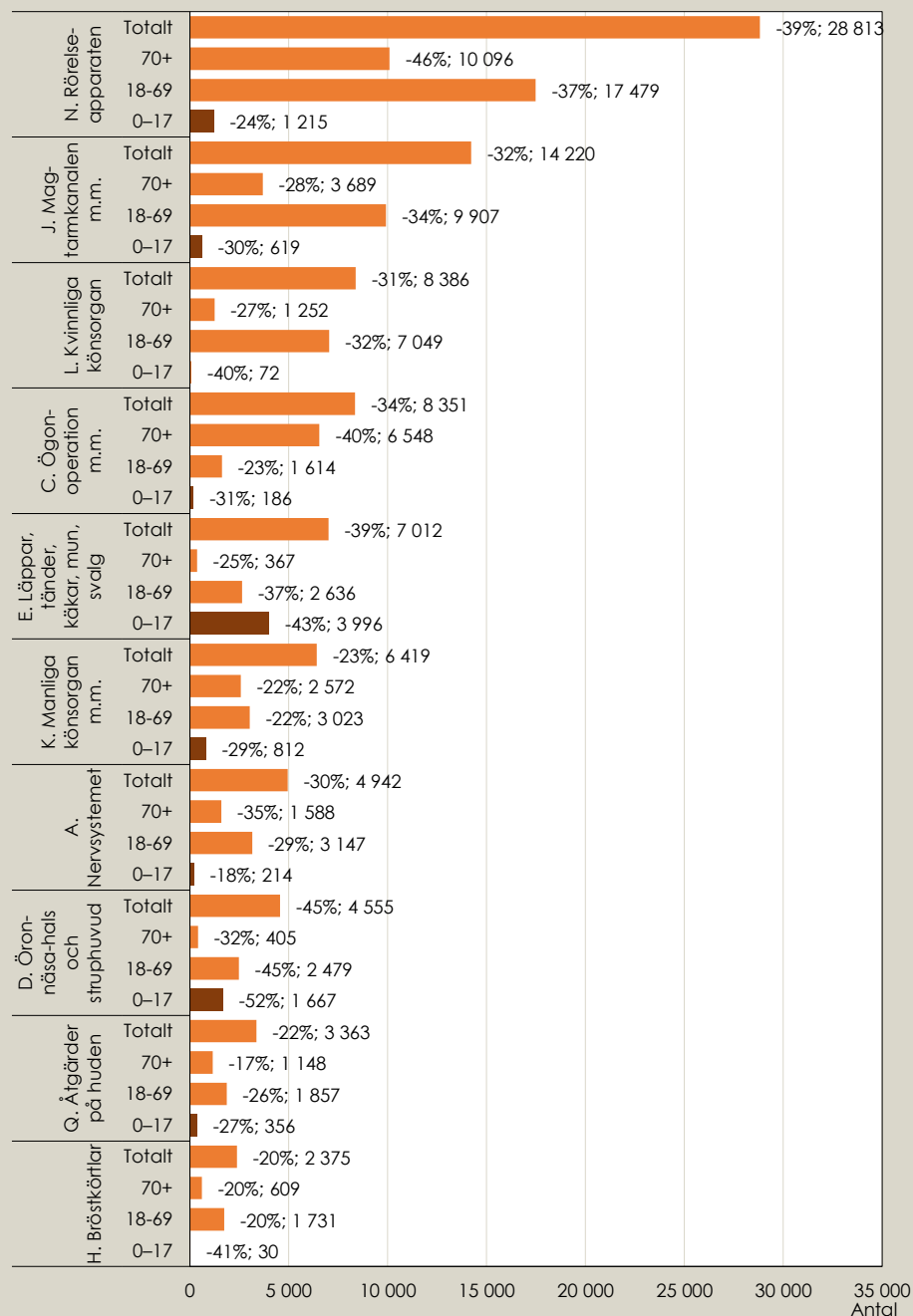
Inom området **öron-näsa-hals och struphuvud** fanns störst påverkan på operationer av trumhinnor och mellanöron (-56 procent, -1 657) och operationer av näsan, exklusive skiljeväggen (-42 procent, -635) (figur 5 och bilaga 4). Personer 70 år och äldre påverkade relativt sett minst (-32 procent, -405) jämfört med övriga åldersgrupper. Åldersgruppen 0–17 år påverkades relativt sett mest (-52 procent, - 1 667), både totalt sett och jämfört med övriga åldersgrupper. Den största påverkan inom området för gruppen 0–17 år gällde operationer av trumhinnor och mellanöron (-56 procent, -1 231) samt operationer av yttre öron (-61 procent, -207).

För åldersgruppen 0–17 år skedde den största absoluta minskningen i antalet planerade operationstyper inom området **läppar, tänder, käkar, mun och svalg** (-43 procent, -3 996), med störst påverkan vad gäller operationer av tonsiller och adenoider (-48 procent, -3 026) samt tandoperationer (-37 procent, -684) (figur 5). Dessa operationstyper påverkades mest även för åldersgruppen 18–69 år; för åldersgruppen 70 år och äldre var påverkan störst för operationer av tänder (-36 procent, -129) och spottkörtlar (-20 procent, -51).

De planerade operationstyper som påverkats är sådana som har fått anstå eftersom regionerna har gjort en medicinsk prioritering. Utfallet för de olika åldersgrupperna ser ut att bero på huruvida gruppen tillhör en riskgrupp eller inte, men det beror även på förekomsten av antal operationer per åldersgrupp, vilket i sin tur påverkas av att indikationerna för operationstyperna varierar mellan åldersgrupperna (se även kapitlet *Slutsatser och diskussion*).

5. Förändring av planerade operationer och åtgärder i riket*

Förändring av antal operationer och åtgärder för hela befolkningen per operationskodgrupp perioden 1 mars 2020–31 januari 2021 jämfört med motsvarande period 2019–2020. Första bokstav anger första bokstaven i klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ-koden). Här visas till och med tionde bokstaven enligt störst förändring**. Sorterat efter störst förändring i totalt antal. **Värde vid staplarna=Relativ förändring.**



*Exklusive: Exklusive regionerna Jämtland Härjedalen som ännu inte rapporterar till SPOR:s produktionsdatabas samt Gotland och Blekinge eftersom de anslöt till SPOR först 2020.

** Det finns totalt 21 operationskategorier, för att läsa den fullständiga tabellen över operationstyper se bilaga 4.

Källa: Nationella kvalitetsregistret Svenskt perioperativ register (SPOR).

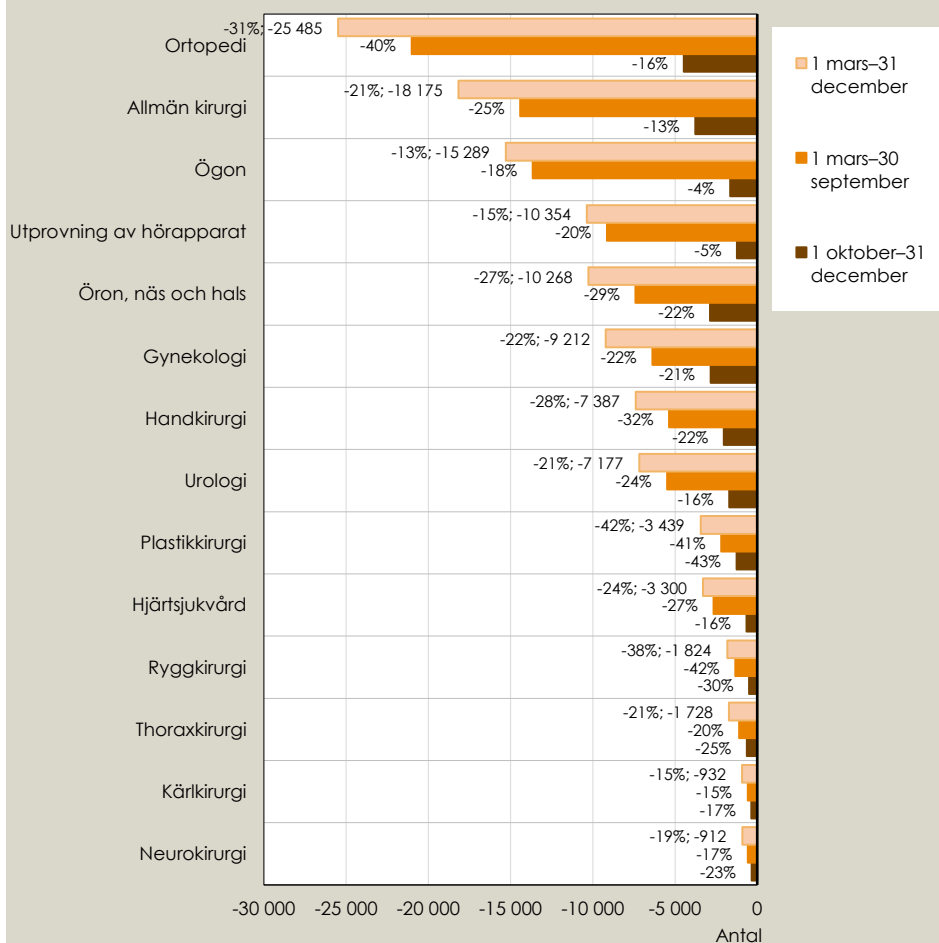
Operationer inom ortopedi, allmän kirurgi och ögonsjukvård minskade mest

Under perioden mars–december 2020 minskade antalet genomförda operationer och åtgärder som omfattas av vårdgarantin inom specialiserad vård inom alla vårdutbud, jämfört med mars–december 2019 (figur 6).

De största minskningarna skedde inom ortopedi (-31 procent, - 25 485), allmän kirurgi (-21 procent, 18 175) och ögonsjukvård (-13 procent, - 15 289) (figur 6). Operationer av knän och underben samt av höftleder och lår hade minskat mest inom rörelseapparaten (se avsnittet ovan om planerade operationer). Operationer av knän och underben hade minskat mest i antal totalt sett också. Dessa är exempel på operationstyper som ingår i ortopediområdet som är det vårdutbud som inrapporteras till väntetidsdatabasen. Operationstyper som minskat mest i antal inom ögonsjukvård var operationer av linser eller näthinnor (bilaga 4).

6. Genomförda operationer och åtgärder efter vårdområde

Förändring av antal genomförda operationer och andra åtgärder som omfattas av vårdgarantin inom specialiserad vård under olika perioder 2020 jämfört med 2019 för motsvarande period. Sorterat efter störst absolut förändring för 1 mars–31 december. Inklusive patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan.



Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Den relativa minskningen var som störst för plastikkirurgi (-42 procent, 3 439), ryggkirurgi (-38 procent, -1 824) och ortopedi (-31 procent, - 25 485).

Produktionen av operationer och åtgärder inom vårdgarantin minskade för alla vårdutbud både inom den första och den andra vågen, men som belysts tidigare var den totala relativa minskningen större under den första vågen än under den andra vågen. Inom fyra områden var dock den relativa minskningen större under den andra vågen: neurokirurgi, kärlkirurgi, thoraxkirurgi och plastikkirurgi (figur 6).

Störst relativ skillnad mellan den första respektive den andra vågen fanns för ortopedi, utprovning av hörapparat och ögonsjukvård. Detta talar för att hälso- och sjukvården under den andra vågen även arbetat med att återhämta operationer och åtgärder inom dessa områden.

Ovanstående beskriver alltså hur vårdutbud inom vårdgarantin som inrapporteras till väntetidsdatabasen påverkats på nationell nivå när regionerna gjort sina medicinska prioriteringar för planerade operationer (se även kapitlet *Slutsatser och diskussion*).

Väntetiderna har ökat

Sammanfattat

- Antalet väntande patienter har ökat och väntetiderna på operation eller åtgärd har ökat mest.
- Antalet som väntat över 90 dagar på besök är störst för ögonsjukvård, medan andelen som har väntat över 90 dagar är störst för området allergisjukvård, där drygt 5 av 10 väntat över 90 dagar.
- Flest väntar på behandling inom ortopedi, allmän kirurgi och ögonsjukvård. Andelen som har väntat över 90 dagar är störst för området plastikkirurgi, där drygt 6 av 10 patienter väntat över 90 dagar.
- Väntetiderna för behandling ökade något mer för personer 18–69 år än för andra åldersgrupper.
- Inga skillnader syns i längre väntan mellan män och kvinnor.
- Antalet patienter som själva väljer att vänta eller som vården låter vänta minskade hösten 2020 men ökade åter fram till januari 2021.

Vårdgarantin är en lagstadgad skyldighet för regionerna sedan den 1 juli 2010. Den anger hur länge en patient ska behöva vänta som längst för att få

- kontakt med primärvården (0 dagar)
- en medicinsk bedömning av en läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården (inom 3 dagar)
- ett första besök i den specialiserade hälso- och sjukvården efter att en remiss har gått iväg eller man sökt vård utan remiss (inom 90 dagar)
- behandling eller operation som specialistläkaren har ordinerat eller beslutat (inom 90 dagar).

Inom **primärvården** märktes den största ökningen av andelen genomförda besök inom tre dagar för medicinsk bedömning i april och juli 2020 (83 respektive 86 procent) (figur 7). I september var måluppfyllelsen på samma nivå som i januari (80 procent) för att sedan öka igen i december 2020–januari 2021 till 82 procent.

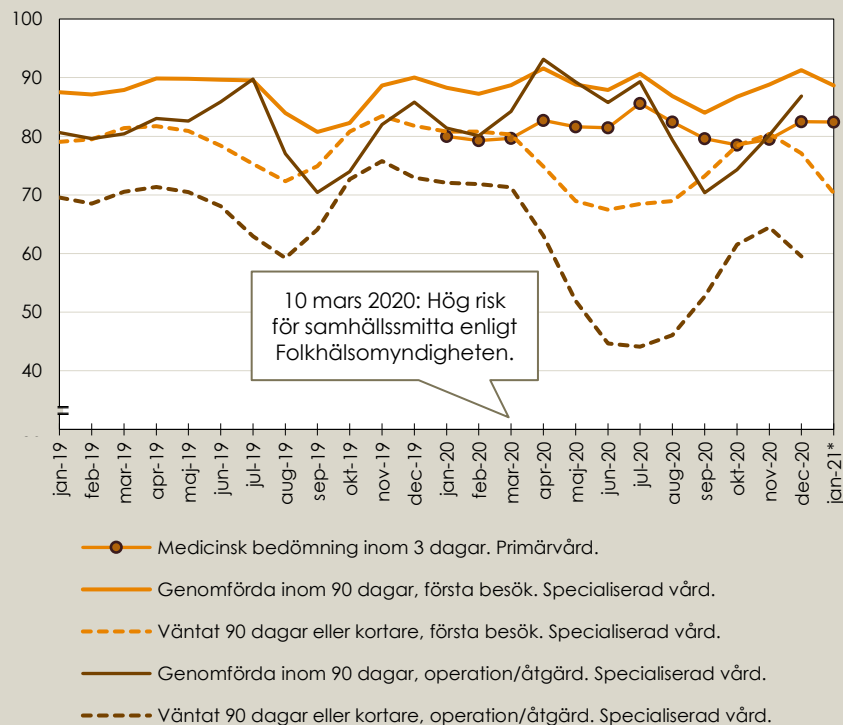
Att andelen genomförda bedömningar i primärvården var högre i april, juli och december 2020 samt i januari 2021 sammanföll med att antalet primärvårdsbesök var lägre dessa månader (figur 2 och 7).

I likhet med inom primärvården var andelen genomförda besök och behandlingar inom vårdgarantins tidsgränser i den **specialiserade vården** som högst i april, juli och december 2020, vilket också sammanföll med färre genomförda besök respektive operationer och åtgärder (figur 3).

7. Uppfyllnad av vårdgarantin

Andel vårdkontakter genomförda inom vårdgarantins tidsgränser samt andel väntande som väntat 90 dagar eller kortare i specialiserad vård. Exklusive patientvald väntan, medicinskt orsakad väntan och särskilt orsakad väntan.

Procent



* Sedan januari 2021 registreras data enligt ny modell för specialiserade vården. Värden i figuren inkluderar endast de medicinska verksamhetsområden som fanns i gamla modellen. Läs metodavsnittet och bilaga 3 i rapporten vad gäller data för januari 2021, där analyser för genomförda operationer och åtgärder påverkas och inte kan jämföras med gamla modellen. Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

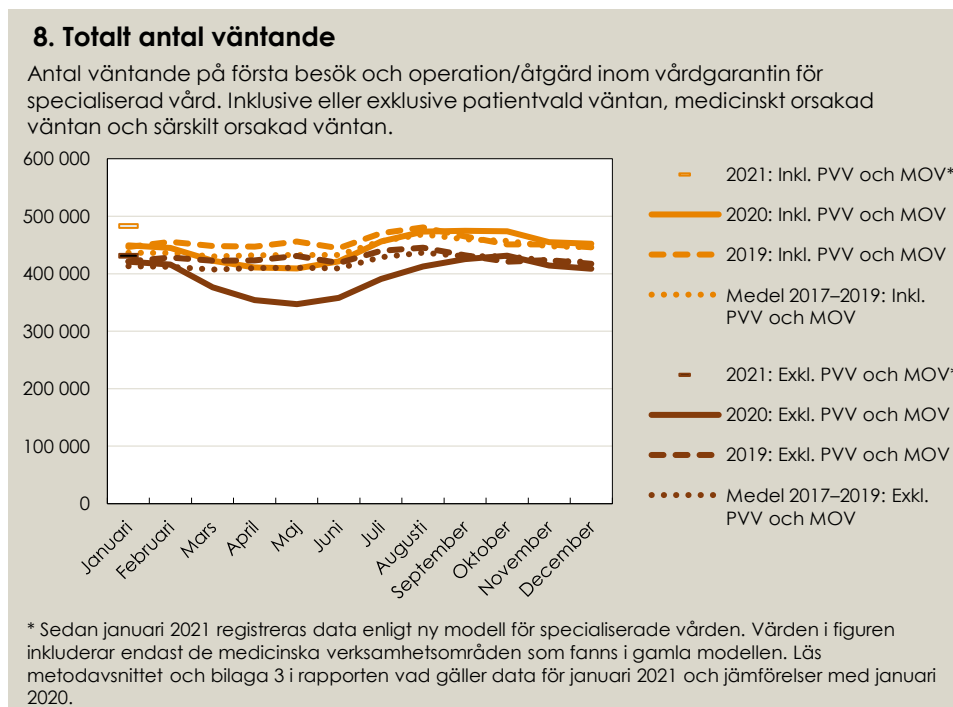
Andelen **genomförda besök** inom 90 dagar var marginellt högre i december 2020 än i december 2019 (91 jämfört med 90 procent). Även andelen **genomförda operationer och åtgärder** inom 90 dagar var marginellt högre i december 2020 än i december 2019 (87 jämfört med 86 procent) (figur 7). Även här sammanfaller den högre andelen vad gäller genomförda inom 90 dagar med det lägre antalet genomförda besök eller operationer och åtgärder (figur 3).

De streckade linjerna i figur 7 visar att andelen **patienter som har väntat 90 dagar eller kortare** på sitt besök eller sin behandling minskade stort i mars–juni 2020. Andelen väntande patienter vände därefter svagt uppåt och landade i december 2020 på 77 respektive 60 procent som väntat 90 dagar eller kortare på besök respektive behandling, jämfört med 82 respektive 73 procent i december 2019.

Antalet väntande patienter har ökat

Antalet väntande patienter inom den specialiserade vården minskade i mars–juli 2020 jämfört med motsvarande månader 2019 och medelvärde 2017–

2019 (figur 8).²⁵ Detta är en effekt av att flera regioner under våren gått igenom och aktualiserat sina väntelistor utifrån den nya situationen på grund av covid-19-pandemin. En annan orsak till det minskade antalet väntande är att patienter avvaktat med att kontakta vården trots upplevt behov, vilket bidragit till ett minskat inflöde.



I väntetidsdatabasen kan man följa antalet patienter som själva valt att vänta på sin vård längre än vårdgarantins tidsgräns, vilket kallas *patientvald väntan* (PVV). Man kan även följa så kallad *medicinskt orsakad väntan* (MOV)²⁶, vilken är en väntan som avgörs av vården och *särskilt orsakad väntan* (SOV)²⁷, som används inom barn- och ungdomspsykiatri. Dessa typer av väntan benämns som avvikelser och inkluderas inte när väntetider eller uppfyllelse av vårdgarantin beräknas, men de bör beaktas vid en bedömning av vårddköerna, vilket har gjorts i figur 8.

Figur 8 illustrerar att skillnaden blir mindre när man inkluderar avvikelserna; till exempel var skillnaden 10 procent med avvikelser, medan skillnaden var 19 procent utan avvikelser i maj 2020 jämfört med maj 2019 (bilaga 4). Detta beror på att gruppen med avvikelser växte särskilt mycket under första vågen av covid-19 pandemin, vilket beskrivs närmare i nedan avsnitt.

²⁵ Skillnaden blir större när jämförelsen görs med 2019 än med medelvärde 2017–2019 (läs närmare i dels metodavsnittet, dels kapitlet *Den specialiserade vårdens produktion har varierat*).

²⁶ Medicinskt orsakad väntan (MOV) är när patienten av medicinska skäl inte bör få ett första läkarbesök eller en operation.

²⁷ *Särskilt orsakad väntan* (SOV) används inom barn- och ungdomspsykiatri (bup) när vården inte kan planera in aktiviteter när relevanta aktörer i vårdkedjan, till exempel socialtjänst och skola, saknas eller inte kan medverka inom given tid. SOV tillkom redan 2013 i samband med stimulansmedel för att uppnå väntetider inom 30 dagar inom bup. SOV-registrering förekom däremot inte före 2021 utan har implementerats i den nya uppföljningsmodellen för den specialiserade vården från januari 2021. SOV förekommer dock för ett begränsat antal patienter, några per månad, inom bup.

Det totala antalet väntande ökade från augusti 2020. Inklusive PVV och MOV var antalet 1 procent över nivåerna i december 2020 (452 068) jämfört med december 2019 (445 948) samt medelvärde 2017–2019 (446 076) (figur 8). Exklusive PVV och MOV var antalet väntande 2–3 procent färre i december 2020 (408 557) jämfört med december 2019 (417 212) samt medelvärde 2017–2019 (420 461) (figur 8).

Som belysts tidigare bör avvikelserna inkluderas för att visa status på vårdköerna, vilket innebär att köerna totalt sett ökat marginellt i december 2020 jämfört med december 2019. Uppdelat på **besök** eller **operationer och åtgärder**, visade det sig att väntande på operationer och åtgärder utgjorde den totala marginella ökningen eftersom dessa ökat med 7 procent (+9 106), medan besöken var 1 procent färre (-2 986), i december 2020 jämfört med december 2019.

I januari 2021 var antalet väntande 482 949, inklusive PVV och MOV, medan motsvarande siffra i januari 2020 var 449 574. Hur stor del av ökningen som är kopplad till specialiserade vårdens nya inrapporteringsmodell är inte studerat (se metodavsnittet och bilaga 3). Bedömningen är dock att *vårdköerna*, det vill säga antalet väntande personer på besök eller behandling i januari 2021, ska belysa status för vårdköerna just den aktuella månaden (se bilaga 3). Jämfört med tidigare år kan det dock fortfarande finnas vissa osäkerhetsfaktorer, och därför redovisar vi även data för december 2020 jämfört med december 2019.

En ökning av antalet väntande på besök eller behandling kan handla om att färre patienters vårdbehov tillgodoses så att de väntande ackumuleras, men i en situation som covid-19-pandemin, speglar det även att patienterna åter kontaktar vården och eller att vården kallar på patienterna. Förmodligen består ökningen av dels nyttillkomna vårdbehov, dels vårdbehov som patienterna avstått att söka för under den första vågen men det går inte att undersöka i materialet. Ett ökat antal väntande kan även bero på att kölistorna inte aktualiserats, i detta fall på samma sätt som de gjordes under den första vågen.

Antalet patienter som själva väljer att vänta eller som vården låter vänta minskade under hösten men ökar åter

Av Socialstyrelsens tidigare analys från november 2020 framgick att PVV och MOV ökade drastiskt i samband med utbrottet av covid-19 [4]. Detta berodde på riktlinjer från SKR²⁸ om hur avbokningar från vården eller patienten skulle registreras i samband med covid-19-pandemin. Antalet

²⁸ Regelverk från SKR, daterat 2020-03-16, där följande framgår:

”• Patient som har fått en bokad tid, men som av rädsla för att bli smittad av covid-19 önskar flytta sin tid längre fram, hanteras som patientvald väntan (PVV).
• Patient med symtom för covid-19 som hör av sig och inte kan komma på bokad tid hanteras som medicinskt orsakad väntan (MOV). När patienten varit symptomfri två dagar kan patienten åter höra av sig för ny tid.
• Patient vars besök eller operation/åtgärd behöver ombokas av vården på grund av covid-19 hanteras som medicinskt orsakad väntan (MOV). Det är viktigt att rutin finns för att följa upp detta internt.”

registreringar minskade från juni 2020 men började att smått att öka igen från december 2020, i samband med den andra vågen (bilaga 4).

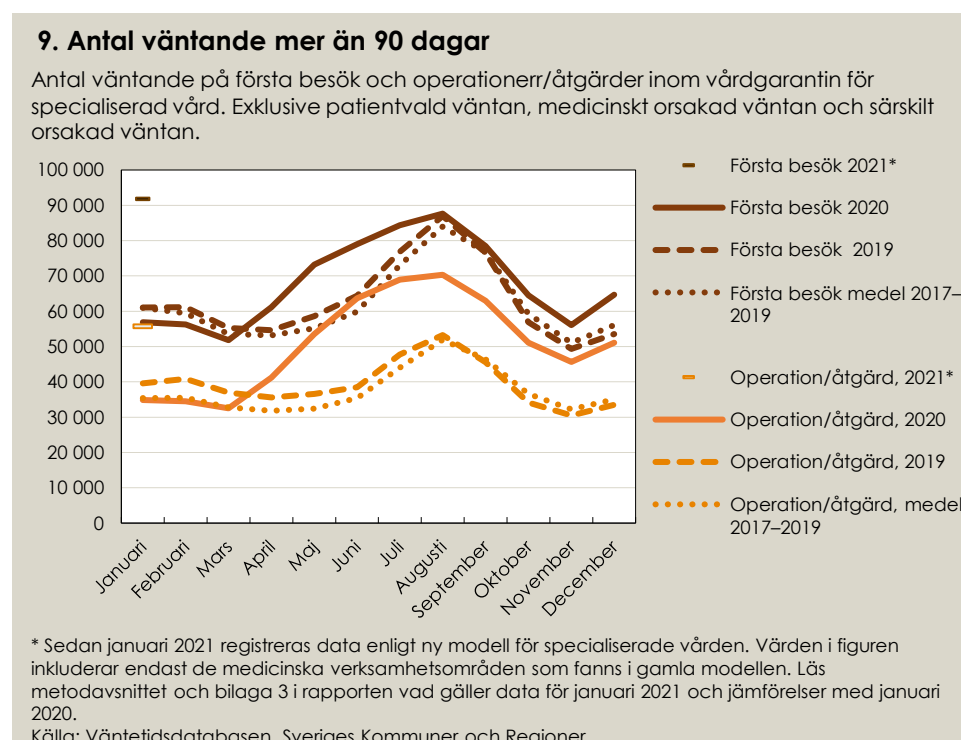
I januari 2021 valde 52 013 patienter att vänta, eller behövde vänta av medicinska skäl, jämfört med 28 208 väntande i januari 2020, på besök eller på operation eller åtgärd inom vårdgarantin för specialiserad vård. I december 2020 var motsvarande antal 31 868 patienter, vilket var 9 814 fler än vad som hade rapporterats till väntetidsdatabasen för december 2019 (bilaga 4).

Det finns en fortsatt diskrepans mellan regionerna vad gäller registrering av avvikelsetyperna som inte bara beror på covid-19-pandemin (bilaga 4). Detta belyser skillnader i tolkning och registrering samt regionernas olika förutsättningar i omställningsarbetet på grund av covid-19 vad gäller dels omhändertagandet av patienter, dels teknisk hantering av avvikelserapporteringen [4].

Andelen patienter som väntar mer än 90 dagar är fortsatt fler än tidigare år

När andelen patienter som har väntat 90 dagar eller kortare på sitt besök eller sin behandling minskar innebär det att andelen patienter som har väntat mer än 90 dagar ökar.

Figur 9 visar en spegelbild mot det totala antalet väntande i figur 8.



Antalet patienter som väntat mer än 90 dagar ökar stort från april, minskar från sensommaren och landar i december 2020 på fortsatt högre nivåer jämfört med december 2019 samt medelvärde 2017-2019. Detta inkluderar inte PVV, MOV eller SOV vilket gäller för övriga siffror i detta avsnitt.

Anledningen är att siffrorna ska reflektera hur väntetiderna utvecklats trots att patienten inte väljer att vänta eller att det finns en medicinsk grund till väntan.

Baserat på 2017–2019 framgår det av figur 9 att det finns en säsongsvariation, där antalet patienter som väntat mer än 90 dagar ökar från juni, får en topp i augusti och minskar igen från september, efter att produktionen åter börjat öka från sensommaren. Den skillnad som ses mellan augusti och december 2020 vad gäller andelen som fått vänta längre än 90 dagar återspeglar säsongskillnaderna för året (bilaga 4).

I augusti 2020, när en produktionsökning startade i slutet av första vågen (figur 3), var andelen personer som fått vänta längre än 90 dagar på **besök** 31 procent, vilket var 3 procentenheter fler än andelen i augusti 2019. Andelen personer som fått vänta längre än 90 dagar på **operation eller åtgärd** var 54 procent i augusti 2020, vilket var 13 procentenheter mer än andelen i augusti 2019 (figur 9).

I december 2020 var antalet väntande på **första besök** 282 456, exklusive PVV och MOV. Andelen som fått vänta längre än 90 dagar på första besök var 23 procent i december 2020, vilket är en ökning med 5 procentenheter (+11 162) jämfört med december 2019. I januari 2021 var antalet personer som fått vänta längre än 90 dagar på första besök 91 824, vilket utgör 30 procent av de väntande (figur 9). I januari 2020 var andelen personer som fått vänta längre än 90 dagar på första besök 19 procent (56 844).

I december 2020 var antalet som väntade på **operation eller åtgärd** 126 101, exklusive PVV och MOV. Andelen som fått vänta längre än 90 dagar på operation eller åtgärd var 40 procent (51 047) i december 2020, vilket är en ökning med 13 procentenheter (+17 571) jämfört med december 2019. I januari 2021 var antalet personer som fått vänta längre än 90 dagar på operation eller åtgärd 55 680, vilket utgör 46 procent av de väntande (figur 9). I januari 2020 var andelen personer som fått vänta längre än 90 dagar på operation eller åtgärd 28 procent (34 877).

Med anledning av den nya uppföljningsmodellen för den specialiserade vården föreligger det alltså en osäkerhet vad gäller jämförelser mellan januari 2021 och januari 2020 (läs metodavsnittet och bilaga 3).

Väntetiderna till operation eller åtgärd har ökat mest

Av figur 10 framgår att medianen och tredje kvartilen för antalet väntade dagar till första besök samt operation eller åtgärd inom vårdgarantin stiger kraftigt i april 2020 och toppar vid olika månader under den första vågen.²⁹

I oktober–november 2020 sjunker medianen (percentil 50) och tredje kvartilen (percentil 75) men värdena ökar åter i december 2020 (figur 10).

²⁹ Följande regioner saknar rapportering av exakta väntedagarna för att få fram median och kvartiler 2019–2020: Region Blekinge, Region Kalmar län, Region Kronoberg och Region Skåne. Sedan januari 2021 registreras data för alla regioner enligt en ny modell för den specialiserade vården. Värdena i figuren inkluderar endast de medicinska verksamhetsområden som fanns i den gamla modellen. Läs metodavsnittet och bilaga 3 i rapporten vad gäller data för januari 2021 och jämförelser med januari 2020.

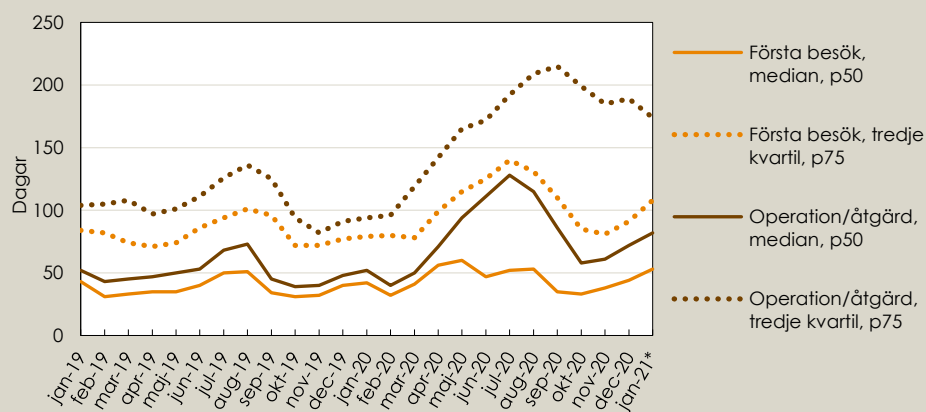
Medianväntetiden för **besök** i december 2020 uppgick till 44 dagar³⁰ jämfört med 40 dagar i december 2019, och i tredje kvartilen uppgick den till 91 dagar³¹ jämfört med 77 dagar i december 2019.

Medianväntetiden för **operation eller åtgärd** uppgick i december 2020 till 72 dagar jämfört med 48 dagar i december 2019, och i tredje kvartilen uppgick den till 189 dagar jämfört med 91 dagar i december 2019. Detta belyser att de 25 procent av vårdkontaktarna som väntade längst i december 2020 fick vänta längre än de 25 procent av vårdkontaktarna som väntade längst i december 2019.

I redovisning av figur 10 ingår inte PVV, MOV och SOV, vilket innebär att väntetiderna till besök och behandling inom vårdgarantin ökat trots att dessa avvikelser inte inkluderas.

10. Tid som väntande har väntat på besök eller operation/åtgärd*

Dagar som väntande har väntat på besök eller operation/åtgärd inom vårdgarantin i specialiserad vård*. Exklusive patientvald väntan, medicinskt orsakad väntan och särskilt orsakad väntan.



*År 2019–2020: Exklusive regionerna Blekinge, Kalmar län, Kronoberg och Skåne.

Sedan januari 2021 registreras data för alla regioner, enligt ny modell för specialiserade vården. Vården i figuren inkluderar endast de medicinska verksamhetsområden som fanns i gamla modellen. Läs metodavsnittet och bilaga 3 i rapporten vad gäller data för januari 2021 och jämförelser med januari 2020.

Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

³⁰ Medianen eller percentilen (p) 50 säger att hälften av patienterna (vårdkontaktarna) väntat 44 dagar eller kortare och att den andra hälften har väntat 44 dagar eller längre.

³¹ Den tredje kvartilen, eller percentilen (p) 75 säger att 75 procent av patienterna (vårdkontaktarna) väntat 91 dagar eller kortare och att de övriga 25 procent har väntat 91 dagar eller längre.

Väntetiderna minskar med färre operationer oavsett vårdgarantin

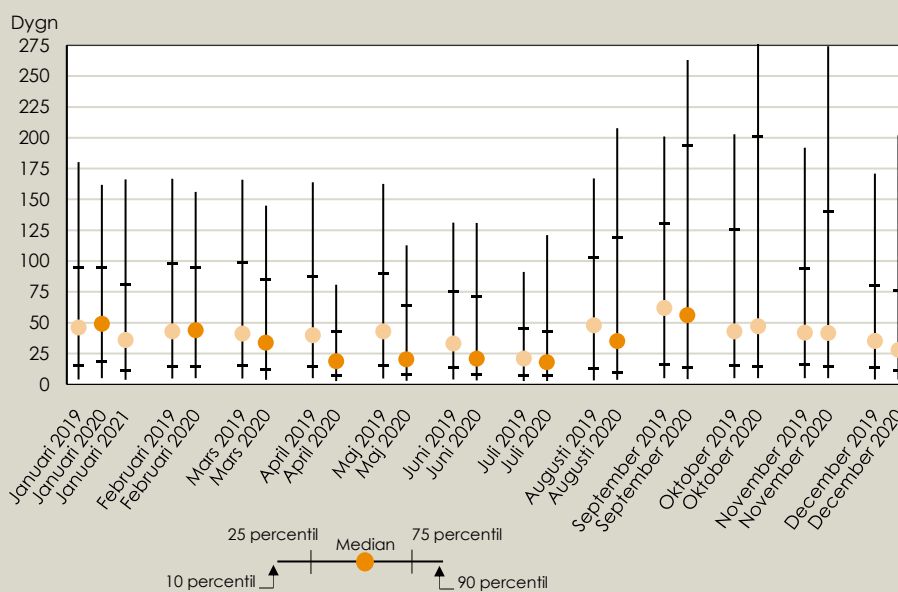
I figur 11 redovisas väntetiderna från operationsanmälan till utförd operation för planerade operationer, oavsett om dessa täcktes av vårdgarantin eller inte; 2019, 2020 och 2021 redovisas bredvid varandra.

Medianväntetiderna gick ned i samband med att antalet operationer minskade under covid-19-pandemin i april (-45 procent, -19 766) (figur 11). Då var även måtten för övriga percentiler lägre än tidigare månader, vilket kan bero på en högre medicinsk prioritering av de planerade operationer som ändå genomfördes.

Från maj 2020 ökade de allra längsta väntetiderna igen något, samtidigt som minskningen av antalet operationer var något mindre (-43 procent, -18 659) jämfört med maj 2019 (figur 11). I juni var antalet operationer 17 procent färre (-7 276) och i november 8 procent färre (-3 448), jämfört med motsvarande månader 2019.

11. Väntetid för planerade operationer

Antal dygn som personer fått vänta från operationsanmälan till utförd operation. Januari 2021 och januari–december 2020 jämfört med 2019. Mått i figuren: 10:e, 25:e, 50:e (median), 75:e och 90:e percentilen.



Källa: Nationella kvalitetsregistret Svenskt perioperativt register (SPOR).

Väntetiderna minskade åter minskade i december 2020, vilket sammanföll med att antalet genomförda planerade operationer minskade mer jämfört med december 2019 (-20 procent, -5 313) (figur 11 och bilaga 4). I januari 2021 hade antalet planerade operationer minskat jämfört med januari 2020 (-44 procent, -14 622); då hade var fjärde patient fått vänta 81 dagar eller mer och var tionde person fått vänta 166 dagar eller mer på sin operation.

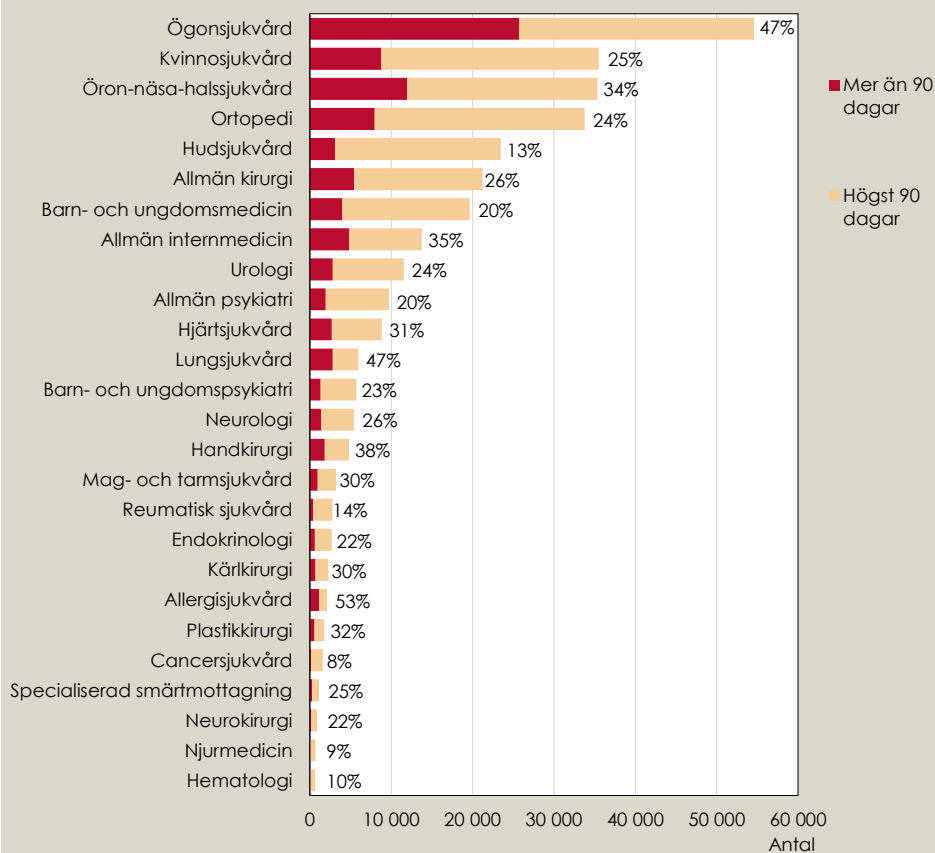
Flest väntar på besök inom ögonsjukvård och kvinnosjukvård

De största volymerna som väntar på **första besök** i januari 2021 återfinns inom ögonsjukvård, kvinnosjukvård, öron-näsa-hals och ortopedi; dessa områden tillhörde de vanligaste för första besök inom vårdgarantin i den specialiserade vården 2019 (figur 12).

12. Antal väntande på första besök i januari 2021

Antal väntande på första besök inom vårdgarantin. Januari 2021*. Exklusive patientvald väntan, medicinskt orsakad väntan och särskilt orsakad väntan.

Värde vid staplarna = andel som väntat längre än 90 dagar.



* Sedan januari 2021 registreras data för alla regioner enligt en ny modell för den specialiserade vården. Värdena i figuren inkluderar endast de medicinska verksamhetsområden som fanns i den gamla modellen. Läs metodavsnittet och bilaga 3 i rapporten vad gäller data för januari 2021. Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Inom öron-näsa-halssjukvård och ortopedi fanns också de största minskningarna i antalet besök mars 2020–december (se kapitlet *Den specialiserade vårdens produktion har varierat*). I figur 12 ingår inte olika sorters väntan som PVV, MOV och SOV.

Antalet som väntat över 90 dagar på besök är störst för ögonsjukvård, där 47 procent (25 736) väntat över 90 dagar (figur 12). Antalsmässigt genomfördes det 20 557 färre besök (-8 procent) inom ögonsjukvården i mars–december 2020 jämfört med mars–december 2019 (bilaga 4). I avsnittet *Utblick i sju regioner* beskrivs att ögonsjukvården hade

bemanningsproblem redan året före pandemin, vilket påverkat resultaten även under pandemin.

Andelen som har väntat över 90 dagar på besök är störst för området allergisjukvård, där 53 procent (1 129) väntat över 90 dagar, vilket också är ett av de områden som det relativt sett genomförts minst andel besök (se kapitlet *Den specialiserade vårdens produktion har varierat*).

Flest väntar på behandling inom ortopedi, allmän kirurgi och ögonsjukvård

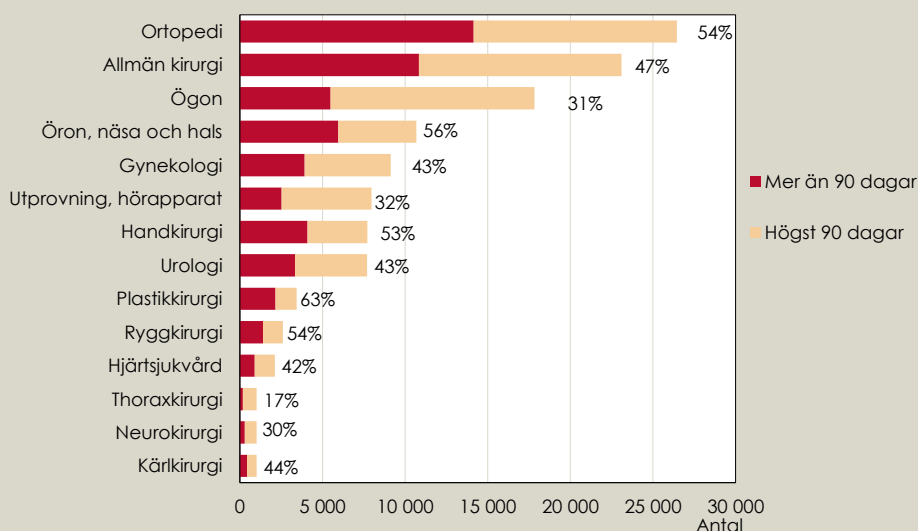
De största volymerna som väntar på **operationer eller åtgärder** i januari 2021 syns inom ortopedi och allmän kirurgi vad gäller både de som väntat längre än vårdgarantins 90 dagar och de som väntat kortare tid (figur 13). I siffrorna ingår inte olika sorters väntan som PVV, MOV och SOV.

Andelen som har väntat över 90 dagar är störst för området plastikkirurgi, där drygt 6 av 10 patienter väntat över 90 dagar, och i utblicken med regionerna nämns bland annat att området plastikkirurgi lånat ut personal och lokaler till förmån för covid-19-vården.

13. Antal väntande på operation eller åtgärd i januari 2021

Antal väntande på operation eller åtgärd inom vårdgarantin. Januari 2021*. Exklusive patientvald väntan, medicinskt orsakad väntan och särskilt orsakad väntan.

Värde vid staplarna = andel som väntat längre än 90 dagar.

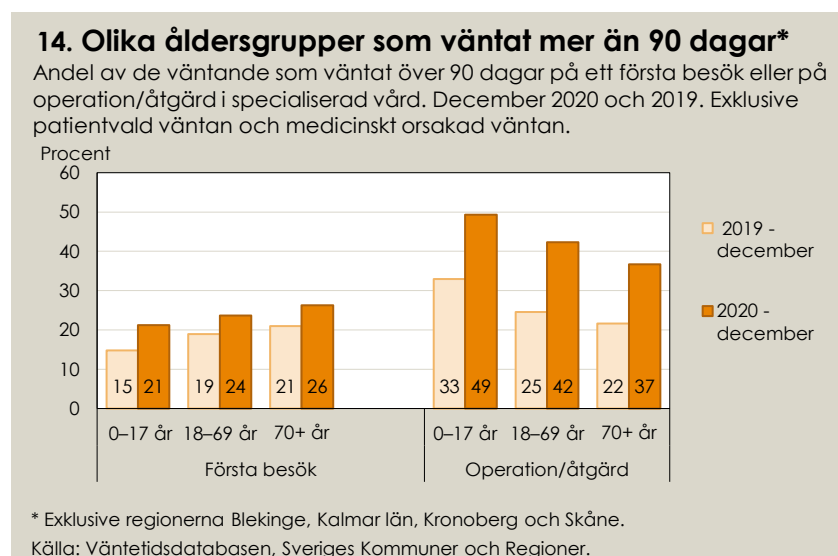


*Sedan januari 2021 registreras data för alla regioner enligt en ny modell för den specialiserade vården. Värdena i figuren inkluderar endast de medicinska verksamhetsområden som fanns i den gamla modellen. Läs metodavsnittet och bilaga 3 i rapporten vad gäller data för januari 2021. Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Väntetiderna för behandling ökade mer för personer 18–69 år än i andra grupper

Ålder kan påverka risken för hur allvarlig en infektion med covid-19 blir, och råden från Folkhälsomyndigheten har skiljt mellan personer som är 70 år och äldre respektive yngre än 70 år.

För åldersgruppen 0–17 år var andelen väntande mer än 90 dagar på **besök** lägre jämfört med de övriga åldersgrupperna (figur 14). Andelen väntande som väntat mer än 90 dagar på första besök hade i december 2020 ökat inom samtliga åldersgrupper (0–17 år, 18–69 år samt 70 år och äldre) jämfört med i december 2019 (figur 14).³² Det fanns inga påtagliga skillnader mellan åldersgrupperna vad gäller förändring av andelen väntande som väntat mer än 90 dagar på första besök vid en jämförelse mellan december 2020 och december 2019.



För åldersgruppen 0–17 år var andelen som väntat mer än 90 dagar på **operation eller åtgärd** däremot högre jämfört än i övriga åldersgrupper i december 2019 före pandemin (figur 14). I december 2020 var ökningen 18 procentenheter för personer 18–69 år, 16 procentenheter för personer 0–17 år samt 15 procentenheter för personer som var 70 år eller äldre.

Dessa effekter syns trots att patientens egenvalda väntan, den medicinskt orsakade väntan eller särskilt orsakad väntan inte finns med i statistiken.

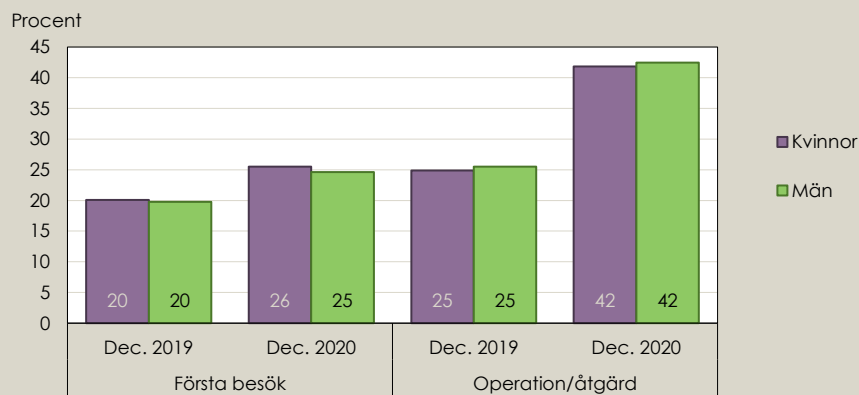
Inga skillnader syns i längre väntan mellan män och kvinnor

Varken i december 2019 eller i december 2020 sågs några tydliga skillnader mellan kvinnor och män i hur stor andel som fått vänta längre än 90 dagar (figur 15).³² Dessa resultat inkluderar dock inte patientens egenvalda väntan, den medicinskt orsakade väntan eller särskilt orsakad väntan.

³² Här redovisas statistiken för december 2020 jämfört med december 2019 eftersom statistiken för januari 2021 kan jämföras med januari 2020 endast för 15 regioner. För 2020 och 2019 är det möjligt att följa väntetider uppdelat på kön och ålder för 17 regioner som rapporterar väntetider i specialistvården till väntetidsdatabasen. Följande regioner saknade denna typ av rapportering 2020 och 2019: Region Blekinge, Region Kalmar län, Region Kronoberg och Region Skåne. 2021 saknar endast region Stockholm och Västra Götalandsregionen denna rapportering.

15. Kvinnor och män. Andel som väntat längre än 90 dagar*

Andel av de väntande som väntat över 90 dagar på ett första besök eller operation/åtgärd i specialiserad vård. December 2020 och 2019. Exklusive patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan.



* Exklusive regionerna Blekinge, Kalmar, Kronoberg och Skåne.

Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Kvinnor utgör trots detta en större andel av de väntande, både vad gäller kortare och längre väntetider, eftersom fler kvinnor (57 procent) än män besöker vården och genomgår fler operationer och åtgärder som täcks av vårdgarantin.

Regionala likheter och variationer i effekterna av covid-19-pandemin

Det finns både regionala likheter och variationer vad gäller förändring i antalet genomförda besök, operationer och åtgärder, i vårdköer och i väntetider (inklusive måluppfyllelse av vårdgarantin) i och med covid-19-pandemins start i mars 2020 till och med januari 2021, jämfört med motsvarande period 2019–2020.

Förändringar för dessa parametrar illustreras i figur 16 a, 16 b och 17 i detta kapitel.³³ Av bilaga 4 kan man närmare följa utvecklingen av måluppfyllelsen på regional nivå, antalet väntande och genomförda besök samt operationer och åtgärder för respektive specialitet samt vårdutbud nationellt och per region. I bilaga 4 går det också att följa den absoluta och relativa förändringen av antalet operationer per operationskodgrupp (KVÅ-kod) i respektive region.

De regionala skillnaderna beror bland annat på i vilken grad det har skett en stor spridning av covid-19 inom respektive region samt på strukturella och organisatoriska faktorer, men de beror även på hur regionerna hanterat situationen med covid-19-pandemin.

Längre ned i detta avsnitt presenteras en utblick i sju regioner för att ta del av deras förutsättningar och hantering av effekterna av covid-19-pandemin. De sju regionerna är Region Skåne, Region Kalmar län, Region Jönköpings län, Region Värmland, Region Uppsala, Region Gävleborg och Region Västernorrland.

Förändringen i genomförda besök samt operationer och åtgärder

Figur 16 a och figur 16 b³⁴ illustrerar den betydliga effekt som covid-19 hade på produktionen i många av regionerna vad gäller första besök samt operationer och åtgärder under den första vågen, speciellt i april–maj 2020. Den främsta anledningen var att de flesta regionerna ställde om vården oavsett vilken smittspridning som kom att ske i regionen.

Även den uppgång som skedde från augusti av antalet besök samt operationer och åtgärder, vilken beskrivs nationellt i figur 3, märks hos de enskilda regionerna i figur 16 a och figur 16 b.

Se bilaga 4 för ytterligare statistik på vårdnivå per region för den specialiserade vårdens genomförda och väntande vårdkontakter vad gäller första besök och operationer eller åtgärder samt 90 dagars måluppfyllelse för dessa under 2020.

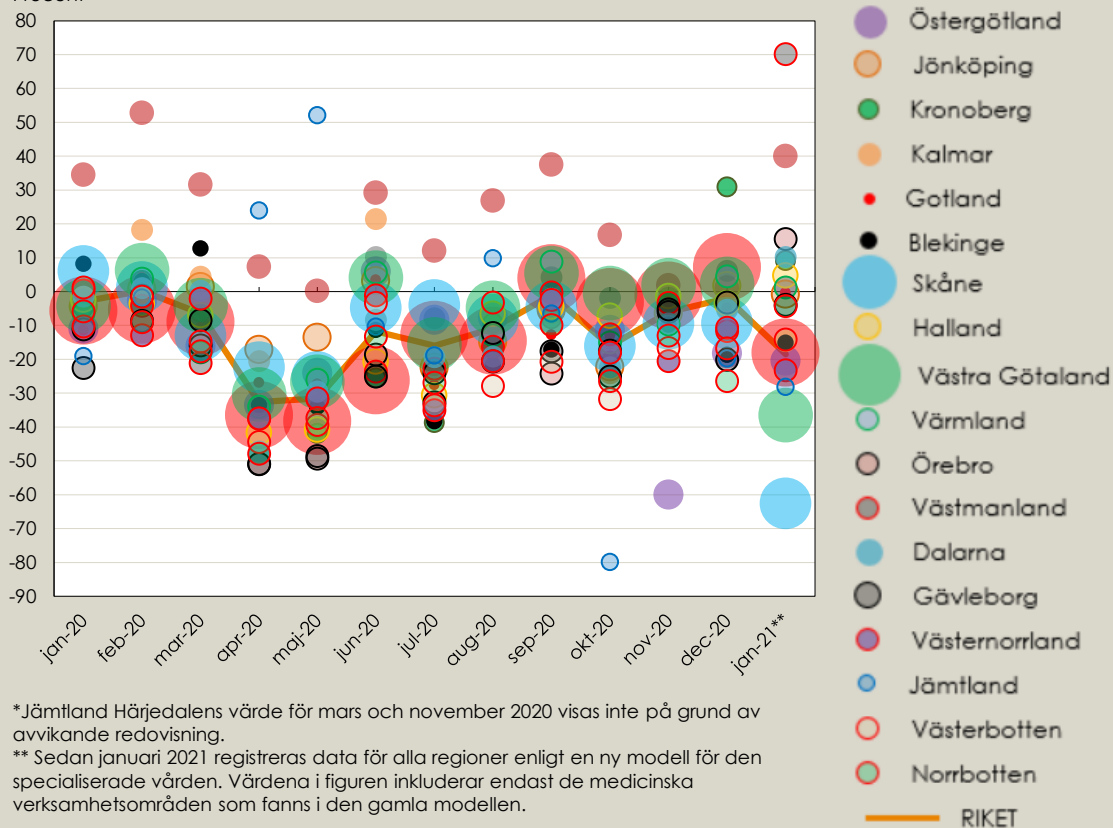
³³ Detaljerad information bakom figuren finns se i bilaga 4.

³⁴ I figur 16 a och figur 16 b visas den procentuella förändringen per region av antalet genomförda första besök respektive antalet genomförda operationer och åtgärder inom den specialiserade vården enligt vårdgarantin i januari 2020–januari 2021 jämfört med januari 2019–januari 2020. Cirkelns area motsvarar länets befolkning.

Figur 16 a. Förändring i antal första besök

Antal genomförda första besök inom specialiserad vård* januari 2020–januari 2021 jämfört med samma månad föregående år. Inklusiva patientvald väntan, medicinskt orsakad väntan och särskilt orsakad väntan.

Procent



Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

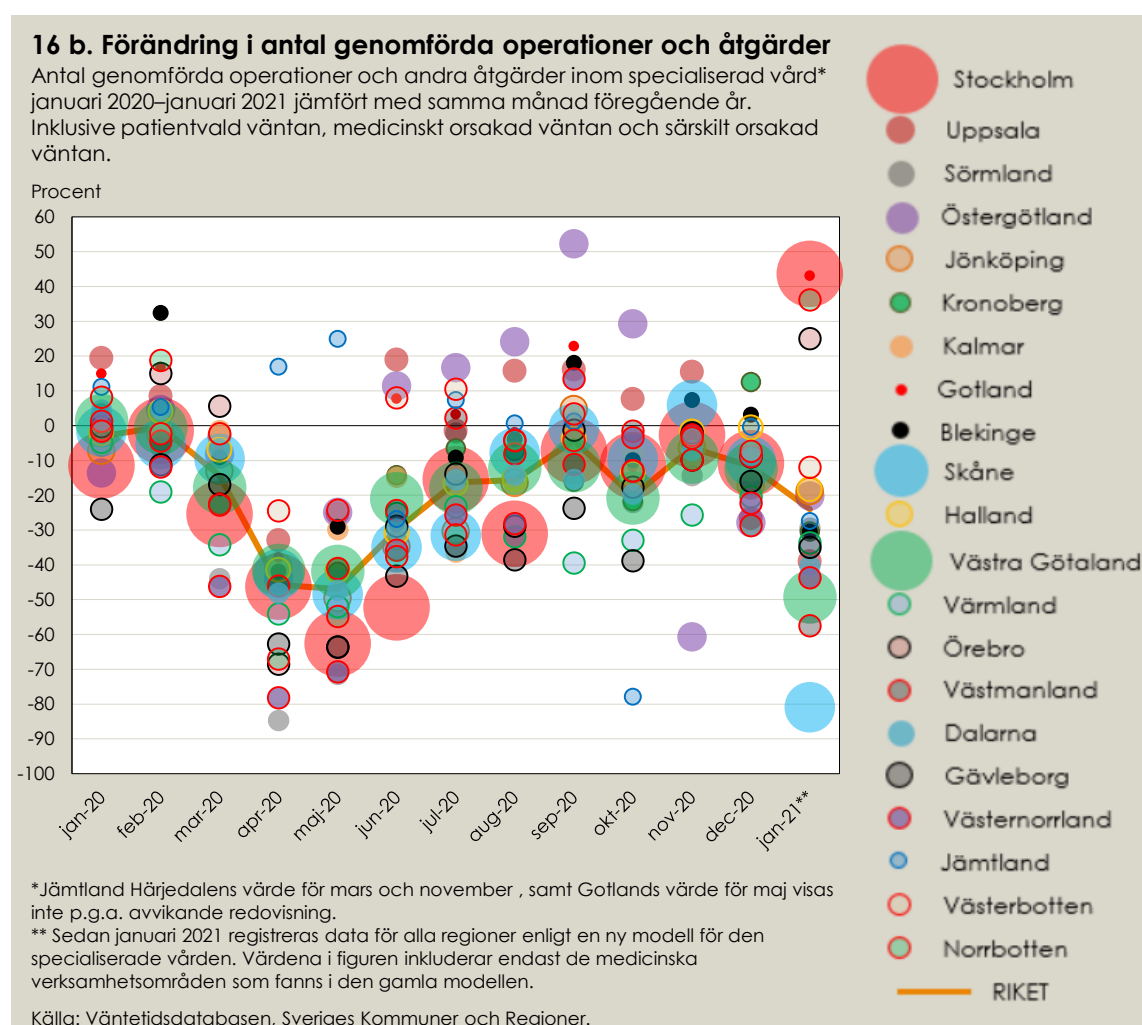
I figur 16 a syns en tydlig nedgång i antalet besök i januari 2021, det vill säga vid den andra vågens smittspridningstopp, särskilt för de större regionerna Region Stockholm, Västra Götalandsregionen och Region Skåne, vilka då alla var hårt drabbade av covid-19-spridning.

Utifrån vår rimlighetsbedömning är slutsatsen att besöksminskningen nationellt pekar på effekter av covid-19 i januari 2021 jämfört med januari 2020, men vi utesluter inte skillnader mellan den gamla och den nya uppföljningsmodellen (se metodavsnittet och bilaga 3). Den relativa minskningen nationellt överensstämmer med den relativa förändringen av besöksdata som inrapporterats till patientregistret. Trots detta kan vi inte utesluta skillnader på djupare nivåer, till exempel vad gäller regioner och vårdutbud.

Region Skåne drabbades hårdare under den andra vågen än under den första vågen, vilket har påverkat, men regionen har även belyst för SKR att den nya modellens systemkrav har inneburit att regionen haft rapporteringshinder från de privata vårdgivarna, vilka som kan stå för 30 procent av produktionen i regionen. Det förklarar förmodligen också en del av den större minskningen i januari 2021 jämfört med januari 2020 (figur 16

a). Socialstyrelsen har inte studerat detta närmare men SKR kommer att genomföra ett kvalitetssäkringsarbete 2021 vilket förhoppningsvis kan ge bättre vägledning vad gäller av den nya modellens påverkan på jämförelser med data från den gamla modellen.

Figur 16 b visar att Region Stockholm avviker från övriga större regioner i januari 2021, genom att regionen producerar fler operationer och åtgärder jämfört med januari 2020. Vår slutsats från den rimlighetsbedömning som gjorts i bilaga 3 är att operationsresultatet från väntetidsdatabasen beror på förändringar i samband med den nya uppföljningsmodellen för Region Stockholm i januari 2021.



Förändringen i antalet väntande per region

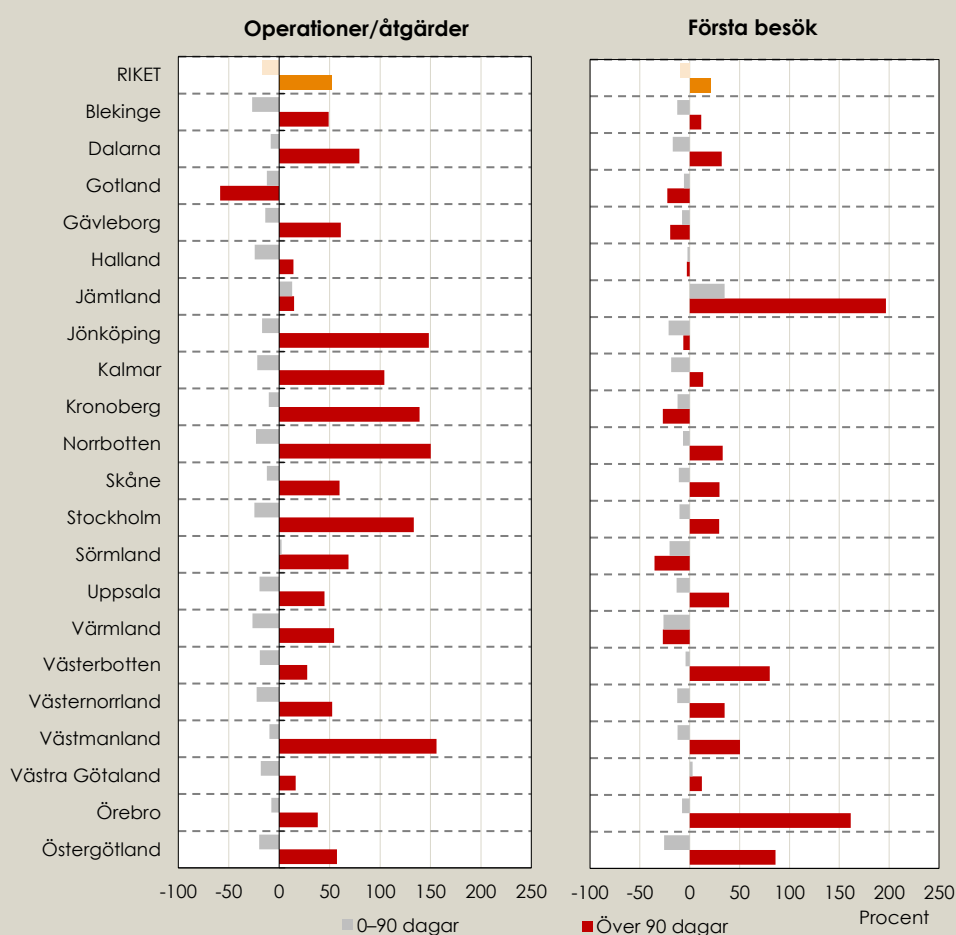
Som vi tidigare belyst i rapporten har fler patienter nationellt väntat mer än 90 dagar på besök eller behandling i december 2020 jämfört med i december 2019 (figur 9). Även siffrorna för januari 2021 och januari 2020 redovisas.

Med anledning av den nya uppföljningsmodellen för den specialiserade vårdens inrapportering till väntetidsdatabasen kan det dock finnas vissa

osäkerhetsfaktorer när en jämförelse görs mellan januari 2021 och januari 2020 på regionnivå (se metodavsnittet och bilaga 3). Figur 17 visar därför den procentuella förändringen per region av antalet patienter som väntade på första besök respektive operation eller åtgärd inom den specialiserade vården enligt vårdgarantin i december 2021 jämfört med december 2019. Siffrorna i figuren innehåller inte patientvald väntan, medicinskt orsakad väntan eller särskilt orsakad väntan (se kapitlet *Väntetiderna har ökat*).

17. Förändring av antal väntande patienter

Procentuell förändring av väntande på vårdkontakter som täcks av vårdgarantin inom specialiserad vård. Patienter som väntat högst 90 dagar respektive längre än 90 dagar i december 2021 jämfört med december 2019. Exklusive patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan.



Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Staplarna i figur 17 belyser alltså förändringarna för de patienter som väntat högst 90 dagar respektive de patienter som väntat mer än 90 dagar i december 2021 jämfört med december 2019. Figuren visar tydligt att antalet patienter som väntat på behandling mer än 90 dagar hade ökat i de flesta regionerna december 2021 jämfört med december 2019. För flera regioner syns ökningen även vad gäller väntan på besök.

Utblick i sju regioner

I Socialstyrelsen tidigare analyser som publicerades i juni respektive november 2020 beskrevs hur flera regioner ställt om och anpassat sin verksamhet för att kunna hantera pandemins effekter under våren, fram till den första vågens slut i mitten av oktober 2020 [3–4]. Dessa var regionerna Blekingen, Östergötland, Sörmland, Gotland, Halland, Jämtland Härjedalen och Norrbotten.

Även i denna analys görs en utblick i ett urval av regioner för att ta del av deras förutsättningar och hantering av effekterna av covid-19-pandemins första våg och andra våg. Se även bilaga 4 för en del av regionernas statistik.

Regionerna har till viss del valts utifrån sin geografiska placering men främst utifrån situationen med covid-19-smittspridningen baserat på statistik från Folkhälsomyndighetens under perioden vecka 1, 2020–vecka 5, 2021 [20]. Förutom allmän smittspridning påverkar även antalet provtagningar i regionen denna statistik. Statistiken har ändå använts som vägledningen i valet av regioner. Se regionrepresentanternas roller i bilaga 1. Regionerna är Skåne, Kalmar län, Jönköpings län, Värmland, Uppsala, Gävleborg och Västernorrland.

Region Skåne

Bland regionerna hade region Skåne högst antal covid-19-fall per 100 000 invånare (7 545) under perioden vecka 1, 2020–vecka 5, 2021 [20]. I Region Skåne var smittspridningen låg under den första vågen men hög under den andra vågen.

Primärvården i Region Skåne var offensiv med smitttestning redan i februari 2020 och var uppe i full skala i mars–april 2020. Regionen har dock haft vissa perioder med bristande kapacitet för provtagning.

Regionen har tagit fram en uppdaterad lägesbild varje dag under covid-19-pandemin. Inom primärvården har regionen uppmuntrat besök av de patienter som behövde komma och samtidigt glesat ut vissa besök, främst återbesök; detta gällde generellt och inte bara primärvården. Enligt regionen har det funnits en bra samverkan mellan primärvård och kommunal vård under perioden som regionen hoppas fortgår.

Både **primärvården** och **psykiatri** var snabba med att ställa om under den andra vågen, eftersom man hade förberett eskaleringsplaner under våren beroende på hur snabbt smittspridningen skulle ta fart. Beredskapen var fortsatt god under hösten och vintern då smittspridningen tog fart på nytt med fler patienter som insjuknade och behövde vård.

Även **tandvården**³⁵ fick stänga ner våren 2020 och tillgängligheten inom tandvården försämrades första halvåret 2020 i Region Skåne. Anledningarna var främst korttidspermittering av tandvårdspersonal och överlåtelse av bland annat skyddsutrustning till covid-vården samt minskat inflöde av patienter. Från att de flesta tandvårdsaktörerna tvingats minska eller stänga sina tandvårdsenheter under första halvåret gick tandvården mot ett normalläge från sensommaren.

³⁵ Även nationellt har covid-19 lett till färre besök till tandvården under första och andra vågen av covid-19-pandemin, vilket Socialstyrelsen redovisat [21].

I den **specialiserade vården** hade antalet besök på sjukhusens akutmottagningar³⁶ minskat med 34 500 (cirka -12 procent), enligt Region Skånes egen statistik. Personer 70 år och äldre samt multisjuka har på grund av covid-19 kommit i lägre utsträckning till mottagning eller undersökning, vilket riskerar ett försämrat sjukdomstillstånd som kan leda till senare diagnostik och behandling, enligt regionen. Det genomfördes 6 060 canceroperationer under 2020 jämfört med 6 429 under 2019. Under framför allt våren 2020 minskade inflödet av patienter.

För att hantera **tillgängligheten** och **de uppdämda vårdbehoven i primärvården** och **den specialiserade vården** gjordes ett intensifierat arbete med kvalitetssäkring av väntelistor, produktionsplanering, verksamhetsdialoger och informationsträffar. Tillgången till vårdplatser har följts dagligen och inom psykiatri har mellanvård införts för att öka tillgängligheten. Även processer och flöden ses över inför t.ex. nybesök, operation och återbesök, åtgärder för att minska antalet om- och avbokningar, tidig identifiering av samordningsbehov, interna kösatsningar, processorienterade arbetssätt som *En väg in* samt åtgärder för förbättrad tillgänglighet via telefon.

Exempel avseende samverkan är förflyttning av personal mellan opererande enheter för att säkra kapacitet till akuta åtgärder samt samarbete med operationsenheter i södra sjukvårdsregionen för vissa prioriterade patientkategorier. Samverkan kommun–slutenvård–primärvård (inklusive palliativ vård och avancerad sjukvård i hemmet, ASIH), vilket inkluderar mobila team för att kunna ge mer vård i hemmet, är ett strategiskt och operativt arbete inom regionen.

Region Kalmar län

Bland regionerna hade Region Kalmar län näst lägst antal covid-19-fall per 100 000 invånare (4 234) under perioden vecka 1, 2020–vecka 5, 2021 [20]. Under den första vågen var dessutom smittspridningen lägre än Region Kalmar län befarade att den skulle bli.

Det nationella besöksmönstret för **primärvården** återspeglas även i statistiken för Region Kalmar län (bilaga 4): Patienter undvek att söka vård i april och regionen behövde snabba lösningar för att få kontakt med patienterna. Här var de digitala vårdkontaktarna ett alternativ som kunde erbjudas.

Måluppfyllelsen³⁷ för medicinsk bedömning inom 3 dagar var 80 procent i januari 2020. I likhet med den nationella bilden varierade måluppfyllelsen därefter med besöksantalet på så sätt att måluppfyllelsen ökade när totala antalet vårdkontakter minskade.³⁸ Detta var fallet speciellt i april och december 2020 men även i januari 2021.

³⁶ Även nationellt har besöken till somatiska akutmottagningar varit färre under den första covid-19-vågen, vilket Socialstyrelsen redovisat [22].

³⁷ Från vantetider.se, hämtad 2021-02-26. Måluppfyllelsen för vissa yrkeskategorier, till exempel barnmorskor och kuratorer, varierar mycket i regionen. Detta beror på felregistrering vilket regionen har uppmärksammat och ska åtgärda, enligt regionen.

³⁸ För Region Kalmar län ökade antalet telefonkontakter betydligt i december 2020 jämfört med tidigare månader 2020, vilket enligt regionen beror på en förändrad definition för distanskontakter i regionens system. Enligt regionen är den högre siffran korrekt, och en ändring kommer att göras i utdata utifrån den förändring som gjorts av definitionen för att rätta till de data som skickas till väntetidsdatabasen fortsättningsvis.

Det nationella besöksmönstret återspeglas även i Region Kalmar läns statistik för den **specialiserade vården** (bilaga 4). Också inom denna vårdnivå började regionen förändra sitt arbetssätt med betydligt fler digitala vårdmöten än före pandemin. Dessutom har fysiska besök ersatts med digitala besök i den mån det varit möjligt, och egenmonitorering har införts för patienter med diabetes, högt blodtryck och andra kroniska sjukdomar. Även gemensam operationsplanering i regionen och direktkonsultation via digital plattform mellan vårdcentral och specialistvård har bidragit till en bättre måluppfyllelse, menar regionen. Det pågår även ett arbete med nära vård i form av bland annat ett samarbete mellan primärvård, kommuner och den specialiserade vården, vilket bidrar till förbättringar.

Region Kalmar län arbetar även med sina väntelistor, där patienter som väntat länge har kontaktats. Vissa patienter kan därmed tas bort från väntelistan. Under både den första och den andra vågen har regionen därtill flyttat om personal och tagit emot utomlänspatienter. Den andra vågen har slagit hårdare i regionen; bland annat fick ett sjukhus stängas ned. Generellt sett är dessutom personalen trött efter ett intensivt arbete under den första vågen.

Region Jönköpings län

Bland regionerna hade Region Jönköpings län det tredje högsta antalet covid-19-fall per 100 000 invånare (6 666) under perioden vecka 1, 2020–vecka 5, 2021 [20]. Regionen hade ett större antal provtagningar än andra regioner, eftersom regionen började ta prover tidigt. Under mars–juni baserades provtagningen på de patienter som kom till sjukhuset och hade symtom. Under 2020 minskade inflödet, dvs. antalet vårdkontakter, till primärvården med 20 procent enligt regionen.

I Region Jönköpings län var **måluppfyllelsen**³⁹ för medicinsk bedömning inom tre dagar i primärvården stabil 2020, med undantag för en ökning av måluppfyllelsen i samband med ett lägre besöksantal i april och juli. Region Jönköpings län har inte hindrat invånare från att söka vård, vilket skulle innebära att det lägre inflödet speglar att patienterna själva avstått från primärvårdsbesök på grund av rädsla för att bli smittade av covid-19, enligt regionen.

Antalet väntande till den **specialiserade vården** ökade under den andra vågen i Region Jönköpings län (bilaga 4). Detta belyser att patienterna väljer att söka vård under den andra vågen och eller att regionen tar in patienterna igen. Regionen stängde i princip den planerade vården med besök och operationsverksamhet under april men återgick till planerad verksamhet i början av juni 2020.

Enligt regionen använde man samma prioriteringsgrunder under både den första och den andra vågen; intensivvård, akuta åtgärder och cancervård har prioriterats och planerad vård har delvis fått anstå.

Regionen har huvudsakligen använt sig av krislägesavtal under både den första och den andra vågen för att upprätthålla nivåerna. Krislägeslägesavtalet möjliggör att intensivvårdsverksamheten för både

³⁹ Från vantetider.se, hämtad 2021-02-26.

covidpatienter och övriga patienter kan upprätthållas, samtidigt som övrig sjukhusvård samt planerad vård kan utföras.

Region Värmland

Bland regionerna hade Region Värmland lägst antal covid-19-fall per 100 000 invånare (2 946) under perioden vecka 1, 2020–vecka 5, 2021 [20]. En tänkbar förklaring kan vara att regionen var snabb med en effektiv smittspårning – från att den första bussen kom från Italien efter sportlovsveckan i början av mars 2020. Värmland består till stor del av glesbygd, vilket också kan ha bidragit i sammanhanget.

Region Värmland har haft en smittspårningsprocess hela tiden genom att man arbetat agilt med ett digitalt smittspårningsverktyg vars information regionen agerat på. och som underlättat arbetet med uppföljning, enligt regionen.

Inom **primärvården** var det ett enormt tryck på telefonkontakter hos vårdcentraler och 1177, framför allt i april och maj, vilket var en effekt av pandemin, menar regionen.

I region Värmland har den **specialiserade vården** haft god förberedelse på att ta hand om covid-19-patienter, menar regionen. Regionen arbetade proaktivt och ställde om vården genom att snabbt dra ner på annan verksamhet, stoppa planerad produktion och vara redo för att ta emot covid-19-patienter. Man var även noga med att inte utsätta patienter och anhöriga för onödiga besök.

En lägre smittspridning har inte påverkat regionen, eftersom de ställde om vården från mars 2020. Det var svårt att ta tillbaka resurserna eftersom man inte visste när eller om behovet skulle uppstå igen. Regionen har arbetat konsekvent och proaktivt med tidig omställning, dubbla spår, skalskydd, och prioriterat covid-vård i stället för produktion. Man drog snabbt ner på annan icke imperativ verksamhet för att kunna begränsa risken för smittspridning. Arbetet med dubbla spår innebar att regionen skiljde ut patienter som hade minsta symtom som kunde tyda på covid (snuva, förkylning, feber etc.) och slussade dem till en annan mottagning bort från de andra patienterna även vid transport.

Väntelistan till den **specialiserade vården** inom regionen har vuxit de senaste fem åren. Regionen arbetar aktivt med att minska väntelistan men det tar tid att få till förbättring, menar regionen. Regionen hade bekymmer med bemanning inom ögonsjukvården redan året före pandemin. Problemen har fortsatt 2020 under pandemin, vilket resulterat i en lägre produktion.

En effekt av pandemin var att planerade operationer inom Region Värmland helt ställdes in under den första vågen. Senarelagda semestrar kan också ha påverkat produktionsfördröjningen som syns i den nationella bilden i oktober 2020 jämfört med oktober 2019 (figur 3).

Region Värmland försökte skicka patienter till andra regioner för att hantera vårdbehovet inom en rimlig tid, speciellt under den andra vågen, men få regioner kunde ta emot patienterna eftersom fler regioner hade påverkats av pandemin under andra vågen. Regionen erbjuder också patienter operationer i mindre orter, men det förekommer att patienter väljer att inte

åka ut och stå kvar på väntelistan istället. En förklaring är att avstånden är långa på grund av regionens geografiska läge, enligt regionen.

Region Värmland använder ett antal nya arbetssätt och ser över hela systemet för produktionsplanering, men det finns inga privata leverantörer för operationskapacitet och regionen har utmaningar med underbemanning inom flera verksamheter. Rekrytering är en annan utmaning, och man försöker utbilda fler narkossjuksköterskor. Regionen upplever sig dock ha sämre förutsättningar än större regioner att hantera de uppdämda vårdbehoven.

Region Uppsala

Bland regionerna var Region Uppsala den nionde regionen med högre antal covid-19-fall per 100 000 invånare (5 912) under perioden vecka 1, 2020–vecka 5, 2021 [20]. Region Uppsala var bland de första regionerna med en smittspridning för andra covid-19-vågen som tog fart redan från vecka 43, 2020 [20].

Under den första vågen var det många patienter som avstod från besök i **primärvården** i regionen. På hösten var dock patienterna i högre grad benägna att söka vård, menar regionen. Vården arbetade mer uppsökande med bland annat telefonkontakter som ersatte fysiska besök för återbesök och uppföljning, för att inte tappa patienter med kroniska sjukdomar.

Antalet ärenden till vårdcentraler via 1177:s e-tjänster ökade extremt mycket 2020 jämfört med 2019 enligt Region Uppsala, men eftersom denna parameter inte följs upp eller rapporteras synliggörs inte den ökade belastningen i statistiken. Fler av vårdkontakterna sker via e-tjänster, vilket innebär en stor arbetsbelastning för sjuksköterskorna vid vårdcentralerna.

Region Uppsala kom i gång i hög omfattning med videobesök i primärvården hösten 2020. Personalen märkte att det fungerade smidigt, mer utrustning inskaffades och fler fysiska besök kunde bytas ut. Den ökade digitaliseringen tros vara en effekt av pandemin. Det togs tidigt beslut om att pausa drop in-mottagningarna under den första vågen för att minska smittspridning; dessa mottagningar hanterar i vanliga fall en stor del av de medicinska bedömningarna. På vårdcentralerna användes i stället andra arbetssätt för att ersätta drop in-verksamheten, t.ex. schemaplanering för att kunna ta fler korta tider för medicinsk bedömning utan trängsel i väntrum, tid mellan patienter och lämpliga lokaler.

En övergång till fler videobesök för medicinsk bedömning och fler korta tider för telefonbedömning är en omställning som har tagit tid, men arbetssätten etablerade sig under andra vågen.

Primärvården har påverkats mycket och Region Uppsala har byggt upp nya enheter för provtagning inom ramen för befintliga resurser. Regionen var tidigt ute med att ta covid-19-prover på barn under den andra vågen och primärvården har även bidragit med resurser i form av t.ex. sjuksköterskor och undersköterskor till covid-19-avdelningar inom den specialiserade vården. Detta har lett till sämre resurser för primärvården men det har samtidigt stärkt upp covid-vården.

Även för Region Uppsala har produktionen i den **specialiserade vården** minskat under covid-19-pandemin, och mest under april–maj och november–

december 2020, jämfört med motsvarande månader 2019 (figur 16a och b). Regionen utmärker sig dock genom att regionen har en högre produktion 2020 jämfört med 2019 vad gäller framförallt första besöken (figur 16a och b). Enligt regionen är förklaringarna att regionen drev ett förbättringsarbete⁴⁰ under 2019 för att få en mer rättvisande bild av tillgängligheten inom ögon och gynekologiområdet för Region Uppsala. Detta började implementeras från oktober–november 2019, vilket påverkar mängden produktion som rapporterades efter det (figur 16a).

I januari 2021 rapporterar regionen in en högre besöksproduktion jämfört med januari 2020 (figur 16a). Enligt regionen beror detta på att en stor del av operationsverksamheten varit inställd på grund av personalflyttningen till covid-avdelningar under januari 2021, vilket möjliggjorde för läkarna att då åta sig fler mottagningsbesök. Effekten blev då att operationer och åtgärder kunde genomföras i lägre grad i regionen (figur 16b).

Region Uppsala började före sommaren att ha daglig kontakt med operationsenheterna inom den specialiserade vården för att besluta om vilka grupper som skulle prioriteras för operation. Prioriteringen blev akutkirurgi, imperativ kirurgi (till exempel neurokirurgiska operationer och canceroperationer) samt patienter som riskerade men för livet om vård skulle utebli. Inom hjärt- och ögonsjukvård berörs många äldre patienter. Dessa har varit extra drabbade under pandemin och har till stor del undvikit att söka vård, menar regionen.

Den stora utmaningen var slutenvårdsplatserna, eftersom vårdplatserna delades med covidplatser under våren och hösten, vilket krävde mer personal, menar regionen. Personal omprioriterades och lånades in från primärvården, vilket innebar att regionen kunde genomföra akutkirurgi, imperativ kirurgi och dagkirurgi i specialiserade vården. Regionen har försökt hinna med planerade operationer men har hindrats under perioden av bristen på vårdplatser för vård efter operation.

Region Gävleborg

Bland regionerna hade Region Gävleborg näst högst antal covid-19-fall per 100 000 invånare (6 760) under perioden vecka 1, 2020–vecka 5, 2021 [20]. [20].

Benägenheten bland invånarna att söka vård i **primärvården** har generellt sett minskat under perioden, konstaterar regionen. Enligt regionen, kan det minskade antalet besök förutom rädsla för covid-19 smitta också bero på att människor distanserar sig mer under pandemin, vilket resulterat i att färre drabbats av influensa och vinterkräksjuka. Det senare har bekräftats också av Folkhälsomyndighetens rapport [15]. Antalet besök i primärvården minskade inte i samma grad under den andra vågen som i den första vågen.

I Region Gävleborg var **måluppfyllelsen**⁴¹ för medicinsk bedömning inom tre dagar varierade 2020, med en topp från januari–april. Det kan ha att göra med dels att regionen aktivt arbetade med registreringar inom hälsocentralerna, dels att det var ett minskat inflöde av besök.

⁴⁰ Som närmare innebar att lyfta in de privata specialisterna inom vårdval katarakt, specialiserad ögonsjukvård och gynekologi till väntetider i vården, dvs. att rapportera in dessa till den nationella väntetidsdatabasen.

⁴¹ Från väntetider.se, hämtad 2021-02-26.

I den **specialiserade vården** avsatte Region Gävleborg personal speciellt för covidpatienter och personal för den planerade vården. Under våren rekommenderade man, baserat på Folkhälsomyndighetens rekommendation, att patienter inte skulle söka vård om det inte var absolut nödvändigt.

Patienter avbokades i större utsträckning under den första vågen än under den andra vågen. En stor skillnad under den andra vågen är att regionen tog hand om de patienter som tidigare väntat samt aktivt uppmuntrade patienter att söka sig till vården.

På operationssidan var regionens kapacitet begränsad och den medicinska prioriteringen blev mer nödvändig. Regionen har kunnat lämna ifrån sig vissa operationssalar för covidvård, bland annat salar avsedda för plastikkirurgi, eftersom vårdutbudet inte ansågs ha medicinsk prioritet. Behovet av viss personal till intensivvården har lett till att det inte funnits möjlighet att erbjuda vård i samma utsträckning som vanligt, beroende på de personalresurser det kräver.

Region Västernorrland

Bland regionerna var Region Västernorrland den tionde regionen med högre antal covid-19-fall per 100 000 invånare (5 720) under perioden vecka 1, 2020–vecka 5, 2021 [20].

Under den första vågen var den största utmaningen i Region Västernorrland brist på utrustning och låg kapacitet för att kunna ta prover. Prover togs därför endast utifrån medicinsk indikation; först i juni fick regionen utökad kapacitet för provtagning och smittspårning.

Inledningen av pandemin var lite kaotisk, enligt regionen. Kunskapsbrist på äldreboenden tros ha bidragit till spridningen, eventuellt kombinerat med för lite stöd från smittskyddsenheterna.

Under våren blev det tydligt för **primärvården** inom regionen att patienter inte ville komma på sina besök (bilaga 4). Flera ringde och bokade av sina tider, men det ersattes ibland av hembesök eller bedömning via telefon. Många hälsocentraler ställde också om till video- och telefonsamtal.

Primärvårdspersonal har lånats ut till covid-vård under de intensiva perioderna och använts för vaccinering av invånarna under januari 2021, vilket inneburit en utmaning med bemanningen. Regionen lyckades få in pensionerade sjuksköterskor för att stärka upp vaccinbemanningen under januari 2021.

Från mars 2020 etablerade regionen en starkare samverkan mellan kommuner, primärvården, den specialiserade vården, smittskyddsenheterna och vårdhygien. Kommunerna fick bättre stöttning under den andra vågen genom denna förstärkta samverkan. Samverkan kunde ske varje vecka mellan primärvården, kommunens socialchefer, regionen och smittskyddsenheterna, som också hade möten med kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterskor varje vecka.

Primärvården arbetade också mer uppsökande. Under den första och den andra vågen hade regionen presskonferenser varje onsdag tillsammans med smittskyddsenheter och representanter för vården. Under perioder med lägre smittspridning hölls presskonferenserna varannan vecka. Regionen har även gått ut med information via lokala tv-kanaler och tidningar om att det är

viktigt att söka sig både till **primärvården** och den **specialiserade vården** om man behöver vård.

Inom den **specialiserade vården** har man riskgruppsanpassat besöksformerna. Exempelvis utförs distansbesök eller hembesök i högre utsträckning för områden som lungverksamhet och ventilatorer. Bland annat genomfördes 2 500 fler videomöten i den specialiserade vården 2020 jämfört med 2019, enligt regionens egen statistik. Med stöd av digitaliseringen har besöken inom den specialiserade vården kunnat hålla en linje på ett annat sätt än operationsverksamheten. Besöksmottagningar kunde ta emot och ta hand om patienter som väntat länge. Regionen hade också i likhet med beskrivningar för andra regioner tydliga upp- och nertrappningsplaner för enheter och verksamheter som kunde undvara personal till covid-vården [4].

Under den andra vågen var förutsättningarna bättre inom hälso- och sjukvården i regionen. Enligt regionen fanns det en helt annan kunskapsbas om medicinering och beredskap vad gäller skyddsutrustning. Vidare har man byggt om och säkerställt för testning inom olika enheter.

Regionen har använt sig av hela länets resurser på ett mycket bättre sätt under den andra vågen genom bl.a. omfördelning och en mer optimal operationsplanering, då man flyttade patienterna mellan olika sjukhus. Det genomfördes även dagkirurgi i större omfattning än under den första vågen.

Organisationen i Region Västernorrland lärde sig mycket under 2020, menar regionen. Regionen fick bl.a. en större förflyttningskapacitet och flexibilitet med förändrade arbetssätt med fler digitala besök som infördes både inom **primärvården** och den **specialiserade vården**.

Slutsatser och diskussion

Socialstyrelsen har följt upp och analyserat effekterna av den första och den andra vågen av covid-19 vad gäller genomförd produktion⁴², väntetider⁴³ och vårdköer⁴⁴ i primärvård och specialiserad vård fram till och med januari 2021.

Sammantaget har covid-19-pandemin lett till färre genomförda besök i både primärvård och specialiserad vård under perioden mars 2020–januari 2020 jämfört med motsvarande månader 2019. Effekterna nationellt var större under den första covid-19-vågen jämfört med under den andra, men det finns regionala variationer där effekterna har varit olika beroende på hur smittspridningen sett ut. Produktionen visade en ökning från augusti 2020, men den kom att påverkas igen av den andra vågens omställning, och då mer för den specialiserade vården än för primärvården, under december 2020–januari 2021 jämfört med motsvarande månader 2019–2020.

I den specialiserade vården har den största minskningen i antal skett för genomförda första besök, medan störst relativ minskning har skett för genomförda operationer och åtgärder. Antalet personer som fått vänta på besök och behandling längre än vårdgarantins 90 dagar ökade i december 2020 och januari 2021 jämfört med motsvarande månader 2019 respektive 2020. Väntetiderna för behandling har ökat mer och mest för personer 18–69 år. Inga skillnader syns dock i väntan längre än 90 dagar mellan män och kvinnor i december 2020 jämfört med december 2019.

Socialstyrelsen drog i föregående uppföljning av första covid-19-vågen slutsatsen att hälso- och sjukvårdens kapacitet inte räckt till för att både återgå till den normala produktionen och samtidigt ta hand om de uppdämda vårdbehoven. Detta återspeglas i minskad mängd genomförd vård, vilket i förlängningen medfört att fler fått vänta längre på sin planerade vård. Samma konstaterande gäller även efter den andra covid-19-vågen, och då främst för den specialiserade vården. Sannolikt kommer även den tredje vågen att få samma konsekvenser.

Nedan förs en diskussion utifrån resultaten för primärvården respektive den specialiserade vården samt konsekvenser av covid-19-pandemin i övrigt.

Nytt arbetssätt som inkluderar distansbesök i primärvården

Primärvården påverkades stort i april–maj 2020 men började från augusti samma år närma sig samma produktionsnivå som före pandemin. I januari 2021 hade primärvården uppnått 91 procent av antalet vårdkontakter jämfört

⁴² Med produktion menas antalet genomförda besök och behandlingar (operationer och åtgärder).

⁴³ De väntetider vi har följt är vårdgarantins måluppfyllelse vad gäller tiden fram till genomfört besök eller behandling och tiden som den väntande väntat på besök eller behandling. Även median och percentilvärde har presenterats och tid för operationsanmälan till utförd operation har följts.

⁴⁴ Med vårdköer menas antalet patienter som väntar på besök eller behandling sista månaden i mätningen.

med i januari 2020. Vad gäller måluppfyllelsen för medicinsk bedömning inom 3 dagar, så har denna varierat med antalet besök och var 2 procentenheter högre i januari 2021 jämfört med i januari 2020. Den siffra som syns för riket består dock av måluppfyllelsen för alla yrkeskategorier gemensamt, vilket kan påverkas av dels felaktigheter i registrering, dels skillnader vad gäller vissa yrkeskategorier. Detta har påpekats vid regionintervjuerna och även i Socialstyrelsens analys av primärvårdens inrapportering till väntetidsdatabasen [23].

Antalet genomförda vårdkontakter och antalet webbtidbokningar via 1177⁴⁵ minskade markant i april 2020 jämfört med medelvärdet januari–februari 2020. Detta återspeglar att patienter undvek att söka vård dels med anledning av Folkhälsomyndighetens rekommendationer⁴⁶, dels patienters egen oro för att bli smittade eller för att de skulle belasta vården. Dessa har bekräftats av både regionrepresentanter (i avsnittet om regionernas utblick) och en enkätstudie genomförd av Folkhälsomyndigheten som visar att var femte person 16–84 år inte sökte vård trots behov [24].

Förmodligen avbokades besök som ansågs kunna anstå, eftersom även återbesöken minskade i mars–maj 2020 jämfört med medelvärdet januari–februari 2020.

Det ökade antalet genomförda vårdkontakter från augusti 2020 visar att patienterna sökte sig till vården igen. Detta förklaras av minskad smittspridning och att regionerna, mer under den andra vågen, arbetat uppsökande och informerat allmänheten om betydelsen av att söka vård vid behov. I siffran för januari 2021 inkluderas dock inte digitala besök från privata vårdgivare, men med antagandet att dessa fortgår blir den totala minskningen ännu mindre.

Fler faktorer bidrog till att primärvården inte kunde hålla en normal verksamhetsproduktion, vilket även regionerna beskriver i utblicken. Bland annat handlade det om omställning i form av att primärvårdens resurser omlokaliserades till bland annat covid-19-vården under både den första och den andra vågen. Primärvården påverkades även negativt av uppbyggnaden av vaccinationsenheter och av att personalen användes till att utföra vaccinationerna i januari 2021. Här har man bland annat tagit in pensionerade sjuksköterskor för att avlasta personalen. Andra sätt som någon region nämnt för att ersätta drop in-verksamheten har varit att schemaplanera för att kunna ta fler korta tider för medicinsk bedömning utan trängsel i väntrum och avsatt tid mellan patienter samt använt lämpliga lokaler.

En del av primärvårdsbesöken började redan våren 2020 att ersättas av digitala besök samt telefon- och brevkontakter. Förändringen av antalet distansbesök hos regionerna varierade dock något 2020 beroende på hur förberedd man var på att implementera denna typ av verksamhet. Regionerna påpekar att fler vårdkontakter har genomförts på distans under den andra vågen, eftersom tekniken har kommit på plats och personalen har blivit mer

⁴⁵ I tidigare uppföljning från november 2020 har Socialstyrelsen även följt webbtidbokningarna via 1177, men statistiken visade sig innehålla bokningar som gällde provtagning för covid-19, vilken i större utsträckning skedde utanför sjukhuset hösten 2020, och därför har vi valt att inte följa statistiken i denna rapport.

⁴⁶ Folkhälsomyndighetens rekommendationer innebar bland annat att patienter avråddes från att fysiskt söka sig till vården vid misstänkta symtom på covid-19 och undvika vård som kunde anstå.

van vid det arbetssättet (i avsnittet om regionernas utblick). Den digitala tjänsten erbjuds antingen som en gemensam tjänst via regionen eller som en egen tjänst direkt via vårdcentralerna.

Distansbesök samt telefon- och brevkontakter för att ersätta mottagningsbesök ökade i större utsträckning under den andra vågen. Återbesöken stod för det mesta av ökningen, vilket kan kopplas till att nybesöken ställer högre krav på fysiska besök, medan återbesöken lättare kan ersättas av digitala besök eller telefon- och brevkontakt. Detta återspeglas i att förändringarna i antalet nybesök samvarierar med förändringarna i antalet mottagningsbesök i mars–december 2020 jämfört med medelvärdet januari–februari 2020 samt i januari 2021 jämfört med januari 2020.

Att nybesöken påverkats mest, speciellt under april och december 2020 men även i januari 2021, kan tyda på antingen att patienter med nytillkomna symtom inte söker sig till vården i relation till de faktiska behoven eller att de har hittat andra sökalternativ. Hur det har gått för patienter som eventuellt inte har hittat alternativvägar vet vi inte. Det finns också vårdkontakter inom primärvården som inte täcks av väntetidsdatabasen, till exempel kontakter via Vårdguiden 1177 som har ökat och också kan erbjuda patienterna bland annat rådgivning, vilket återges i avsnittet om regionernas utblick [14].

Även en minskad säsongsinfluensa och vinterkräksjuka påverkar sökmönster till primärvården, speciellt vad gäller barn, vilket också leder till ett minskat antal besök i primärvården [15]. Under den andra vågen var det dessutom fler barn och unga som kunde provtas för covid-19-infektion och även fick stanna hemma vid smitta, vilket påverkar besöken till primärvården. Detta återspeglas också i effekterna för olika åldersgrupper.

Sammantaget har covid-19-pandemin lett till förändrade mönster vad gäller den besöksform som erbjuds inom primärvården. Socialstyrelsen har även i tidigare uppföljning beskrivit ökningen av distansbesök under första vågen som en effekt av covid-19-omställningen, vilket också är en del av det arbete som primärvården ska utföra i omställningen till en god och nära vård [4, 25]. Även distansbesöken hos privata vårdgivare som är anslutna till Region Sörmland ökade som mest i mars–april 2020, men de har fortsatt att öka resten av året jämfört med medelvärdet januari–februari 2020.

Den specialiserade vården har varierat i sin produktion

Effekterna av covid-19-pandemin på den specialiserade vårdens genomförda besök samt operationer och åtgärder var totalt sett större under den första vågen än under den andra vågen, vilket belyser att vården ställt om och hanterat situation på olika sätt under dessa båda smittvågor. Regionerna påverkades olika mycket under de båda smittspridningsvågorna, där de flesta regionerna kom att drabbas av den andra vågens smittspridning i större utsträckning [20].

Under den **första vågen** hade de flesta regionerna ställt om helt för att frigöra akut- och intensivvårdsplatser; regioner som inte kom att drabbas av

ökad smittspridning upplevde inte att man kunde ta tillbaka omställningen ifall att det kunde behövas ändå (i avsnittet om regionernas utblick). Minskningen av antalet genomförda besök och behandlingar var som störst de första månaderna (mars–maj) under den första vågen. Detta speglar den stora omställning som vården gjorde under den första vågen med att flytta om personal och ställa in planerad vård som ansågs kunna anstå.

Patienterna undvek också att söka vård mer under den första vågen än under den andra vågen, vilket vittnas om i regionernas kommentarer om färre remisser från primärvården och färre vårdbegäran direkt från patienter till den specialiserade vården (se avsnittet om regionernas utblick). Bidragande faktorer har, precis som för primärvården, varit dels Folkhälsomyndighetens rekommendationer om att undvika onödig vård, dels patienternas egen rädsla för att smittas eller belasta vården [24].

Under den tidiga hösten arbetade vården intensivt genom exempelvis utökade skift för att återhämta den planerade produktionen (läs mer om åtgärder i avsnitt nedan). I oktober 2020 uppnåddes inte den produktionstopp som syns tidigare år (figur 3). Detta beror delvis på den **andra vågens** början i mitten av oktober, vilket innebar en ny omställning för regionerna att hantera. Även senarelagda semestrar och vårdpersonal som inte hunnit återhämta sig samt en lägre produktion under höstlovsveckan 44 (figur 4) har påverkat.

I regionernas utblick som presenterades i samband med uppföljningen november 2020, framkom att regionerna aktivt arbetat med tillgänglighet hösten 2019 tack vare satsningarna från kömiljarden 2019. Arbetet bidrog till förbättrad måluppfyllelse och förmodligen till en högre produktionstopp i oktober 2019, och som blev svårare att uppnå hösten 2020.

Hälso- och sjukvården kunde ta sig an den planerade vården i någon högre utsträckning under den andra vågen, vilket analysen belyser. Under den andra vågen har inte brist på skyddsutrustning, materialbrist eller läkemedelsbrist påpekats av regionrepresentanterna ha varit ett stort hinder.

Produktionen minskade dock igen i december 2020 och januari 2021, framförallt för planerade operationer/åtgärder, under den period som den andra smittspridningens topp byggdes upp.

Områden som har påverkats mest

Under perioden mars 2020–december 2020 har samtliga specialiteter i den specialiserade vården genomfört färre besök samt operationer och åtgärder som omfattas av vårdgarantin, jämfört med motsvarande period 2019–2020.

De största minskningarna i antalet **första besök** inom vårdgarantin var inom öron-näsa-halssjukvård ortopedi och barn- och ungdomsmedicin, medan den största relativa minskningen var inom allergisjukvård, följt av plastikkirurgi och hematologi.

De största minskningarna i antalet **operationer och åtgärder** inom vårdgarantin var inom ortopedi, allmän kirurgi och ögonsjukvård, och den relativa minskningen var störst för plastikkirurgi, ryggkirurgi och ortopedi. Den största minskningen i antal planerade operationstyper, oavsett om de ingår i vårdgarantin eller inte, var operationer av knän och underben som ingår i området ortopedi, medan den största relativa minskningen var för

reoperationer på mag-tarmkanalen och därtill hörande organ. Planerade operationstyper som påverkats mest i antal inom ögonsjukvård är operationer av linser eller näthinnor.

Av analysen framgår att det totala antalet **operationer** minskade, oavsett om dessa ingick i vårdgarantin eller inte, och att det var fler operationer som inte genomfördes under den första vågen än under den andra vågen. Inte överraskande är den negativa effekten som störst vad gäller de planerade operationerna, eftersom det var dessa som fick anstå för att klara den övriga vården.

Flest väntande inom områden där det genomförts minst besök eller operationer och åtgärder

De största volymerna som väntar på **första besök** i januari 2021 återfinns inom ögonsjukvård, kvinnosjukvård, öron-näsa-hals och ortopedi; dessa områden tillhörde de vanligaste för första besök inom vårdgarantin i den specialiserade vården 2019 och är också områden där det genomförts minst besök. Antalet som väntat över 90 dagar är störst för ögonsjukvård, medan andelen som har väntat över 90 dagar är störst för allergisjukvård, där drygt 5 av 10 väntat över 90 dagar.

De största volymerna av patienter som väntar på **operationer och åtgärder** i januari 2021 syns inom ortopedi och allmän kirurgi vad gäller både dem som väntat längre än vårdgarantins 90 dagar och dem som väntat kortare tid. Andelen som har väntat över 90 dagar är störst inom plastikkirurgi, där drygt 6 av 10 patienter väntat över 90 dagar.

Specialiteterna och vårdutbuden har påverkats eftersom planerad vård har fått anstå i enlighet med medicinska prioriteringar i regionerna. I utblicken med regionerna nämns bland annat att området plastikkirurgi förutom personal även lånat ut lokaler till förmån för covid-19-vården. För andra områden, till exempel ögonsjukvården, hade vissa regioner bemanningsproblem redan året före pandemin, vilka fortsatt under pandemin och resulterat i en lägre produktion.

Utmaningar som har lyfts av regionerna

Utmaningar som lyfts av regionerna i utblicken handlar bland annat om **bristen på vårdplatser** för vård efter operation, vilket har hindrat operationsproduktionen ytterligare under perioden. Bristen fanns redan före pandemin och under pandemin har den tilltagit, eftersom vårdplatserna omprioriterats till covid-19-vården.

En annan utmaning som nämns är underbemanning inom flera verksamheter. Förutom intensivvårdspersonal, som behövts ännu mer under pandemin, saknas det **operations- och narkossjuksköterskor**, även om man försöker erbjuda fler narkossjuksköterskor betald utbildning. **Sjuksköterskor** för att bemanna vårdplatserna är ytterligare ett exempel. Regionerna upplever också att det finns svårigheter att rekrytera vårdpersonal och skulle helst undvika att ta in hyrpersonal.

Det nationella vårdkompetensrådet, vars administreras av Socialstyrelsen, har analyserat effekterna av första covid-19-vågen på kompetensförsörjningen och redovisat åtgärdsförslag [26].

Specialistsjuksköterskor rapporterades som en brist av alla regioner 2020 i Socialstyrelsens årliga rapport om regionernas tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård [27].

Ytterligare svårigheter har betonats från regioner som **saknar privata vårdgivare**, som man bedömer skulle kunna avlasta den regionägda vården. Mindre regioner upplever sig därför delvis ha sämre förutsättningar än större regioner att hantera de uppdämda vårdbehoven. **Upphandlingsregler** gör också att det tar lång tid att få fram avtal med privata vårdgivare, vilket försämrar möjligheten att korta väntetider. Även detta upplevs som ett hinder av någon region.

Regionernas hantering av de uppdämda vårdbehoven

Som belysts i Socialstyrelsens tidigare uppföljning tog produktionen fart igen från augusti, vilket delvis beror på en mindre allmän smittspridning i juni–september samt regionernas arbete med att återuppta produktionen redan på sensommaren genom bland annat omläggning av scheman, utökade skift (inklusive kvälls- och helgarbete), hyrläkare, extra vårdavtal och köp av vård utanför regionen [4].

En del regioner har också via informationskampanjer medverkat till att patienterna sökt vård i större utsträckning under den andra vågen än under den första vågen, vilket också gäller för primärvården. Detta har märkts inom den specialiserade vården genom att remisserna inte minskat nämnvärt under den andra vågen, enligt regionernas statistik. Patienterna har också vant sig vid pandemisituationen och har upplevt sig mer trygga med att söka vård under den andra vågen, konstaterar en del regioner.

Regionerna har när det har varit möjligt ersatt fysiska besök med distansbesök, och erbjudit digitala behandlingar (till exempel stöd och behandling via Vårdguiden 1177) i större utsträckning under den andra vågen än under den första vågen. Även möjligheten till egen- och hemmonitorering har utökats för exempelvis patienter med diabetes och högt blodtryck. Någon region beskriver att man har riskgruppsanpassat besöksformerna; exempelvis utförs distansbesök eller hembesök i högre utsträckning vad gäller lungverksamhet. Sammantaget har dessa möjligheter bidragit till ett ökat antal genomförda vårdkontakter under andra vågen.

Regionerna har fortsatt att köpa vård av varandra, men förutsättningarna för detta har upplevts sämre för någon region under den andra vågen eftersom de flesta regionerna var mer drabbade då. Köp av vård utanför den egna regionen visar på patientströmmar för utomlänsvård. Även inom covid-19-vården har patienter flyttat mellan regionerna. Socialstyrelsens senaste analys från 2018 om patientströmmar över landstingsgränsen (numera regiongränsen) visade att omkring 6 procent av alla inskrivningar vid landets sjukhus 2016 var utomlänsvård och att det skett en marginell ökning sedan 2008 [28].

Andra åtgärder som har beskrivits av regionerna är aktualisering eller kvalitetssäkring av väntelistor, produktionsplanering, verksamhetsdialog och informationsträffar samt samverkan mellan kommun, primärvård och slutenvård. Större möjlighet att använda mobila team för vård i hemmet har

skapats. Det har även tillkommit förändrade arbetssätt, till exempel gemensam operationsplanering i regionen och direktkonsultation via digital plattform mellan vårdcentral och specialistvård, vilket en av regionerna menar har bidragit till bättre måluppfyllelse. I en region har i huvudsak krislägesavtal använts under både den första och den andra vågen för att upprätthålla produktionsnivåerna. I några regioner har dagkirurgi också utförts i större utsträckning under den andra vågen än under den första vågen.

Ytterligare en viktig åtgärd som lyfts är en god smittspårningsprocess som regionen kan agera på för att minska smitta genom att skilja ut patienter med minsta symtom som kan tyda på covid-19 (till exempel snuva, förkylning eller feber) och slussa dem till en annan mottagning och bort från övriga patienter.

Under pandemin har det alltså vidtagits olika typer av åtgärder för att öka produktionen efter första vågen. I vissa avseenden har det även skett förbättringsarbete för att hitta lösningar till uppkomna hinder; exempelvis hittar man även andra lugnande och ångstdämpande metoder i stället för traditionell sövning (till exempel lustgas) vid till exempel magnetröntgen på barn. Detta leder till frigjorda anestesiresurser som kan användas vid operationer.

Åldersperspektivet

Socialstyrelsen har följt förändringarna av genomförda besök och operationer för åldersgrupperna 0–17 år, 18–69 år samt 70 år och äldre i både primärvården och den specialiserade vården.

I **primärvården** skiljer det sig mellan åldersgrupperna vad gäller förändringar i antalet vårdkontakter: I april 2020, under den första vågen, minskade vårdkontakterna relativt sett främst för 70 år och äldre, men i januari 2021, under den andra vågen, minskade vårdkontakterna främst för åldersgruppen 0–17 år.

Gruppen 70 år och äldre definierades tidigt som en riskgrupp. Enligt Folkhälsomyndighetens enkätstudie valde äldre personer att avstå från vårdbesök i större utsträckning än övriga åldersgrupper, vilket kopplar till resultaten i april 2020 [24].

För åldersgruppen 0–17 år står mottagningsbesöken och hembesöken för minskningen i januari 2021 jämfört med januari 2020. Vi har inte kunnat studera diagnoserna eller graden av nybesök eller återbesök för de olika åldersgrupperna. Den lägre återhämtningen av nybesök skulle delvis kunna kopplas till den minskning som visas för 0–17 år. Det skulle i sin tur delvis kunna förklaras av en minskad säsongsinfluensa och vinterkräksjuka, men även en förändrad livsstil som kan leda till färre olyckor [15]. Som nämnts tidigare var det fler barn och unga som kunde provtas för covid-19-infektion under den andra vågen och barn rekommenderades även stanna hemma vid förkylningssymtom eller smitta, vilket påverkar besöken till primärvården.

Vi har inte kunnat följa distansbesök hos privata digitala vårdgivare som är anslutna till Region Sörmland för januari 2021, men data från december 2020 visade lägre nivåer än i januari 2020 för åldersgruppen 0–17 år. Även här

skulle dock en del kunna ha sökt alternativa vägar till vård, till exempel via Vårdguiden 1177 [14].

Folkhälsomyndigheten och även Region Stockholm har tidigare publicerat att hembesöken i barnhälsovården har minskat [15–16]. I vilken mån dessa vårdkontakter har gjorts inom ramen för primärvården, och därför bidragit till resultaten i väntetidsdatabasen även för januari 2021, har dock inte undersökts närmare.

Analysen från den första vågen har visat att akutbesök för åldersgruppen 0–17 år minskade precis som för övriga åldersgrupper [18, 22], men ingen uppföljande analys har ännu gjorts för den andra vågen. Lätt- och närakuter är en annan vårdinstans som ska rapportera vårdkontakter till patientregistret vid Socialstyrelsen. Men eftersom dessa vårdkontakter ännu inte går att följa med god kvalitet har vi inte undersökt om gruppen sökt sig dit i stället.

I den **specialiserade vården** kan vi se att första besök inom vårdgarantin minskat relativt sett mest för personer 70 år och äldre samt åldersgruppen 0–17 år i mars–december 2020 jämfört med mars–december 2019.

I den planerade vården där besöken minskat mest i antal som ortopedi, öron-näsa-halssjukvård och barn- och ungdomsmedicin samt allergisjukvård relativt sett, tillhör också de områden där personer 70 år och äldre eller personer 0–17 år konsumerar mer vård.

Minskningen av totala antalet operationer var relativt jämn mellan de olika åldersgrupperna under perioden mars 2020–januari 2021. När det gäller planerade operationer var den relativa minskningen något större för gruppen 0–17 år jämfört med övriga åldersgrupper. Under samma period minskade antalet planerade operationer mest på tonsiller och adenoider för barn- och unga medan äldre påverkades mest vad gäller höft- och låroperationer.

Hur utfallet ser ut för de olika åldersgrupperna beror på huruvida gruppen är en riskgrupp eller inte men även på förekomsten av antalet operationer per åldersgrupp, vilket i sin tur påverkas av att indikationerna för operationstyperna varierar mellan olika åldersgrupper. Även den samlade besöks- och operationskapaciteten per vårdenhet eller klinik påverkar resultaten och det kan också finnas skillnader i hur hårt de enskilda klinikerna bromsat den planerade vården.

Personal (inklusive anestesipersonal) eller vårdplatser från de vårdområden som påverkats kan ha behövt lånas ut till covid-19-vården och svåra medicinska prioriteringar har behövt göras. Detta kan slå extra hårt mot barnoperationer, eftersom det på mindre sjukhus kan vara en begränsad grupp anestesipersonal som arbetar med barn.

Ytterligare förklaring till minskade besök eller operationer skulle kunna vara att antalet luftvägsinfektioner bland barn minskat till följd av följsamheten till restriktioner [15]. Det kan ha lett till uteblivna besök men också till ett minskat behov av vissa operationer på barn. Om till exempel antalet övre luftvägsinfektioner minskar kan man tänka sig en nedgång av antalet öroninflammationer med möjliga komplikationer samt i förlängningen till ett mindre behov av operationer av till exempel tonsiller och adenoider hos barn, vilket utförs på öron-näsa-hals-klinik. Det är dock för tidigt att dra tydliga sådana databaserade slutsatser även om tendenser ses.

Det finns regionala variationer i vilka operationstyper som påverkats mest för respektive åldersgrupp (data visas ej). Detta belyser skillnader i smittspridningen av covid-19 men också befolkningens vårdbehov i regionen, strukturella och organisatoriska faktorer samt regionernas hantering av situationen med covid-19-pandemin.

Barn och unga väntade längre än andra på behandling redan före pandemin

Mätt i december 2020 jämfört med december 2019 ökade väntetiderna för operationer och åtgärder mest för personer 18–69 år, även om de också ökade för de övriga åldersgrupperna. Före pandemin, i december 2019, var andelen i åldersgruppen 0–17 år som väntade på besök mer än 90 dagar lägre än för andra åldersgrupper, medan den var högre för operationer och andra åtgärder. Detta indikerar att åldersgruppen prioriterats för ett första besök men hade svårigheter att komma till behandling redan före covid-19-pandemin. Detta kan få olika konsekvenser beroende på vilket hälsotillstånd man sökt för.

Det finns flera aspekter som kan göra att vårdköen blir svårare att arbeta av när det gäller behandling av åldersgruppen 0–17 år. Bland annat utförs flera avancerade barnkirurgiska operationer på ett mindre antal barnkirurgiska centrum i Sverige, vilket leder till en ökad sårbarhet för belastning vid dessa centrum vid en pandemi eller annan krissituation.

När det gäller barnortopediska operationer kan det i normala fall vara svårare att få hjälp av privata aktörer med att arbeta av vårdköen än för vuxna när det gäller till exempel knä- och axeloperationer. Planerade operationer inom barnortopedi, som inte sällan rör små barn eller barn med funktionsnedsättning, kan dessutom kräva multidisciplinär handläggning som kräver inläggande vård på barnklinik. Patienter som berörs blir än mer utsatta vid en pandemi eller annan krissituation. För barn motsvarar en lång väntan på operation en stor andel av deras liv, vilket i sin tur kan få konsekvenser i form av förlängt lidande samt påverka utveckling och tillväxt.

Inom barn- och ungdomspsykiatri är regionernas mål att patienten ska få en bedömning eller behandling inom 30 dagar i stället för inom vårdgarantis 90 dagar. Socialstyrelsen kommer under våren 2021 även att presentera produktion, köer och väntetider specifikt för barn- och ungdomspsykiatri före och under covid-19-pandemin till och med december 2020.

Konsekvenser

Redan från den första vågen byggdes en stress upp hos vårdpersonalen som efter en snabb inskolning kunde få arbeta i covid-19-verksamheten och omhänderta patienter med livshotande tillstånd [26]. Detta skapade också en oro för patientsäkerhetsrisker, och en ökad belastning som inte gav utrymme för att sköta annat än det mest nödvändiga kring patienterna. Även oro för den uppskjutna planerade vården har skapat en stress.

Covid-19-intensivvården hade bättre kunskaper om behandling av covid-19-patienter under den andra vågen. Trots det var vårdens belastning hög på grund av den tilltagande smittspridningen och den utökade provtagningen av befolkningen.

En återhämtning för personalen är centralt för att hälso- och sjukvården ska kunna hantera även den tredje covid-19-vågen, framtida eventuella smittvågor och pandemier, de uppdämda vårdbehoven samt den ordinarie vården.

Individens hälsa och livskvalitet påverkas

En enkätstudie utförd av Folkhälsomyndigheten visar att var femte person 16–84 år inte sökte vård trots behov under den första vågen [24].

Att produktionsnivåerna både inom primärvården och den specialiserade vården ökade hösten 2020, och att antalet väntande ökade till nivåerna före pandemin i december 2020 och för behandling något mer, visar att människor sökt vård i större utsträckning än under den första vågen. Utifrån analyserna i ingående rapport går det inte att bedöma hur stor andel av de patienter som undvek vården, eller som inte fick komma till vården under den första vågen, som kommit tillbaka under den andra vågen. Det går inte heller att bedöma hur många som fortfarande undviker att söka vård, mer än att vi har belyst att de är färre än under den första vågen. Myndigheten för vård och omsorgsanalys har en pågående befolkningsstudie som kanske kan ge inblick i denna fråga när studien publiceras framöver.

Om människor trots behov undviker att söka hjälp, eller om vården inte kan avgöra om ett hälsotillstånd (till exempel ihållande rethosta) är allvarligt nog för att det ska omhändertas i rimlig tid, kan det få livshotande konsekvenser för individen. Det innebär också en kvalitetssänkning av vården. Under förutsättningar där vårdpersonal behöver prioritera mellan hälsotillstånd finns risken att man väljer att avvakta med att boka ett besök vid ett hälsotillstånd som kan ha flera differentialdiagnoser, vilket fördröjer att en utredning kommer till stånd som leder till en diagnos.

Men även vård som vi inte har mätt i denna rapport, exempelvis kontrollbesök eller återbesök som glesats ut i specialiserade vården⁴⁷ samt blodanalyser och bild- och funktionsundersökningar, har fått vänta för att frigöra resurser och provtagningskapacitet för bland annat smittprovtagning. Dessa hinder i vårdkedjan kan i sin tur bidra till förlängda väntetider och otrygghet hos patienter.

Planerad vård har fått anstå, vilket resultaten i denna rapport belyser i form av minskat antal genomförda besök samt operationer och åtgärder i den specialiserade vården och en ökad andel patienter som väntar mer än vårdgarantins 90 dagar. Folkhälsomyndigheten belyste i maj 2020 att det finns en oro i befolkningen för att inte få vård under covid-19-pandemin [24].

För individer kan en väntan på diagnos eller behandling innebära ökad oro, smärta och försämrad livskvalitet. Längre väntan kan även leda till ett försämrat medicinskt tillstånd, vilket i sin tur kan påverka prognosen negativt eller leda till en ökad patientsäkerhetsrisk vid behandling eller i slutändan till en situation där ingen behandling kan genomföras. Detta gäller särskilt patienter med cancer, men det finns även mer akuta tillstånd, till exempel stroke- och hjärtsjukdomar, där det är viktigt att vården är tillgänglig. Nedan

⁴⁷ Återbesök rapporterades inte till den nationella väntetidsdatabasen i enlighet med den gamla uppföljningsmodellen. Återbesök ingår dock i den rimlighetsbedömning som gjorts baserat på besöksdata i patientregistret för januari 2021 jämfört med januari 2020 (se metodavsnittet och bilaga 3).

redovisas produktionsläget för båda dessa sjukdomsområden under covid-19-pandemin.

Patientnämnden har visat att **klagomålen** 2020 varit 8 procent färre (ungefär 3 000 ärenden) jämfört med 2016–2019, vilket troligtvis beror på att det totala antalet vårdkontakter minskade 2020 [29]. Av totalen var 10 procent (3 337) covid-19-relaterade. Klagomålen på den somatiska specialistvården handlade främst om att vård inte bokats eller ställts in; patienterna beskriver konsekvenserna som ett förlängt lidande och en ökad oro, men för en del även att ekonomin påverkas på grund av förlängd sjukskrivning. I klagomålen framkom även patienters rädsla för covid-19 i samband med vårdbesök eller vid resor till och från vården. I klagomålen beskrivs att personalens användning av skyddsutrustning och följsamhet till hygienrutiner inte mötte patienternas förväntningar, vilket ledde till oro och rädsla. Andra klagomål handlade om att patienter med misstänkt eller bekräftad covid-19 har nekats sjukhusvård och senare avlidit. För tidiga utskrivningar av covid-19-patienter var en annan grupp av klagomål. Klagomålen på primärvården handlade om att patienter nekats vård, besök, testning eller intyg.

Socialstyrelsen har i tidigare tillgänglighetsrapporter belyst vilka konsekvenser tillgänglighetsbrister i form av exempelvis längre väntetider eller dåligt bemötande av vården kan få dels för individen, dels för hälso- och sjukvården [30]. Exempelvis kan det för individen innebära sämre förtroende för vården och därmed ännu mer undvikande av vården, vilket i sin tur kan leda till försämrade medicinska tillstånd. När det gäller hälso- och sjukvården visar senaste hälso- och sjukvårdsbarometern att det finns ett högre **förtroende** för vården än tidigare år, men det kan bland annat förklaras av att situationen 2020 varit extraordinär, där folks förväntningar fått sänkas och ödmjukheten inför vårdens kapacitet har ökat [31].

Cancersjukvården

För vissa hälsotillstånd, till exempel cancer, är det viktigt att patientens diagnos inte går oupptäckt under lång tid eftersom det försvårar prognosen framöver. För att undvika detta behöver alltså patienten ha sökt till vården vid upplevda symtom och vården ha erbjudit ett första besök som kan starta vårdprocessen i rimlig tid.

Regionala cancercentrum (RCC) i samverkan har visat att antalet nya cancerfall har minskat under pandemin, eftersom färre har sökt vård [32]. Förutom att patienter undvikit vården har Socialstyrelsens tidiga analyser under första covid-19-vågen visat att samtliga screeningprogram för bröstcancer, livmoderhalscancer samt tjock- och ändtarmscancer har behövt anpassas, och vissa regioner har pausat screeningverksamheten [33]. Även personalbrist av bland annat röntgenspecialister har påverkat. Detta leder i sin tur till minskat inflöde för första besök och behandlingar inom den specialiserade vården. I regionutblicken har det belysts att cancervården är en slags imperativ vård som prioriteras för behandling men att uteblivna patientbesök blir svårare att komma åt.

Det data som Socialstyrelsen har följt från den nationella väntetidsdatabasen i denna rapport innehåller endast första besök till

cancersjukvården. Region Stockholm rapporterar dessutom inte alls data för cancersjukvården. Därför saknas en hel nationell bild. Vid SKR finns en separat databas för inrapportering av de standardiserade vårdförloppen inom cancer, men den har vi inte följt upp här.

Baserat på de övriga regionernas inrapporterade data var minskningen för cancervården 10 procent (-2 254) vad gäller genomförda första besök i mars–december 2020 jämfört med motsvarande period 2019. Andelen väntande patienter som väntat mer än 90 dagar på första besök var 2 procent (26) i december 2020 och 8 procent (135) i januari 2021.⁴⁸

I dessa siffror ingår inte heller den egenvalda väntan eller medicinskt orsakad väntan, vilket belyser att det kan finnas anledning att närmare studera varför dessa fall väntar längre än vårdgarantins tidsgräns. Det skulle eventuellt kunna handla om att kölistorna inte aktualiserats. Men med tanke på att det inom cancervården finns målnivåer för respektive cancerdiagnos att förhålla sig, från *välgrundad misstanke om cancer till start av behandling*, som är kortare än vårdgarantins 90 dagar är det relevant att detta undersöks närmare [34].

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har ett regeringsuppdrag att lämna förslag på hur myndigheten kan utveckla sin tillsyn kopplat till de patientsäkerhetsrisker som bristande tillgänglighet i vården medför. IVO har meddelat att man går vidare med tillsyn inom cancersjukvården efter att ha studerat data från väntetidsdatabasen 2020 [35].

Stroke- och hjärtsjukvården

För patienter med stroke eller hjärtinfarkt är det akuta omhändertagandet avgörande för behandlingens resultat.

Socialstyrelsen har tidigare visat att antalet fall med patienter 70 år och äldre minskade inom stroke- och hjärtsjukvården mars–juni 2020 och jämfört med motsvarande månader 2019 [36]. I samma uppföljning drogs slutsatsen att personer 70 år och äldre fått både akut och planerad behandling för stroke och hjärtinfarkt i enlighet med gällande nationella riktlinjer [37–38].

Inrapporterad data till väntetidsdatabasen visar att det utfördes färre besök inom hjärtsjukvården (-22 procent, - 8 728) i mars–december 2020 jämfört med mars–december 2019. Den relativa minskningen var större under den första vågen än under den andra vågen (bilaga 4). Det genomfördes även 24 procent (- 3 300) färre operationer och åtgärder inom hjärtsjukvården i mars–december 2020 jämfört med i mars–december 2019. Den relativa minskningen var större under den första vågen än under den andra vågen (bilaga 4).

Det nationella kvalitetsregistret Swedeheart rapporterar i sin årsrapport för 2020 liknande resultat [39]. Efter en uppgång under sommaren och tidiga hösten 2020 minskade antalet patienter under den senare delen av hösten, när smittspridningen tog fart igen, konstateras i rapporten. Patienter som sökte vård för hjärtinfarkt väntade inte för länge och fick rätt vård i rätt tid, trots att resurser flyttades från hjärtintensiven till vård av covid-19-patienter, konstaterar Swedeheart vidare.

⁴⁸ Se metodavsnittet och bilaga 3 vad gäller inrapportering av data till väntetidsdatabasen från januari 2021.

Möjliga förklaringar till det minskade antalet patienter som sökt vård skulle kunna vara att de restriktioner som gällt under perioderna med mest smittspridning lett till en minskad stress i samhället och att det har påverkat antalet insjuknanden [39]. Även den minskade säsongsinfluensan och vinterkräksjukan som brukar kopplas till hjärtinfarkt kan vara en delförklaring [15].

Patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan

En relevant aspekt för mätning av vårdköerna, vilken kan kopplas till längre väntetider samt eventuella konsekvenser av dessa, är frågan om patientvald väntan eller medicinskt orsakad väntan.

Information om dessa typer av väntan kan hämtas från den nationella väntetidsdatabasen, vilket redovisas i denna rapport och även i tidigare uppföljningar. Regionerna registrerar denna väntan på olika sätt, och vissa registrerar mer eller andra inte alls. Trots detta visar denna analys att det finns ett stort antal passivt väntande personer i kölistorna. Hur ofta regionerna aktualiserar sina kölistor kan också förändra dessa siffror.

Medicinskt orsakad väntan kan bero på till exempel en komplikation, infektion eller infarkt eller på högt blodtryck. Medicinskt orsakad väntan är ett slags väntan som inte är enkel att påverka även om det finns hälso- och sjukvårdsresurser att tillgå. Det handlar mycket om att vänta ut den tid det tar för det problem som orsakar väntan att åtgärdas, så att den planerade vården kan utföras. Förutom att erbjuda traditionell medicinsk behandling kan hälso- och sjukvården informera, samordna och stödja i patientens vårdkedja för att korta tiden. Handlar det om behov av livsstilsförändringar hos patienten, till exempel viktnedgång eller rökstopp, kan vården hjälpa till med exempelvis kbt-behandling eller grupputbildning. Oavsett typ av behandling, så kommer patientens motivation, förståelse av information och följsamhet till behandlingen att påverka resultatet.

När det gäller **patientvald väntan** är det önskvärt för regionerna att besöket eller behandlingen blir av, så att patienten inte behöver stå kvar i kön. I regionintervjuerna togs det dock upp att patienter tackade nej trots erbjudande om vård i en annan vårdenheter eller region för att garantera vårdgarantin, för att i stället vänta på att få besöka eller behandlas av den personal eller vårdenheter man önskade.

Orsakerna kan vara flera; det kan till exempel handla om patientens ålder, familjesituation, ekonomiska förhållanden eller psykosociala tillstånd. Även patientens behov av trygghet och kontinuitet påverkar. I regionintervjuerna påpekades också att det fysiska avståndet till alternativa vårdenheter kan spela roll samt antalet vårdtillfällen.

I det nationella kvalitetsregistret SPOR kan man följa avböjda och inställda operationer, men redan under den första vågen var dessa färre än före pandemin, förmodligen på grund av att antalet operationer i sig var färre (data visas inte). Därför kan inte denna information utgöra ett korrekt underlag för att följa den exakta orsaken till avbokningar eller inställda operationer.

Trycket på vården är fortfarande stort

Rapporten visar att antalet genomförda besök, och då framför allt planerade operationer och åtgärder i hälso- och sjukvården, minskade till följd av covid-19-pandemin till och med januari 2021. Socialstyrelsen har även tidigare redovisat att färre patienter besökte akutmottagningar och tandvård som en effekt av framförallt den första covid-19-vågen [21-22].

Dessutom finns det områden i vårdkedjan som inte täcks av denna analys, exempelvis återbesök i den specialiserade vården och utredningar i form av blod-analyser samt bild- och funktionsundersökningar. Detta innebär att det sammantagna uppdämda vårdbehovet troligen är större än den del som belyses i denna rapport.

Det bör dock påpekas att all minskad vård inte nödvändigtvis är vård som väntar, eftersom vissa hälsoproblem kan läka av sig själv. Patienten kan även ha hittat andra lösningar (till exempel egenvård i form av kost, motion och träning) eller alternativa sök- och kontaktvägar till vård. Vården kan också ha bistått med att lägga om till någon annan form av behandling i stället för, eller i väntan på, operation och åtgärd. Exempelvis kan patienter med artros få hjälp med träning via digitala e-tjänster. Även en minskad säsongsinfluensa och vinterkräksjuka har sannolikt påverkat statistiken i primärvården och den specialiserade vården samt på akutmottagningarna [18].

De ökande värdköerna under den andra vågen i förhållande till minskningen under den första vågen, samt en längre väntan än vårdgarantins 90 dagar, visar att ett framtida vårdbehov skapats av den uppskjutna planerade vården under den första respektive den andra vågen. Patienterna har visserligen sökt vård i större utsträckning under den andra vågen men i denna analys går det inte att bedöma om patienter fortfarande undviker att söka vård eller hur många dessa är. I denna analys har vi inte heller studerat om alla patienter känt sig trygga och upplever sig ha fått sina behov tillgodosedda med de alternativ som hälso- och sjukvården erbjudit i form av till exempel distansbesök, digitala behandlingar och hemmonitorering.

Covid-19-pandemin har också påverkat folkhälsan negativt, bland annat genom ökad ensamhet, minskad fysisk aktivitet och en negativ påverkan på den psykiska hälsan i grupper där många redan har psykisk ohälsa [15]. För äldre innebär även en minskad fysisk aktivitet större risk för fallolyckor framöver.

Dessutom har covid-19 gett upphov till nya patientgrupper i form av patienter som insjuknat i covid-19 och fått akutvård med påföljande rehabiliteringsbehov samt patienter med postcovid. Socialstyrelsen har nyligen analyserat data om patienter med postcovid och konstaterat att gruppen är svår att identifiera [40]. Patienterna har heterogena symtom och varierande vårdbehov, vilket kräver fler resurser av hälso- och sjukvården, och i dagsläget erbjuder få kliniker vård för dessa patienter [41]. Det krävs också ökad kunskap för att omhänderta deras fortsatta vårdbehov, och Socialstyrelsen har nyligen tagit fram ett kunskapsstöd på området [40].

Sammantaget är trycket på vården fortfarande stort när det gäller att hantera de uppdämda vårdbehoven och de nya vårdbehov som uppstår.

Referenser

1. Folkhälsomyndigheten utlyser mycket hög risk för samhällsspridning i Sverige: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/mars/flera-tecken-pa-samhallsspridning-av-covid-19-i-sverige/>, hämtad 2020-06-03.
2. Analys och utveckling av områden som påverkats av covid-19: <https://www.socialstyrelsen.se/coronavirus-covid-19/socialstyrelsens-roll-och-uppdrag/analys-och-utveckling/>, hämtad 2021-03-22.
3. Covid-19 har påverkat vårdkontakter, operationer och väntetider, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/vardkontakter-varldgaranti-covid-19.pdf>, Socialstyrelsen, 2020.
4. Analys av första covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-11-7065.pdf>, Socialstyrelsen, 2020: *Tillhörande bilaga*: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-11-7065-tabeller.xlsx>.
5. Bekräftade fall i Sverige – daglig uppdatering: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/statistik-och-analyser/bekraftade-fall-i-sverige/>, hämtad 2021-03-22.
6. Statistik om SARS-CoV-2 virusvarianter av särskild betydelse: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/statistik-och-analyser/sars-cov-2-virusvarianter-av-sarskild-betydelse/>, hämtad 2021-04-21.
7. Lokala rekommendationer för att minska spridningen av covid-19: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/lokala-allmanna-rad/>, hämtad 2021-03-22.
8. Regional information om coronaviruset: <https://www.krisinformation.se/detta-kan-handa/handelser-och-storningar/20192/myndigheterna-om-det-nya-coronaviruset/regional-information-om-coronaviruset/>, hämtad 2021-03-22.
9. Nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner, hämtad 2021-02-17–2021-04-15.
10. Region Sörmlands data för digital vård till ersättningssystemet Privera, hämtad 2021-01-22–2021-02-02.
11. Svenskt perioperativt register (SPOR) – ett nationellt kvalitetsregister som drivs i samarbete med Uppsala Clinical Research Center (UCR): www.spor.se, hämtad 2021-02-10–2021-02-12.
12. Pandemin och hälso- och sjukvården. Läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården med anledning av covid-19. Sveriges Kommuner och Regioner. Publicerad 2020-11-10.

13. Modell för nationell uppföljning av tillgänglighet inom specialiserad vård – För ökad kunskap och stöd för verksamhetsutveckling,” Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner, 2020.
14. Rekordmånga använder tjänsterna på 1177.se – Inera: <https://www.inera.se/nyheter/nyheter/rekordmanga-anvander-tjansterna-pa-1177.se/>, hämtad 2021-04-22.
15. Hur har folkhälsan påverkats av covid-19-pandemin? Samlad bedömning utifrån svensk empiri och internationell forskning under 2020. Folkhälsomyndigheten, 2021.
16. Påverkan av covid-19 på det regionala BHV-programmet. En kartläggning av barnhälsovårdssjuksköterskors uppfattning i Region Stockholm under mars–maj 2020. Region Stockholm, 2021.
17. Risk att drabbas allvarligt av covid-19: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/riskgrupper-risk-att-drabbas-allvarligt-covid19.pdf>. Socialstyrelsen, 2021.
18. Förändringar i barns och ungas vårdbesök med anledning av covid-19: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-2-7250.pdf>. Socialstyrelsen, 2021.
19. Årsrapport SPOR-2019. Svenskt perioperativt register, 2020.
20. Bekräftade fall i Sverige – daglig uppdatering. Folkhälsomyndigheten: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/statistik-och-analyser/bekraftade-fall-i-sverige/>, hämtad 2021-02-16.
21. Effekter av covid-19 på tandvårdsbesök bland barn och vuxna: Del 3: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-3-7265.pdf>, Socialstyrelsen 2021. *Tillhörande bilaga:* <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-3-7265-tabeller.xlsx>
22. Analys av hur patienter besöker somatiska akutmottagningar under och efter första covid-19-vågen: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-12-7089.pdf>, Socialstyrelsen, 2020.
23. Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020. Regionernas inrapportering av primärvårdsdata till den nationella väntetidsdatabasen: Delrapport december 2020. Socialstyrelsen, 2020.
24. Oro för att inte få vård under covid-19-pandemin – särskilt bland äldre. Folkhälsomyndigheten, 2020.
25. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Utvecklingen i regioner och kommuner och uppföljning av överenskommelsen En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare. Socialstyrelsen, 2020.
26. Pandemin och kompetensförsörjningen: Lärdomar och åtgärdsförslag från Nationella vårdkompetensrådet efter coronavåren 2020. Nationella Vårdkompetensrådet, 2020.

27. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård: Nationella planeringsstödet 2021. Socialstyrelsen, 2021.
28. Patientströmmar över landstingsgränsen: februari 2018. Socialstyrelsen, 2018.
29. Pandemin och patienterna: Klagomål till patientnämnderna i Sverige 2020. Rapport, Mars 2021.
30. Tillgänglighet i hälso- och sjukvården: Februari 2018. Socialstyrelsen, 2018.
31. Hälso- och sjukvårdsbarometern 2020. Sveriges Kommuner och Regioner, 2021.
32. Uppskjuten cancervård Delrapport 4 – elektronisk anmälan från patologilaboratorier (B-anmälan). Jämförelse av antalet registrerade anmälningspliktiga tumörer januari - december 2020 med motsvarande period 2019. Regionala cancercentrum i samverkan, 2021.
33. Covid-19-pandemins påverkan på screeningverksamheter inom cancerområdet. Socialstyrelsen, 2020:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/faktablad-screening-av-cancer-covid19.pdf>.
34. Väntetider, patientperspektiv och strävan mot en jämlik cancervård Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården. Slutrapport del 1, 2019. Socialstyrelsen, 2019.
35. Vad har IVO sett 2020? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2020. Inspektionen för vård och omsorg, 2021.
36. Hur covid-19 har påverkat akut vård av äldre med stroke och hjärtinfarkt. Socialstyrelsen, 2020:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-10-6968.pdf>.
37. Nationella riktlinjer – Hjärtsjukvård – Indikatorer. Socialstyrelsen; 2018.
38. Nationella riktlinjer – Vård vid stroke – Indikatorer. Socialstyrelsen; 2020
39. Swedeheart 2020. Årsrapport, utgiven 2021.
40. Postcovid – kvarstående eller sena symtom efter covid-19 Stöd till beslutsfattare och personal i hälso- och sjukvården (del 2). Socialstyrelsen, 2021.
41. Postakut Covid-19-syndrom – långtidskomplikationer av Covid-19. Kungliga Vetenskapsakademien, 2021.

Bilaga 1. Personer som bidragit

Socialstyrelsen vill tacka nedan personer som bidragit med dataunderlag och eller värdefulla synpunkter.

Socialstyrelsen: Carl-Erik Flodmark, medicinsk sakkunnig, och Karin Blomgren, saksamordnare barn och ungdomar.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR): Annika Brodin-Blomberg och Harald Grönqvist, ansvariga för nationella väntetidsdatabasen.

Data för privata digitala vårdgivare anslutna till Region Sörmland: Kent Bobits, verksamhetsutvecklare eHälsa.

Det nationella kvalitetsregistret Svenskt perioperativt register (SPOR): Gunnar Enlund, SPOR:s biträdande registerhållare samt Lars Norberg och Helena Nolgren, Uppsala Clinical Research Center för SPOR-data.

Nationellt programområde (NPO) för barn och ungdomars hälsa: Simon Rundquist, ordförande, barnläkare och Christina Clementson Kockum, NPO:s barnkirurgiska kontaktperson, barnkirurg.

Regionrepresentanter från sju utvalda regioner:

- **Region Skåne:** Åsa Berling, hälso- och sjukvårdsstrateg; Marie Kestola, hälso- och sjukvårdsstrateg; Mari Mansson, hälso- och sjukvårdsstrateg.
- **Region Kalmar län:** Maria Svensson, utredare, kontaktperson för tillgänglighet; Anita Bergsell, samordnare; Muris Sipo, ekonomichef, psykiatriförvaltningen; Anna Bergström, verksamhetsutvecklare.
- **Region Jönköpings län:** Andreas Persson, utredare.
- **Region Värmland:** Elias Tsiolis, verksamhetschef HS Ledningsstöd; Sandra Röjdén Thyberg, verksamhetsanalytiker.
- **Region Uppsala:** Carina Lundin, verksamhetsutvecklare och tillgänglighetssamordnare; Kerstin Högberg, projektledare; Maria Lindblom, tillgänglighetssamordnare och verksamhetsutvecklare; Åsa Fors, utredare och central tillgänglighetssamordnare.
- **Region Gävleborg:** Magnus Kölgran, analytiker, produktionsstöd; Ellinor Blomberg, analytiker, produktionsstöd.
- **Region Västernorrland:** Christine Bylander, strateg, biträdande sjukhusdirektör under 2020; Anna-Lena Lundberg, områdesdirektör; Ann Holmström, tillgänglighetssamordnare; Petra Lindstedt, områdesdirektör.

Bilaga 2. Jämförelseperiod

Vad gäller den **specialiserade vården** har Socialstyrelsen i tidigare analyser av data från den nationella väntetidsdatabasen jämfört 2020 med medelvärdet 2017–2019 för att bättre ta hänsyn till de slumpvariationer och olikheter i infektionsförekomst som kan uppstå i data mellan åren samt inom samma år [3–4]. Vid analysen av helåret 2020 har det dock uppdagats en rad datakvalitetsaspekter som försvårar en jämförande analys med åren 2017–2019.

Mellan olika år och till och med inom samma år sker förändringar som påverkar datainnehåll och kvalitet: exempelvis vad gäller politisk ledning, organisationens och verksamhetens struktur, vårdutbud och vårdområden, satsningar (överenskommelser, statsbidrag med mera), teknik, registrering, rapportering och tolkning.

För att analysera effekter av covid-19-pandemin och minska risken att fånga förändringar som beror på ovan nämnda aspekter anses 2019 som ett mer aktuellt år att använda som jämförelseperiod med 2020. Detta görs genomgående för besök samt operationer och åtgärder som rapporterats in till i väntetidsdatabasen, även om skillnaderna vad gäller operationer och åtgärder är små på riksnivå (se avsnitt nedan), men det utesluter inte att skillnaderna kan vara större på djupare nivå (exempelvis region, vårdområden, ålder, kön).

Jämförelseåren påverkar resultatet

Vad gäller **genomförda första besök** syns en tydlig ökning av antalet besök mellan 2017, 2018 och 2019 som blir mindre synligt när ett medelvärde tas fram för dessa år (se kapitlet om den specialiserade vårdens produktion samt bilaga 4). Produktionen 2019 var högre per månad än för medelvärdet 2017–2019 (figur 3), vilket påverkar resultaten beroende på vilket jämförelseår som används.

För helåret 2020 blir minskningen för första besöken 11 procent (-255 455) respektive 6 procent (-116 207), när jämförelsen görs med 2019 respektive medelvärdet 2017–2019 (figur 3). Under den första vågen mars–september 2020 blir minskningen 16 procent (-196 654) om jämförelsen görs med 2019 men 10 procent (-113 821) om jämförelsen görs med medelvärdet motsvarande månader 2017–2019.

För **genomförda operationer och åtgärder** blir skillnaderna förhållandevis marginella mellan jämförelseåren, eftersom nivåerna för åren ligger mycket närmare varandra per månad (figur 3). Här blir minskningen 18 procent (-117 539) för helåret 2020 respektive 17 procent (-109 293), när jämförelsen görs med 2019 respektive medelvärdet 2017–2019.

I figur 3 och i några ytterligare figurer förekommer data för medelvärdet 2017–2019 som illustration på själva perspektivet.

Bilaga 3. Rimlighetsbedömning för den nya modellen

Från januari 2021 rapporteras data till den nationella väntetidsdatabasen endast enligt den nya uppföljningsmodellen för den specialiserade vården (se metodavsnittet) [13].

I den gamla modellen kunde man följa första besök för 26 specialiteter samt planerade operationer och åtgärder för 14 vårdutbud inom vårdgarantin. I den nya modellen kan man följa första besök och återbesök (som inte ingår i vårdgarantin) samt operationer och vårdutbud för fler verksamhetsområden än tidigare. Även fler yrkeskategorier⁴⁹ än tidigare och fler besöksformer (till exempel distansbesök eller fysiska besök) med mera rapporteras in.

För att kunna bedöma att de skillnader som eventuellt framkommer mellan januari 2021 och januari 2020 inte beror på skillnader mellan modellernas innehåll och inrapporteringssätt har vi gjort rimlighetsbedömningar med andra nationella datakällor baserat på data för januari 2020 och januari 2021:

- För första besöken har besöksdata som inrapporterats till det nationella patientregistret⁵⁰ vid Socialstyrelsen för den öppna specialiserade vården följts. Urvalet för bedömningen har begränsats till motsvarande medicinska verksamhetsområden som finns i väntetidsdatabasen i enlighet med den gamla modellen. Det finns dock skillnader mellan dessa datakällor, till exempel innehåller patientregistret endast läkarkontakter för första besök och återbesök, men det är svårt att särskilja dessa besöksformer. Väntetidsdatabasens besök är begränsade till första besök inom ramen för vårdgarantin, och med den nya modellen⁵¹ kan fler yrkeskategorier ha rapporterats in trots urvalets avgränsning.
- För operationer har vi kunnat göra en rimlighetsbedömning med hjälp av data från SPOR som dels kan följa den totala operationsproduktionen för riket och per region, dels kan särskilja planerade operationer från akuta.

Nedan beskrivs resultaten och slutsatserna från denna bedömning.

⁴⁹ Enligt SKR har vårdkontakter med andra legitimerade yrkesgrupper än läkare rapporterats inom allmän psykiatri och barn- och ungdomspsykiatri även i den gamla modellen.

⁵⁰ Data hämtad 2021-03-25. Data i nationella patientregistret för januari 2021 är preliminära. Enligt föreskrifterna för patientregistret kan regionerna/vårdgivare rapportera in uppgifter tre påföljande månader efter avslutad vård.

⁵¹ Enligt SKR kan man i den nya uppföljningsmodellen för den specialiserade vården följa och sortera alla yrkeskategorier. Det fanns ingen regel i den gamla modellen som instruerade att bara läkarkontakterna skulle rapporteras. Hur regionerna rapporterat i den gamla modellen kan ha varierat beroende på hur man kunnat fånga respektive kontakt och yrkesgrupp i systemen, men det kan också spegla arbetssätt. I den gamla modellen har vårdkontakter med andra legitimerade yrkesgrupper än läkare rapporterats inom allmän psykiatri och barn- och ungdomspsykiatri.

Rimlig minskning vad gäller besök på riksnivå

I januari 2021 var antalet genomförda **första besök** inom vårdgarantin 21 procent lägre (-40 307) jämfört med januari 2020 (figur 3).

Rimlighetsbedömningen baserad på **besöksdata** från patientregistret visar att besöksmönstret för 2019–januari 2021 till stor del liknar det som återfinns i väntetidsdatabasen och att den relativa minskningen mellan januari 2021 och januari 2020 blir 18 procent (-158 406) (figur 3, bilaga 4). Detta talar för att den relativa minskning som återfinns från inrapporteringen i väntetidsdatabasen på riksnivå inte endast är relaterad till den nya modellen utan sannolikt är reell och delvis beror på covid-19-effekter under den andra vågen.

En rimlighetsbedömning baserad på till stor del överensstämmande relativ minskning på riksnivå utesluter inte att den nya modellen kan påverka jämförbarheten vad gäller analyser på djupare nivåer, till exempel vad gäller regioner, specialiteter, vårdutbud, ålder och kön.

Inte heller utesluter dessa likheter fördröjningar i inregistrering eller rapportering från regionerna, där Region Skåne är ett sådant exempel. Inrapporteringshinder från en stor region kan till viss del ligga till grund för de lägre besöksiffrorna i januari 2021 jämfört med januari 2020. Socialstyrelsen har inte studerat detta närmare utan SKR kommer att utreda detta närmare.

Låg minskning för operationer och åtgärder på riksnivå

I januari 2021 var antalet genomförda **operationer och åtgärder** inom vårdgarantin 26 procent lägre (-15 120) jämfört med januari 2020 (figur 3).

I tabell 1 visas **operationsdata** från SPOR för januari 2021 och 2020.

Tabell 1. Jämförelse operationsproduktion januari 2021 med januari 2020 på riksnivå utifrån SPOR-data

Jämförelse januari 2021 med januari 2020 – riket	Akut	Planerad	Totalt
Antal januari 2020 (vecka 1–5; 30 december–2 februari)	14 841	32 642	47 483
Antal januari 2021 (vecka 1–4; 4–31 januari)	12 047	17 970	30 017
Antal januari 2021 (vecka 53, 2020–vecka 4, 2021; 28 december–31 januari).	14 670	19 312	33 982
Differens 2021 vecka 1–4	-2 794	-14 672	-17 466
Differens 2021 vecka 53–4	-171	-13 330	-13 501
Procentuell förändring vecka 1–4	-18,8%	-44,9%	-36,8%
Procentuell förändring vecka 53–4	-1,2%	-40,8%	-28,4%

Datakälla: Det nationella kvalitetsregistret Svenskt perioperativt register (SPOR). Exklusive regionerna Jämtland Härjedalen, Blekinge och Gotland som inte rapporterat till SPOR för hela eller delar av de redovisade perioderna.

SPOR:s data visar att den relativa minskningen av genomförda operationer på riksnivå totalt sett är 28–37 procent, men för planerade operationer är den

41–45 procent i januari 2021 jämfört med januari 2020, beroende på hur många veckor som inkluderas i januari 2021 som har kalenderdagar även i vecka 53, 2020 (tabell 1). Den minskade effekten på planerade operationer utifrån SPOR:s data, som talar för en markant påverkan av covid-19-pandemin, återfinns inte på samma sätt i de data som hämtas från väntetidsdatabasen.

Den nya modellen har sannolikt påverkat resultaten, som alltså borde visa en större minskning enligt resultaten från SPOR. Det bör betonas att jämförelsen mellan datakällorna inte är vetenskaplig och att det finns skillnader mellan datakällorna. I väntetidsdatabasen inkluderas även andra åtgärder än kirurgiska åtgärder, till exempel utprovning av hörapparat, vilket skulle kunna påverka, men ingen närmare analys av detta har gjorts.

Eventuellt kan också förändringar vad gäller registrering eller inrapportering som påverkar väntetidsdatabasen påverka andra nationella datakällor på grund av modellbytet eller av andra skäl, men detta har inte utretts exempelvis vad gäller patientregistret.

Operationsdata som rapporteras till SPOR har däremot bytt operationskodsystem sedan januari 2021, där nya åtgärds-koder för kärllkirurgi gäller, så att kapitel P utgår och ersätts av kapitel V.⁵² Under januari var endast 97 operationer påverkade av denna ändring, varav de flesta hade rapporterats av Region Stockholm. Dessa fåtal operationer bedöms inte påverka analysen för SPOR-data.

Orimliga skillnader på regionnivå för operationer

Enligt SKR har till exempel Region Skåne, som är en stor region, meddelat att privata vårdgivare ännu inte rapporterat data för januari 2021 till väntetidsdatabasen på grund av systemändringarna och modellbytet. Enligt uppgift står dessa vårdgivare för 30 procent av besöksantalet för Region Skåne. Detta är ytterligare en rapporteringsfelkälla som dock borde leda till en lägre produktion i januari 2021. Därför svarar detta inte mot diskrepansen mot SPOR:s data vad gäller operationer och åtgärder.

I analyserna av de enskilda regionernas resultat (se avsnittet *Utblick i sju regioner*) kunde vi däremot se att Region Stockholm, som har störst befolkningsmängd, avviker från de övriga regionerna i januari 2021. Regionen visar 40 procent fler genomförda operationer och åtgärder i januari 2021 jämfört med i januari 2020.

Tabell 2 visar operationsdata från SPOR för Region Stockholm, där planerade operationer minskat med 37–43 procent i januari 2021 jämfört med januari 2020. Detta är en effekt som till stor del beror på covid-19-pandemins omställning, vilket innebär att operationsresultatet från väntetidsdatabasen inte återspeglar den verkliga minskningen utan snarare beror på förändringarna i samband med den nya uppföljningsmodellen för Region Stockholm i januari 2021.

Socialstyrelsen har endast haft tillgång till aggregerad data och inte studerat materialet djupare för att hitta de exakta skillnaderna, men i dialog med SKR har det framkommit att för den nya modellen sker mätningen för

⁵² <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/kva/>, hämtad 2021-04-28.

Region Stockholm med annat system och utifrån en helt annan logik, vilket förklarar en del av skillnaderna.

En annan delförklaring är att urvalet från de olika vårdgivare som rapporterat in från Region Stockholm är den databas som ligger till grund för ekonomisk ersättning. Därför är täckningsgraden högre nu jämfört med i den gamla modellen. Däremot omfattas operationerna och åtgärderna av det som ska omfattas enligt anvisningarna för den nya modellen.

Tabell 2. Jämförelse operationsproduktion januari 2021 med januari 2020 för Region Stockholm utifrån SPOR-data

Jämförelse januari 2021 med januari 2020 – Region Stockholm	Akut	Planerad	Totalt
Antal januari 2020 (vecka 1–5; 30 december–2 februari)	3 194	5 474	8 668
Antal januari 2021 (vecka 1–4; 4–31 januari)	2 518	3 133	5 651
Antal januari 2021 (vecka 53, 2020–vecka 4, 2021; 28 december–31 januari)	3 125	3 434	6 559
Differens 2021 vecka 1–4	-676	-2 341	-3 017
Differens 2021 vecka 53–4	-69	-2 040	-2 109
Procentuell förändring vecka 1–4	-21,2 %	-42,8 %	-34,8 %
Procentuell förändring vecka 53–4	-2,2 %	-37,3 %	-24,3 %

Datakälla: Det nationella kvalitetsregistret Svenskt perioperativt register (SPOR).

Genomförda besök och väntande kan analyseras. Sammantaget innebär resultaten att en jämförelse mellan den nya modellen och den gamla modellen inte kan göras för genomförda **operationer och åtgärder**, varken på nationell nivå eller på djupare nivå, till exempel vad gäller regioner, vårdutbud, ålder och kön. Detta påverkar även mätningen av **måluppfyllelsen** vad gäller genomförda operationer och åtgärder.

I dialog med SKR har vi bedömt att jämförelser vad gäller **genomförda besök och väntande personer på besök och operationer och åtgärder** ska kunna göras, eftersom inrapporteringen av besöksdata och väntande dels följer ett enklare system, dels sker mer i likhet med det gamla systemet. Vad gäller besöken stärker rimlighetsbedömningen denna slutsats på nationell nivå men utesluter inte att den nya modellen kan påverka jämförbarheten för analyser på djupare nivåer, till exempel vad gäller regioner, specialiteter, vårdutbud, ålder och kön.

För mätning av **vårdköerna**, det vill säga antalet väntande personer på besök eller behandling, bedöms det fungera att visa status för den aktuella månaden, det vill säga januari 2021. Den aktuella statusen belyser då antalet väntande baserat på den nya modellens inrapportering som motsvarar de verksamhetsområden som har funnits med i den gamla modellen. Exakta jämförelser har inte gjorts mellan modellernas innehåll och därför kan det fortfarande finnas vissa osäkerhetsfaktorer om man jämför januari 2021 med januari tidigare år. Av den anledningen redovisar vi även data för december 2020 för att kunna jämföra med december 2019.

SKR kommer att genomföra ett kvalitetssäkringsarbete 2021, vilket förhoppningsvis kan ge bättre vägledning av den nya modellens påverkan på jämförelser med den gamla modellen.

Bilaga 4. Figurer och dataunderlag

I bilaga 4 finns det dataunderlag som ligger till grund för resultaten och figurerna i rapporten, både för primärvården och den specialiserade vården. Bilaga 4 är en Excelfil som kan laddas ned separat i samband med att rapporten hämtas från Socialstyrelsens webbsida för publikationer.

Innehållet för bilagan följer enligt nedan:

- Figur 1. Antal vårdkontakter i primärvården efter typ av kontakt
- Figur 2. Antal vårdkontakter i primärvården efter typ av kontakt fördelat på åldersgrupper
- Antal vårdkontakter i primärvården efter typ av kontakt per region
- Nybesök och återbesök inom primärvården
- Antal vårdkontakter för fem diagnosgrupper januari–december 2020 och januari 2021
- Figur 3. Besök och operationer/åtgärder i specialiserad vård
- Figur 4. Antal genomförda operationer totalt (planerade och akuta) i riket vecka 1–52 2019, vecka 1–53, 2020 samt vecka 1–5, 2021
- Figur 5. Förändring av planerade operationer och åtgärder i riket
- Figur 6. Genomförda första besök och operationer/åtgärder efter vårdområde
- Antal och förändring av planerade operationer i riket
- Relativ förändring av antal planerade operationer mellan mars 2019–januari 2020 och samma period 2020–2021
- Figur 7. Uppfyllnad av vårdgarantin
- Figur 8. Totalt antal väntande
- Figur 9. Antal väntande mer än 90 dagar
- Patientvald och medicinskt orsakad väntan av de väntande
- Figur 10. Tid som väntande har väntat på besök eller operation/åtgärd
- Figur 11. Väntetid för planerade operationer
- Figur 12 och 13. Antal väntande på operation/åtgärd respektive första besök i januari 2021
- Figur 14. Olika åldersgrupper som väntat mer än 90 dagar
- Figur 15. Kvinnor och män. Andel som väntat längre än 90 dagar
- Figur 16 a. Förändring i antal första besök
- Figur 16 b. Förändring i antal genomförda operationer och åtgärder
- Figur 17. Väntande patienter över eller kortare tid än 90 dagar
- Måluppfyllelse och antal genomförda besök eller operationer och åtgärder per riket, region och vårdutbud 2020
- Regioner. Förändring av antal elektiva operationer och åtgärder för hela befolkningen per operationskodgrupp perioden 1 mars 2020—31 januari 2021 jämfört med 1 mars 2019–januari 2020.
- Besök i öppen specialiserad vård i nationella patientregistret